

Dr Sheila ARDIGO
FMH médecine interne/ diabétologie endocrinologie / gériatrie
SMSH hypnose médicale formateur et supervisuer IRHyS
sheilardigo@gmail.com

Hypnosis clinica avanzada , manual internacional Isidro Perez Hidalgo ; Jorge cuadros Fernandez; Chema Nieto Castanon ; Miguel Marset
Ed : eos.es , 2018
Chapitre hipnosis en geriatria Dr S. Ardigo

Hypnose chez les personnes âgées

1. Introduction

Tout soignant, dans son domaine de compétence, est aujourd’hui fréquemment confronté à la prise en charge de personnes âgées.

Quelles sont les enjeux principaux pour nos ainés ? Comment les accompagner à cet âge si riche et surprenant ?

Il s’agit d’une population très hétérogène avec différents degrés d’indépendance allant de personnes parfaitement autonomes insérées socialement, à des personnes avec des troubles cognitifs, ayant besoin d’assistance pour toutes les activités de la vie quotidienne.

La personne âgée vit une phase de vie caractérisée par des changements continus : physiques, psychiques, professionnels, familiaux. Ces changements sont parfois progressifs, parfois brutaux lorsque ils sont provoqués par des maladies imprévues ou des décès de proches qui viennent bousculer le cours du quotidien. L’autonomie physique et/ou psychique est fréquemment remise en cause et demande des réajustements de vie importants.

C’est l’âge des deuils, des bilans, de la mémoire d’une vie vécue. C’est l’occasion pour certain d’un retour aux racines, l’occasion de ‘compter son histoire de vie’, de lui donner ou redonner un sens.

Chez cette population, souvent polymédiquée et à haut risque de iatrogénie, il est essentiel d’apporter des moyens de soin, non médicamenteux, mais davantage en lien avec l’humain. Tout soignant qui s’approche d’une personne âgée sait l’importance d’envisager le patient dans sa globalité, abordant ainsi à la fois le point de vue médical, psychologique, culturel et, parfois même, philosophique et spirituel. Dans ce contexte, l’hypnose médicale devient un outil thérapeutique complémentaire, non médicamenteux, précieux pour nos ainés car il favorise l’autonomie et la reconnexion aux cinq sens, au corps, aux ressources propres à l’individu.

L’approche hypnotique permet la création d’un ‘duo’ thérapeute/accompagnant – patient/accompagné qui favorise l’émergence de réponses thérapeutiques visant l’apaisement d’une souffrance morale et physique du patient.

Les quelques études qui se sont penchées sur l’évaluation des effets de l’hypnose chez la personne âgée confirment qu’il s’agit d’un outil efficace dans la prise en charge des douleurs chroniques et que le sujet âgé est tout aussi réceptif à l’hypnose que le sujet jeune (1). Dans mon expérience clinique, tout comme observé dans d’autres centres gériatriques avec

soignants formés en hypnose, l'approche hypnotique reste un outil utilisable même chez des patients âgés avec déficits sensoriels et des atteintes cognitives (2).

2. Situation de crise douloureuse aiguë:

Vignette clinique

De l'orage aux pistes de ski

Mme R., 79 ans, est hospitalisée à l'hôpital de gériatrie pour des douleurs lombaires très intenses s'aggravant depuis plusieurs semaines dans un contexte de douleurs chroniques. Au moment de l'admission, la patiente est très algique, elle est entourée par plusieurs soignants qui sont là pour l'aider à s'installer dans son lit. Les soignants parlent à voix haute et leurs gestes brusques traduisent un environnement tendu. La patiente est agitée, craignant tout contact physique de la part du personnel. Elle présente une situation de crise aiguë douloureuse, les traits du visages crispés, elle change plusieurs fois de position dans le lit car inconfortable, elle gémit. J'établiss un contact visuel puis physique en posant ma main sur la sienne. Elle répond à mon contact, gémit, grimace et serre ma main dans la sienne. J'accompagne cette tension.

L'état de transe est déjà spontanément présent en raison de l'état de stress qui fonctionne comme inducteur rapide d'hypnose.

Mon objectif, à ce moment, est de rejoindre la patiente à son taux de tension pour ensuite l'accompagner dans "une autre transe", plus confortable.

