

*Mémoire réalisé dans le cadre du Diplôme Universitaire d'hypnothérapie
à l'Université de Bourgogne.
Année 2019/2020*



**L'apport de l'hypnose pour soulager l'anxiété de patients âgés
souffrant d'une maladie neuroévolutive à un stade sévère
et de troubles du comportement productifs**

Présenté par Anne Nachin

Responsable pédagogique : Antoine Bioy

Directrice de mémoire : Nathalie Baste

« Il est impossible d'échapper à l'angoisse. Je parle de l'angoisse du patient, mais aussi de celle du thérapeute qui n'a aucune solution à proposer, qui ne sait pas comment faire. Comment agir devant telle personne ? Dire que c'est catastrophique, tout faire pour colmater l'angoisse, ou l'inciter plutôt à la traverser, comme on le ferait face à un brouillard sur la route ? Allons-y prenons l'angoisse comme la preuve que l'on est dans la bonne direction !

François Roustang.

« Tiens ! Il pleut des hommes ! »

Mme P.

A mes collègues de l'UCC, présents et passés.

Aux patients.

Avec mes remerciements au professeur A. Bioy pour ce DU d'hypnothérapie,
aux intervenants pour la qualité de leurs cours,
à mes collègues du D.U., pour leur soutien au cœur des incertitudes de cette année si
particulière !

SOMMAIRE

1. Introduction	1
2. Revue théorique des travaux et problématique	3
2.1. Les personnes âgées	3
2.1.1. <i>Fragilités</i>	4
2.1.2. <i>Ressources</i>	5
2.2. Les maladies neuroévolutives	8
2.2.1. <i>Description</i>	8
2.2.2. <i>Approche psychodynamique</i>	9
2.3. Les troubles du comportement	11
2.3.1. <i>Description</i>	11
2.3.2. <i>Approche psychodynamique</i>	12
2.4. L'hypnose	15
2.4.1. <i>Définition</i>	15
2.4.2. <i>Histoire</i>	16
2.4.3. <i>Processus hypnotique</i>	18
2.4.4. <i>Séance</i>	18
2.4.5. <i>Domaines de pratiques</i>	19
2.4.6. <i>Différentes formes</i>	20
2.4.7. <i>Champs d'application</i>	22
2.5. L'hypnose en gériatrie	22
2.5.1. <i>Souvenirs et mémoire</i>	23
2.5.2. <i>Comment procéder ?</i>	24
2.6. L'hypnose pour les troubles cognitifs et comportementaux sévères	25
2.6.1. <i>L'HAPNeSS</i>	26
2.6.2. <i>Autre expérience</i>	30
2.7. Hypnose, anxiété et troubles cognitifs	30
2.7.1. <i>Anxiétés</i>	30
2.7.2. <i>Hypnose adaptée</i>	31
2.8. Problématique et hypothèses	33

3. Méthodologie de la recherche	35
3.1. Présentation du cadre de la rencontre	35
3.1.1. <i>Les UCC</i>	35
3.1.2. <i>Des troubles sévères</i>	36
3.1.3. <i>Approche de l'hypnose en équipe</i>	36
3.2. Présentation de la patiente et de sa demande	37
3.2.1. <i>Mme Marques</i>	37
3.2.2. <i>Demande de la patiente et intention du thérapeute</i>	40
3.3. Outils hypnotiques proposés à l'équipe	40
4. Résultats et données cliniques	41
4.1. Anxiété majeure	41
4.2. Anxiété modérée	44
4.3. Sans anxiété	48
5. Discussion théorico-clinique	49
5.1. Discussion	49
5.2. Question éthique	56
6. Conclusion	57
7. Bibliographie	59
8. Annexes : outils de l'hypnose proposés à l'équipe	62
9. Résumé et mots-clefs	66

1- INTRODUCTION

Mme A. s'accroche à mon bras, me tire et m'entraîne, à vive allure, en panique « Il faut redescendre maintenant, ça a assez duré, ils nous attendent ! ». 96 ans et je peine à la suivre dans le couloir. Infatigable dès le réveil jusqu'au soir où elle s'écroule sur son lit « Allez va on dormira là ce soir ! ».

Mme B. s'assied quelques secondes puis repart comme si la chaise était un ressort. Elle empoigne un autre patient par la main et déambule avec lui dans le service, plaintive, pleurant sa mère « qui a mal au ventre », son père « qui va mourir », son mari « qui est très malade » et « ils n'ont plus rien à manger et pas d'argent, il faut travailler ». Les images sont cauchemardesques.

Mme C. crie après les patients « Allez dépêchez-vous enfin, c'est l'heure on y va. Mais enfin bouge-toi ! » Et elle hurle après eux, leur enlève ce qu'ils ont dans les mains pour le ranger, créant des situations conflictuelles, démenageant les meubles pour ranger la pièce. Elle est dans son magasin de laine qu'elle doit fermer, même s'il n'est que 8h du matin. !

Mme D : « Christophe... Christophe, oh Christophe... » (son mari). Voix tremblante, pleurs, toute la journée, agrippée à nous, déambulant, se cognant à tout et tous, hurlant et tapant ceux qui la repoussent.

M. E. : « J'veux voir mon père, Mon père ! Tout de suite... » Pleurs profonds. Puis soudaine agitation, jet d'objets, de chaises, cris, course désordonnée « Je veux me suicider, me suicider ! ».

Ces patients ont été accueillis dans le service de l'Unité-cognitivo-comportementale où j'interviens en tant que psychologue clinicienne. Nous accueillons dans ce service hospitalier des personnes âgées souffrants de maladies neuroévolutives (maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporelle, maladie à corps de Léwy...) et de troubles du comportement dits productifs (agitation, agressivité...). Elles viennent de leur domicile ou d'autres établissements (Ehpad, services hospitaliers...). Leurs entourages familiaux et professionnels sont épuisés après des mois voire des années d'accompagnement.

A l'U.C.C., approches médicamenteuses et non-médicamenteuses s'allient dans la prise en soin. L'approche environnementale a souvent des effets très bénéfiques. Par la prise en compte d'un environnement adapté à la personne et à ses besoins. Les approches relationnelles telles que la Validation de Naomie Feil sont souvent bénéfiques. Cependant, et heureusement rarement, elles trouvent leurs limites avec certains patients. La thérapie médicamenteuse est aussi en échec. L'ajustement du traitement ne se trouve pas.

Comment apaiser ces troubles anxieux intenses chez des personnes dont les fonctions cognitives sont sévèrement détériorées, dont l'accès au langage est souvent diminué et qui sont si désorientées dans l'espace et dans le temps ? Comment éviter, ou au moins limiter les troubles du comportement qui en résultent ? Les contentions chimiques, physiques ?

Je travaille depuis plusieurs années dans cette unité de soins. Avant de m'orienter vers la gériatrie, j'ai exercé mon travail de psychologue notamment à l'école ainsi que dans les crèches. Cette clinique de la petite enfance m'apporte encore beaucoup dans ma pratique avec les personnes âgées et la compréhension de leur vie psychique. Mes références théoriques sont essentiellement celles de la psychanalyse. Je m'appuie aussi sur l'approche rogéenne de la relation d'aide et celle de la Validation de Naomie Feil. Par ailleurs je m'intéresse aux approches psychocorporelles et j'ai pu me former personnellement dans des disciplines comme le yoga, la méditation puis professionnellement en relaxation thérapeutique.

J'étais très curieuse de découvrir l'hypnose qui paraissait proche de mes intérêts mais que je ne savais pas bien où situer. J'étais attirée et intriguée. Une formation de huit jours dans une école de formation à l'hypnose éricksonnienne m'a convaincue de l'intérêt de cette pratique. L'orientation vers les solutions, la place d'un inconscient bienveillant, l'appui sur les ressources sont des notions réellement motivantes. J'ai ensuite eu le plaisir de pouvoir suivre cette formation avec ce D.U. d'hypnothérapie.

Je me propose de chercher dans l'approche hypnotique une pensée et des outils qui permettraient de contenir voire d'apaiser ces troubles anxieux sévères. L'hypnose est utilisée avec beaucoup de bénéfices pour soigner l'anxiété. Sa pratique s'est beaucoup développée également ces dernières années en gériatrie.

Les travaux et la pratique de l'hypnose auprès des personnes âgées souffrant des troubles neurocognitifs sévères restent cependant encore trop rares. Des pratiques commencent à être expérimentées (telle l'HAPNeSS : Hypnose Adaptée pour les Personnes souffrants de troubles Neurocognitifs aux Stades Sévères) et montrent de réels bénéfices pour le patient. Des praticiens, des équipes soignantes se forment et pratiquent, mettant en lumière des ressources possibles et mobilisables chez ces personnes.

Présentation du travail de recherche

Après avoir présenté la spécificité du vécu des personnes âgées, de leurs fragilités et de leurs ressources, après avoir proposé une compréhension psychodynamique des maladies neuroévolutives, puis de ce qu'on nomme troubles du comportement et de ce qu'ils expriment, nous présenterons et interrogerons l'hypnose et plus spécifiquement l'hypnothérapie en gériatrie. Où en sont les recherches actuelles de cette approche pour les personnes âgées souffrant de maladie neuroévolutive et de troubles du comportement sévères ? Nous rapporterons ensuite la situation clinique d'une patiente que nous discuterons au regard de ces éléments théoriques et des séances d'hypnose proposées avec la participation de soignants du service. Nous inviterons enfin à un questionnement éthique à propos de situations où la souffrance psychique demeure difficilement soulageable.

2- REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

2.1. Les personnes âgées

« Il ne fait pas bon vieillir ! ». Cette phrase tant entendue est répétée par les personnes âgées, psalmodiée comme une évidence, une présentation de soi qui voudrait tout dire sans nous en dire plus. Il ne fait pas bon vieillir. Tout est entendu y compris les sous-entendus.

Certes il ne fait pas bon vieillir. Surtout dans notre société, notre culture et ses regards rejetants. Nulle difficulté à se documenter sur le déclin dû à l'âge, au vu de l'abondance d'ouvrages et d'articles décrivant les pertes multiples, la dépression, le déclin cognitif, la dépendance, l'angoisse de mort, etc. Certains y parlent de vieillards, de déments, de déchéance... Mots qui résonnent violemment pour nous. Nommer quelqu'un n'est-ce pas déjà lui désigner une place ?

Les recherches en psychologie sur les forces, les ressources, la résilience de la personne âgée restent bien plus rares. Quelles sont-elles et comment les réactiver, les réanimer ? La capacité à surmonter ces pertes à faire le *travail de deuil*, à pouvoir vivre avec ou plutôt sans, dépend de l'histoire de chacun, de ses ressources et de ses capacités de résilience, de la manière dont chacun a traversé sa vie et a pu, ou n'a pas pu, élaborer les épreuves rencontrées. Celles-ci peuvent resurgir lors du vieillissement. Pour Pierre Charazac (2005), la crise de la vieillesse se prépare tout au long de l'existence, du nouveau né à l'âge adulte en passant par l'adolescence. Il montre le rôle essentiel joué par les traces inconscientes de l'enfance lors de la dernière étape de la vie.

2.1.1. Fragilités...

Le terme « vieillissement » désigne un processus et celui de « vieillesse » un état. Vieillir est un processus qui nous fait passer par des expériences de *pertes* : les habilités motrices, intellectuelles mais aussi l'insertion sociale, la reconnaissance professionnelle, et puis les pertes des proches, famille et amis. De quelles fragilités parle la vieillesse ?

D'angoisses

Pour Mireille Guillou (2020), le vieillissement nous confronte à nos *angoisses archétypales* : *angoisse de dégénérescence, angoisse de finitude*. L'approche de la mort est une crise de vie. Jean-Marc Talpin (2005) resitue la position psychique du sujet humain face à la mort : « A partir du milieu de la vie, le sujet prend plus nettement conscience *du travail de la mort en lui*. Ce travail psychique vient créer de la conflictualité psychique entre l'inconscient intemporel, qui de ce fait ignore la mort, et le préconscient qui sait la mort propre à venir. » De *l'angoisse de castration*. Dans la vieillesse, le sujet humain retrouve la problématique de castration, du fait de la perte de sa puissance. Ce qui fait défaut affecte chaque partie du corps où du plaisir fonctionne. « Un corps fatigué mais avec un désir qui reste fidèle à lui-même. La confrontation à la limite corporelle la confrontation à la limite ontologique, le Réel de la mort, renvoient à la problématique *du deuil et de la castration* » (Charlotte Herfray 2007).

De pertes.

Plus on avance en âge, plus on met dans la balance nos gains et nos pertes. Et il ya de plus en plus de pertes qui se cumulent : travail, statut social, santé, domicile par l'entrée en institution, autonomie, décès de ses proches, famille et amis... Il existe encore bien d'autres pertes où l'investissement affectif est important, celle d'un animal par exemple. Paul-Laurent Assoun (2003) propose le concept de « désaide », c'est-à-dire la perte de l'aide, de l'appui sur l'objet d'amour primaire. Le désaide est ce sentiment d'abandon, d'être sans recours. « Durant la vieillesse, le sujet fait en effet l'expérience du retour à l'impuissance infantile, voire à cette détresse de l'enfant que S. Freud nomme *désaide*. »

De narcissisme.

L'atteinte narcissique du vieillissement est repérée comme centrale. La vieillesse sollicite la position dépressive et le narcissisme, au travers en particulier l'idéal du moi. Jack Messy (1992) parle de « stade du miroir inversé » qui conduit à l'atteinte de l'idéal du moi et à l'édification d'un « *moi hideur* ». Dans la vieillesse, la cohésion du Moi est menacée. Pour sauvegarder sa cohésion et son unité certaines personnes âgées se retirent en elles-mêmes, dans une aspiration à une tranquillité. Les satisfactions narcissiques s'amenuisent, les relations objectales diminuent.

Du retour des conflits œdipiens. « Temps propice au « retour du refoulé », la vieillesse témoigne de la réactualisation des conflits œdipiens. Ils mettent en lumière les attachements névrotiques aux parents et à ceux qui les représentent » (Charlotte Herfray 2007). On observe aussi parfois un « renversement œdipien », les enfants en venant à se trouver à la propre place de leurs parents.

Et finalement, **d'une « conjoncture explosive »** (Rosine Debray, 1996), quand s'entrecroisent les éléments d'origine héréditaires (maladies...), d'existence, (traumatismes...), de personnalité, de contexte (vieillesse...).

2.1.2. Et ressources

Comment vivre la vieillesse ? De quoi le sujet va-t-il se soutenir ? Pour Charlotte Herfray (2007), c'est du côté du *symbolique* que sont les ressources. C'est le soutien de *l'Idéal du Moi* et des richesses symboliques qui permettront les remaniements psychiques. Et ainsi répondre à la question « A quoi bon ? A qui bon ? ». Il faut de *l'Autre* qui en appelle à la demande. Il faut quelqu'un quelque part « à qui bon » dédier ses luttes quotidiennes. Mais encore faut-il encore avoir accès à ce symbolique, en avoir les capacités cognitives.

Pour Gérard Le Goues (2000), chez la personne âgée, *le désir existe toujours* mais il y a un écart avec les moyens de sa réalisation ; le vieillissement corporel est partiellement pris en compte par le psychisme, du fait de sa composante inconsciente qui ignore les effets du temps. Vieillir est un travail. Celui d'accepter l'impermanence de la vie et sa propre finitude. Le « *travail du vieillir* » (H. Bianchi 1980) consiste à maintenir ou à retrouver le désir de trouver une *cohérence* à sa vie. Cela implique de travailler sa propre histoire afin de situer son vieillissement dans sa trajectoire de vie.

Ce travail psychique du vieillissement comporte aussi un nécessaire *travail de deuil* qui porte sur le Moi tout-puissant de la petite enfance. Pour Marion Peruchon (2017) le travail du vieillir, c'est ce travail psychique nécessaire pour faire face à la réalité de l'âge. « Il assure la métabolisation de la perte et de la souffrance. ». Il permet de déployer des mécanismes de défense, trouver de nouveaux investissements « afin de sublimer et dépasser ces constats douloureux et obtenir ainsi une forme de résilience ».

Pour Boris Cyrulnik (in M. Delage 2009), on peut en effet parler de *résilience* puisqu'il y a encore des développements possibles. S'il y a peu de développement biologique à l'âge adulte

avancé, en revanche on peut parler d'aménagements affectifs et de réorganisation. Rappelons que la résilience s'articule autour de trois facteurs :

- un bon développement et une bonne adaptation malgré la présence de facteurs de risque ;
- le maintien de la compétence malgré des situations stressantes chroniques ;
- une bonne récupération après un traumatisme.

Citons en parallèle C. Aldwin (1998), pour qui l'âge est le temps de *l'adaptation*, adaptation aux modifications du corps, adaptation à l'environnement. « Les personnes âgées utilisent moins de stratégies d'adaptation, cela ne signifiant pas qu'elles soient plus passives. Grâce à une longue expérience, les aînés apprennent à discerner les stratégies les plus appropriées à la spécificité des situations, gaspillant moins d'énergie en utilisant des stratégies moins nombreuses mais plus efficaces ».

Pour Boris Cyrulnik, la ressource interne qui constitue le point fort de la résilience des personnes âgées, c'est leur aptitude à *l'historisation*. « L'âge leur a donné une représentation épurée d'eux-mêmes. Ils renoncent à leurs points faibles et optimisent leurs points forts dans *une construction identitaire* qui met à distance la mémoire des mauvais souvenirs pour moins en souffrir. » Historisation et identité narrative peuvent éclairer la trajectoire de vie et modifier la manière dont ils avaient jusqu'à présent éprouvé les événements.

Ce travail du vieillir s'étaye aussi sur de nouvelles identifications. Dans cette réorganisation psychique, l'entourage du sujet âgé joue un rôle essentiel. La dimension de *l'appartenance* apparaît comme un facteur essentiel de résilience pour la personne âgée. (Ribes G, 2004). Appartenance familiale, sociale, religieuse, générationnelle. Comme pour le jeune enfant, *le lien d'attachement* est essentiel pour le sujet âgé. « Ce n'est que lorsqu'ils se sentent solidement « attachés » qu'ils peuvent envisager de se détacher » (Bonnet M, 2012).

Marion Peruchon (2005) évoque ce potentiel de ressources en termes de *compétences somatopsychique* de la personne âgée. « Les compétences somato-psychiques se réfèrent, selon nous, aux potentialités du sujet aussi bien somatiques que psychiques qui concourent – face aux inévitables vicissitudes de l'existence et aux crises de la vie – à l'homéostasie ou au rattrapage d'un équilibre rompu. ». Elle parle de *solution hypocondriaque* et de *solution somatique*. Les points de *fixation* mentale ou somatique maintiennent une canalisation de l'énergie et viennent protéger le sujet d'une décompensation ou d'une désorganisation encore plus graves. Ainsi, les plaintes hypocondriaques ou somatiques ont pour fonction d'envelopper le corps de perceptions douloureuses. Cette enveloppe vient suppléer la défaillance de contenant psychique et tenter de

maintenir un sentiment d'identité : « Les plaintes corporelles tiennent lieu de carapace à un corps enveloppé de perceptions douloureuses qui maintiennent le sujet en lien avec son entourage. »

Certains fonctionnements psychiques plus spécifiques aux maladies neurocognitives ont une valeur protectrice et peuvent être considérés en ce sens comme des ressources. Des *aménagements régressifs* permettent de reprendre contact avec un sentiment de sécurité de base, une tranquillité intérieure. Pour les personnes dont le fonctionnement cognitif est diminué, nous observons quotidiennement que d'autres compétences demeurent au niveau *affectif et émotionnel*. Dans la maladie d'Alzheimer, « les représentations de mots sont atteintes en premier laissant longtemps subsister l'affect avant que celui-ci ne se désintériorise à son tour pour retourner à l'émotion, plus proche du corps. La perception et l'affect demeurent longtemps vivaces. » (Peruchon M, 2005). La vie affective et émotionnelle est très présente et permet de maintenir une relation avec l'entourage.

Ainsi, la recherche du lien d'attachement se fait souvent par le toucher, le corporel, le « *peau à peau* ». « Le contact de peau à peau permet au sujet en détresse de se ressourcer en réactualisant le fantasme de peau commune » (J.M. Talpin et coll., 2005). Cette notion évoque la surface du corps, de la peau, comme le premier unificateur de l'expérience corporelle. Ce besoin s'observe dans la recherche de contact des mains, ou de réconfort par un enlacement, ou même dans les agrippements.

