

LA REVUE DE *l'hypnose* ET DE *la santé*

NUMÉRO 29 – OCTOBRE 2024 19 €

DOSSIER : L'IMAGINATION AU SERVICE DE L'IMAGINAIRE

Réimaginer l'hypnose ? • Hypnose et imagination : un lien fantasmé ?

ATELIERS PRATIQUES

L'hypnose en milieu aquatique • Imagerie et croisière • Hypnose en pédiatrie

CLINIQUES

Hypnose et Syndrome de désadaptation psychomotrice • Hypnose vs Allohallucinoïse • Application de l'hypnose elmanienne en hypnose dentaire opératoire



DUNOD

Hypnose et Syndrome de désadaptation psychomotrice – Syndrome post-chute

Dans cet article à tomber, l'autrice présente comment elle utilise l'outil hypnose pour accompagner en toute sécurité celles et ceux qui, un jour, ont chuté. Tout en marchant *focus* vers le même objectif, elle propose des pistes thérapeutiques peut-être prêtes à être relevées. Sentir davantage de soutien et d'assurance nous permettrait de booster nos capacités à nous bouger devant l'adversité et faire face à la peur de chuter. La chute, une fin en soi ?

Sophie Richet-Jacob

Se relever demande parfois de prendre de meilleurs appuis au sol. Développer sa clinique demande de prendre des appuis théoriques pour s'élever et regarder un peu plus loin devant. Une chute est définie comme « un événement qui entraîne une personne à se retrouver au sol ou à un niveau

inférieur par rapport à sa position initiale, de manière involontaire » (OMS, 2021) incluant les chutes liées à une syncope. Les chutes chez les personnes âgées représentent un problème de santé publique majeur. En effet, selon la Haute Autorité de la Santé (HAS), environ un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié

de celles de plus de 80 ans font l'expérience d'au moins une chute par an. Les chutes sont la première

(Montero-Odasso M, Van der Velde N). Ces directives complètent les recommandations de 2019 du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* en adoptant une approche plus centrée sur la personne et en intégrant les avancées récentes. Elles soulignent l'importance d'impliquer patients et aidants dans un plan de soins personnalisé.

Les chutes chez les personnes âgées représentent un problème de santé publique majeur

cause de mortalité accidentelle chez les plus de 65 ans et représentent plus de 130 000 hospitalisations par an en France. Elles sont également la deuxième cause accidentelle de décès dans le monde chez les personnes de tous âges (OMS, 2008). En outre, selon la HAS, 15 % à 20 % des chutes chez les personnes âgées entraînent un syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) communément appelé syndrome post-chute (SPC). Les troubles de l'équilibre sont fortement corrélés à la peur de tomber lorsque celle-ci est intense. En effet, 85 % des sujets ayant une peur intense de chuter présentent des troubles de l'équilibre (Arfken et al., 1994). Une autre étude a également démontré cette corrélation : les sujets ayant peur de tomber sont 31,9 % à présenter des troubles de l'équilibre, contre 12,8 % des sujets témoins (Vellas et al., 1997). Par ailleurs, les sujets ayant des troubles de l'équilibre ou de la marche sont 2,5 à 5 fois plus susceptibles d'avoir peur de tomber (Kressig et al. 2001). Les nouvelles lignes directrices mondiales concernant la prévention des chutes et la gestion des personnes ayant chuté ont été présentées en octobre 2022

Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM)

Celui-ci peut se présenter sous deux formes :

- Une forme aiguë, également appelée « syndrome post-chute » (SPC), qui se présente comme une véritable sidération fonctionnelle des automatismes moteurs, survenant la plupart du temps dans le décours d'une chute. Le sujet présente une anxiété majeure, allant parfois jusqu'à la phobie de la verticalité et de la marche. Nous allons nous intéresser dans cet article à cette forme.
- Une forme chronique, appelée syndrome de régression psychomotrice est d'installation plus progressive et insidieuse est, par sa sémiologie proche des tableaux de « démences sous-corticales », associant des troubles cognitifs de types dysexécutifs (déficit de planification, d'initiation et d'organisation) ou conatifs (sensation d'épuisement ressentie en permanence, même pour des efforts minimes). Dans la forme d'installation plus insidieuse, le SDPM est le témoin d'une évolution progressive de

pathologies neurodégénératives affectant l'équilibre et la marche, comme les troubles démentiels, la maladie de Parkinson, les séquelles vasculaires.

Les symptômes du syndrome post-chute et du syndrome de régression psychomotrice sont presque superposables. Seuls les facteurs qui les déclenchent semblent les distinguer : le premier est spécifiquement issu d'une chute, tandis que le second peut survenir de manière aiguë ou insidieuse. Divers facteurs intrinsèques et extrinsèques vont précipiter le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM). En premier lieu, certaines affections médicales sont plus enclines à développer un SDPM, comme les maladies neurodégénératives, l'hydrocéphalie à pression normale, une dépression, des tumeurs cérébrales et certaines infections cérébrales. Des facteurs fonctionnels peuvent également déclencher un SDPM, tels que des antécédents de chutes, un alitement prolongé, des maladies aiguës (fièvre, hypotension, insuffisance cardiaque, etc.), la prise de certains médicaments comme les benzodiazépines ou les antipsychotiques. Des facteurs organiques précipitants tels que l'hyperthermie, la déshydratation et l'hypotension artérielle peuvent également causer un SDPM. Les problèmes de vue, la consommation d'alcool et des logements inadaptés sont autant de facteurs qui favorisent le développement du SDPM [1].