Je respire profondément et accorde mon rythme au rythme respiratoire de la patiente, je prends une bonne respiration profonde et souffle l'air dehors en ralentissant mon rythme respiratoire et en relâchant progressivement la tension dans la main de la patiente tout en gardant le contact physique et visuel. Ce premier contact non verbal qu'elle m'autorise à établir avec elle, permet déjà de diminuer la tension, la main se relâche progressivement. Dans cet espace déjà un peu '*ailleurs*', dans lequel nous sommes ensemble, j'ose une question surprenante : " Si tout était possible, où est-ce-que vous seriez mieux qu'ici à l'hôpital avec ses blouses blanches ? ". La surprise approfondit la transe, la patiente écarquille les yeux et répond qu'elle serait en train de faire une descente à ski. La patiente plonge dans le souvenir d'une journée à ski dont elle partage avec moi les détails : " La fraîcheur de l'air de montagne ; les paysages enneigés ; le bruit des skis sur la neige, la sensation de légèreté des pieds en quittant les chaussures de ski ; la détente des muscles après l'effort physique. Tout les cinq sens : V(visuel), A(auditif), K(kinesthésique), O(olfactif), G(gustatif) (VAKOG), est présent: sons, lumières, sensations de détente et de tension différemment présentes dans le corps, et dans le 'cœur' prennent place dans le corps de la patiente qui s'étonne de ce vécu agréable, inattendu, qui permet de calmer la crise douloureuse.

Lors de situations de crise douloureuse aiguës, le patient est comme figé et en perte de repères. Le rôle du thérapeute est celui de rejoindre le patient là où il se trouve, il est 'avec', il

valide la souffrance, il accompagne, sans jugements et sans interprétations. Il est primordiale de d'abord reconnaître ce qui est l'inconfort du patient avant de suggérer tout changement possible.

Le contexte hospitalier, avec les bruits, le va et viens du personnel, est un environnement dans lequel la personne âgée peut se sentir profondément perdue et angoissée. Dans cette situation, la priorité sera celle d'apporter du calme et beaucoup de sécurité. Le gériatre formé en hypnose, amène sécurité et calme par sa posture, sa présence, le ton de sa voix, son toucher, en se présentant, en donnant des messages tel que '*vous êtes à l'hôpital et tout est en place pour votre confort et votre sécurité ; ici il y a du bruit et, en même temps, c'est un endroit de soin où le personnel est bienveillant*'. Cela permet au patient de se réorienter, de retrouver ses propres repères, de mobiliser ses ressources. Il est donc primordial de rester sobre et essentiel en utilisant un langage simple, des phrases courtes, des suggestions plus directes. Le thérapeute facilite la remise en mouvement du patient, il l'accompagne et valide son expérience de l'"autrement", dans l'ici et maintenant".

Au retour de ce "voyage" dans le temps, l'espace et les cinq sens, Mme R. est émue de cette expérience où elle retrouve une certaine maîtrise de son corps et son confort. C'est un vécu puissant et surprenant pour elle. Cela permet une alliance thérapeutique précieuse et une reprise de confiance dans ses propres capacités quant au contrôle des symptômes.

3. La douleur chronique chez la personne âgée

La douleur est un problème fréquent et complexe chez la personne âgée. Selon les études, elle concerne entre 25-65% des personnes qui vivent à domicile et jusqu'à 85% des résidents en maison de retraite[1-7]. C'est dans ce contexte que l'hypnose médicale se révèle être un outil complémentaire efficace.

Ses indications sont larges. Elles vont du traitement des douleurs d'origine oncologique, ostéo-articulaire, neuropathique, au soulagement des effets secondaires des traitements médicamenteux et à la gestion de l'anxiété liée à la maladie chronique[8-12].

L'hypnose est un état modifié de conscience dynamique où la sensibilité et la réceptivité aux suggestions sont augmentées. L'hypnose permet un *vécu* immédiat d'un changement, en particulier au niveau perceptif et cognitif. Cela aura comme conséquence un changement aussi au niveau comportemental.

Durant l'anamnèse, l'hypnothérapeute aura une écoute attentive à *comment* le patient amène sa problématique. Cela permet au thérapeute de contextualiser la plainte et faciliter la formulation d'une demande concrète de changement de la part du patient.

Cette demande doit se traduire dans le quotidien de manière mesurable, par exemple, en termes d'autonomie personnelle, activités, hobby, prise de décisions, confort, recherche du plaisir.

Une brève revue biographique est l'occasion de recadrer de manière positive les expériences du patient en mettant en évidence ses ressources. La personne âgée retrouve ainsi son identité à part entière dans une posture plus "*verticale*" quittant "*l'horizontal*" du patient "*malade*" et passif, réduit à son symptôme.

Le processus hypnotique permet de réinvestir le corps positivement par les cinq sens. De manière concrète, c'est le corps qui souffre et c'est donc le corps qui demande à être soulagé. C'est aussi le corps qui contient les ressources du changement.

Ce "*vécu différent et surprenant*" en séance permet au patient de ressentir que "*cela peut être différent*" dans l'ici et maintenant indépendamment de l'âge et du degré de maladie.

L'hypnose est l'occasion de rendre le patient actif dans sa propre prise en charge par la pratique de l'auto-hypnose[13].