Les pertes de mémoire sont pour M. Peruchon et A. Thomé (1991) des perforations du contenant psychique, du « moi-peau ». Le monde interne semble ainsi se vider. Les limites entre soi et les autres, entre dehors et dedans sont fragilisées. Pour pallier la détérioration du contenant psychique, le patient utilise des *enveloppes de suppléance et des enveloppes de secours* (soignants, médecin, psychologue...). Le patient investit le thérapeute comme un *moi auxiliaire*. Citons encore deux processus de protections régressifs. *Les procédés auto-calmants* (déambuler, tourner, retourner sans cesse un bouton, frotter la main sur la table...) sont des activités de décharge sensori-motrice qui visent la réduction de l'excitation, en palliant l'absence de travail mental. Et les hallucinations d'ordre mnésiques, appelées aussi *plongeurs rétrogrades*. Quand elles font revivre des souvenirs agréables du passé, vécus comme réels, elles ont une valeur protectrice voire métabolisante.

2.2. Les maladies neuroévolutives

2.2.1. Description

A. Nommer

Démence, maladie dégénérative, neurologique, évolutive, cognitive... ? Il y a bien des enjeux et des effets dans la manière de nommer une maladie. Si aucun terme ne permet de dire avec douceur une maladie violente, certains sont cependant plus ou moins entendables par le patient et sa famille. Le choix du mot dépend donc du lieu et de l'interlocuteur.

- *Démence* est un terme médical. Il est ressenti violemment par le patient et son entourage. Nous évitons de l'employer.
- *Maladie neurodégénérative* : c'est le terme employé officiellement (« *Plan maladie neurodégénérative 2014-2019* »). Il suggère la dégénérescence. Nous préférons éviter aussi son emploi.
- *Maladie d'Alzheimer et apparentées* : la maladie d'Alzheimer est souvent la seule connue et son nom est redouté.
- *Maladie neurologique* : cette locution est générale. Les maladies neurologiques sont nombreuses et non spécifiques des maladies qui nous concernent ici.
- *Maladie neurologique à expression cognitive et comportementale* : précis mais un peu long à formuler.
- *Maladie neuroévolutive*. Cette locution met l'accent sur l'évolutivité. Laquelle est majoritairement défavorable en l'absence actuelle de traitement curatif.
- *Maladie neurocognitive* : cette locution décrit la maladie, la situe au niveau cognitif. Elle est plus neutre au niveau affectif. Le terme « cognitif » reste cependant mystérieux pour bien des personnes, les malades en premier lieu.

Avec le patient lui-même, selon les situations, nous parlons de *maladie de la mémoire* car c'est le problème mnésique qui est le plus souvent reconnu par la personne.

B. Décrire

Les maladies neuroévolutives sont des maladies chroniques à évolution progressive. Elles provoquent une détérioration du fonctionnement des cellules nerveuses, pouvant conduire à la mort cellulaire. Selon la localisation des lésions, les troubles induits pourront être d'ordre cognitif, comportemental, sensoriel ou moteur. Il existe une centaine de maladies

neuroévolutives. Les plus fréquentes sont la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la maladie à corps de Lewy, la dégénérescence fronto-temporale, la maladie de Huntington, l'atrophie corticale postérieure, la sclérose latérale amyotrophique, la paralysie supranucléaire progressive, la dégénérescence cortico-basale ainsi que certaines démences vasculaires.

En France en 2020, ces maladies touchent plus d'un million cinq cent mille personnes. (Source Inserm). Chaque année le nombre de nouveaux cas augmente du fait du vieillissement de la population, l'incidence étant directement liée à l'âge. La gravité de l'impact sur la qualité de vie des patients et de leurs aidants a conduit à la mise en œuvre de différents plans d'actions gouvernementaux, notamment le plan Alzheimer 2008-2012, et le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Chaque maladie possède une évolutivité particulière. Différentes échelles sont utilisées pour mesurer la sévérité de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Il n'existe actuellement aucun traitement curatif. La médication traite plutôt les symptômes, avec de effets assez réduits sur la maladie et sa progression. Des recherches sur ces maladies sont en cours, en France et dans de nombreux autres pays.

2.2.2. Approche psychodynamique

On n'oublie pas sans raison. L'analyse des oublis significatifs « révèle toujours et dans tous les cas que le motif de l'oubli consiste dans une répugnance à se souvenir de quelque chose qui est susceptible d'éveiller une sensation pénible ». (S. Freud, 1923). La part psychique dans l'étiologie des maladies neurocognitives est avancée par de nombreux auteurs. Pertes, dépression, traumatismes, atteintes narcissiques, dépendance, contexte sociétal rejetant, expériences infantiles insécures... participeraient à l'entrée dans la maladie.

Ainsi, **pour André Chevrance** (2005), la maladie prend source dans des problématiques psychiques de pertes, de traumatisme, de narcissisme. C'est « *l'évènement traumatique de trop* » qui signe l'entrée dans la maladie. Evènement traumatique s'ajoutant à d'autres, dont certains précoces. Ce dernier évènement, parfois peu signifiant, venant saturer les capacités du sujet à supporter l'insupportable, comme le grain de sable fait s'effondrer le château ou la goutte d'eau déborder le vase. Il établit le lien entre dépression et démence. La dépression est souvent considérée comme une conséquence de la maladie. Pour lui, la dépression peut aussi être un préalable. C'est pour échapper à la dépression que le sujet entre dans la démence. L'oubli, dans la maladie d'Alzheimer est un mécanisme défensif. Il y aurait inconsciemment « *un désir d'oubli* ». Entre souffrance insupportable et oubli, le choix de l'oubli apparaît comme celui du suicide

psychique. Il observe deux formes de maladie. Celle, calme, où, le malade ayant réussi à oublier l'insupportable, la souffrance morale est apaisée. Et une autre, bruyante et productive en troubles du comportement. Dans cette dernière situation, on observe une hypermnésie, une persévération autour des souvenirs douloureux. « *Le désir d'oubli s'exprime sous la forme d'une hypermnésie* », celle-ci serait une tentative de se dégager, par la compulsion de répétition, du traumatisme. Pour André Chevrance, l'hypothèse psychogène cohabite avec d'autres (génétiques, biologiques), l'étiologie de la maladie est multifactorielle.

Pour Jean Maisondieu, c'est *l'angoisse de mort* qui fait le lit du processus démentiel. La réalité de la mort est insoutenable et devant cet insupportable, la solution trouvée est la perte de la mémoire. C'est le seul moyen pour supporter ce qui doit être subi. Devant l'insoutenable, la réponse du dément est « être et ne pas être ». C'est un renoncement à sa lucidité. Selon Jean Maisondieu, cette solution émerge dans un contexte culturel d'âgisme où la vieillesse est rejetée. La question de la mort et tout ce qui fait penser à la mort est tabou. Tout est fait pour éviter de penser à sa fin et dans ce contexte « la vieillesse est abjecte ». Ce refus d'exister, cette exclusion de ceux qui font penser à la mort est un « *autruicide* ». L'autre ne pouvant être mon semblable. « Notre civilisation s'est édifiée contre la mort au lieu de faire avec elle. Dès lors ce phénomène naturel ne peut être vécu que comme une catastrophe. » (Jean Maisondieu, 1989).

Pour lui, le processus démentiel s'inscrit dans un jeu de miroir à trois : la personne âgée, son entourage et la société. La personne âgée ne peut plus « se voir », elle n'est plus considérée comme sujet dans le miroir social. Elle se perd à ses propres yeux, aux yeux des autres, ses proches et la société. Il propose le concept de *thanatose* pour décrire cette emprise de la mort qui rend inefficaces les mécanismes de contrôle de l'angoisse et pour laquelle la démence apparaît comme la seule issue.

Cette hypothèse (Désir d'oubli et thanatose) est également soutenue par d'autres auteurs comme **Marion Peruchon et Annette Thomé-Renault (1992)** qui parlent d'une suppression *de la vie psychique* comme « défense permettant d'endiguer la prise de conscience liée aux insoutenables représentations liées aux pertes objectales et à l'échéance fatale. »

Pour Naomie Feil (2005), l'entrée dans la maladie neurocognitive est le signe de conflits non résolus dans la vie. S'appuyant sur la théorie d'Erick Erickson (sur les étapes psychosociales de la vie et leurs tâches respectives), Naomie Feil nomme la dernière étape de la vie : « résolution/végétation ». « Mourir en paix » est un besoin humain fondamental. La personne

âgée ne peut mourir en paix si elle n'a pas résolu ses tâches de vie, ses conflits du passé. Ne pas y arriver fait basculer dans la démence. Selon elle, entrer dans la démence, c'est retourner dans le passé pour une ultime tentative de résolution. Ce processus ne se fait pas bien entendu d'une manière consciente. La démence est l'ultime solution pour résoudre les souffrances morales accumulées et non élaborées en cours de l'existence. « Elles ne veulent pas mourir avec un si lourd bagage », pour cela elles expriment leurs émotions : toutes celles qu'elles n'ont pas pu ou pas su exprimer jusque là. « Les personnes âgées font leurs bagages pour leur dernier voyage. Elles trient leur linge sale accumulé, entassé dans le fond de leur passé » (Naomie Feil, 1992). C'est ainsi que Naomie Feil construit peu à peu, à partir de sa pratique, de ses observations, de ses recherches théoriques, l'approche de la Validation. Une méthode de communication adaptée aux personnes très âgées et confuses. Elle observe qu'il y a toujours un besoin et une raison derrière leur comportement et que nous avons à écouter et favoriser leur expression. Valider, c'est donner de la valeur à ce qui est dit et vécu par la personne, c'est la rejoindre dans la vérité de ses émotions.

Citons pour terminer cette partie, **Jean-Pierre Clément (2000)** qui reprend et résume ces différents travaux sur l'origine psychogène des maladies neurocognitives : « Maladie anxieuse de la mort ; maladie de l'identité, prenant ses origines dans les expériences infantiles de la séparation ; maladie de la séparation, surtout par la mort de l'autre ; maladie de la dépendance avec une angoisse désorganisatrice apparaissant lors de la perte de l'objet étayant ou lors de la prise de conscience de ce risque de perte, dans un fonctionnement fortement anaclitique. (...) Cette fragilisation narcissique provoquerait un tableau de dépression de désorganisation mentale qui aboutirait à la somatisation cérébrale. »

2.3. Les troubles du comportement

2.3.1. Description

Pour l'organisation Mondiale de la santé, un trouble du comportement est une affection qui se caractérise par un changement du comportement associée à une détresse psychique. Trois caractéristiques doivent être présentes :

- une conduite inadaptée au contexte dans laquelle elle se produit ;
- une rupture avec le comportement antérieur ;
- un retentissement sur les actes de la vie quotidienne.

Dans le cadre des maladies neurodégénératives, on parle de symptômes comportementaux et psychologiques des démences (SCPD). Ils sont très perturbants pour la personne et son entourage et sont souvent à l'origine d'une hospitalisation (en UCC par exemple) ou d'une entrée en institution. Certains de ces symptômes (apathie, repli sur soi...) sont parfois négligés car le comportement n'est pas dérangeant pour le service.

Ils sont évalués par des échelles comportementales. Les plus fréquentes sont le NPI, L'échelle de Nosger, l'échelle de Cohen Mensfield et l'échelle de Pittsburgh

- *Le NPI (Neuro Psychiatric Inventory ou Inventaire neuropsychiatrique)* est une échelle d'évaluation de douze symptômes parmi les plus fréquents au cours des maladies neurocognitives. Il évalue leur fréquence et leur sévérité. Il existe aussi une version courte de passation plus rapide, le NPI-Réduit, et une version destinée aux équipes soignantes en établissement, le NPI-ES. Le NPI explore 10 domaines comportementaux et 2 variables neuro-végétatives (appétit, sommeil). Les 10 domaines comportementaux sont : des symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations) ; des symptômes affectifs (dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur) ; des comportements perturbateurs (agitation/agressivité, irritabilité, désinhibition) ; et d'autres symptômes comportementaux (apathie, comportement moteur aberrant).
- *L'échelle de Nosger* n'est pas focalisée sur les comportements troublés mais permet une démarche globale de prise en soin. Elle permet d'évaluer et de coter six dimensions à partir de l'observation quotidienne du malade : comportement social, mémoire, activités instrumentales, activités de la vie quotidienne, humeur, troubles du comportement.
- *L'échelle de Cohen Mansfield* évalue plus particulièrement des comportements tels que l'agressivité physique, les déambulations et les cris.
- *L'échelle de Pittsburgh* prend en compte quatre aspects de l'agitation : les vocalisations, l'agitation motrice, l'agressivité et l'opposition aux soins.

Ces échelles d'évaluation ne sont pas (ou ne devraient pas être) un étiquetage, une stigmatisation mais un outil d'analyse et de questionnement permettant de mieux comprendre et distinguer les particularités de chaque patient et d'évaluer leur prise en soins.

2.3.2. Approche psychodynamique

Comment comprendre le « trouble du comportement ? Jérôme Pélissier (2010) parle de « comportement troublé ». Venant en place de symptôme, il est avant tout l'expression d'une

souffrance ou d'un besoin, qui ne peut être dit de manière plus adaptée, moins perturbante du fait des difficultés cognitive de la personne, de son humeur, du contexte ou de l'entourage. Comme par exemple ce patient qui hurlait et tapait les autres personnes parce qu'il ne trouvait plus sa pile de journaux enroulés dans une serviette de table qu'il avait mise sous un fauteuil. Une fois celle-ci retrouvée, il s'est calmé immédiatement et l'a serrée contre lui. « C'est pour mon fiston » a-t-il dit.

Ces troubles du comportement, surtout ceux qui perturbent le plus l'entourage comme l'agitation, l'irritabilité, l'agressivité, la désinhibition, sont souvent mal vécus et mal compris. Du fait souvent de la lassitude, de l'épuisement, l'entourage du patient voire les professionnels, évoquent une intentionnalité « Il le fait exprès ! », « Elle est maligne ! ».

Mme B. était agressive envers le personnel. Nous avons observé que c'était à chaque fois après la visite de son fils. Elle souffrait de son absence. Mme A. agrippe les autres patients et gémit « aidez-moi, aidez-moi... ». Souvent il s'agit de douleurs au ventre et d'un besoin d'aller aux toilettes. Mme M. hurle après chaque patient et leur arrache ce qu'ils ont dans les mains, car il faut « se dépêcher ». Il lui faut fermer son magasin, c'est l'heure. M. B. se réfugie sous la table lors d'un orage. « Ils attaquent ». Il était aviateur pendant la guerre et revit les bombardements.

Nous avons à chercher le sens derrière le comportement ou au moins à savoir qu'il y a un sens derrière un comportement même si parfois nous ne pourrions pas le deviner. Nous nous interrogeons sur le besoin exprimé par la personne : contact, sécurité affective, calme, confort, plaisir des sens... Notre travail de réflexion est centré sur la personne et conduit à passer du « Que fait-il ? » à « Pourquoi le fait-il ? Quel sens cela a-t-il pour lui ? ». « Que penser ? » est la première étape dans la démarche de réflexion. Le « Que faire ? » vient alors de lui-même, dans un deuxième temps.

La réalité est parfois elle-même source de troubles du comportement. Un service protégé est un service dont le patient ne peut sortir seul. Est-ce compréhensible et acceptable d'être « enfermé... en prison... » ? Quels souvenirs douloureux cela fait-il revivre au patient (guerre, pensionnat...) « Ouvrez nous sommes français ! » criait Mme C. derrière la porte fermée du service.

La relation avec le patient est parfois elle-même inadaptée. Est-ce compréhensible et acceptable d'entendre ou de voir qu'on parle de nous sans s'adresser à nous ? Qu'on nous presse de nous lever, faire une toilette lorsqu'on a besoin de temps et d'explication car un peigne ou une brosse à dent, on ne sait plus à quoi ça sert ? Qu'on nous enveloppe dans des protections ou des draps et qu'on ne peut même plus avoir accès à son corps ? Qu'on doive aller se coucher à 20h alors

qu'on a l'habitude et envie de rester dans le salon avec d'autres personnes, devant la télévision, de déambuler, de faire son travail ? « Une partie des comportements troublés sont des tentatives, souvent désespérées, maladroitement, inefficaces, de se défendre justement contre les troubles de leur environnement, contre ce qui les angoisse, les offense, les uniformise, les réduit à leur corps ou à leur maladie, etc. » (Jérôme Pélissier. 2010). C'est une forme d'adaptation face à des phénomènes étranges, des nouveautés qui rendent la réalité menaçante et angoissante. Nous travaillons dans notre service à nous adapter aux besoins de chaque patient. Mme Z. par exemple a besoin de prendre son petit-déjeuner tranquillement en pyjama dans sa chambre. La toilette se passe très bien ensuite.

Avec empathie, en nous mettant à la place de la personne et de ce qu'elle perçoit de la réalité avec ses troubles cognitifs, nous pouvons la rejoindre dans sa réalité et la soutenir dans ce qu'elle vit. Nous comprenons que son comportement est souvent une réaction cohérente et adaptée à ce qu'elle vit et perçoit de la réalité.

Pour Magalie Bonnet (2012) ces troubles du comportement viennent exprimer quelque chose du besoin d'attachement quand les mots manquent pour le dire et le faire respecter. " Quand un sujet se sent en détresse ou en danger, il attend une réponse similaire à celle que l'enfant attend de sa figure d'attachement. Les comportements d'agitation (de déambulation par exemple) ou régressifs doivent être resitués du côté des pulsions de vie parce qu'ils témoignent peut-être d'une défense face à la baisse d'efficacité cognitive, au vécu d'étrangeté, certes, mais aussi à l'inadaptation des réponses émotionnelles apportées. »

Louis Ploton (1990) étudie les causes potentielles de trouble du comportement. Il en cite trois : les causes individuelles, interactionnelles et institutionnelles.

- *Les causes individuelles* peuvent être médicales (dépression, évolution psychotiques, hypertension, apnée du sommeil...). Elles se manifestent de trois manières : sous forme *d'angoisse* (pleurs cris, appels, demandes incessantes...); de *manifestations caractérielles* avec une accentuation de traits de caractères qui rendent la personne « invivable » (irritabilité, critiques ou plaintes incessantes, agressivité verbale...); Ou sous forme *d'opposition*. Opposition que Louis Ploton juge légitime et saine lorsqu'elle témoigne par exemple d'un refus de placement, d'enfermement ou d'un refus des façons de faire de l'entourage. Opposition qui, « se situe au frontière de la dépression mais qui

participe aussi à la lutte contre la dépersonnalisation, en tant que réaction d'un être qui veut rester lui-même et lutte pour se faire respecter » (L. Ploton 1990).

- *Les causes interactionnelles* : l'aspect relationnel est déterminant dans l'approche de soin. Empathique, chaleureux, respectueux, enveloppant, rassurant, il limite, contient et apaise les troubles du comportement.
- *Les causes institutionnelles* : un cadre de référence thérapeutique, clair, solide, fiable, souple, interrogeable, contient les professionnels et par conséquent aussi les patients, comme les poupées gigognes qui se protègent les unes les autres.

2.4. L'hypnose

L'hypnose est de plus en plus pratiquée, reconnue et sollicitée. Cela vient en particulier de ses applications pratiques (analgésie, anesthésie entre autres) et des recherches récentes en neurosciences objectivant les états hypnotiques. Nous allons donc préciser ce qu'est l'hypnose retracer son histoire et décrire ses différents domaines, formes et champs d'intervention.

2.4.1. Définition

L'hypnose définit un état particulier. La définition la plus courante de l'état hypnotique est celle d'*un état de conscience modifiée*. Celui-ci est différent de notre état de conscience ordinaire. Cet état de conscience modifiée est similaire à ce que pourrait être un état de concentration intense. Il est appelé « *transe* ».

Dans cet état de conscience, le monde extérieur, l'environnement s'amenuisent au profit d'une intériorité. Nous sommes *dissociés*, une partie de nous restant présente tandis qu'une autre s'absente. Cette *dissociation* est différente de celle des états pathologiques. Selon Antoine Bioy (2010), elle est une expérience particulière, ponctuelle : nous sommes à la fois acteur et spectateur, ici et ailleurs, maintenant et dans un autre moment.

Cet état hypnotique n'est pas propre à la pratique de l'hypnose. Il se rencontre également dans les pratiques de méditation, de yoga ou dans tout autre état de *focalisation* intense y compris dans la vie quotidienne quand nous sommes absorbés par une conversation, une lecture.... Ce que propose l'hypnose, c'est l'apport et l'effet de *suggestions* induites, dans cet état de transe.