Vignettes cliniques :

Un torticolis pas comme les autres

Abbé J.P., 82 ans, retraité. Il souffre, depuis nombreuses années, de cervicalgies récidivantes, avec des torticols très invalidants.

Il est peu soulagé par les antalgiques classiques. Les douleurs se présentent sous forme de brûlures, qu'il décrit comme des braises. Entre souvenir et appréhension de la douleur, la 'douleur présente et passée' se mélangent, et par moment, il peine à faire la différence entre la douleur 'réelle' et 'la crainte de son arrivée ou son souvenir envahissant'. Il a renoncé à des activités qu'il aimait, tel que voyager et rencontrer des amis. Le fait d'accueillir des amis chez lui est devenu pénible, car il ne sait pas quand 'sa nuque va se verrouiller', ce qui se traduit en un isolement social. Il a de l'aide pour les activités courantes de la vie quotidienne (courses ; ménage ; repas partiellement fait et livré par la femme de ménage). La lecture reste une des seules activités dans laquelle il peut s'absorber agréablement, par moments, dans la journée.

Son histoire: issu d'une famille de paysans, il a un souvenir d'une enfance 'dure' : ses mots pour le décrire : 'j'ai été élevé à la dure' ; 'Il fallait avoir la tête sur les épaules' ; 'à la maison il n'y avait pas beaucoup de livres ; juste l'essentiel pour vivre chez des paysans ; rien de trop'. Pas de place pour se plaindre, pour l'imaginaire, le rêve, la douceur. Il décidera vers ses 18 ans de faire des études de théologie et deviendra Abbé. Il ne donnera pas plus de détails sur sa vie d'homme d'église, restant très 'essentiel' dans son récit biographique.

Comment il décrit et comprends ce torticolis qui est là depuis des années ?

'C'est comme s'il y avait une petite part de moi qu'il ne faut pas oublier;

'une part de moi qui attire l'attention' et qui se met sous tension'

'Dans cette situation, je peux difficilement dire "non".'

Sa demande: J'aimerais 'l'accompagner', 'm'accompagner' avec douceur.

Induction : par fixation d'un point et respiration.

Je lui suggère de laisser venir le souvenir d'un endroit agréable, où il se sent en sécurité, un endroit réel ou imaginaire. Il ferme spontanément les yeux, la respiration se ralentit et il entre en état de transe de manière rapide.

Tout en étant en transe, les yeux fermés, il me parle et me décrit l'endroit où il se trouve: il est dans un parc, tout est en fleur, il s'installe sur un banc. Je lui demande de me décrire les fleurs qu'il voit et dont il sent le parfum. Tout en me décrivant ce qu'il perçoit dans son endroit de sécurité, il me récite un passage d'une écriture soufi :

'J'ai ces mots qui me viennent, tirés d'un texte soufi'

'Le maître demanda à son disciple : 'lorsque tu seras emporté au ciel, ramène-moi une Rose. Le disciple de retour dit : 'Maître, je suis revenu les mains vides ... lorsque j'ai senti le parfum de cette Rose ... ce parfum était si intense, sublime, que je n'ai pu rien faire.'

Un parfum qui suspend toute tension et toute action du corps"

Le patient s'approprie cette histoire qui lui permet de se reconnecter au corps à travers l'odorat : 'il respire le parfum sublime de la Rose et toute tension se dénoue'" avec un vécu agréable de détente et de 'douceur'.

Dans le contexte de la douleur chronique, on utilise des séances d'hypnose plus formelles à travers lesquelles le patient apprend à faire de l'auto-hypnose. Cela lui donne un rôle actif dans sa propre prise en charge. Dans cet exemple clinique, l'état hypnotique facilite l'accès du patient à ses propres représentations du plaisir et de la douceur. Dans le cadre sécurisant de la relation thérapeutique, le patient s'autorise à sortir des sentiers battus de la 'dureté' ; de

l'exigence de performance ; de la souffrance... rédemptrice...' pour explorer les chemins de la 'douceur ; de l'accueil de la réalité, telle qu'elle est; du plaisir ; du confort' qui apaisent. Ce vécu sensoriel différent a permis au patient de retrouver une perception agréable dans le corps. Les 'sens interdits' deviennent des chemins praticables. Le patient a repris cela en autohypnose 1-2/jour ce qui lui a permis d'améliorer son confort au quotidien. La réactivation des cinq sens, lui a permis de se reconnecter au corps différemment que par la douleurs et les tensions. Il l'a fait par le plaisir d'un parfum qui entraîne une détente. Il reprend, petit à petit, contact avec son cercle d'amis plus proches et s'engage dans un projet de voyage. Il partira pour une semaine en croisière en mer méditerranée avec son frère.