En effet, au cours de cette transe, l'accès au registre inconscient est plus direct et les résistances psychiques habituelles sont amoindries. De ce fait, les suggestions proposées dans cet état vont être plus agissantes et vont pouvoir modifier un fonctionnement psychique. « L'hypnose est une modification de l'état de conscience où l'attention du sujet devient plus sélective et orientée (on

parle parfois d'absorption de l'attention sur une tâche donnée), et dont la conséquence est une suggestibilité accrue » (Bioy 2017). L'hypnose est « *l'occasion* » de changer un comportement, d'abandonner un symptôme.

L'hypnose s'inscrit dans le cadre d'une *relation*, dans un jeu relationnel. Avoir accès à des fonctionnements inconscients, à des résistances psychiques, pouvoir les détourner, demande la présence d'un autre. De fait, nous ne pouvons pas par nous-mêmes accéder à l'espace du non-conscient. « La pratique de l'hypnose implique que quelqu'un agisse sur le contexte actuel pour permette à un sujet d'entrer dans un état hypnotique » (Bioy. 2017).

Antoine Bioy définit l'hypnose comme un « état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi. ». Ce champ de conscience est celui de la *conscience corporelle*. Une conscience induite par la sensorialité. Dans l'hypnose, la dimension corporelle est au premier plan.

Ces trois notions : *état de conscience modifié*, *relation* et *dimension corporelle* sont les 3 piliers de l'hypnose.

2.4.2. Histoire

La notion de transe apparaît dans d'autres pratiques thérapeutiques à d'autres époques et dans d'autres cultures : Egypte et Chine anciennes, Grèce antique, chamanisme, médecine vaudou, magnétisme... L'hypnose est la nomination *occidentale* de l'utilisation de cet état de transe à *visée thérapeutique*

On remonte généralement à la fin du XVIIIe siècle et à Anton Mesmer, médecin viennois, pour décrire les premiers phénomènes d'hypnose. Pour lui, il existe *un fluide magnétique* dans toute matière, fluide dont le médecin peut faire un usage thérapeutique en rééquilibrant sa circulation. Il invente le baquet magnétique pour agir sur ce magnétisme animal et provoque des crises qui sont de véritables *trances* et débouchent sur de réelles guérisons.

A sa suite, un de ses élèves, le marquis de Puységur modifie le dispositif thérapeutique et place *le patient au centre* de celui-ci. Il se met à l'écoute et dialogue avec son patient, le considérant doté de *ressources* accrues pendant la transe, ainsi que le développeront plus tard Erickson et l'hypnose moderne (Bioy et Michaud 2007). Il nomme *somnambulisme* l'état particulier dans lequel entre le patient, état particulier entre veille et sommeil.

En France, l'hypnose se développe avec Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière pour lequel l'état hypnotique est *un état pathologique* propre aux hystériques et Hyppolyte Bernheim et l'école de Nancy. Pour Bernheim, l'hypnose est *un état physiologique naturel* dû à la *suggestion* et qui peut

avoir des applications thérapeutiques. Cette compréhension de l'action du psychisme sur l'organisme débouchera sur son application psychologique, la *psychothérapie*. La puissance de *l'imagination* est aussi mise en avant. L'imaginaire occupe une place centrale dans les phénomènes hypnotiques. Dans la dissociation, le patient hypnotisé se trouve à la fois sur le plan de la réalité et sur le plan de son imaginaire.

A la fin du XIXe siècle, Freud rencontre Charcot et Bernheim et utilise lui-même l'hypnose pour essayer de libérer ses patients de souvenirs traumatiques. Il privilégie ensuite la parole et les associations libres permettant ainsi au patient d'être acteur de sa psychothérapie et de se confronter à ses résistances. Dans ce cadre, il développe la notion de *transfert* et crée alors la psychanalyse. Il continuera cependant à utiliser et conseiller l'hypnose au sein de la pratique analytique (Bioy 2008). Pierre Janet en France reprend et développe ensuite la notion de *dissociation* qui est centrale dans le processus hypnotique.

Dans le milieu du XXe siècle, Milton Erickson va profondément renouveler la pratique de l'hypnose. Sa pratique est centrée sur le patient, et sur l'observation de celui-ci. Il introduit de nouveaux outils dans le processus hypnotique : suggestions indirectes, métaphores, double lien, confusion, ratification... Milton Erickson était contemporain de Carl Rogers (approche thérapeutique centrée sur la personne), de John Watson (thérapie comportementale) et de l'école de Palo Alto (sciences de la communication). Ces différents chercheurs et praticiens s'inspirèrent mutuellement. Milton Erickson est à l'origine d'un renouveau de l'hypnose. En France, dès les années 80, s'ouvrent des centres de formation à l'hypnose Ericksonienne.

En France également, *François Roustang* représente un courant original, humaniste, existentiel et spirituel. Inspiré de la psychanalyse et des traditions orientales, il pratique et théorise une hypnose centrée sur l'être, le présent du corps, la perception élargie que dans ce contexte il nomme *perceptude*. Il propose d'aller jusqu'à faire disparaître la notion même de psychisme au profit de celle de l'intelligence du corps.

Ainsi comme nous venons de le parcourir, *focalisation, transe, dissociation, suggestion, imaginaire, ressources, dimension corporelle, relation* constituent l'essentiel de l'hypnose contemporaine. Ils entrent en jeu et ont chacun leur place dans le processus hypnotique.

2.4.3. Le processus hypnotique

S'inspirant de François Roustang, Antoine Bioy (2014) décrit ainsi le processus hypnotique : le patient arrive focalisé par ses perceptions ordinaires, ses préoccupations, « immobilisé dans sa vie par un symptôme ». Les exercices d'induction vont l'amener à se défocaliser de ces perceptions restreintes. « Dans ces exercices, il lui est proposé de focaliser son attention sur une perception qui peut être au choix ou successivement, une image, un son, un mouvement... Le patient commence à faire abstraction de toutes les autres perceptions. C'est cette centration sur une perception à la fois qui permet le passage vers la dissociation ». Le patient entre alors dans une phase de perceptude au cours de laquelle il peut vivre l'expérience d'un champ de perceptions plus vaste et d'un changement possible.

« Cette phase est celle de la perceptude, du mouvement, de la souplesse, de l'ouverture. Après avoir pris le risque de perdre le contrôle, le patient entre dans une perception sensorielle plus large. Il y a une mobilisation de la personne, un pas de côté, qui lui permet d'observer différemment son problème. Il y a de multiples suggestions amenant le patient à imaginer, à ressentir d'autres possibilités, d'autres types de fonctionnements ».

2.4.4. La séance d'hypnose

Ce processus hypnotique se déroule pendant la séance d'hypnose. Une séance type peut être décrite en quatre temps (Bioy 2014) : la prise de contact, l'induction, la phase de travail et le retour.

- Durant le premier temps, se crée *le lien* avec la personne. Il permet le recueil de données et le recueil de la demande. Le thérapeute définit son objectif en fonction de la demande du patient.
- Dans un second temps, *l'induction* amène l'entrée dans la transe. Le patient va se déconnecter progressivement de ses sensations habituelles et de sa rationalité. Guidée par le thérapeute, l'induction part souvent de la prise de conscience de l'environnement, abordée par la sensorialité, pour se focaliser sur des ressentis intérieurs. Elle amène le patient dans ses sensations corporelles à l'aide du VAKOG (acronyme pour les 5 sens : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif). D'autres techniques inductives peuvent aussi être utilisées comme la représentation du lieu sûr, la lévitation ou la catalepsie du bras... Le sujet entre alors en état de *dissociation*.
- Commence alors *la phase de travail*. Elle est menée dans *l'imaginaire* à partir de *suggestions*. Celles-ci peuvent être directes (clairement exprimées) ou indirectes, de

manière à contourner les résistances (métaphores, saupoudrage, yes set...), verbales ou non verbales (position, silence, mouvement...). Elles ont pour fonction de faire émerger des solutions vers le changement par l'accès aux ressources inconscientes.

- La séance se termine par un retour à un état de conscience ordinaire, à l'ici et maintenant, avec la prise de conscience du corps et de l'environnement actuel et par un échange sur ce qui s'est passé.

2.4.5. Les domaines de pratique de l'hypnose

L'hypnose recouvre actuellement quatre domaines de pratique : thérapeutique, spectacle, développement personnel et recherche (Bioy 2017).

- **L'hypnose thérapeutique.** L'hypnose soigne, elle est donc thérapeutique. Elle est une démarche de santé pratiquée par des professionnels du soin formés. Elle vient compléter les approches propres à leurs professions (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues...). L'hypnose thérapeutique peut être médicale ou psychothérapeutique.
 - *L'hypnose médicale* vise plus spécifiquement la gestion d'un problème somatique. « *L'hypnose médicale* c'est l'application de l'hypnose dans le domaine de la santé : contrôle de la douleur, gestion du stress, troubles alimentaires, tabagisme, etc. » (DU Hypnose médicale Université de Bourgogne). On parlera par exemple d'hypnosédation pour son emploi en anesthésie ou d'hypnoanalgésie pour son utilisation contre la douleur.
 - *L'hypnose psychothérapeutique.* L'objet de l'hypnose est aussi le psychisme. L'hypnothérapie c'est l'usage *psychothérapeutique* de l'hypnose (Bioy 2007). C'est un processus de transformation profonde qui se réalise sur la durée. Ses indications sont les mêmes que celles des autres psychothérapies. Ce qui la distingue est celle place privilégiée du symbolique, de l'imaginaire et du corporel. Elle est menée de ce fait par les spécialistes du psychisme (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes). « *L'hypnothérapeute* sera en mesure d'identifier les troubles psychiques de ses patients et de proposer une thérapie adaptée en cas de dépression, de troubles anxieux, de comportements d'addictions, etc. » (DU Hypnose médicale Université de Bourgogne).
- **L'hypnose de spectacle.** Hypnose de spectacle, en salle ou à la télévision, hypnose de rue, célèbre injonction et gros yeux du « Dormez je le veux ! », fakir des Cigares du Pharaon, Kaa et Mowgli dans le Livre de la Jungle... le mot « hypnose » convoque des images spectaculaires, des sons,

des souvenirs... Notre imaginaire est déjà en marche ! Forme d'hypnose très médiatisée, l'hypnose de spectacle est... spectaculaire dans sa démonstration des effets de l'hypnose. Sa fonction est de divertir, d'amuser, d'étonner. Cet amusement et ses effets extraordinaires ont certainement suscité de nombreuses vocations thérapeutiques. Elles induisent cependant une représentation préjudiciable de l'hypnose, née du sentiment d'être sous le pouvoir ou le bon vouloir de quelqu'un. Questionnement légitime. Il est nécessaire de répondre aux questions et réticences des personnes vis-à-vis de cette crainte, nous dit Aurélie Mainguet (2020) : « Le pratiquant reste maître en sa demeure et rien ne peut lui être imposé sans son consentement. On ne peut pas faire quelque chose contre sa volonté. Il y a une sécurité interne et on ne peut aller contre ses valeurs profondes. » En somme, en hypnose on garde et on gagne du contrôle sur soi.

- ***Hypnose et développement personnel***

L'hypnose est utilisée à des fins de développement personnel, à visée éducative ou comme pratique dans le cadre d'une philosophie de vie. Selon A. Bioy (2017), l'hypnose permet de se reconnecter avec le vivant en soi. Sa pratique régulière amène un autre rapport à son corps, une découverte de ses ressentis et de ses compétences, un rapport plus paisible à soi-même et à son environnement.

- ***La recherche en hypnose***

Il existe de nombreuses recherches actuellement sur l'hypnose, les états de conscience modifiée, les phénomènes de suggestions. Des études portent aussi sur les processus hallucinatoires, et délirants, sur les processus de conversion ainsi que sur l'évaluation des effets de l'hypnose. Les neurosciences comprennent de mieux en mieux le fonctionnement cérébral et les mécanismes neurobiologiques qui se déroulent pendant le processus hypnotique.

2.4.6. Différentes formes de l'hypnose

L'hypnose se présente sous différentes formes dont les principales sont : l'hypnose classique, l'hypnose éricksonnienne, l'hypnoanalyse ainsi que l'hypnothérapie onirique et l'approche intégrative. Il sera aussi intéressant de définir l'hypnose conversationnelle et l'autohypnose.

- ***Hypnose classique ou traditionnelle***

L'hypnose classique utilise principalement les suggestions verbales directes. Elle est donc *directive*. Elle est pertinente dans certaines situations et en particulier en hypnose médicale, dans les situations aiguës et d'urgences. C'est aussi l'approche privilégiée avec de jeunes enfants.

- ***Hypnose éricksonnienne***

L'hypnose éricksonnienne, dans la lignée de Carl Rogers, est centrée sur le patient, elle met l'accent sur les principes de communication avec l'emploi de suggestions indirectes et de métaphores. Le praticien s'ajuste à son patient, au cours et au fil des séances, dans le respect de son individualité, dans une co-construction de la thérapie. Elle permet au patient d'aller trouver ses propres solutions, en puisant et en mobilisant ses ressources internes. A la différence du processus psychanalytique, l'hypnose éricksonnienne ne recherche pas le sens ou le passé d'un symptôme mais la recherche de solutions.

- ***Hypnoanalyse***

C'est l'hypnose pratiquée dans le cadre conceptuel de la pratique psychanalytique. Elle regroupe deux formes de pratique (Bioy 2017) : la première consiste à inscrire des temps d'hypnose à l'intérieur de la cure type pour favoriser le travail d'associations libres et contourner les résistances. La seconde permet un travail spécifique autour du corps, des ressentis corporels, ainsi que du processus de régression, favorisant parfois une abréaction plus aisée qu'en cure classique. L'*inconscient* freudien, instance composée d'éléments refoulés, est-il celui dont parle l'hypnose et dont l'état hypnotique favorise l'accès ? Pour Milton Erickson (2016), l'inconscient est un réservoir d'apprentissages et de ressources dans lequel on peut abondamment puiser. Cet inconscient nous protège du mieux qu'il le peut. Il le définissait par tout « ce qui n'est pas conscient, qui sait ce qui est bon pour nous et auquel il est possible de se référer ». Selon Antoine Bioy (2017), la base commune de ces deux points de vue sur l'inconscient est l'ensemble des processus à la fois automatiques et non accessibles à la conscience.

- ***Hypnothérapie onirique***

L'hypnothérapie onirique utilise l'hypnose et ses techniques afin de créer une forme de rêve éveillé. Ce rêve et son récit deviennent l'objet du travail thérapeutique. « Le rêve éveillé dirigé » en représente un exemple.

- ***Approche intégrative***

Dans cette approche intégrative, l'hypnose peut s'enrichir d'autres orientations thérapeutiques complémentaires et proches : sophrologie, relaxation, EMDR, méditation de pleine conscience... Colonne vertébrale de la thérapie, l'hypnose intègre avec pertinence et dans le maintien d'une cohérence, ces autres techniques.

- ***Hypnose conversationnelle***

Dans l'hypnose conversationnelle, on utilise les principes de communication de l'hypnose (suggestions indirectes comme le saupoudrage, métaphores, confusion...), sans qu'il y ait une

induction et une entrée formelle dans la transe. L'hypnose conversationnelle se déroule lors de l'entretien. La focalisation et la dissociation vont faire progressivement entrer le patient dans état d'hypnose par lequel il pourra percevoir différemment sa problématique.

- ***Autohypnose***

Dans l'autohypnose, le sujet est à la fois l'inducteur de l'hypnose sur lui-même et le sujet de l'hypnose. De ce fait, elle ne peut produire de changements profonds car nous n'avons pas la possibilité de donner consciemment des instructions à notre inconscient. Elle peut permettre cependant certains changements dans sa vie, comme une plus grande souplesse, plus d'ampleur de vue, de créativité. Dans le cadre de la relation thérapeutique, elle peut être utilisée pour prolonger des séances et par exemple reproduire des techniques apprises.

2.4.7. Champs d'application

L'hypnose a de nombreux champs d'application. Dans le domaine somatique elle est reconnue pour tout ce qui concerne la douleur, chez l'adulte et chez l'enfant : douleur aiguë, chronique, douleur pendant les soins. Elle est également utilisée en anesthésie et obstétrique ainsi que pour les effets secondaires des soins et traitements, en oncologie par exemple. L'hypnose aide aussi les personnes désirant suivre un régime alimentaire ou arrêter de fumer. Par ailleurs, elle apporte une aide précieuse dans les domaines où le facteur psychique est prépondérant comme la clinique psychosomatique et les problématiques digestives, dermatologiques, les troubles du sommeil... Dans le registre psychopathologique, la clinique de l'anxiété, de la dépression, des addictions et des traumatismes ont recours à l'approche hypnotique. Elle peut être aussi utilisée, avec prudence et par des professionnels expérimentés et compétents, dans les domaines de la psychose et des troubles dissociatifs.

2.5. L'hypnose en gériatrie

« D'une certaine façon, il est possible de dire que les personnes âgées ont longtemps été les oubliées de l'hypnose » (Bioy A. In Bachraoui 2019).

La pratique de l'hypnose en gériatrie est récente. La personne âgée a longtemps été considérée, à tort, comme peu accessible au processus hypnotique. Cela vient des épreuves d'hypnotisabilité pour lesquelles les résultats des personnes âgées sont faibles. Ces épreuves (Echelles de Stanford et autres) ne sont en fait pas adaptées aux personnes âgées. Elles sont trop longues et l'effort d'attention devient trop important. Par ailleurs, les personnes âgées ont un autre rapport au temps et la difficulté à se projeter dans le futur les pénalise dans les échelles de suggestibilités. D'autres

facteurs entrent en jeu également comme les problèmes auditifs qui n'ont pas été pris en compte dans les conclusions de ces échelles.

La personne âgée est donc bien « hypnotisable » et l'hypnose en gériatrie serait même « une évidence » pour Marie Floccia (2018), tant l'approche gériatrique est globale et demande de privilégier l'abord humain sur la technique. Pour elle, les patients âgés sont bien accessibles à l'hypnose avec cependant un état de transe parfois différent :

« - L'état hypnotique est fréquemment haché avec des moments de discussion voire des passages à l'état de veille ;

- Les patients gardent souvent les yeux ouverts, mais le regard devient fixe et le réflexe de clignement diminue. »

Les personnes âgées ont de plus un accès facilité à la dissociation. Pour Mireille Guillou (2017), la personne âgée est très facilement dissociable. C'est même « une surdouée de la dissociation ! ... Les personnes âgées sont souvent ailleurs, dans une rêverie, revisitant leur vie... Se réfugier dans sa mémoire, c'est retrouver son histoire, c'est se retrouver ».

2.5.1. Souvenirs et mémoires

Un des grands principes de l'hypnose en gériatrie est d'aller retrouver des ressources grâce aux souvenirs. « Les souvenirs contiennent les ressources propres à chacun. Revivre le souvenir c'est réactiver les ressources. De retour dans le champ de conscience de l'ici et maintenant, elles redeviennent agissantes » (Guillou 2017). Lors du vieillissement, la mémoire de travail et la mémoire de fixation sont les plus précocement atteintes. Par contre, la mémoire des faits autobiographiques, dans ses composantes sémantiques et épisodiques, reste accessible tardivement.

Faire fonctionner la mémoire autobiographique permet aussi d'améliorer ses capacités à envisager le futur. Armelle Viard (2011) a montré que les récits de vie et l'évocation de projets futurs activent les mêmes zones du cerveau (hippocampe, girus frontal, supérieur, régions postérieures). Les études montrent aussi pour le sujet âgé en bonne santé *un effet de positivité* : il voit sa vie mieux qu'elle ne l'a été ; il se rappelle mieux les souvenirs positifs que les souvenirs négatifs. Les souvenirs sont aussi plus précis sur deux périodes privilégiées qui sont la dernière année et la période de vie entre 10 et 30 ans.

Il nous faut rester attentif au risque d'apparition d'une tristesse ou de réactivation de deuil lors de ces souvenirs évoquant des souvenirs ou des personnes disparues. Cependant, l'expérience des

auteurs lus sur ce thème va, dans la majorité des situations, dans le sens d'une réactivation d'affects et de sensations agréables et renarcissisantes.

Le corps a aussi une mémoire, il sait, il se souvient de ce qu'il a vécu, il entend, il sent, il voit. L'hypnose va réactiver cette mémoire corporelle. « Et le corps peut entendre les voix et les rires des enfants au fond du jardin. Il peut retrouver l'odeur des champignons dans les sous-bois. Il voit tourner les couleurs de la robe dans la danse. Et ses pieds comptent : un, deux, trois... un, deux, trois... Et la vitalité circule comme une sève nourrissante sous l'écorce du vieil arbre qui déroule le parchemin de ses feuilles » (Guillou 2017). Selon elle, se revivre soi-même acteur, dans son souvenir, provoque une revitalisation et une reliance identitaire. « Ces mémoires contiennent toute la construction identitaire. Retourner dans la mémoire permet donc de retrouver les ancrages structurels. »

2.5.2. Comment procéder ?

« Créer de l'alliance et révéler à l'aîné en souffrance ses ressources, parfois bien cachées derrière des troubles si facilement démobilisants » (Bioy préface in Dachraoui 2019).

Les techniques de l'hypnose sont à utiliser et à adapter en fonction de la personne et de ses réactions, avec l'hypnose formelle ou l'hypnose conversationnelle. Tout d'abord, nous entrons en conversation avec ce qu'il y a dans l'instant, l'existant, la circonstance : « Odeur, rayon de soleil, parfum, objet, larmes, position du patient, dessin, photo ce qui est le plus présent et va entraîner la conversation. On déroule un fil de la pelote. Ce sera sur le mode hypnose conversationnelle ou sur le mode formel en interrogeant les souvenirs » (Guillou 2017). Après quoi on suit le fil de la pelote avec d'autres techniques.

Exemples :

- revisiter un souvenir agréable en conversationnel ;
- recontacter des souvenirs où le corps était dans de bonnes sensations (et proposer cette séance avant celle de kinésithérapie) ;
- retrouver de bons souvenirs de marche et tout de suite se lever et faire quelques pas ;
- pratiquer la régression en âge vers les apprentissages réussis. Il s'agit de revisiter en état d'hypnose, un souvenir d'apprentissage réussi : les premiers mots écrits, les premiers tours de roue à vélo sans les roulettes, le premier saut du plongeur de la piscine... Retrouver l'intensité du moment, recontacter les sensations ressenties pour nourrir la confiance en soi ;

- retrouver les moments de fierté pour raviver l'estime de soi, ou les moments de joie ;
- proposer le lieu sûr et sécurisant ;
- ou la métaphore du chemin de vie ;
- utiliser les sens, accentuer les sens les moins déficitaires ;
- utiliser en particulier l'olfaction, la mémoire olfactive ayant un grand pouvoir d'évocation et un lien direct aux émotions.

Souligner les ressources retrouvées

Nous contenons en nous tous les âges de la vie : l'enfant, l'adolescent, l'adulte... A chaque âge des ressources sont exprimées et retrouvables dans les souvenirs. Au thérapeute *de les souligner, de les mettre en relief, de les formuler*. Comme par exemple cet homme âgé se remémorant l'enfant intrépide, vif, habile et malin qu'il a été. « Et vous prenez le temps de ressentir toutes les bonnes sensations chez cet enfant libre et heureux, confiant dans sa capacité à se débrouiller, à trouver la solution, à être à l'aise dans son corps... », avec une suggestion post-hypnotique : « Et vous pourrez retrouver très facilement tout cela chaque fois que... » (M. Guillou 2017).

En équipe

En gériatrie, dans la prise en charge globale de la personne, c'est toute l'équipe qui devrait être formée à l'hypnose. Il est nécessaire que le maximum de soignants soient formés ou au moins sensibilisés et dans tous les corps de métiers. Une cohérence, une continuité, une répétition de cette pratique, de cette intention soignante permet un travail plus contenant et plus soutenant. L'hypnose permet aussi une qualité de soins, elle est gratifiante pour les soignants et leur permet de réinventer et retrouver du sens à leur pratique.

2.6. Hypnose pour les troubles cognitifs et comportementaux sévères

« Les techniques d'hypnose vont se baser sur l'émotion, l'imagination et le souvenir pour travailler sur les sentiments. Et peu importe si le souvenir est réel ou non. L'important c'est ce que la personne en retire... Vieillir ne se limite pas aux limites physiques. Imaginons donc ce qui existe au-delà de ces limites » (Dachraoui Bel S.2019).

Dans un premier temps, il est un peu difficile d'imaginer une pratique d'hypnose pour des patients au comportement agité, avec lesquelles la relation est souvent difficile, l'attention compliquée à capter et dont les fonctions langagières sont restreintes.

Et si le pari de l'hypnose était celui du possible, celui des ressources, explorant, imaginant et inventant tous les possibles, s'éloignant ainsi d'une vision déféctologique ? Un renversement radical du positionnement est nécessaire dans ces pathologies complexes. Des renoncements sont nécessaires pour franchir l'impasse thérapeutique et accéder à un possible changement. Ce qu'écrivent Antoine Bioy et Christelle Bénony (2009) au sujet des pathologies complexes pourraient nous aider : « La méthode hypnothique est très adaptée aux pathologies complexes et inexplicées, qui exigent du professionnel qu'il change de paradigme, cessant de se mettre à la place de celui qui est « porteur d'un savoir qui guérit » pour se considérer davantage comme un accompagnant qui travaille au meilleur ajustement thérapeutique et humain possible. Cette méthode s'articule autour de plusieurs dimensions :

- prise en compte de l'impasse clinique ;
- posture d'ignorance fondamentale ;
- impuissance comme fait ;
- abandon du modèle déféctologique ;
- renoncement à l'illusion.

Peu d'études, peu de pratique

Peu d'études existent sur l'hypnose pour les patients âgés ayant des troubles cognitifs et comportementaux. Marie Floccia (2018) en cite quelques-unes, effectuées sur un petit nombre de personnes. Si les résultats sont complexes à évaluer, ces études ont le mérite de prouver que l'hypnose est possible chez ces patients. Des cliniciens (psychologues, gériatres...) écrivent leurs expériences, les théorisent, comme Mireille Guillou (2014, 2017), Sandra Dachraoui Bel (2019), Marie Floccia (2018). Dans son ouvrage sur l'hypnose en pratique gériatrique, Marie Floccia et d'autres professionnels, présentent les bases de l'Hypnose Adaptée Pour les troubles Neurocognitifs aux Stades Sévères (HAPNeSS). Pratique qu'elle applique avec l'équipe de son service de gériatrie au CHU de Bordeaux.

2.6.1. L'HAPNeSS

« L'HAPNeSS est un mode de communication sur un temps plus ou moins court utilisant les techniques d'hypnose et s'adaptant à un état cognitif différent de celui de l'hypnopraticien. Elle permet de rentrer en communication avec le patient et son monde. La relation, empreinte de bienveillance, redevient alors riche et constructive pour mener le patient vers ses propres ressources, encore présentes » (Floccia 2018). Cet ouvrage aborde aussi la spécificité des troubles psychocomportementaux productifs.

A. Les principes essentiels.

S'adapter

C'est *l'adaptation*, la souplesse qui est au centre de la relation du thérapeute avec le patient. La séance ne sera ni formelle ni classique. Plus que jamais, rien n'est prévisible. Le patient peut rester assis, déambuler, il peut être dans notre réalité ou dans la sienne, être présent quelques minutes puis partir, avoir des réactions brutales, impulsives. Le praticien se laisse porter par le patient pour l'aider à s'apaiser. « S'ils sont accessibles à l'hypnose, celle-ci est bien différente : de courte durée, en discutant, en marchant ou en étant assis » (Floccia 2018).

L'objectif : stabiliser, éviter la dégradation

L'objectif n'est pas défini comme une disparition de l'anxiété mais comme une non majoration de celle-ci. Il s'agit donc plutôt de stabiliser l'état de santé du patient, d'éviter la dégradation de son humeur, de limiter la souffrance.

A un moment propice et lors des crises

Le praticien (s'il travaille en institution avec le patient), repère le moment où le patient est le plus accessible. Ce peut être le matin, au moment de la sieste, du coucher... « C'est en repérant ces moments de calme que l'hypnopraticien va pouvoir aborder le patient au mieux en s'adaptant à lui, en marchant s'il marche, dans sa chambre ou ailleurs, sans attendre du patient une entrée en état hypnotique, mais plutôt un temps de communication particulier. » Il est pourtant nécessaire de pouvoir aussi agir en situations de crise pour contenir celle-ci, voire l'apaiser.

Durée courte

Cet abord spécifique est très souvent court (de 1mn à une dizaine de minutes) car l'attention du patient est fluctuante, mais ces petits moments sont précieux et permettent de désamorcer bien des situations.

B. Techniques hypnotiques adaptées

Quelles sont les techniques hypnotiques adaptées à ces patients ? Comment créer le lien relationnel ? Comment installer l'état de conscience modifié (s'il ne l'est pas déjà) ? Comment proposer des suggestions et lesquelles ?

1. Créer le lien

Le langage non-verbal prend une place de plus en plus importante au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. La personne est en difficulté pour exprimer ce qu'elle ressent et même pour comprendre elle-même ce qu'elle ressent. C'est par l'observation précise et attentive de son comportement, de ses mimiques, de sa gestuelle, de ses réactions que nous pourrions approcher ce qu'il en est de son monde interne. Pour Freud (1923), « le Moi est avant tout un moi corporel ». Si on considère en effet que tout ce qu'on voit et entend passe par le corps, alors *une approche par le corps* comme le fait l'hypnose sera pertinente pour travailler avec ces personnes :

- *Une attitude bienveillante, en position basse* est indispensable. L'alliance thérapeutique se joue dès le début de la rencontre. Le patient va accorder ou non sa confiance sur ses perceptions inconscientes et sur le non-verbal ;
- *La distance* est celle que souhaite le patient. Parfois il agrippe ou pose sa tête contre le soignant, parfois il se recule ;
- Le système des neurones miroirs semble être préservé chez ces patients. La *synchronisation* puis le *leading* pourront donc les apaiser par la suggestion de notre propre apaisement. *Miroir, pacing* respiratoire vont être privilégiés ;
- *Le Miroir (ou mirroring)*, crée l'alliance. Cette technique permet de rejoindre l'autre là où il en est, y compris dans sa transe négative si c'est le cas, dans le but de l'inviter à nous rejoindre ensuite à son tour. Il s'agit de porter attention à tout ce qui se présente chez le patient : posture, gestes, respiration, silences, mots, intonations, regard, émotions... « Ce sont les mouvements élémentaires du corps, c'est la tonalité de la voix, ce sont les regards, qui donnent aux paroles le contexte qui va les former ou les déformer. Tous ces indices parfaitement perçus, même s'ils n'arrivent pas à la conscience et ne sont pas explicités, commandent de part en part la nature et la qualité de nos relations, ils en déterminent et en imposent l'issue » (François Roustang 2000).

2. L'état de conscience modifié, par focalisation et dissociation

Plus les troubles cognitifs s'accroissent, plus on observe des temps « hors du temps », qui se traduisent soit par une fixité du regard et un ralentissement du langage, soit par une agitation et

une tension intérieure et corporelle. L'orientation temporo-spatiale et le sens de soi sont comme suspendus. Cet état évoque la dissociation propre à l'état d'hypnose. « Ils sont dans une réalité qui leur est propre, parfois positive, parfois négative... ». Le terme de *transe négative* est employé pour caractériser un état de conscience hypnotique et négatif.

Pour provoquer cet état hypnotique, s'il n'est déjà installé de lui-même, Marie Floccia propose la technique du *recrutement sensoriel*. L'objectif de celui-ci étant de « capter quelques temps l'attention en utilisant les différents stimulus sensoriels ». Il s'agit d'utiliser le maximum de canaux sensoriels simultanément et en laissant peu de temps au silence. Cette saturation sensorielle « va permettre de capter l'attention de tous les sens du patient et de le mener à un engagement psychosensoriel plus intense... pour, ensuite, mieux lui permettre de s'ouvrir à une conscience interne, qui, si elle est négative, sera accompagnée par le praticien vers un changement positif, un mieux-être ». », allant donc vers une dissociation. Tous les sens (le PAVTOG : Proprioception, Audition, Vue, Toucher, Odorat et Goût) vont être sollicités « pour de vrai et non comme si », de manière directive et pendant toute la durée de l'échange : mouvement, regard posé, discussion, caresse répétitive sur la main, parfum... « L'idée de l'approche sensorielle en hypnothérapie cherche à mobiliser le patient dans tout son être pour qu'il se débarrasse de sa sclérose en place. On va prendre en compte l'individu dans toute son unité fonctionnelle, dans sa globalité, donc dans son corps et son esprit » (Brosseau G. 2012).

3. La phase de travail, les suggestions

Après la phase d'induction, la dissociation amène d'ordinaire le patient vers un monde imaginaire, le monde du « comme si ». Pour le patient ayant des troubles cognitifs sévères, le monde « comme si » est le monde « pour de vrai ». Dans cette phase de travail, les suggestions sont celles utilisées en hypnose formelle. Elles sont adaptées et réévaluées en fonction des réactions observées chez le patient. Les séances vont utiliser en peu de temps plusieurs techniques d'hypnose en même temps ou successivement. « En quelques minutes, toutes les techniques peuvent s'intégrer, à condition qu'elles correspondent à une réalité du patient. » En plus de celles déjà mentionnées pour la phase d'induction, citons :

- l'hypnose conversationnelle avec le saupoudrage, la transformation des mots négatifs ;
- quand et comme c'est possible, le lieu sûr en utilisant le PAVTOG, les métaphores simples (« après l'orage et la tempête, vient toujours le beau temps, durablement, souvent et agréablement. »), les ancrages, la distorsion du temps, la réminiscence, les prédictions autoréalisantes (« Je vois que le sourire revient... »), les suggestions post-hypnotiques,

l'utilisation des réussites du patient, les souvenirs de fierté, les apprentissages réussis, la ratification des positions corporelles, les suggestions indirectes, avec des évocations par les images (« léger comme une plume... »), la question : « *c'est comme quoi* » ?, l'utilisation de mots positifs, le double-lien, le présupposé... ;

- pour les patients atteints de troubles de la mémoire, on peut susciter les souvenirs en leur racontant nous-mêmes ce que l'on a appris de la vie de la personne par sa famille.

2.6.2. Une autre expérience de pratique

En parallèle à l'approche de l'HAPPNeSS, Sarah Dachraoui (2019) décrit sa pratique de l'hypnose auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Elle nous partage dans son livre son expérience et les techniques qu'elle a conçues. Chacune utilise ce qui est la base de la pratique avec ces personnes : le Miroir et la suggestion indirecte.

Sandra Bachraoui Bel a aussi créé 4 techniques originales : l'Enquêteur, la Sentinelle, le Photographe et Proust. Ces techniques sont soit une enquête émotionnelle qui oriente le discours vers un ressenti plus positif, soit une technique de description de tout ce qui se passe ici et maintenant ou d'un souvenir agréable à partir de tous les canaux sensoriels, soit un alliage de ces différents outils. La répétition du discours du patient est aussi fréquemment utilisée ainsi que le contact de la main comme ancrage.

2.7. Hypnose, anxiété et troubles cognitifs

2.7.1. Anxiété

Définissons tout d'abord ce qu'est de l'anxiété en le différenciant du stress, de l'angoisse et en précisant ce qu'il en est du trouble anxieux.

- **Le stress** est une réaction physiologique de l'organisme qui l'aide à mobiliser ses ressources face à un « stresser ». Le stress a une fonction d'adaptation, il permet de faire face à un changement ou à une situation compliquée. C'est une réaction normale et nécessaire tant qu'elle reste mesurée et adaptée.
- **L'anxiété** : c'est « l'émotion du futur », une peur permanente face à une situation ou un environnement. On la ressent quand on s'attend à la survenue d'un problème ou d'un danger. Elle sert à éviter les risques. Elle est normale et nécessaire tant qu'elle n'est pas ressentie comme débordante et excessive.

- **L'angoisse** : c'est un malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller jusqu'à la panique. C'est une peur dont on ne peut souvent nommer la cause. Elle est plus corporelle et diffuse que l'anxiété.
- **Le trouble anxieux** : il est diagnostiqué lorsque les symptômes présents créent chez le patient une détresse significative avec un impact, permanent et durable depuis plus de 6 mois, sur le quotidien de la personne. Telle l'épée de Damoclès qui menace à tout moment de lui tomber dessus. Le trouble anxieux relève d'une réalité corporelle et psychique. C'est un débordement des capacités de régulation de l'organisme. D. Varma (2012) fait le parallèle entre les troubles anxieux et la présence de traumatisme dans l'enfance et/ou la présence de troubles similaires chez les parents.

Dans la nosographie du DSM5, les troubles anxieux regroupent différentes pathologies dont le trouble anxieux généralisé et le trouble panique :

- **Le trouble anxieux généralisé** y est défini par la présence d'une anxiété et de soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins six mois et concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires). La personne éprouve des difficultés à contrôler cette préoccupation. L'anxiété et les soucis sont associés à certains symptômes comme l'agitation, la fatigabilité, les difficultés de concentration, l'irritabilité, la tension musculaire, les perturbations du sommeil. On peut noter une détresse ou une altération du fonctionnement social et/ou professionnel de la personne.

- **Le trouble panique** est caractérisé par des attaques de panique récurrentes et inattendues. L'attaque de panique correspond à une « montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes » accompagnée de certains des symptômes suivants : palpitations, transpiration, tremblements, impression d'étouffement, sensation d'étranglement, nausée, impression d'évanouissement, peur de mourir, la peur de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi... ».

2.7.2. Hypnose adaptée à l'anxiété

Smaga et al (2010) décrivent trois approches de l'hypnose dans le traitement des troubles anxieux : thérapie de soutien dans le contrôle de l'anxiété, techniques pour anticiper et faire face à un élément phobogène et techniques intégratives d'un vécu traumatique.

Plus précisément, W. Van Craen (2007) propose une approche tridimensionnelle de l'anxiété par l'hypnose. Le travail thérapeutique s'organisera autour de trois niveaux dans lesquels l'angoisse se manifeste : le niveau comportemental (éviter, conditionnement...), le niveau

physiologique (sensations corporelles, manifestations somatiques...) et le niveau cognitif (interprétations, croyances...). L'objectif est d'agir, de sentir et de penser *différemment*. Différentes techniques sont présentées pour chaque niveau par Annabelle Castor (2020).

- **Le travail au niveau comportemental :**

- La safe place ;
- La désensibilisation systématique ;
- Le point neutre émotionnel.

- **Le travail au niveau du ressenti ou niveau physiologique :**

- La description approfondie avec saturation ;
- La relaxation progressive de Jacobson : contraction/ relâchement ;
- La réification du symptôme ;
- La respiration ventrale ;
- La cohérence cardiaque ;
- Un travail sur d'identification des signes avant coureurs ;
- L'exercice du poing fermé de Colombo.

- **Le travail au niveau des cognitions :**

- Le recadrage cognitif (Colombo) : prise de conscience du système de pensée pathologique ;
- En hypnose conversationnelle : interroger les croyances nuancer les cognitions, les recadrer ;
- La thérapie des états du Moi ;
- L'introduction de nouvelles cognitions que le patient pourra se répéter sous hypnose (dans un travail de relaxation) face à une situation anxiogène.

D'une manière plus générale, Annabelle Castor conseille un prolongement du travail avec le thérapeute par *l'autohypnose*.

Hypnose, anxiété et troubles cognitifs

Les techniques que nous venons de présenter succinctement seront à adapter pour les personnes âgées souffrants de troubles cognitifs sévères et de troubles du comportement productifs. Des techniques appropriées ont été déjà commentées et développées dans le chapitre sur l'hypnose adaptée aux troubles cognitifs. Entrer en relation sans rien vouloir imposer à la personne en est la base nécessaire. Se positionner dans une attitude bienveillante d'écoute, centrée sur la reconnaissance des émotions de la personne, permet l'installation d'une relation de confiance. Celle-ci entraîne une entrée dans un état hypnotique. Proposer un discours contenant avec un saupoudrage de réassurance, de confort et d'apaisement.

Selon Marie Floccia (2018), dans les situations où l'angoisse et les pleurs sont déjà bien installés, il est compliqué d'intervenir avec les techniques classiques d'induction hypnotique. Il est préférable de favoriser cette approche hors des moments de crises. Le déficit cognitif majore souvent l'anxiété et induit une persévération dans les demandes. L'objectif est de revenir à un niveau d'inquiétude plus soutenable et plus accessible à des réassurances classiques.

2.8. Problématique et hypothèses

Problématique

Certaines personnes âgées, souffrant de maladies neuroévolutives à un stade sévère manifestent une anxiété importante. Les fonctions langagières sont souvent déficientes et l'anxiété s'exprime donc préférentiellement par des troubles du comportement dits productifs. Ceux-ci sont les symptômes de la détresse vécue par la personne confrontée au déclin de ses capacités, à l'effacement de son identité, à la diminution des moyens de comprendre et d'exprimer ce qui lui arrive. Ils ont toujours un sens pour la personne qui les exprime. Une demande, un besoin, un inconfort physique ou psychique qui ne peuvent être dit autrement.