Des soins intensifs à la tarte au abricot

Mme F. 84 ans présente des douleurs thoraciques persistantes post sternotomie pour une intervention de remplacement valvulaire aortique. Les douleurs ne font qu'augmenter en intensité et sont devenues diffuses. Elle a été placée dans une maison de retraite depuis deux mois en raison d'une dépendance complète pour toutes les activités de la vie quotidienne. Elle est admise dans le service de gériatrie, pour la prise en charge des douleurs mal contrôlées par 250mg de morphine /24heures.

1^{er} rencontre : Mme F. est très algique, agitée; confuse. Mon intervention va se limiter à la réorienter, la reconnecter à l'ici et maintenant en utilisant le moment où je me présente en lui serrant la main, pour établir un contact physique qui deviendra un point d'ancrage à travers lequel je vais lui amener un cadre calme et sécurisant. À travers le toucher de cette poignée de main, la patiente se laisse accompagner dans une respiration plus calme, confortable, avec une reprise de contrôle sur la douleur.

2^{ème} rencontre : la patiente m'explique que le " chirurgien avait bien raison". Il lui avait prédit que les suites post opératoires auraient été *longues et douloureuses*. Cela nous donne un exemple d'ancrage de suggestion négative dans un moment, la période préopératoire, où le patient est en situation de stress.

Je choisis une induction rapide par catalepsie et focalisation sur la respiration. Mme F. parvient, pendant quelques minutes depuis des mois, à ressentir le corps plus 'léger'. Elle est tellement surprise et touchée, qu'elle décrit ce qu'elle vit avec beaucoup d'émotion durant la transe.

Je lui suggère de laisser venir un souvenir où cette légèreté était également présente. Elle me décrit un moment en famille à la montagne, au chalet, où elle est en train de préparer un gâteau aux abricots pour l'anniversaire de son fils.

Elle retrouve les couleurs, les odeurs, les goûts, une posture debout, sa posture de mère de famille. Tout le système des cinq sens (VAKOG) est réactivé.

Elle reprend confiance dans ses capacités de contrôle des symptômes, dans son corps qu'elle ressent 'léger' après des mois de 'lourdeur'. Elle retrouve du sens dans son existence au sein de sa famille, en retrouvant son rôle de mère et de grand mère.

Elle répète et ancre cette expérience en autohypnose, qu'elle pratique quotidiennement. Au fil des jours d'hospitalisation elle parvient à mieux se mobiliser. Elle accepte les séances de physiothérapie. Elle se maquille et s'intéresse à nouveau à la lecture. Les opiacés sont diminués progressivement et, au moment de la sortie, elle est confortable avec 20 mg de morphine par jour à la place des 250 mg de l'arrivée.

Une étude randomisée prospective, comparant l'hypnose versus les massages, dont l'objectif principal était de mesurer comment l'hypnose peut améliorer la gestion de la douleur chronique chez les patients âgés hospitalisés, a inclus 53 patients qui présentaient une douleur chronique pendant plus de 3 mois, avec un impact sur les activités de la vie quotidienne, d'intensité supérieur à 4 sur l'échelle numérique allant de 1 : *confortable* ; à 10 : *douleurs la plus intense* [1]. Dans le groupe massage l'intensité de la douleur tendait à diminuer à la fin de la séance néanmoins revenait assez rapidement après l'intervention. Dans le groupe 'hypnose' la douleur moyenne mesurée ainsi que les scores de dépression se sont nettement améliorés au cours du temps et chez les patients qui continuaient à pratiquer régulièrement l'auto-hypnose, ces bénéfices perduraient 3 mois après leurs sortie de l'hôpital.

4. Accompagnement en soins palliatifs

'Une regard depuis un tour en mongolfière'

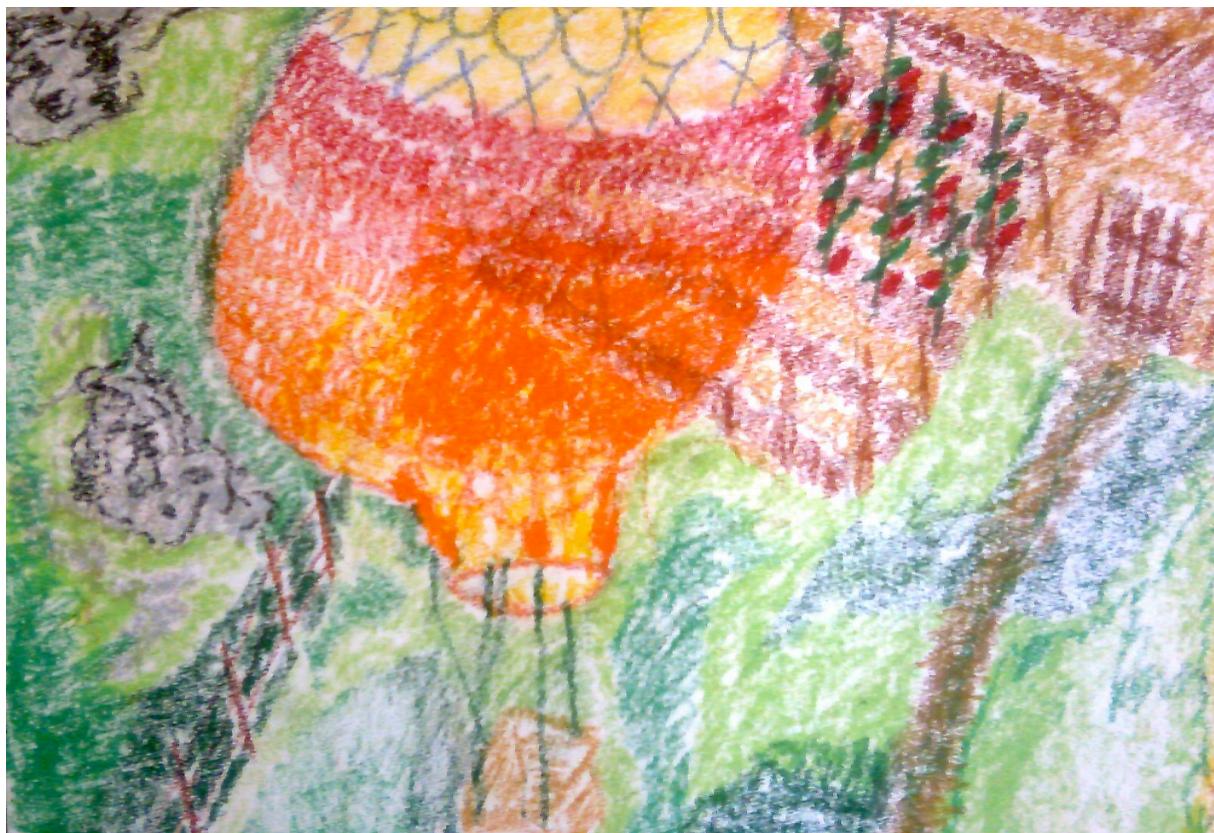
Mme L. 72 ans

Hospitalisée en gériatrie pour des troubles de la marche d'aggravation rapide dans le contexte de douleurs neurogènes aux membres inférieurs. La patiente est angoissée, en colère, avec une situation tendue avec les membres de sa famille. Elle est peu soulagée par le traitement à hautes doses de morphine. En cours d'investigations quant à l'étiologie des douleurs, je l'accompagne dans des séances d'hypnose à visée antalgique. Son objectif est de diminuer les médicaments et retrouver du contrôle sur son corps. J'utilise le récit biographique pour réactiver une ressource choisie par la patiente comme utile dans la situation qu'elle vit. Elle choisit l'amour pour la nature et elle me raconte une ballade en forêt qu'elle faisait avec son grand père lorsqu'elle était enfant. Elle passe en revue tout le VAKOG. Cela lui permettra de regagner du contrôle sur les douleurs et son confort et d'atteindre son objectif de diminuer progressivement les doses d'opiacés jusqu'à 50%. L'évolution sera marquée, par la découverte et l'annonce du diagnostic de cancer ovarien avancé. Face à l'annonce du diagnostic de maladie tumorale étendue et du pronostic réservé, la patiente réagit de manière calme et rationnelle. La colère des premiers jours laisse la place à un étonnant sens d'apaisement.

Ce diagnostic, cette confrontation à une mort proche, apporte du sens et une légitimation à la "douleur" pour laquelle la patiente s'était sentie jusqu'alors plus jugée qu'écoute et accueillie. Elle exprime un certain soulagement de connaître ce qui se passe dans son corps et fait le choix de ne pas poursuivre les investigations, souhaitant des traitements purement symptomatiques. C'est, alors que la mort s'annonce, qu'elle reprend le goût à la vie. Elle annoncera la nouvelle elle même à sa famille et à ses amis pour qui elle aura des mots de réconfort et d'encouragement.

Malgré la dégradation de l'état général liée à l'évolution rapide de la maladie oncologique, elle reste confortable à moindre dose d'opiacés associés à des séances d'hypnoses et d'autohypnose.

La patiente ayant renoué avec ses propres ressources et valeurs a pu rétablir le contact avec sa famille en sortant des conflits. Elle peut mieux appréhender la suite de son parcours jusqu'à organiser son retour à domicile pour vivre ses derniers jours entourée par les siens chez elle. On prépare ce retour à domicile avec une séance d'hypnose où elle prends de la hauteur en faisant un tour en 'mongolfière' ce qui lui permet de se mettre à la 'juste distance' et garder le sourire pour elle même et les autres'. Elle s'imagine, à la fin de ce tour en mongolfière se poser dans le potager de son jardin. Ce qu'elle va dessiner.