Entrer en relation avec ces patients, les comprendre, essayer d'apaiser leur mal-être demande une communication adaptée aux déficiences cognitives et au comportement troublé. Ceci devient de plus en plus compliqué au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Certaines personnes apparaissent comme imperméables à toute tentative de réassurance. Peu à peu, les accompagnants familiaux se sentent découragés, démunis. Leur épuisement, physique et psychique, met leur propre santé en danger. De ce fait, la relation devient parfois inadaptée et source elle-même d'une majoration des troubles du comportement.

Cet épuisement de l'aidant familial est souvent à l'origine d'hospitalisations ou d'entrées en institution. Dans notre service de soins hospitalier (Unité de réadaptation Cognitivo-Comportementale), en parallèle aux thérapeutiques médicamenteuses, les approches non médicamenteuses sont privilégiées : approche relationnelle, activités thérapeutiques. Elles ont des effets bénéfiques pour beaucoup de patients. Malheureusement, pour certains d'entre eux, nous ne trouvons pas à apaiser leurs souffrances. Ces patients reproduisent les mêmes comportements, épuisant aussi les équipes au risque d'une contention physique ou médicamenteuse. Celles-ci viendraient diminuer le trouble du comportement mais aussi les capacités motrices, relationnelles

conduisant le plus souvent à une grabatisation avec une vie au fauteuil ou au lit, et à une dégradation rapide de l'état général du patient.

L'hypnose s'appuie sur la relation, le corps, la sensorialité, l'imaginaire. Elle invite le patient à aller chercher ses propres solutions en mobilisant ses ressources internes. Pratiquée désormais avec un public âgé, l'hypnose commence à être expérimentée aussi auprès des personnes âgées avec des troubles cognitifs et comportementaux.

Comment imaginer l'hypnose pour des personnes qui souffrent de troubles cognitifs et comportementaux sévères ? Comment envisager une séance avec un dialogue, une induction, une suggestion quand le registre verbal, la compréhension, l'expression sont restreints ? Comment proposer une focalisation alors que la durée d'attention est limitée ? Comment amener le patient dans le registre imaginaire, retrouver de bons souvenirs, lorsque la mémoire est profondément défaillante, lorsque les atteintes cérébrales sont telles que les représentations mentales semblent impossibles ? Et comment avant tout créer une relation, « créer de l'alliance », alors que la personne déambule, s'agite, crie ou se sent menacée ?

Comme Louis Ploton qui nous invite à « faire le pari du sujet » dans les pathologies neurocognitives, nous faisons le pari du sujet dans son expérience avec l'hypnose. S'éloignant ainsi de l'impasse déféctologique, l'hypnose pourrait être le lieu des possibles, des explorations, des inventions et de l'imagination pour donner ou redonner au patient un accès à ses ressources. Peut-être en acceptant notre impuissance fondamentale, en laissant se vivre la relation et en se laissant porter par l'expérience.

Nous avons mené des séances nous-mêmes (psychologue en formation d'hypnothérapie). Cependant, il nous est rapidement apparu que, comme pour tout soin relationnel dans ce service, l'hypnose ne pourrait être vraiment soutenante que par une pratique répétée, cohérente, en cours de journée et de nuit par d'autres soignants. Nous avons pu sensibiliser l'équipe à cette approche. Ces professionnels, formés à d'autres approches relationnelles, volontaires et motivés ont pu prendre connaissance de quelques outils d'accompagnement d'hypnose. C'est donc un travail cohérent de toute une équipe autour d'une personne que nous avons souhaité mettre en place.

Question

Comment l'hypnose peut-elle aider des patients âgés souffrant d'une maladie neuroévolutive à un stade sévère, avec des troubles du comportement productifs, à soulager leur anxiété en remobilisant leurs ressources psychiques ?

Hypothèses

- 1. Les patients âgés souffrant d'une maladie neuroévolutive à un stade sévère, avec des troubles du comportement productifs sont accessibles à l'hypnose y compris pendant les crises anxieuses. L'hypnose dispose d'outils dans le registre verbal et non verbal permettant de contenir voire d'apaiser ces troubles.
- 2. Les modalités sont à adapter : lieu, moment, praticiens... Un travail d'équipe se montre plus bénéfique que des interventions ponctuelles de la psychologue.
- 3. Des ressources psychiques restent accessibles et mobilisables par l'hypnose. Le patient peut trouver ou retrouver des compétences protectrices contre l'effondrement psychique.

3- METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. Le cadre de la rencontre

3.1.1. Les UCC

Nous travaillons dans un Service de soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR gériatrique), établissement public de santé. Au sein de cet établissement, a été ouverte en 2012 une Unité cognitivo-comportementale (UCC), qui est un service de 10 lits accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou de maladies apparentées, et de troubles du comportement productifs rendant difficile le maintien dans leur lieu de vie. Les hospitalisations sont prévues pour une durée de quelques semaines (quatre à cinq semaines théoriquement). En réalité, elles sont souvent beaucoup plus longues. Lorsque les conditions d'un retour à domicile ne sont pas réunies (épuisement du conjoint, lui-même âgé, plan d'aides compliqué à organiser) ou quand le patient est en attente d'une entrée en établissement (souvent pour une unité protégée en Ehpad) pour laquelle les délais dans notre région sont longs.

Créées par la mesure 17 du plan Alzheimer 2008/2012, ces unités ont pour missions de :

- *Proposer un bilan d'évolution de la maladie*
- *Contrôler, stabiliser ou améliorer les troubles du comportement*
- *Maintenir les capacités fonctionnelles*
- *Soutenir les aidants et les associer au projet de soin*
- *Limiter ou réduire les contentions chimiques et physiques*

Le soin allie l'approche médicamenteuse et les approches non médicamenteuses. Les deux sont nécessaires et dépendantes l'une de l'autre. L'ajustement du soin se construit par les observations de chacun des professionnels et par les temps de mise en commun et d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire : aide-soignant, aide-soignant de nuit, assistant de soin en gérontologie, assistante sociale, cadre de santé, diététicienne, ergothérapeute, infirmière, médecin, psychologue clinicienne et ponctuellement, kinésithérapeute, orthophoniste, neuropsychologue, psychiatre. Ce service est protégé, c'est-à-dire que les patients ne peuvent sortir seuls.

3.1.2. Des troubles sévères

Les patients dont nous parlons, dans le cadre de ce mémoire, ont des troubles comportementaux importants et des troubles cognitifs sévères. Le NPI (échelle d'évaluation comportementale) est élevé (souvent plus de 80) et le MMS (échelle d'évaluation cognitive) n'est plus cotable. Il est probablement autour de 10, voire inférieur.

Ces patients ont un comportement agité, parfois agressif. Ceci a un retentissement sur l'environnement. Tout le service est affecté par ces troubles du comportement. Les autres patients comme les soignants. Les patients sont souvent très perméables à l'ambiance du service, éponges émotionnelles absorbant l'anxiété qui envahit tout l'espace, tout leur espace psychique aussi. Ils deviennent, en conséquence, eux-mêmes anxieux et agités.

Les soignants s'épuisent et se découragent. Ils sont très sollicités par ces patients. Ceux-ci demandent beaucoup de temps, temps qu'ils ne peuvent consacrer aux autres personnes ou à d'autres activités. Découragement au vu de l'investissement considérable en énergie psychique que chacun déploie. Découragement et lassitude au vu d'un accompagnement ne permettant pas d'amélioration psychique et comportementale du patient. Ainsi du rocher de Sisyphe, l'accompagnement est à répéter sans fin. « Pourquoi vous ne voulez pas appeler ma fille ? » demande et redemandera Mme G. qui vient de raccrocher le téléphone après avoir parlé avec sa fille.

3.1.3. Approche de l'hypnose en équipe

A l'UCC, nous savons d'expérience que le travail d'équipe est essentiel et indispensable. Il est le cœur de notre approche thérapeutique. C'est par la mise en commun de nos observations, par la définition des objectifs, par leur évaluation, par les temps de travail d'équipe que nous construisons et affinons le projet de soin du patient.

Le travail d'équipe a aussi un autre bénéfice. Il soutient le soignant et lui permet de continuer à tenir, à venir, malgré l'usure, l'épuisement physique et psychique et l' « attaque de la pensée » (L. Ploton 2010).

C'est pourquoi il nous est apparu, pour avoir un maximum de chances d'améliorer la santé psychique de nos patients, que l'approche hypnotique dans un lieu comme l'UCC, avec des patients aussi dépendants des soignants - et donc de l'attitude des soignants - que cette approche, pourrait se faire en équipe.

J'ai donc exposé à mes collègues les objectifs recherchés et les outils choisis pour les atteindre. La plupart de ces soignants sont déjà formés aux approches relationnelles soit par leur formation ASG (Assistant de soins en gérontologie), soit par une formation en Validation. Tous sont volontaires pour travailler dans ce service et intéressés par les thérapies non médicamenteuses.

3.2. Présentation de la patiente et de sa demande

3.2.1. Mme Marques

Mme Marques est originaire du Portugal. Elle a 82 ans. Elle est arrivée en France avec son mari après leur mariage. Elle a des enfants qui habitent à proximité et des petits-enfants. Elle retournait régulièrement dans son pays d'origine. Mme Marques a travaillé pour une administration comme couturière et lingère jusqu'à sa retraite. Selon l'une de ses filles, Mme Marques avait un caractère pessimiste, une personnalité très anxieuse. Elle parlait peu de son enfance qui a dû être difficile dans une famille pauvre, avec une fratrie nombreuse, des parents travaillant dans une mine de charbon. Il y aurait eu un manque de nourriture, peut-être de la maltraitance. Mme Marques était une personne secrète, distante et sévère avec ses enfants. Dans son travail et de manière générale, elle était très anxieuse, craignant toujours d'avoir mal fait, d'être coupable, se mettant beaucoup de pression. Elle aimait la couture, le crochet, le jardin, la lecture de magazines.

La famille date le début des troubles à l'année 2012. A la suite du décès d'une amie très proche, Mme Marques est devenue irritable, a développé un délire de jalousie, une désorientation spatiale (« L'évènement traumatique de trop » décrit par A. Chevrance). Le diagnostic du neurologue est celui d'une maladie mixte, c'est-à-dire une maladie d'Alzheimer avec une participation vasculaire. Mme Marques a déjà été hospitalisée à l'UCC quelques semaines en 2019 du fait de l'épuisement de son mari. Peu d'améliorations avaient pu être apportées au niveau du comportement.

Mme Marques revient en février de cette année car son mari doit suivre un traitement médical lourd. A son domicile, Mme Marques déambulait toute la journée, se perdait dans son appartement, ne faisait plus à manger, ne se lavait ni s'habillait seule, se montrant parfois opposante. Un hébergement temporaire a été tenté le mois précédent son entrée à l'UCC puis suspendu devant les troubles du comportement de la patiente. Des demandes d'Ehpad ont été faites.

Nous accueillons donc de nouveau Mme Marques dans notre service. C'est une femme élégante, qui aime qu'on prenne soin d'elle : manucure, massage du visage, soins du corps. Par moment, elle est souriante, détendue. Elle a conservé les codes de la politesse et utilise les compliments et remerciements parfois avec excès. « Merci Madame, merci vous êtes formidable ! ». Elle remercie souvent et félicite avec les mêmes phrases : « Madame vous êtes comme ça ! (pouce levé). Une femme intelligente, il n'y en a pas deux comme vous ! ».

Mais, le plus souvent, Mme Marques est très anxieuse. Son visage est crispé, le regard fixe et vide, sa voix est plaintive, triste et tremblante. La déambulation est fréquente. Parfois seule mais le plus souvent avec une autre personne qu'elle entraîne, bon gré mal gré, avec elle et avec insistance. Si la personne refuse ou tergiverse, Mme Marques panique, tremble, est au bord des larmes « Allez viens, il faut y aller ! ». Elle peut alors devenir agressive verbalement et physiquement.

Les plongeurs rétrogrades sont nombreux, en lien probable avec son enfance et son histoire de vie. Mme Marques est hantée par des images dramatiques : parents morts ou mourants, mari qui souffre, coups qui sont donnés, manque de nourriture... Elle a besoin d'une présence permanente pour la rassurer. « Mon père est mort, Madame, mon père est mort... ». (Transe négative). Elle exprime aussi des plaintes somatiques multiples (tête, ventre, dos...). « J'ai mal à la tête, Madame, j'ai mal à la tête ».

Le français est de moins en moins utilisé et le portugais de plus en plus. La compréhension et l'expression sont limitées. La réponse donnée est le plus souvent un acquiescement à ce qui vient d'être dit. Par exemple quand on lui demande où il faut aller. Elle dit « Oui il faut y aller », mais elle ne sait pas où. Si on lui propose un lieu elle acquiesce, si c'est un choix entre deux lieux elle choisit le dernier proposé. « Oh oui Madame, oui c'est cela. »

Mme Marques est catholique, croyante, pratiquante, elle participait souvent à des pèlerinages. Elle dit des prières « Je vous salue Marie », rapidement et plusieurs fois de façon automatique et anxieuse, et fait des signes de croix, comme poussée par une obligation intérieure. De même pour les activités, mandalas, pliage du linge... elle les fait vite, anxieusement et nous dit « Voilà madame c'est fait ! » avant de se lever car « Il faut y aller ! ».

Mme Marques mange rapidement, engloutissant les plats, se servant dans les assiettes des autres patients. Elle ne peut rester assise pendant les repas. Elle demande sans cesse à boire pendant la journée, prenant tous les verres qu'elle voit remplis. Régulièrement, elle enlève ses vêtements et déambule torse nu ou complètement nue, sans s'en rendre compte. Parfois, elle exonère à des endroits inappropriés.

Pendant une partie de ce séjour, en raison du contexte épidémique, les visites familiales seront interdites. Le lien se maintient par téléphone, WhatsApp, Skype. Nous donnons régulièrement à Mme Marques des nouvelles de son mari, qui va mieux mais reste fatigué.

Sur le plan des thérapeutiques médicales, de nombreuses tentatives médicamenteuses ont été essayées. Sans effets positifs notoires ou durables. Les traitements provoquaient soit des effets paradoxaux, c'est-à-dire une augmentation des troubles, soit une apathie avec somnolence, impression d'absence et d'indifférence, sans qu'un mieux-être psychique puisse être observé.

Les observations et les évaluations cliniques, cognitives et comportementales permettent de définir un niveau de déficit cognitif sévère correspondant à un stade modérément sévère de la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement très sévères.

- Le dernier bilan neuropsychologique date d'il y a un an (juillet 2019)

Détérioration cognitive sévère et diffuse, associant des troubles mnésiques antérogrades, un syndrome dysexécutif majeur, des troubles du langage et visuo-spatiaux au second plan.

MMSE à 12/30, SMI à 1/8, Horloge à 0/2, Isaacs à 7, BREF à 4/18.

- Le 13 mai 2020, le NPI est coté à 81.

Agitation agressivité	fréquence 3 gravité 2 = 6
Dépression dysphorie	fréquence 4 gravité 3 = 12
Anxiété	fréquence 4 gravité 3 = 12
Apathie	fréquence 4 gravité 2 = 8
Désinhibition	fréquence 4 gravité 2 = 8
Irritabilité	fréquence 4 gravité 2 = 8
Comportement moteur aberrant	fréquence 4 gravité 3 = 12
Appétit	fréquence 4 gravité 3 = 12
Sommeil	fréquence 3 gravité 1 = 3
Total	81

3.2.2. Demande du patient, objectifs et intention du thérapeute

Mme Marques ne peut élaborer verbalement une demande de soins. Les plaintes somatiques et les troubles comportementaux sont les symptômes d'une souffrance psychique. On peut évoquer un trouble anxieux généralisé avec des périodes d'attaques de panique. Mme Marques peut mettre des mots sur cette détresse morale en évoquant le passé qui pour elle est le présent : la souffrance de ses parents, leur maladie, leur décès, leurs peurs de ne pas avoir assez pour se nourrir. Les plongeurs rétrogrades lui font vivre les souffrances passées comme si c'étaient les siennes et comme si elles étaient actuelles. Mme Marques ne peut parler et élaborer autour de sa maladie, exprimer sa perte de repères, ses pertes de mémoire, l'insupportable de la perte progressive de soi. Pour autant, elle les ressent, les perçoit, les vit dans son corps, dans son psychisme, dans ses relations avec l'environnement avec les autres personnes. L'oubli, comme le déni peuvent être compris dans un rôle de protection afin de sauvegarder au mieux le sentiment d'un Moi encore présent et vivant.

Dans ce contexte, l'objectif du thérapeute se construit par ses observations cliniques et ses connaissances : « Quelle est mon intention, je suis là pour quoi ? De quoi a besoin la personne ? De quoi elle a besoin au fond et qui n'est pas là, pas acquis ? » (Antoine Bioy, 2020). Ce qui n'est plus là, plus acquis pour Mme Marques, c'est un sentiment de sécurité intérieure sur lequel elle pourrait se rassurer et qui lui donnerait cette « capacité à être seule » (Winicott), à « s'autoréconforter ». Cette base de sécurité interne n'est plus là. Nous ne savons pas si elle a déjà vraiment été installée et de façon suffisamment solide pour Mme Marques. Probablement était-elle déjà une personne avec une modalité d'attachement insécure.

Notre intention pour elle est d'installer le temps de notre présence un sentiment de sécurité. Installer un étayage extérieur sur lequel elle viendra prendre appui. L'objectif minimal est de contenir la souffrance psychique, de revenir à un niveau d'inquiétude plus soutenable. Nous souhaiterions ensuite que ce moment de sécurité puisse se prolonger lors de notre absence. Voire même qu'il soit accessible à d'autres moments. Qu'il soit possible de retrouver ou installer des représentations internes apaisantes, une « permanence de l'objet », en notre absence.

3.3. Outils de l'hypnose proposés à l'équipe

Nous avons proposé à l'équipe de soignants quelques outils utilisés par l'hypnose. Nous leur avons présenté oralement et par écrit. Chaque outil est expliqué et illustré par quelques exemples.

Le choix est large. Nous avons signalé ceux qui nous semblent appropriés pour Mme Marques et inscrit *en italique, des exemples adaptés pour elle. (Voir ce document en Annexe.)*

4. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

Les séances ont été nombreuses, répétées, parfois longues (30 à 45mn) souvent courtes (5 à 15mn). Elles se déroulent sur le lieu de vie, dans le service, sur le moment, s'adaptant à l'état d'anxiété de la patiente. Nous en présentons ici quelques unes, en trois parties suivant l'état d'anxiété de Mme Marques au départ de la séance : majeur, modéré ou sans anxiété. Sont aussi notées celles proposées par un autre soignant ou qui ont été écrites dans les transmissions.

4.1. Etat d'anxiété majeure

- ***Séance 1. Psychologue***

Nous sommes en début d'après-midi. Depuis le matin Mme Marques est anxieuse, plaintive. Elle déambule sans cesse, ne pouvant rester assise plus de quelques minutes. Elle s'arrête devant des patients leur disant des phrases en portugais, pleurant. Elle entraîne l'un ou l'autre avec elle.

Je ne sais plus si elle vient vers moi ou moi vers elle mais nous nous retrouvons ensemble, elle a pris ma main et m'entraîne dans le couloir me parlant en pleurant, raide, le visage très crispé, marqué par la souffrance. Je l'accompagne et adopte la même attitude (*position basse, miroir*).

A un moment, Mme Marques soulève son pull et essaie de l'enlever. C'est un pull léger à manches courtes, dessous elle porte un soutien-gorge. Ma première réaction (trop rapide) est de lui demander pourquoi elle souhaite l'enlever. Ce à quoi elle ne peut me répondre sinon en insistant. Je lui propose alors d'aller dans sa chambre. Arrivées dans sa chambre, comme elle ne cherche plus à enlever son pull, je lui propose de s'allonger sur son lit pour se reposer en lui disant que je reste avec elle. Comme elle est anxieuse, et déambule depuis le matin, ce temps de repos pourrait lui être profitable comme nous avons pu l'observer précédemment.

Elle enlève ses chaussures et s'allonge, très raide. Puis se relève tout de suite disant qu'elle veut « faire pipi ». Je l'accompagne. Mme Marques veut enlever son pantalon et sa protection (culotte pullups). Je lui dis que ce n'est pas nécessaire et l'aide à s'installer sur les WC. Elle a du mal à s'asseoir, à comprendre qu'elle doit se placer sur la lunette et non juste sur le bord. Il n'y a pas de miction.