'Un tour en montgolfière avec le regard qui regarde en bas et, en même temps, plus loin devant ...' Mme L.

L'hypnose, dans cet exemple clinique, devient l'occasion pour la patiente de passer d'une posture passive, figée sur le symptôme, l'handicap et la défaillance, à un rôle actif, valorisant, connecté à ses propres compétences, sa créativité. L'état de conscience souvent sur-focalisé sur 'le problème' s'élargit à un espace de nouveaux 'possibles'.

Le corps souvent vécu comme pure source de souffrance est par l'éveil des cinq sens, réinvesti autrement, de manière positive dans 'ici et maintenant' ce qui permet d'ancrer le patient dans une dimension vivante du quotidien en se libérant, de mieux en mieux, des ombres du passé et des appréhensions du futur.

5. Approche ericksonienne chez des patients avec démence

Vignettes cliniques

Communication au de là des mots

Mr J. 82 ans, souffre d'une démence à corps de Lewis.

Il s'agit d'une démence qui porte à une atteinte des fonctions cognitives et qui s'associe souvent à des troubles de la marche et des troubles du comportement.

J'obtiens quelques informations biographiques par son fils unique et son épouse.

Mr J. était linguiste, il parlait couramment huit langues, a beaucoup voyagé pour son travail et par plaisir avec sa famille. Il était actif dans la communauté juive locale. La démence est très avancée et Mr J. présente d'importants troubles du langage, de la déglutition et de la marche, avec des moments d'agitation où il refuse tout contact avec le personnel et sa famille. Il

frappe et crie lorsqu'on lui fait des soins, toilette ou on l'aide à prendre son traitement. Il arrive à l'hôpital de gériatrie après un long séjour dans un autre service de médecine où il a été admis pour des bronchopneumonies à répétition. Là-bas, il refusait de manger et boire avec des réactions de retrait lorsque le personnel soignant et sa famille l'approchaient en lui imposant la nourriture. Il a arraché plusieurs fois les perfusions et il a eu des mesures de contraintes physiques.

Il est grabataire, cachectique. Lorsque j'arrive dans sa chambre, je l'observe : il a les bras croisés sur sa poitrine, est replié sur lui-même, le regard baissé. Les traits sont tendus, tout comme l'ensemble de sa musculature. Il semble dérangé par ma présence et par les bruits environnants. Tout bruit le fait sursauter. Il est attentif à ma présence bien qu'il ne me regarde pas.

Je me présente et lui dis que je suis le médecin et que mon intention est celle de veiller à son confort et sa sécurité, et que je souhaiterais l'examiner dans cet objectif lorsqu'il m'y autorisera. Je partage avec lui ce que j'observe : *'je vous vois crispé, contrarié, inconfortable, j'ai compris que vous voulez qu'on vous laisse tranquille ; je suis là pour votre confort et votre sécurité et je vous examinerai que quand vous me donnerez votre accord'*.

J'attends à distance et en silence. Il finit par lever le regard vers moi et je répète ma demande de permission à l'examiner. Je m'approche en gardant un contact visuel et en gardant la distance que je sens être la moins intrusive possible pour lui, et j'attends. Il m'observe et me regarde droit dans les yeux, il déplie les bras en me faisant un signe de la tête. Il me donne son accord. Je pose une de mes mains sur la sienne et je l'appelle par son nom et me présente à nouveau en lui donnant mon nom. Je respire profondément tout en gardant un contact avec sa main et, en le regardant, je lui dis que je vais examiner son ventre. Je pose mon autre main sur son ventre avec un mouvement lent.

Il a des douleurs dans le cadre d'une rétention urinaire et une constipation. Je lui explique que les douleurs qu'il a sont liées à la vessie qui n'arrive pas à se vidanger et qu'il faudra qu'on l'aide par la pose d'une sonde urinaire. La pose de la sonde urinaire se passera confortablement, je resterai à côté de lui en lui expliquant le soins et en attendant son accord avant d'inviter l'infirmier à procéder à la pose. Je lui répète '*'Vous êtes en sécurité et aucun soin, ni nourriture, ni hydratation, ni perfusion vous sera imposé'*'. Ses traits se détendent, son visage s'éclaircit, et je perçois une ébauche de sourire.

Avec l'équipe soignante l'on propose la nourriture et on laisse à Mr J. la liberté de se pencher pour prendre sa bouchée ou pas. Par le langage corporel, les regards, la 'musique' de la voix, la musique qu'il aime et qu'on demande à sa famille d'amener dans sa chambre, on établit un lien de confiance avec Mr J. ce qui nous permettra de l'accompagner, lui et sa famille, dans des soins palliatifs.

Mr J. experts en 'langues', nous apprend que les voies de la communication, passent avant tout par l'accordage émotionnel, le respect, l'écoute et qu'il n'y a rien qui puisse justifier un traitement infantilisant. Chez une personne atteinte de démence peuvent se révéler intéressantes, afin de créer un cadre sécurisant et rassurant, l'utilisation de photos d'endroits familiers ou de personnes proches, l'écoute de morceaux de musique connus préférés par le patient, un récit d'un souvenir agréable par un proche. Il est en général utile de choisir l'heure de notre intervention hypnotique selon les disponibilités du patient et de son traitement (éviter la période post prise de morphiniques ou somnifères). En ce qui concerne le langage, il est préférable d'utiliser un langage succinct, clair, à propos et d'être soi-même en tant qu'accompagnant, connecté à ses propres émotions pour être en écho, comme l'expliquait Milton Erickson, avec la réalité du patient qu'on acceptera complètement.

Du lit à la montagne sur les notes de la voix de ‘Madame’

Les proches peuvent être impliqués activement dans la prise en charge, comme pour Mr D., 86 ans, avec une démence d’Alzheimer et qui, suite à une chute sans atteinte musculo squelettique il y a 2 mois, refuse de marcher et ne quitte plus son lit. Il est admis dans ce contexte à l’hôpital de gériatrie. Son épouse et lui me répètent avec tous les détails le moment de la chute et les peurs que cela a déclenché en eux. En demandant à l’épouse quelle étaient les activités que le patient aimait faire on retrouve qu’il était passionné de randonnée à la montagne tout comme son épouse avec qui il a longtemps fait des excursions, jusqu’à il y cinq ans, moment où les troubles cognitifs sont devenus plus marqués. Je propose donc à l’épouse de me décrire avec plus de détails possible une des dernières ballades que le couple a faite. Je l’interroge sur les détails du paysage, sur les sons de la nature, de leurs pas sur le chemin, sur les odeurs, je lui demande de me décrire les sensations au niveau des muscles des jambes. Monsieur est très attentif et y ajoute même quelques détails. Je donne comme tâche à l’épouse de revenir à ce souvenir au moins une fois pas jour et d’éviter de retourner dans le souvenir ‘traumatique’ de la chute.

Les séances de physiothérapie commencent et le patient reprend la station verticale et la marche en retrouvant un bon tonus musculaire ainsi qu’un bon équilibre en trois semaines.

6. Spécificités de l’état d’hypnose chez la personne âgée

Durant une étude clinique chez la personne âgée avec douleurs chronique, à laquelle j’ai participé, qui a révélé l’efficacité de l’hypnose sur la douleur, la fonctionnalité, l’autonomie et l’humeur, j’ai pu constater que la transe hypnotique chez la personne âgée est plus fluctuante et fractionnée. Comme chez l’enfant, les personnes âgées ont tendance à entrer et sortir régulièrement de transe durant la séance. Par ailleurs il est préférable de proposer des séances courtes, 15/30 minutes maximum, et de bien choisir le moment de la journée pour la séance selon l’état de concentration possible (mieux le matin chez la plupart) et selon le traitement en cours. L’état de transe peut être induit directement par un récit d’un souvenir d’une activité agréable qui va agir comme un activateur de ressource.

Inductions par les cinq sens chez la personne âgée :

Dans l’induction plus formelle de la transe on peut utiliser la focalisation sur les cinq sens tout en tenant compte des éventuels déficits présents.

Le canal Visuel : peuvent être utilisées des photos personnelles du patients (ce qui est présents dans la chambre ou à la maison), d’endroits familiers. Même si la vue est atteinte (cataracte ou dégénérescence maculaire) le souvenir de la photo que le patient nous décrit, va pouvoir donner accès au souvenir d’un moment agréable ou d’une compétence présente durant le moment évoqué : par exemple une photo d’une randonnée à la montagne ou d’un paysage connu où le patient a été (souvenir de vacances).

Le canal auditif : la musique, en reprenant des morceaux familiers pour le patient (chansons d’enfance), est un moyen d’induction très efficace et rapide chez la personne âgée ; la voix du conjoint qui reprend le récit d’un souvenir agréable partagé peut se révéler très efficace lors de troubles cognitifs.

Le canal Kinesthésique : le toucher est un canal à privilégier chez la personne âgée qui cherche volontiers le contact ; serrer, caresser doucement, la main ; bouger, marcher au même rythme du patient.

Le canal olfactif: retrouver le souvenir d'un parfum, d'une odeur, d'un endroit sécurisant et ressourçant peut se révéler utile tout comme l'utilisation de flacons d'huiles essentielles que l'on aura fait choisir au patient selon sa préférence. Cela peut être utilisé comme inducteur de transe tout comme ancrage d'un état de confort et de sécurité.