Elle se rallonge sur le lit et se relève immédiatement « il faut que j'aïlle faire pipi ». Je la laisse cette fois se déshabiller complètement ainsi qu'elle le souhaite et l'aide à s'asseoir. Elle urine alors abondamment. A-t-elle eu besoin de se soulager de ses vêtements pour se détendre et arriver à uriner ? Habillée et allongée de nouveau, elle se met à pleurer, passe sa main sous sa culotte, jusqu'à son bas-ventre en disant quelque chose dont je comprends « toujours envie de faire pipi... froid... mouillé... ». Je la rassure « Oui vous avez eu envie de faire pipi. C'est fait... vous avez bien fait...maintenant c'est sec, bien chaud... ». « Oui. » répond-elle. (*position basse, validation, utilisation des mêmes termes, transformation en positif, sensorialité*).

Mme Marques a placé ses mains derrière sa nuque, mais ses coudes sont redressés vers le plafond. L'attitude reste raide, crispée. Je suis assise sur le lit aussi, à hauteur de ses jambes. J'ai sa main dans la mienne et je la caresse doucement. (*sensorialité : toucher*)

Elle pleure de nouveau, et dit « Mon mari il avait raison... j'aurais dû le laisser entrer et pas Christine... ». Je ne comprends pas bien le sens de ce qu'elle me dit et je ne sais pas qui est Christine mais je ne cherche pas à explorer. « Oui on a des regrets parfois... mais vous avez fait le mieux que vous avez pu... vous avez fait au mieux... toujours... ». (*validation, valorisation*).

Mme Marques se calme, elle me dit « J'en ai marre ma mie ». Et cela me touche. La phrase m'est vraiment adressée et je ne l'avais jamais entendue utiliser ce mot « ma mie ».

Ensuite elle change la position de ses bras et pose ses mains entrecroisées sur sa poitrine. Avec son autorisation, je place alors doucement ma main sur son ventre de mon côté. Je *synchronise ma respiration* avec la sienne et j'appuie légèrement ma main sur l'expiration (*sensorialité*). Peu à peu je vois que Mme Marques se détend. Son visage est plus relâché. De temps en temps, elle jette un regard vers moi, et je souris, prononce un mot réconfortant (très bien...c'est bien mieux... bien plus calme... détendue...) ou appuie légèrement ma main (*suggestions, saupoudrage*). Puis elle cesse de me regarder et je ne sais pas bien si ses yeux sont fermés ou entrouverts.

Il se passe encore quelques minutes. Je décide de me lever et voir ce qu'il se passe. Dès que j'amorce mon mouvement, Mme Marques ouvre ses yeux et me regarde. Je lui dis que tout va bien, qu'elle se repose calmement et que je vais aller dans la pièce à côté si elle est d'accord. Elle me répond que oui. Je me lève et quitte alors la chambre tranquillement. En me retournant, je la vois, yeux clos, allongée avec ses mains croisées sur le cœur.

Nous sommes restées ensemble 45mn. Un apaisement de l'anxiété a été possible.

Je ne verrai pas Mme Marques avant mon départ du service. Le lendemain, j'apprends qu'elle est restée calme ensuite, a eu un soin de manucure très apaisant. Mais elle a soudain repris une déambulation très anxieuse après le repas vers 18h30. Lors du coucher, l'aide-soignante est restée 30mn vers elle pour l'endormissement. Mais Mme Marques s'est ensuite relevée, recouchée, relevée... sans cesse, en pleurant et déambulant jusque tard dans la soirée. (NB. La nuit de 21h à 7h, une aide-soignante est présente dans l'unité.)

- *Séance 2. Psychologue*

Nous sommes en milieu de l'après-midi, Mme Marques a le visage marqué par l'anxiété. Elle vient de s'asseoir, la tête dans les mains, elle pleure, gémit, ses épaules sont secouées de sanglots. Cela a commencé depuis le matin, avec de plus en plus d'anxiété, de pleurs et d'agitation se traduisant dans une déambulation irrépessible. Les soignants se relaient auprès d'elle. Quand ils ne sont pas disponibles, Mme Marques entraîne un patient M. Perrin à l'accompagner en le tirant parfois.

Je m'assieds près d'elle, pose ma main sur son épaule, elle se tourne vers moi et me parle en portugais. Sa voix est tremblante. Je comprends quelques mots : « Mama... morta... ».

Sa détresse est telle qu'elle m'aspire et je ne peux que compatir, submergée par un immense sentiment d'impuissance. Je montre par mes gestes affectueux et par quelques mots ma présence et mon soutien pour ce qu'elle vit. (*Validation, synchronisation, miroir*). Je poursuis en disant comme c'est terrible de repenser à tout cela, à ce qui s'est passé avant, à ces souvenirs malheureux. (*Recadrage*).

Mme Marques me parle en portugais, elle semble acquiescer. Elle se lève ensuite, « Il faut y aller ! ». Me prend la main, me tire, m'entraîne, sans précipitation mais sans résistance possible. Déterminée, inébranlable, « Il faut y aller ». Sa voix est gémissante, tremblante. Elle m'entraîne dans une déambulation. C'est une marche qui a du sens certainement pour elle. D'un point à l'autre de l'unité. D'une entrée à l'autre, d'une fenêtre à l'autre. Elle cherche manifestement une sortie mais ne le formule jamais. (A d'autres moments, nous avons essayé de sortir, à l'extérieur, au jardin, dans un autre service. Sans que cela ne l'apaise. Même quand elle est chez elle, Mme Marques veut partir. Partir, sortir nous semble lié plus à un enferment intérieur qu'à la réalité d'un service fermé).

Quand nous arrivons à la porte ou à la fenêtre, Mme Marques s'arrête. Elle attend manifestement que j'ouvre celle-ci. Si je ne fais rien, il ne se passe rien, elle attend, raide, figée. C'est pourquoi, pour ne pas la mettre en difficulté, j'explique que la porte est fermée pour le moment, que ce

n'est pas encore aujourd'hui le jour de sa sortie de l'hôpital, qu'elle est ici se soigner et aller mieux. (*Recadrage*). Et je lui propose de retourner, de continuer à marcher ensemble. Mme Marques me répond « Oui Madame, on retourne. ». Parfois, je réexplique le lieu où elle se trouve et les raisons de sa présence. Je n'ai pas l'impression que Mme Marques entende un sens dans ce que je dis.

Après avoir marché quelques minutes, je lui propose de s'asseoir sur le canapé. Je m'assieds à ses côtés. Elle me dit : « J'ai mal à la tête » en se touchant la tête. Sur le même ton et avec un visage également préoccupé. « Ah vous avez mal à la tête ? » « Oui Madame, j'ai mal à la tête et puis j'ai mal au ventre aussi ». Je me préoccupe de ses maux de tête, de ventre, l'interroge, regarde, questionne... (*Synchronisation, Validation*)

Mme Marques se remet à pleurer. « Mes parents... des coups... souffert ». Je répète « Vos parents ont reçu des coups. » (C'est un évènement qu'elle avait également évoqué quelques jours avant avec le médecin). « Oui les gens sont ne sont pas gentils Madame ils ne sont pas gentils. Allez viens on y va. ». Nous repartons marcher dans le service. Je poursuis le mirroring et dis aussi « Ce sont des mauvais souvenirs avec des gens pas gentils. Des moments qui ont été bien malheureux pour vos parents et pour vous... C'est fini maintenant... Ici les gens sont gentils et s'occupent bien de vous... » (*Recadrage. Réassurance. Mots positifs*). Elle se rassie, ne dit rien.

Un peu après, les pleurs reviennent, profonds, des sanglots : « Mon papa et ma maman sont morts, je n'ai plus rien. ». Je l'enlace, lui *caresse* les épaules, le dos, avec des gestes et des mots montrant mon soutien, *Validant* sa détresse. « C'est triste, c'est dur de repenser à tout cela. ». Mme Marques reste raide, ne se laisse pas aller dans l'enlacement mais ne le refuse pas non plus. Elle préfère, me semble t-il, les gestes sur ses mains, son visage. C'est ainsi que je poursuis avec des *effleurements* sur son visage baigné de larmes. Je l'aide avec un mouchoir à essuyer son visage puis à se moucher. Nous restons quelques minutes puis elle se lève et repart. L'anxiété, la tristesse sont toujours là, peut-être plus contenues. Par la suite, des périodes un peu plus calmes (quelques minutes) vont alterner avec le retour de l'anxiété jusqu'au coucher.

4.2. Etat d'anxiété modérée

- *Séance 1. Psychologue*

Mme Marques déambule. Parfois elle s'assied quelques minutes puis se lève soudainement : « Il faut y aller Madame, oui il faut y aller ». La voix est plaintive, tremblante, résignée et aussi déterminée. C'est irrépressible, une force interne, une exigence vitale l'oblige à se lever et à partir.

Je lui propose d'aller avec elle. « Oh oui Madame, venez ! ». Je la suis dans sa déambulation, là où elle m'entraîne (*Position basse*). Le long couloir, la salle, d'une fenêtre à une autre, d'une porte à une autre. Mme Marques ne dit rien, elle marche. Elle s'arrête à la fenêtre, touche une barre, la regarde, de gauche à droite. « Ca s'est comme ça ». J'acquiesce sur le même ton, constate « Oui c'est comme ça. » (*Répétition de ce qui est dit*).

Elle fait demi-tour. Nous poursuivons ainsi, quelques minutes. J'adopte la même attitude corporelle, raide. Droite, le regard fixe devant moi, le visage crispé, la respiration bloquée, figée. Une impression de raideur, d'inquiétude, de tristesses mêlées. (*Mirroring*).

Après quelques minutes, peu à peu, je détends mon visage, j'assouplis mon attitude. Je libère ma respiration. En même temps, je bouge un peu mon bras, ma main, j'introduis plus de vie dans notre contact avec quelques pressions de ma main dans sa main (*Leading*).

Puis je me tourne vers elle, je la regarde, en m'adresse à elle avec beaucoup de présence. « Voilà, on marche ensemble... je tiens votre main dans la mienne... et ça va mieux, ça fait du bien... ». (« *Yes set* »). Mme Marques me répond « Oui Madame, ça va bien. ». Je reprends cette séquence plusieurs fois, en modifiant les *truismes*. « On est ensemble... on marche je vous parle... et ça fait du bien... ça calme... ».

Mme Marques ne répond pas. J'observe un visage un peu moins crispé, un regard plus vivant. « Je vois que vous vous détendez, votre visage est plus calme, » (« *Ratification* »). « C'est bien... plus de calme... de tranquillité... ça va mieux... vous êtes plus calme... plus tranquille...ça va mieux... ». (« *Saupoudrage* »). Mme Marques répond « Oui c'est mieux, ça va mieux Madame. ».

Nous arrivons dans la salle. Je propose à Mme Marques de s'asseoir vers les autres personnes. Elle se dirige vers une chaise, s'assied, je fais de même à côté d'elle. Elle s'installe bien au fond de la chaise, pose ses mains sur ses cuisses. J'engage la conversation avec les autres personnes. Mme Marques ne participe pas, elle semble absente mais calme. Au bout de quelques minutes, je me lève en prévenant que je vais voir une autre patiente qui est assise un peu plus loin sur le canapé et dit « A plus tard ». Mme Marques me répond aussi « Oui à plus tard ». (NB. J'aurais pu appuyer cet état de mieux-être par une *prédiction* comme « Vous êtes assise, vous êtes avec les autres personnes, et cela va mieux aller maintenant. » (avec *Yes set*))

Mme Marques reste assise calmement une vingtaine de minute avant de reprendre une déambulation avec un état d'anxiété qui apparaît alors plus léger.

- ***Séance 2. Psychologue***

Mme Marques déambule avec M. Perrin depuis le matin et l'après-repas. Il en a manifestement assez. Mais elle le sollicite et n'accepte pas ses réticences. Je propose à M. Perrin de se reposer et prend la main de Mme Marques qui accepte. Pendant quelques minutes, je l'accompagne dans sa déambulation. *Position basse. Miroir.*

Puis, je lui propose d'aller s'allonger un peu sur son lit pour se reposer en ce début d'après-midi. Je lui précise que je reste avec elle et que nous pourrions écouter de la musique. Elle est d'accord, s'allonge après avoir enlevé ses chaussures. Elle se relève presque immédiatement voulant aller aux toilettes, « faire pipi ». Je l'accompagne. Ensuite elle s'allonge de nouveau. Je mets un CD de Dalida qui était dans le poste. La chanson commence. Mme Marques redemande à aller aux toilettes. Je l'accompagne. Puis elle s'allonge de nouveau. *Position basse. Accompagnement sensoriel par la musique.*

Mme Marques a une attitude raide. Je lui tiens la main, la lui caresse lentement. *Accompagnement sensoriel par le toucher.*

Mme Marques se détend. Je ne parle pas beaucoup, juste quelques mots d'accompagnement quand elle me regarde. « C'est bien... continuez... je suis là... ». Peu à peu je vois qu'elle se détend, son visage, ses épaules. Je le lui dis « Je suis là... vous entendez les chansons...c'est bien... le visage se détend... vous êtes plus calme... tranquille... ». Je répète ces mots régulièrement. « Détente... calme... tranquille... bien... ». *Yes set et saupoudrage*

Spontanément Mme Marques dit « C'est beau, c'est très beau. » puis « Elle chante bien. ». Mme Marques se tourne sur le côté et ferme les yeux. Je continue à lui tenir la main. Elle dira encore quelques phrases en portugais. Je lui demande si elle peut me parler en français, elle me dit : « Il y en a quatre et il était content » puis « Ma maman y est allée deux fois. ». Sur un ton tranquille. Je valide l'émotion positive qu'elle a exprimée : « Oui il était content ! ».

Après quelques minutes, elle se lève calmement, enfile ses chaussons et repart. Je lui dis : « C'est bien... c'était un bon moment de calme pour vous, sur votre lit, avec les chansons, vous y êtes bien arrivée. Vous pourrez retrouver ce calme pendant l'après-midi. » *Valorisation. Prédiction.*

Mme Marques est restée calme ensuite même en déambulant seule. Cette séquence a duré 20mn dont environ 10mn de détente.

- ***Séance 3. Autres soignants de l'équipe***

Mme Marques marche dans l'unité, entraînant un autre patient M. Perrin avec elle. Parfois, il lui propose de s'asseoir. Mme Marques s'assied quelques instants puis se relève, tire le bras de M.

Perrin et la marche reprend. L'aide-soignante Anna propose un soin de manucure à Mme Marques. Elles sont installées et Anna soigne les ongles et pose du vernis. Mme Marques ne bouge plus de sa chaise, les mains posées sur la table. Elle est fixée sur les gestes, les sensations. *Focalisation, Etat de transe.*

Anna accompagne ses gestes de quelques mots positifs « Vous aimez bien prendre soin de vous... avoir de belles mains... ». *Ratification.* Elle décrit aussi les sensations (*VAKOG*), « Le pinceau glisse sur l'ongle... et la couleur rose s'étale... ». Mme Marques est de plus en plus calme et détendue.

Après ce soin l'ergothérapeute, Déborah, propose un massage du visage avec une huile de soin. Mme Marques est d'accord. Tout le long du massage, Déborah *saupoudre* de mots apaisants : « tranquillité... calme...bien-être... » et poursuit le *VAKOG* « Vous sentez mes mains sur vos joues, le front... la chaleur ou la fraîcheur... ». Mme Marques est très détendue, souriante. Déborah pose un *ancrage* en lui massant légèrement les épaules et une *prédiction post-hypnotique* « Chaque fois que vous le ressentirez, ce massage des épaules vous permettra de retrouver ce bien-être, ce calme, cette tranquillité. ». Le repas est ensuite servi et Mme Marques ne se lèvera pas pendant tout le repas.

« L'après-midi Mme Marques a participé aux activités, a peint et verbalisé des choses positives. A été bien jusqu'à 17h, valorisée par ce qu'elle fait. A 18h elle a mangé seule dans sa chambre sans se lever et s'est endormie après un temps d'accompagnement. » (Transmission d'une soignante).

- ***Quelques séquences notées par d'autres soignants de l'équipe dans les transmissions écrites***
 - *Revalorisations... toucher...suggestions positives... enveloppement avec une couverture sur le canapé avec des mots réconfortants comme « sécurité... protection ». Plus calme.*
 - *Déambule... soins esthétiques... chant... reste assise et calme pendant 15mn ;*
 - *Soins des pieds... visage détendu pendant le soin... apprécie vraiment... et échange posément ;*
 - *Fin de matinée. Dans sa chambre... relaxation... musique... revalorisation... s'endort... reste calme ensuite au repas, ne se relève pas ;*
 - *Fin d'après-midi. Avant le repas. Dans sa chambre... poste CD... Dalida... 45mn. Plus calme au repas. Se couche sans difficulté ensuite ;*
 - *Anxieuse à 14h30. Soins esthétiques. Apprécie ;*

- *Temps calme fait pendant 15-20mn à 10h30 massage des mains. Mme M. se laisse aller, paraît détendue ;*
- *Proposé un massage des mains. Très apaisant pour Mme M., elle verbalise que ça lui fait du bien, puis les yeux dans le vide reste calme encore. Assise environ 10-15 mn, semble presque dormir. Soins d'environ 15 mn.*

4.3. Sans anxiété

- ***Séance 1. Psychologue. Des chansons sur Youtube***

Mme Marques est assise à une table dans la salle commune, d'autres personnes sont à une autre table en activité avec une soignante. Je m'assieds à ses côtés. Je vois son visage calme, détendu, un léger sourire. « Cela fait plaisir de voir votre sourire Mme Marques ! ». (*ratification*). Le sourire s'élargit et Mme Marques me regarde. « Oh oui Madame et je suis contente de vous voir ! ». Je pose mes mains sur ses épaules en massant légèrement en souriant aussi et en disant « Cela fait du bien ! ». (*ancrage*)

Je me dis ensuite que nous pouvons profiter de ce bon moment pour installer un ancrage. Je pense à la musique et installe mon téléphone devant nous avec ses chansons préférées en vidéo : Frédéric François, Linda de Suza, Michèle Torr, Jo Dassin... A ma grande surprise, Mme Marques regarde et prend l'appareil même pour mieux voir. Elle reprend le refrain de certaines « Mon cœur te dit je t'aime... » « Elle m'a dit d'aller siffler là-haut sur la colline... ». Elle semble « hypnotisée », ailleurs, souriante, ravie. *Etat de transe positive*. Mme Marques fait beaucoup de commentaires en portugais. Je valide sur le même ton avec les mêmes expressions de visage (*Miroir*). Je répète des mots suggérant le bien-être, la légèreté « Oui... c'est beau... ça fait du bien... le cœur est plus léger...le corps se détend... » (*saupoudrage*). Et je propose un *ancrage* « Maintenant, chaque fois que vous entendrez cette musique, vous retrouverez cette légèreté, ce bien-être, cette détente... ».

Cette séance va durer 45 mn. C'est Mme Marques qui va ensuite se lever calmement en parlant portugais et aller marcher.

Par la suite, je l'entendrai qui pleure, gémit auprès d'un autre patient, lequel se trouve désemparé. Je vais la rejoindre. Elle me dit beaucoup de choses en portugais et en pleurant. Réécouter la chanson ne modifie pas son humeur. Je vais rester un peu avec elle, avant qu'un soignant prenne le relais. La tristesse est présente mais reste modérée cependant.

- ***Séquence 2. Psychologue. La cuillère.***

Mme Marques est calme et souriante ce matin. Nous avons déjà eu plusieurs échanges avec ratification du sourire, suggestions de bien-être, légèreté, par l'hypnose conversationnelle. A un moment, tout à coup, elle s'interrompt, soucieuse et se baisse vers son pied droit en disant qu'il lui fait mal. Elle enlève sa chaussure et tout au fond en retire... une petite cuillère ! Elle me la tend comme si tout cela était naturel, normal. Je suis d'abord assez stupéfaite de découvrir une petite cuillère dans sa chaussure, puis je me mets à rire. Elle se met alors à rire aussi. *Leading*. Et je suis prise alors d'un rire irrésistible et elle rit elle aussi, de plus en plus aussi. D'autres personnes vont se joindre à nous. Ensuite, on se dira « Qu'est-ce qu'on a bien rigolé ! » « Oh oui Madame on a bien rigolé ! ».

On ne retrouve pas là, le processus complet et classique de la séance d'hypnose Il s'agit ici de l'utilisation ponctuelle de certains outils.

5- DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Rappel de la question (voir hypothèses et problématique p33)

Comment l'hypnose peut-elle aider des patients âgés souffrant d'une maladie neuroévolutive à un stade sévère, avec des troubles du comportement productifs, à soulager leur anxiété en remobilisant leurs ressources psychiques ?

5.1. Discussion des hypothèses

1. Les patients âgés souffrant d'une maladie neuroévolutive à un stade sévère, avec des troubles du comportement productifs, sont accessibles à l'hypnose y compris pendant les crises anxieuses. L'hypnose dispose d'outils dans le registre verbal et non verbal permettant de contenir voire d'apaiser ces troubles.

En réponse à notre première hypothèse, nous pouvons dire que c'est compliqué, long, très engageant, mais possible. Les effets bénéfiques restent cependant limités dans le temps. Notre objectif était de revenir à un niveau d'inquiétude plus soutenable et plus accessible aux suggestions. Cela a été possible lorsque l'état d'anxiété était modéré. Lors des états anxieux proches d'attaques de panique, nous avons pu lors de la séance 1 amener un apaisement, une relaxation allongée sur le lit et des suggestions. Lors de la séance 2, cela n'a pas été possible.

Nous avons contenu l'anxiété, essayant de la rendre plus supportable. Lors des états plus calmes, les séances ont approfondi le moment de détente, ont permis un temps de communication. « ...sans attendre du patient une entrée en état hypnotique, mais plutôt un temps de communication particulier » (Marie Floccia 2018). Nous avons essayé d'installer un ancrage, corporel ou sonore. Cet ancrage n'a pas pu être intégré par Mme Marques. Il demanderait à être répété plus régulièrement.

Etre accessible à l'hypnose, c'est pouvoir accéder à un état de conscience modifié, grâce à la focalisation et à la dissociation et pouvoir transformer ensuite ses représentations, par des suggestions. Mme Marques est déjà focalisée et dissociée. Elle est comme immobilisée, figée sur sa plainte, dans une transe négative. Le regard fixe, les yeux dans le vague, plongée dans ses souvenirs dramatiques ou dans ses douleurs somatiques. « Le patient arrive focalisé par ses perceptions ordinaires, ses préoccupations, immobilisé dans sa vie par un symptôme » Antoine Bioy (2014).

Pour le praticien, *le Miroir* (ou Mirroring) est la porte d'entrée dans la relation. Nous allons rejoindre Mme Marques là où elle est (dans le passé, dans sa famille...) et là où elle en est (douleur physique, psychique). Etablir un contact sans rien vouloir imposer à la personne est la base nécessaire à la création d'une relation. Se positionner dans une attitude bienveillante d'écoute, centrée sur la reconnaissance des émotions de la personne, permet l'installation d'une relation de confiance. Celle-ci entraîne une entrée rapide dans un état hypnotique.

A partir de cette rencontre (assise, debout, en déambulant, en activité...), le praticien guide un changement (*leading*) pour l'amener à se défocaliser de ces perceptions négatives. Les techniques employées sont préférentiellement corporelles et non-verbales : redressement du corps, mimiques du visage, chansons, touchers, effleurements. Dans ce registre, nous saisissons à plusieurs reprises le regard de Mme Marques. De fixe, « perdu », il revient parfois se poser sur nous : nous maintenons ce « *holding visuel* ». Ces regards soutenant sont accompagnés de paroles qui dans leur tonalité et leur sens, sont rassurantes, enveloppantes. Regards, bains sonores, touchers... cette saturation sensorielle vient défocaliser la transe négative. « S'ils sont accessibles à l'hypnose, celle-ci est bien différente : de courte durée, en discutant, en marchant ou en étant assis » (Floccia 2018).

Concernant l'approche tridimensionnelle (W. Van Craen 2007) - agir, sentir, penser différemment - le niveau cognitif étant difficilement accessible, c'est le niveau *sensoriel* qui apparaît le plus accessible. Pour Mme Marques, on observe que les effleurements, la position couchée (quand elle

est possible) amènent une diminution de l'anxiété. La relaxation a un effet bénéfique sur les troubles anxieux.

Les mots sont aussi chargés de sens rassurant, comme en hypnose conversationnelle. Les *suggestions* se font avec les techniques du saupoudrage (réassurance, confort, apaisement), de la validation, de la ratification, des truismes...

Il s'agit bien d'un processus hypnotique avec la dissociation, l'état de transe et les suggestions, dans une dynamique relationnelle qui entraîne une modification, une remise en mouvement psychique. Nous observons que cette approche produit des effets bénéfiques. Elle nécessite cependant un temps long (souvent 30 à 45 mn) pour obtenir un peu d'apaisement dans les moments d'anxiété les plus importants.

Concernant la durée de cet effet bénéfique, nos observations montrent une durée courte, quelques minutes dans les états anxieux majeurs. Ils dépendent de la présence d'une personne étayante. Cette « permanence de l'objet » (J. Piaget 1937) qui permet de s'autoréconforter, en trouvant en soi les « capacités à être seul » (D.W. Winnicott) ne s'installe pas de manière pérenne. Dans les états de départ plus calmes, ils sont plus durables de l'ordre de quelques dizaines de minutes à quelques heures.

Le trouble anxieux relève d'une réalité corporelle et psychique. C'est un débordement des capacités de régulation de l'organisme. D. Varma (2012) fait le parallèle entre les troubles anxieux et la présence *de traumatisme dans l'enfance*. Ce qui est vraisemblablement le cas dans la situation de Mme Marques comme nous l'indiquent ses plongeurs rétrogrades dramatiques où elle revit l'angoisse de ne pas avoir à manger ou que ses parents soient battus.

Mme Marques a un vécu infantile probablement très perturbé. Ce qu'en dit sa famille rejoint ce qu'elle relate dans ces cauchemars éveillés : enfance vécue dans une famille pauvre, dans un village minier (tungstène) au Portugal, peur de ne pas avoir à manger, peur de la maladie de ses parents, peurs qu'ils soient battus. On imagine l'atmosphère de ces villages avec les maladies, la mort et l'anxiété omniprésentes. Première fille d'une grande fratrie, Mme Marques avait probablement beaucoup de responsabilités dans la famille, beaucoup trop pour une petite fille. Sa personnalité apparaît profondément *insecure*, On voit resurgir ce qui n'a pu être élaboré pendant la vie, ces épreuves, ces traumatismes. « *Le désir d'oubli s'exprime sous la forme d'une hypermnésie* », celle-ci serait une tentative de se dégager, par la compulsion de répétition, du traumatisme. (André Chevrance, 2005)

Dans un mode de relation anaclitique, s'appuyant sur la présence de l'autre, Mme Marques vit d'insupportables angoisses d'abandon. Sa sécurité interne est défaillante : cette sécurité affective, ce « lieu où se reposer » (D.W. Winnicott) qui permet de trouver une tranquillité intérieure et qui se situe à l'intérieur de soi. Celle-ci s'installe dès la prime enfance, dans les premiers mois de la vie par le contact répété, rassurant et protecteur avec la figure maternante. Albert Ciccone (2012) la nomme « *la part bébé du soi* » : « Quand la souffrance déborde, quand elle est innommable, terrible, traumatique, désorganisatrice, c'est qu'elle touche des aspects infantiles, car elle est alors moins pensable, transformable, supportable. C'est de cette souffrance infantile dont se protège tout sujet ».

La maladie de Mme Marques s'est accélérée lors du décès d'une amie proche, rappelant ce que dit André Chevrance du « *traumatisme de trop* », celui qui fait décompenser la structure psychique. Cette anxiété généralisée est-elle accentuée par l'hospitalisation, l'absence de ses proches, de son lieu de vie habituel ? Question que nous nous posons quant au rôle bénéfique ou délétère d'une hospitalisation. D'un autre côté, nous entendons aussi que le même comportement est observé chez elle et avec ses proches.

2. Les modalités sont à adapter : lieu, moment, praticiens... Un travail d'équipe se montre plus bénéfique que des interventions ponctuelles de la psychologue.

La séance formelle d'hypnose est adaptée. Le cadre thérapeutique également. La séance commence là où est la patiente : pendant le repas, la toilette, dans la salle à manger, le couloir, l'office, la chambre... L'accord de la patiente se fait dans l'immédiat d'une présence nécessaire et demandée. « Je n'en peux plus ... j'ai mal ... » répète Mme Marques. C'est une demande d'aide, de changement. C'est une demande thérapeutique.

Cet accompagnement se fait sur un temps long et ses effets, nous l'avons vu précédemment sont ponctuels. Il est bénéfique que cet accompagnement puisse être répété aussi souvent que possible afin de maintenir une *fonction contenant* (Denis Mellier 2005) de l'équipe autour de Mme Marques. Cette fonction qui permet de reconnaître et de traiter des souffrances très primitives : « Cette fonction contenant doit s'entendre au sens de Bion comme un processus de transformation intime ; qui permet que des sensations et des émotions impensables deviennent pensables, puissent être contenues dans une activité de pensée, au lieu d'être purement et simplement évacuées dans des actes, déviées vers des atteintes somatiques, ou faire effraction dans des activités hallucinatoires » (Didier Houzel, 1994).

Un attachement se crée, un lien se tisse. Ce lien est du « tout ou rien ». C'est-à-dire que si notre attention, est distraite un instant par autre chose, Mme Marques le ressent aussitôt et se sent abandonnée. Il faut une disponibilité psychique totale du soignant.

Il existe une « porosité psychique » dans la relation thérapeutique avec ces patients. Le thérapeute est dans un lien très proche avec lui et reçoit en retour tout le matériel psychique brut, non élaboré et non élaborable, selon le modèle de W.R. Bion (1962). Il faut évoquer la lourde charge émotionnelle de ces accompagnements pour les soignants, la difficulté à les supporter psychiquement dans la durée. Dans la répétition, la relation devient usante voire ravageuse. L'expression d'« *attaque de la pensée* » est utilisée par Louis Ploton (2010) pour décrire ce que produit psychiquement la rencontre répétée avec une personne atteinte d'une maladie neuroévolutive. Une atteinte à la capacité de pensée.

Comment survivre à ces attaques, comment continuer à offrir du soin, du « care » (prendre soin) sinon du « cure » (soigner) ? Comment maintenir sa capacité de penser ? On parle aussi de « la capacité de rêverie du soignant ». Celle-ci n'est possible au long cours que si le soignant est lui-même soutenu, par un cadre contenant sur lequel il puisse s'appuyer et se libérer de ses propres tensions internes. Les lieux de parole (réunions interdisciplinaires, réunions cliniques, relèves, échanges informels...) sont indispensables au travail des soignants.

La réalité du service est aussi celle de ses limites. Les soignants ont adhéré au projet d'accompagnement par des outils de l'hypnose qui ont été proposés et présentés. Cependant, ils disposent rarement de 30 ou 45 mn pour accompagner un patient. Surtout pendant les repas, les prises en soin matinales ou pendant la nuit. Ils ont accompagné Mme Marques avec cette intention dans leur approche relationnelle, et cela a eu des effets bénéfiques. S'il n'y a pas eu de changements spectaculaires, l'accompagnement de toute l'équipe avec cette cohérence et cette intentionnalité a contenu et limité la souffrance de Mme Marques : « L'objectif est de stabiliser, d'éviter la dégradation » (Floccia 2018). L'adhésion à notre projet peut également être mise en lien avec le fait que l'approche et les outils que nous avons proposés ont fait sens pour l'équipe, lui donnant un nouveau sentiment de compétences auprès de la patiente, permettant à l'équipe de sortir elle aussi de son sentiment d'incapacité face au chaos de Mme Marques.

Le contexte était aussi celui de la présence du Covid. Le service a été confiné pendant plusieurs semaines. Les réunions de service n'ont pu se tenir par manque d'un lieu suffisamment grand pour accueillir plusieurs personnes avec les distances de sécurité demandées. Il y a eu moins de

temps d'échange, de travail de réflexion d'équipe autour des patients. Or, ces lieux de parole sont le cœur de notre travail dans ce service.

3. Des ressources psychiques restent accessibles et mobilisables par l'hypnose. Le patient peut trouver ou retrouver des compétences protectrices contre l'effondrement psychique.

Qu'est-ce qu'une ressource ? Et une ressource psychique ? En débutant cette partie nous nous sommes soudainement trouvée incapable de le définir. Tout devenait confus. Créer du lien est-ce une ressource ? Déambuler est-ce une ressource ? Chanter ? Pleurer, dormir, oublier ?

A y réfléchir, une ressource serait une compétence, une qualité qui porte vers la vie, vers l'objectif que l'on se donne. Celui-ci pour Mme Marques actuellement est de moins souffrir tout simplement. Mobiliser une ressource psychique par l'hypnose, ce sera donc réanimer une activité psychique, un mouvement psychique, qui permet à Mme Marques de s'éloigner de la souffrance, qui lui permet de se sécuriser, de rester en vie, en survie psychique, de se dégager du chaos.

Créer un lien d'attachement sécure. Mme Marques cherche quelqu'un pour l'aider à quelque chose. Cet énoncé est vague mais correspond à ce qu'on observe. Elle agrippe, elle entraîne, elle tire les soignants ou les patients, elle les emmène avec elle. « Viens ! ». Souvent l'objectif est de partir. Partir vers un ailleurs, spatial ou temporel. Un autre lieu, à un autre moment. Avant ou loin de la maladie, avant ou loin des malheurs. Partir, « On y va ! », c'est échapper au présent, à la souffrance du présent. Présent qu'elle vit parfois dans son passé. Toute personne devient son « enveloppe de secours » M. Peruchon et A. Thomé (1991). Nous nous saisissons de cet appel pour créer un lien, essayer de le transformer en lien sécure. Grâce à un long temps relationnel, un lien se tisse, un attachement sécure se crée. Cette compétence, elle la trouve dans le lien qu'elle crée avec nous. Comme un Moi-auxiliaire. Nous avons observé que ce lien pouvait se créer le temps de notre présence.

Mme Marques utilise des processus autocalmants (déambulation). Ils ont une valeur protectrice en réduisant l'excitation due au manque de travail de mentalisation. « Les comportements d'agitation (de déambulation par exemple) ou régressifs doivent être resitués du côté des pulsions de vie (...). Ils viennent exprimer quelque chose de l'attachement quand manquent les mots pour le dire et le faire respecter » (M. Peruchon 2007). Nous l'accompagnons corporellement, verbalement, le temps nécessaire dans la déambulation, dans une marche rigide, d'un point à un autre. Jusqu'à pouvoir émerger du processus archaïque, redonner un mouvement psychique et

recréer du lien. La déambulation devient plus calme, plus tranquille. Son regard se pose sur nous et redevient présent, son visage se détend. Par le mirroring puis le leading. Mme Marques est accessible à ces suggestions corporelles, et aussi, partiellement, aux suggestions verbales. « Ce sont les mouvements élémentaires du corps, c'est la tonalité de la voix, ce sont les regards, qui donnent aux paroles le contexte qui va les former ou les déformer. Tous ces indices parfaitement perçus, même s'ils n'arrivent pas à la conscience et ne sont pas explicités, commandent de part en part la nature et la qualité de nos relations, ils en déterminent et en imposent l'issue » (François Roustang 2000).

Mme Marques nous agrippe nous prend la main. Elle apprécie les effleurements, les massages, la main posée sur son ventre et qui accompagne sa respiration lorsqu'elle est allongée. « *Le toucher, le contact de peau à peau* permet au sujet en détresse de se ressourcer en réactualisant le fantasme de peau commune » (J.M. Talpin et coll., 2005). Cela tend à pallier la défaillance de réassurance. Quand ce lien contenant est créé, Mme Marques peut se laisser se détendre, dans *une aptitude à la relaxation*. Ainsi allongée sur son lit, après tout un temps de réassurance, de suggestion, son visage se détend, elle se tourne sur le côté et ferme les yeux.

Des compétences affectives, émotionnelles sont accessibles. « C'est beau, c'est très beau, elle chante bien ! », en écoutant les chansons. Un rire aussi à nous voir rire de retrouver la petite cuillère dans son chausson. « La perception et l'affect demeurent vivaces » (M. Peruchon 2005).

Mme Marques utilise spontanément la chanson. D'elle-même, elle chante. Ce chant est souvent monotone, monocorde, comme dévitalisé, sans expression, automatique. Mais il y a quand même un son, une vibration. Nous l'avons amplifié, en chantant avec elle, en écoutant les chansons sur le smartphone. Parfois en marchant, parfois assise ou allongée. A plusieurs reprises Mme Marques a pu retrouver en elle une vitalité, un plaisir.

Pendant la séance avec les chansons en vidéos, Mme Marques qui était apaisée à ce moment-là, a pu entrer dans une réelle *transe positive*. Elle s'est focalisée sur le smartphone, le prenant dans ses mains, regardant, chantant et exprimant un réel plaisir qui se voyait sur son visage détendu et souriant. Sourire qui s'amplifiait amplement par la ratification. « Mon cœur te dit je t'aime, il ne sait dire que ça, mon cœur te dit je t'aime, à chaque fois qu'il bat » (Frédéric François).

Transe positive aussi lors de la séance de manucure avec la pose de vernis sur les ongles qui induit aussi un état d'apaisement. Est-ce que cela réactive des souvenirs agréables par la couleur, le parfum, le toucher, l'exclusivité du lien, la focalisation mais également peut-être souvenirs d'un temps doux, d'insouciance de souvenirs heureux ?

Mme Marques dit parfois des prières (« Je vous salue Marie ») en français ou en portugais. C'est rapide et mécanique. Nous aurions pu aussi utiliser cette ressource en hypnose. L'accompagner dans la répétition. Au-delà du bain sonore et vibratoire, c'est aussi un appel à un Autre, une tentative de réactiver une présence, une espérance, un Idéal du moi, du symbolique.

Dans une des séances décrites, après un long temps d'accompagnement, Mme Marques nous dit spontanément et d'une manière si soudaine qu'elle en est saisissante. « J'en ai marre ma mie » Elle *s'adresse à un autre*, avec une réelle présence à elle et une capacité à dire sa détresse par une parole vraie, autrement que par la plainte somatique ou la décharge motrice.

5.2. Question éthique

Nous inspirant des questions éthiques sur la fin de vie, nous nous interrogeons sur ces situations de malades qui ne sont pas en fin de vie mais dans une vie de souffrance psychique.

Toute personne a le droit d'être soulagée de ses douleurs. Le droit de ne pas souffrir est reconnu comme une évolution législative majeure (Loi du 4 mars 2002). Il reste cependant des douleurs non soulagées, des douleurs physiques et psychiques réfractaires aux traitements. « Il n'est pas soutenable d'abandonner un être humain à sa souffrance, à son appel d'un répit ou la sollicitation de mettre un terme à une vie à ce point douloureuse. Comment apaiser l'insupportable ? » (Emmanuel Hirsch 2011).

Dans les situations dont nous avons parlé, pourrions-nous envisager une sédation des douleurs morales et physiques, au risque de réduire encore la vie psychique et au risque d'abrégé la vie par la grabatisation ? Y a-t-il un moment où, la qualité de vie se réduirait tellement, un moment où l'avenir ne laisserait comme perspective que la persistance voire l'accroissement de la souffrance psychique et où la question de poursuivre ou pas la vie se poserait ?

Est-ce éthique, c'est-à-dire est-ce le bien pour cette personne à ce moment-là et au vu des connaissances actuelles thérapeutiques, médicamenteuses et non-médicamenteuses ? « Les patients ont le droit d'être soulagés de la douleur, dans la mesure où le permettent les connaissances actuelles » (Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe. OMS).

Et qui en déciderait ? Le patient est-il en mesure de donner son avis, a-t-il le discernement nécessaire ? Sinon, seraient-ce (selon la Loi Clays-Léonetti) ses directives anticipées, s'il y en a, ou le médecin avec l'avis de la personne de confiance et de la réunion collégiale. Plusieurs patients nous le disent, ils souhaiteraient que cela s'arrête. « Cela » est-ce la douleur ou la vie ?

Ils le disent pendant les crises d'angoisse, quand ils souffrent, plus rarement en dehors de ces crises. L'oubli joue son rôle et leur permet aussi de ne pas s'en souvenir.

Pourrait-on adopter dans ces situations une démarche de questionnement éthique, avec ses principes fondamentaux d'humanité, de bienfaisance et de non-malfaisance, de proportion et de non futilité, de justice et d'autonomie ? Avec sa question : qu'est-ce qui serait juste de faire pour bien faire ? « Le soin est un engagement éthique. L'acte soignant constitue encore l'expression la plus sensible de nos obligations à l'égard de l'autre » (Emmanuel Hirsch 2011).

6. CONCLUSION

Ce travail de recherche nous montre qu'une pratique de l'hypnose avec des patients atteints de maladies neurocognitives et de troubles du comportement productifs est possible. Cette pratique demande un travail d'adaptation au patient. La capacité à entrer en relation avec lui en est la base (Miroir). Les séances, même si elles sont réfléchies en amont et dans l'après-coup, ne sont pas programmées. Elles ont lieu de manière informelle, sur le moment, sur le lieu, parfois pendant une crise d'anxiété, avec ce qui se présente de disponibilité ou d'agitation. Elles peuvent être courtes, longues, se faire en marchant, au lit du patient, assis...