Le canal gustatif: activer le souvenir du goût du plat préféré, les détails gustatifs de la préparation de la tarte préférée, le goût du fruit préféré, des 'tomates' du potager, leurs textures, consistances, goût. Cela peut être précieux, lors de dénutrition et perte d'appétit, de retrouver le souvenir en hypnose d'un plat, d'un fruit, d'un légume apprécié par le patient et qui se relie à une activité créative comme celle de faire la cuisine ou jardiner.

7. Conclusions :

L'hypnose médicale chez la personne âgée est un apport thérapeutique efficace, sûre, utilisable en complément des traitements médicamenteux. L'accent est mis sur les ressources du patient, plutôt que sur ses maladies et ses déficiences. Le patient, à travers cette relation thérapeutique, va renouer avec sa force vitale en reprenant un rôle actif dans son existence. L'autohypnose augmente, en outre, l'autonomie du patient.

Le thérapeute fonctionne, dans ce contexte, comme un facilitateur, éveilleur de compétences et de joie chez le patient. Le gériatre hypnothérapeute est témoin d'un changement qu'il a le privilège de partager avec le patient.

Dans d'autres cultures et dans d'autres époques, la place des 'anciens' étaient bien établie et valorisée. Les ainés représentaient la mémoire des racines, la 'connaissance' dans le sens de – 'naître' – 'avec'-. Les différentes générations vivaient en étroite communication en échangeant et en s'apportant des visions complémentaires sur la vie. Aujourd'hui, on vit dans un paradoxe: l'on a tendance à séparer les générations, avec des messages médiatiques qui véhiculent des images valorisant l'éternelle jeunesse, la force, la vitesse, la sur-connection, en contrapposition avec la vieillesse, la vulnérabilité, la lenteur. D'une part, la population se fait de plus en plus vieillissante, avec des moyens d'entre aide qui s'éloignent, d'autre part, les jeunes générations déracinées flottent, souffrant d'un manque de repères.

En même temps, le besoin d'un retour à 'l'humain' se fait sentir, et l'on voit surgir partout des cours de méditation en pleine conscience, d'auto-hypnose, coaching de vie, où l'on réapprends aux 'jeunes gens' à 'être dans l'instant présent', 'ralentir' ; 'se déconnecter' et se 'connecter au vivant, à la nature, aux racines.

Et si on demandait à nos Ainés, à nos Grands Parents , à nos 'Anciens', à eux qui sont nos 'racines vivantes'? Si on les observait d'un peu plus près ? Si on apprenait à se mettre à leur rythme de temps en temps ? Si les générations réappaient à interagir et communiquer entre elles avec curiosité et intérêt? Nos ainés ont tous les âges et représentent notre passé, notre présent et notre future.

Bibliographie

1. Ardigo, S., et al., *Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study.* BMC Geriatr, 2016. **16**: p. 14.
2. Floccia, M., et al. Au service de nos grands ainés. In Hypnose et thérapies brèves. Avon : Ed. Métawalk, 2017
3. Helme, R.D. and S.J. Gibson, *The epidemiology of pain in elderly people.* Clin Geriatr Med, 2001. **17**(3): p. 417-31, v.
4. Blyth, F.M., et al., *Chronic pain in Australia: a prevalence study.* Pain, 2001. **89**(2-3): p. 127-34.
5. Ferrell, B.A., *Pain evaluation and management in the nursing home.* Annals of Internal Medicine, 1995. **123**(9): p. 681-7.
6. Ashburn, M.A. and P.S. Staats, *Management of chronic pain.* Lancet, 1999. **353**(9167): p. 1865-9.
7. Holt, P.R., P. Kozuch and S. Mewar, *Colon cancer and the elderly: from screening to treatment in management of GI disease in the elderly.* Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2009. **23**(6): p. 889-907.
8. Haanen, H.C., et al., *Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia.* J Rheumatol, 1991. **18**(1): p. 72-5.
9. Montgomery, G.H., K.N. DuHamel and W.H. Redd, *A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis?* Int J Clin Exp Hypn, 2000. **48**(2): p. 138-53.
10. Faymonville, M.E., et al., *Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study.* Pain, 1997. **73**(3): p. 361-7.
11. Faymonville, M.E., et al., *Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis.* Anesthesiology, 2000. **92**(5): p. 1257-67.
12. Stewart, J.H., *Hypnosis in contemporary medicine.* Mayo Clin Proc, 2005. **80**(4): p. 511-24.
13. Jensen, M. and D.R. Patterson, *Hypnotic treatment of chronic pain.* J Behav Med, 2006. **29**(1): p. 95-124.

Table des matières

1. Introduction
2. Situation de crise douloureuse aiguë
3. La douleur chronique chez la personne âgée
4. Accompagnement en soins palliatifs
5. Approche ericksonienne chez patients avec démence
6. Spécificités de l'état hyponotique chez la personne âgée
7. Conclusions