La focalisation, la dissociation se font assez aisément. Ces patients sont déjà dissociés, ailleurs, « dans leur monde », dans un état de transe, souvent négative, hantés par des images et des émotions éprouvantes. Les suggestions sont abordables de différentes manières. Le registre non-verbal fait appel aux ressources corporelles, sensorielles, émotionnelles. (toucher, musique, saturation sensorielle...). Le registre verbal est aussi utilisable avec l'hypnose conversationnelle et les techniques de saupoudrage, validation, ratification, truismes...

Dans la situation exposée, des ressources sont mobilisables. Un lien d'attachement sûr s'installe le temps de la présence du thérapeute avec une capacité de relaxation, un ressourcement par le toucher, un éveil du regard porté sur l'autre, et une parole adressée à lui, dégagée de la plainte. Des compétences affectives et émotionnelles s'expriment avec une transe positive lors des moments les plus accessibles. Une amélioration de l'anxiété même en période de crise d'angoisse s'est montrée parfois possible à condition d'y consacrer un long temps d'accompagnement individuel, avec un investissement psychique total. Cette amélioration psychique et comportementale reste cependant ponctuelle.

L'objectif est de contenir pendant un temps la menace d'effondrement, de limiter la souffrance et de revenir à un niveau d'inquiétude plus soutenable et plus accessible à des réassurances

classiques. Ces bénéfiques sont majorés par l'engagement d'une équipe, par une cohésion et une contenance de l'accompagnement et l'investissement de chaque professionnel. Cet idéal est limité cependant par la réalité du quotidien d'un service hospitalier.

Nous poursuivrons notre pratique d'hypnose dans ce service en cherchant s'il est possible d'installer un mieux-être pour une durée plus conséquente. Peut-être en répétant les séances, dans des moments propices, plus calmes, de manière plus fréquente, en travaillant l'installation d'un ancrage ? En sensibilisant et en échangeant avec les soignants de manière plus régulière.

Tout ceci en parallèle à l'accompagnement par la Validation, qui est essentiellement un temps d'écoute de l'expression des difficultés. Ce temps a sa place aussi dans le processus hypnotique, mais de manière, nous semble-t-il, plus discrète. L'hypnose nous apparaît se situer plus à un autre niveau, celui de la réanimation des ressources. Notre pratique se situera dans cet équilibre entre l'expression du mal-être et la recherche de ressources, la catharsis et la réactivation de compétences.

Cette première expérience de l'hypnose a été pour nous une ouverture et a aussi éveillé beaucoup d'espoir et de motivation. Nous apprécions dans cette approche, la créativité, l'accès à un inconscient réservoir de ressources et protecteur, l'invitation à l'imagination. Il nous a fallu adopter une pratique de l'instant, sur le vif. Saisir le vivant de ce qui se présente sur le moment, au niveau du corps, des expressions, des mots, du mouvement. Aiguiser une vivacité dans l'observation. Adopter une posture en retrait et avoir confiance en ce qui se travaille chez le patient pendant et hors des séances. Se dépouiller de toute intention et rester disponible à ce qui vient : « L'attitude du thérapeute peut se définir comme une intensité de présence attentive, dépouillée de toute intention particulière » (François Roustang. 2000). Il nous reste tant à apprendre.

7. BIBLIOGRAPHIE

Aldwin C et al. (1998). Psychologie du développement. In Reuben D.B. Gériatric Review Syllabus. Livre 1 (p24-29). Traduction française par Alard B. Paris : IPSEN

Arfeux-Vaucher G, Ploton L. (2012). Les démences au carrefour des non-savoirs. Chemins de la complexité. Rennes : Presses de l'Ehesp.

Assoun, P. L. (2003). La résilience à l'épreuve de la psychanalyse. Synapse, 198, 25-28.

Bianchi, H. (1980). Travail du vieillir et travail du trépas, Psychanalyse à l'université, T5, n°20, septembre 1980, 613-619

Bion WR. (1962). Aux sources de l'expérience, Paris : PUF

Bioy A. (2007). L'hypnose, Paris : Dunod

Bioy A., Michaux, D. (2007). Traité d'hypnothérapie : fondements, méthodes, applications. Paris : Dunod.

Bioy, A. (2008). Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe. Perspectives psy, 47(2), 171-184.

Bioy, A., Bénony-Viodé, C. (2009). Comprendre le dialogue entre le corps et l'esprit dans les douleurs de l'enfant. Médecine thérapeutique/Pédiatrie, 12(5), 284-291.

Bioy A, Wood C, Célestion-Lhopiteau I (2010). L'aide-mémoire d'hypnose, Paris : Dunod

Bioy, A., Célestion-Lhopiteau, I. (2014). Hypnothérapie et Hypnose médicale en 57 notions. Paris : Dunod.

Bioy, A. (2017). L'hypnose : « Que sais-je ? » n° 4078. Que sais-je. Paris : PUF

Bioy A. (2020). Supervision dispensée dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie de l'Université de Dijon 2019-2020

Bonnet, M. (2012). L'attachement au temps de la vieillesse. Dialogue, (4), 123-134.

Brosseau, G., & Bioy, A. (2012). *L'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*. Paris : InterÉditions.

Castor A. (2020). Hypnose et troubles anxieux. Cours dispensé dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie de l'Université de Dijon 2019-2020

Charazac, P. (2005). Comprendre la crise de la vieillesse. Paris : Dunod.

Chevance A. (2005). Désir d'oubli chez le patient Alzheimer, un concept clef pour une prise en charge psychothérapeutique. In : Talpin JM. Cinq paradigmes cliniques du vieillissement. Paris : Dunod, p107-146

- Ciccone A. (2012) La part bébé du soi, approche clinique. Paris. Dunod ; 2012. 208p.
- Dachraoui Bel S. (2019). Alzheimer au pays des merveilles, guide pratique d'hypnose en gériatrie. Bruxelles : Satas.
- Debray R. (1996), Clinique de l'expression psychosomatique, Paris : Delachaux-Niestlé.
- Delage, M., & Lejeune, A. (2009). La résilience de la personne âgée, un concept novateur pour prendre en soin la dépendance et la maladie d'Alzheimer. Marseille : Groupe de Boeck.
- Delion P. Psychanalyse, autisme et institution, dans Journal de la psychanalyse de l'enfant 2011/2 (Vol.1), pages 27 à 43
- Erickson, M. H. (2016). L'hypnose thérapeutique : quatre conférences. ESF Sciences Humaines.
- Feil N., (2005) : Validation, la méthode de Naomi Feil. Pour une vieillesse pleine de sagesse. Paris : Edition Lamarre
- Floccia, M. (2018). Hypnose en pratiques gériatriques. Paris : Dunod.
- Freud. S. (1923). Psychopathologie de la vie quotidienne. Paris : Payot
- Freud S. (1923), Le moi et le ça, in : Oeuvres complètes, XVI, Paris : PUF, 1991, pp. 265-301.
- Guillou M. (2014). Grand âge et dégradation cognitive. In Bioy, A., & Célestin-Lhopiteau, I. Aide-mémoire-Hypnothérapie et hypnose médicale : en 57 notions. Paris : Dunod.
- Guillou M. (2017). Hypnothérapie d'un deuil compliqué. In Bioy A 15 cas pratiques en hypnothérapie. Paris : Dunod
- Guillou M. (2020). Hypnose et personnes âgées. Cours dispensé dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie de l'Université de Dijon 2019-2020
- Herfay C. (2007). La vieillesse en analyse. Strasbourg : Eres
- Hirsch Emmanuel (2011) « Apaiser l'insupportable » et « L'éthique au cœur des soins ». Réflexions : site d'Emmanuel Hirsch.
- Houzel D. (1994) Enveloppe familiale et fonction contenante dans L'activité de la pensée : émergences et troubles. Paris : Dunod.
- Le Gouès G. (2000). L'âge et le principe de plaisir : introduction à la clinique tardive. Paris : Dunod.
- Mainguet A. (2020), cours du D.U. hypnothérapie, Dijon
- Maisondieu J. (1989). Le crépuscule de la raison. Paris : Bayard Editions
- Mellier D., La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel, in La psychiatrie de l'enfant, volume 48, p 425 à 499, 2005, Université Lumière, Lyon 2

Messy, J. (1992). La personne âgée n'existe pas : une approche psychanalytique de la vieillesse. Paris : Rivages.

Pellissier J. (2010). Ces troubles qui nous troublent. Toulouse : Eres

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

Péruchon, M., Thomé-Renault, A. (1992). Destins ultimes de la pulsion de mort : figures de la vieillesse. Paris : Dunod.

Péruchon, M. (2005). Les compétences somato-psychiques au cours du vieillissement et de la vieillesse. In Talpin JM : Cinq paradigmes cliniques du vieillissement, p 23-45. Paris : Dunod

Piaget J. (1937) La construction du réel chez l'enfant. Neufchatel ; Paris : Delachaux et Niestlé. 6° éd.

Ploton, L., Laroque, G. (1990). La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Lyon : Chronique sociale.

Ploton, L. (2010). Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer. Lyon : Editions Chronique sociale.

Ribes G. (2004) in Lejeune, A. Vieillesse et résilience. Marseille : Groupe de Boeck

Roustant F. (2000) La fin de la plainte. Paris : Odile Jacob

Smaga, D., Cheseaux, N., Forster, A., Colombo, S., Rentsch, D., & de Tonnac, N. (2010). L'hypnose et les troubles anxieux. *Revue médicale suisse*, (236), 330.

Talpin, J. M., Péruchon, M., Charazac, P., Joubert, C., Brouillet, D., & Martin, S. (2005). Cinq paradigmes cliniques du vieillissement. Paris : Dunod.

Tannier C. Distinguer la personne et le sujet : un impératif éthique dans les maladies neurologiques atteignant la conscience. *Revue Jalmar* 2017 ; n°128 : p21-29

Van Craen, W. (2007). Le traitement de l'anxiété. In Bioy, A., & Michaux, D. (Eds.), *Traité d'Hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod, p : 405-420.

Varma, D. (2012). Hypnose et troubles anxieux. Acte du 3e Congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose. Paris : L'Harmattan

Viard A. (2011). « La mémoire autobiographique », *L'Essentiel Cerveau et Psycho* n°6, p24-27.

8. ANNEXES

Outils de l'hypnose proposés à l'équipe

Nous avons proposé à l'équipe de soignants quelques outils utilisés par l'hypnose. Nous leur avons présenté oralement et par écrit. Chaque outil est expliqué et illustré par quelques exemples. Le choix est large. Nous avons signalé ceux qui nous semblent appropriés pour Mme Marques et inscrit *en italique, des exemples adaptés pour elle*.

Durée : Des moments qui peuvent être courts voire très courts. Une minute, quelques minutes...

A quel moment : en période de calme ou en période d'agitation

De nombreux outils : cela se fera en fonction des besoins et en s'adaptant au présent à ce que vit le patient au moment où on est avec lui. En quelques minutes nous pouvons utiliser de nombreuses techniques d'hypnose.

Communication non verbale

- **Position basse** : le thérapeute suit le patient dans ses ressources. Il part de ce qui se passe, de ce qu'il voit, entend... Par ailleurs, sa position physique est également à hauteur du patient, voire plus basse.
- **Distance** : s'adapter à celle demandée par le patient. *Proximité physique, contact de la main, enlacements...*
- **Synchronisation** ou **miroir** : "Mise en phase" entre le patient et le praticien, nécessaire à une relation de confiance pour une alliance thérapeutique. La posture, les gestes, les intonations, les silences, les mots, le rythme de la voix, la direction du regard, les émotions... (*mirroring*). Pour le guider ensuite (*leading*) vers un apaisement par la suggestion de notre propre attitude, respiration, rythme, émotion...
Déambuler à la même vitesse, dans la même direction, dans la même attitude... Puis suggérer un apaisement par notre attitude plus redressée plus ouverte, notre respiration plus ample, notre calme, notre expression sereine.
- **Pour de vrai** : ce qui se passe pour le patient c'est « pour de vrai ». Se servir de cette relation au temps en utilisant un vécu physique. Par exemple, serrer les poings pour écraser une angoisse, puis les relâcher.
- **Canal sensoriel préféré** : les suggestions, les métaphores sont mieux intégrées, comprises quand on utilise le canal sensoriel préféré du patient (Visuel, auditif, kinesthésique...). Que dit-il de préférence ? « Vous voyez ... écoutez... je me sens pas bien... ».

- **Canal auditif** : l'écoute d'une chanson qu'elle aime bien. (Liste donnée par sa famille)
*Frédéric François « Mon cœur te dit je t'aime », « Un chant d'amour un chant d'été » ;
Linda de Suza « La valise en carton », « L'étrangère », Michèle Torr « Emmène-moi
danser ce soir », Jo Dassin « Le café des 3 colombes », « Siffler sur la colline » ...*
- **Canal tactile, le toucher** : *tenir la main. Massage léger des mains, des épaules, du
visage... Egrainage du chapelet, pliage des serviettes... Mouvement de respirations, Mme
Marques allongée sur son lit, notre main posée sur son ventre.*
- **Canal olfactif** : *huiles essentielles de lavande, d'oranger, d'eucalyptus...*
- **Saturation sensorielle** : utiliser le plus de sens possibles, répéter, sans pause.
*Parler sur un ton doux en faisant sentir de l'huile essentielle d'oranger, tout en massant
légèrement le dos, en déambulant et en écoutant Frédéric François...*
- **Ancrage** : « Un stimulus suggéré en état hypnotique et qui va permettre au patient de
retrouver les ressentis de l'état hypnotique ». L'émotion persiste même si le souvenir de
ce qui l'a produite disparaît. Elle peut réapparaître avec l'ancrage (le même lieu, le même
soignant, la même sensation...). *Cet ancrage est donné par le soignant et sera toujours le
même : poser nos mains sur ses épaules par exemple et appuyer chaleureusement à
chaque fois que nous la voyons détendue, souriante.*

Communication verbale

- **des phrases simples**, courtes, affirmatives, positives :
« Ne vous inquiétez pas = rassurez-vous... soyez tranquille... »
- **des questions fermées** :
« Qu'est-ce qui vous fait du bien ? » = « C'est mieux comme cela ? »
- **utiliser les mots qu'apporte le patient**. Les **répéter** s'ils sont positifs : « Oui... c'est
bien... c'est cela... ». S'ils sont négatifs, les répéter puis les **transformer** :
*« J'ai très mal au ventre madame » devient « Vous n'êtes pas bien en ce moment dans
votre ventre. »*
- pour connaître ses mots, ses métaphores, les lui demander, par exemple : « **C'est comme
quoi pour vous ?** » : ça peut être « une boule... du feu... un caillou... »
- **Répéter la réponse** du patient afin de manifester activement votre écoute. Chaque fois
que vous répétez ce que vous entendez, la personne se sent véritablement écoutée et vous
créez en elle de l'acquiescement.

- **Saupoudrage 1** : utiliser et **répéter** des mots positifs, agréables, empreints de sensorialité correspondant à l'objectif choisi. Ils peuvent être repris du discours, des mots du patient.
Pour Mme Marques : « confortable...détendue... calme... tranquille...confiance... fière de vous... réussi... capable... en sécurité...protégée...vous avez bien fait... une personne courageuse, travailleuse... ».
- **Saupoudrage 2** : répéter, la même histoire, conte, métaphore : *Cendrillon ? Chemin de vie ? Prières ?*
- **Recadrage** : améliorer la vision du problème exprimé. « Je n'en peux plus », peut devenir : « *Vous êtes fatiguée, vous avez mal, vous ne voulez pas continuer comme cela pour le moment... vous pouvez vous reposer... ».*
- **Ratification 1** : prendre acte de ce qu'il se passe et le dire au patient. Souligner toutes les petites améliorations observées, les points positifs aussi infimes soient-ils. Et mettre en avant la personne et ses ressources. « *Je vous vois sourire !* » « *Ça va mieux !* »
- **Prédiction** : c'est proche de la ratification, seulement l'état émotionnel ou le sentiment n'est pas encore amorcé chez le patient. « *Je vois comme un sourire... ».*
- **Ratification 2 (ou validation)** : reconnaître le vécu de l'autre. « *Oui, je vois que vous êtes anxieuse, que votre tête vous fait mal. »*
- **Le présupposé** : c'est une invitation à envisager les choses autrement, il est interrogatif : « *Je ne sais pas comment vous faites pour vous faire du bien ?... je ne sais pas ce qui vous fait le plus de bien ici ?... Ce qui vous aide à bien dormir ?* ».
- **Truismes ou « Yes set »** : c'est une succession de constats, d'évidences auxquels le patient répond « Oui ». Ils sont suivis d'une suggestion à laquelle le patient est amené à dire « Oui » aussi : « *Vous marchez dans le couloir... je suis avec vous... vous entendez ma voix... et vous être plus calme... plus rassurée... ».*
- **Réminiscence 1** : retour vers le passé. Régression en âge.
- **Réminiscence 2** : Utiliser les moments de fierté de la vie. Raviver l'estime de soi. Revivre un moment de sa vie où le patient a été particulièrement fier de lui. Utiliser le VATOG (les 5 sens : Vue, Audition, Toucher, Odorat, Goût) sur ce souvenir en insistant sur la sensation physique ressentie dans le corps. *Mme Marques aimait les fêtes de son village au centre du Portugal. Pour son anniversaire, il y avait un repas pour tout le village, avec de la musique et des danses. Tout le village était invité à partager le repas et les boissons.*
- **Le lieu sûr (ou safe place) 1** : « Lieu réel ou imaginaire du patient dans lequel celui-ci se sent en pleine sécurité. Souvent également un lieu de calme et de ressources. La

dimension protectrice prime sur toutes les autres. Ce peut être un souvenir de fierté, de bonheur. (cf. Réminiscence 2)

- **Métaphores :** « Suggestion indirecte à visée thérapeutique construite sur l'analogie. Elle est une alternative à la réalité, s'adressant à l'inconscient et permettant au patient de réinterpréter sa situation en donnant à la métaphore le sens qui lui convient. Elle n'a d'intérêt que si elle est en accord avec la vie du patient. » *Ce peut être un conte (Cendrillon), une métaphore sur le temps qui passe, les saisons, le chemin de vie, la calèche... Une métaphore simple : « Après l'orage et la tempête revient toujours le beau temps, il dure et c'est agréable de nouveau. »*
- **Le lieu sûr 2, par la métaphore du chemin de vie :** Regarder sa vie d'en haut, en voir les aspects réussis, lumineux.
- **La métaphore de la calèche :** faire confiance
- **Suggestions post hypnotiques :** « *La prochaine fois que vous écouterez cette chanson, ce sera l'occasion de retrouver un moment de calme dans la journée.* »

9- RESUME ET MOTS-CLEFS

Notre travail porte sur le soulagement de l'anxiété par l'hypnose chez un sujet âgé souffrant d'une maladie neuroévolutive et de troubles du comportement productifs. Chez ces patients, les difficultés de compréhension, d'accès au langage et au registre symbolique limitent l'élaboration psychique. La souffrance s'exprime alors par des troubles du comportement souvent intenses comme l'agitation motrice ou l'agressivité. Ce comportement est épuisant et usant pour l'entourage familial ou social (résidants, patients...) et pour les soignants.

Les Unités-cognitivo-comportementales ont pour mission d'accueillir ces personnes. Durant ces hospitalisations, les thérapeutiques non médicamenteuses sont privilégiées. Ces approches sont souvent très bénéfiques, cependant elles trouvent parfois leurs limites dans ces situations.

L'hypnose propose une approche thérapeutique originale : un accès aux ressources inconscientes par un travail qui s'appuie sur le corps, les sens, l'imaginaire. Mais comment établir le contact, comment communiquer, échanger, suggérer avec ces patients ?

Nous nous proposons d'explorer la question de la pertinence de l'hypnose dans ces pathologies neurocognitives. Nous abordons dans la partie théorique des questions relatives aux personnes âgées, aux maladies neurocognitives, aux troubles du comportement. Nous présentons ensuite l'hypnose en général puis l'hypnose adaptée aux personnes âgées et plus spécifiquement aux personnes âgées souffrant des troubles cognitifs. A partir de la situation d'une patiente accueillie à l'UCC, nous discutons de la place possible de l'hypnose pour ces patients. Comment ils entrent en état de transe, comment les suggestions leur permettent d'accéder à des ressources et de les activer. Nous verrons aussi quels sont les outils verbaux et non verbaux que l'hypnose utilise pour tenter d'apaiser ces troubles.

Mots clefs

Personnes âgées - Maladies neuroévolutives à un stade sévère – Troubles du comportement – Unité cognitivo-comportementale - Hypnose -