La prise en charge

Elle doit être pluridisciplinaire : médicale, motrice et psychologique. Tout d'abord, un bilan médical doit être réalisé. Il comprend une évaluation de la douleur, des performances physiques et des dimensions podologiques. Il prend en compte l'état des fonctions sensorielles, cognitives et mentales, urinaires, cardiovasculaires, biologiques, en prenant en considération la nutrition et les traitements médicamenteux en place afin de repérer les psychotropes (antiépileptiques, antidépresseurs, antipsychotiques, benzodiazépines, hypnotiques sédatifs, opioïdes) et au besoin les traitements inducteurs d'hypotension orthostatique (diurétiques, alpha-bloquants, dérivés nitrés, anticholinergiques). En présence d'un syndrome post-chute, et fonction des résultats de ce bilan, une prescription d'intervention médicale est réalisée.

“ Une prise en charge pluridisciplinaire : médicale, motrice et psychologique ”

Ensuite, sur le plan de la motricité, en fonction de l'évaluation médicale, des prescriptions de séances de kinésithérapie, de psychomotricité, d'ergothérapie peuvent être pertinentes. Enfin, il est essentiel de prendre en compte la dimension psychologique de l'accompagnement dans le traitement du SDPM. L'objectif est de lutter

contre la peur de se tenir debout et de marcher, souvent traitée par des thérapies cognitivo-comportementales. Les personnes âgées peuvent avoir différents niveaux d'appréhension à se lever et à marcher, allant d'une simple crainte à une incapacité totale à se déplacer, car la chute peut être vécue comme un traumatisme psychique. Cette peur peut entraîner une perte progressive de l'autonomie physique en raison d'un blocage des réflexes d'équilibration et de la marche. Les personnes atteintes de SDPM ont donc des difficultés à se tenir debout et à marcher [2].

Dans la littérature

Peu d'articles parlent du traitement du syndrome post-chute en utilisant les techniques hypnotiques.

- Murielle Paulin (2013) propose une hypnose conversationnelle dans un lieu imaginaire, puis sur des premiers apprentissages qui deviendront, à l'image de la marche, un comportement automatique inscrit naturellement dans le corps, et ce, pour faciliter la reprise du contrôle des mouvements telle que la nage et la sensation du corps dans l'eau qui procure beaucoup de plaisir.
- Bujon et al. (2020) proposent une thérapie par mouvements alternatifs des membres inférieurs pour améliorer la perception du corps avant toute mobilisation avec une hypnose conversationnelle de type recadrage et ratification en effectuant des suggestions d'équilibre. Ils continuent d'encourager cette perception d'équilibre lors de la verticalisation et la marche.
- Corinne l'Her (2019) propose une marche dans un lieu connu et sécurisé en situation d'hypnose suivie d'une métaphore, celle de l'arbre remarquable. Dans cette métaphore, le patient choisit l'arbre de son choix. Après des suggestions de respiration, de racines qui s'enfoncent dans le sol, de nutriments qui remontent dans le tronc, elle propose au patient de se verticaliser et de marcher réellement dans la pièce.

Vignette clinique : M. Antoine, 85 ans

Dans ma pratique de psychologue en médecine gériatrique dans un CHRU, j'utilise une hypnose psychocorporelle en m'appuyant sur la gravité, les ancrages, le sens du soutien, la posture ainsi que des métaphores. Cette méthode se réalise en différentes étapes pour traiter le syndrome post-chute intégrant la balade dans un lieu connu et la métaphore de l'arbre remarquable [3] ainsi qu'une technique nommée *Haptic Gamma Embodiment (HGE)* développée par Marcello Muniz, spécialiste en psychocorporel, proposant un travail directement sur le corps.

M. Antoine est veuf. Il vit seul à son domicile. Hospitalisé dans un service de médecine gériatrique de court séjour pour syndrome post-chute avec difficulté à se verticaliser et à marcher, je le rencontre sur indication de l'équipe médicale. La première étape consiste à effectuer un travail sur les appuis des pieds au sol. La deuxième est une balade accompagnée d'une

métaphore de l'arbre remarquable. La troisième consiste à accompagner le patient lors de la remise en mouvement par la verticalisation et la marche dans le lieu de sécurité. Lors de la quatrième et dernière étape, un travail sur la posture est effectué.

Première étape : travail sur les appuis des pieds au sol

Le pied est un organe de sensorialité. Il y a beaucoup de récepteurs qui permettent de moduler le tonus. Chaque pas que l'on fait donne une information au système. Les personnes qui présentent un syndrome post-chute, même léger, sont dans la retenue des appuis de leurs pieds sur le sol, entraînant des problèmes d'instabilité et d'équilibre. Ce problème entre autres lié à un manque de sens gravitationnel est une orientation primitive. Or, s'il y a un manque de sens gravitationnel à ce niveau, se créent un déséquilibre et des compensations qui conduisent à d'autres retenues dans le reste du corps. La première étape consiste à inviter à travailler sur la gravité à partir de la sensation de poids. Puis, à partir de cette gravité, le sens du soutien peut être travaillé : si je sens le support, si je sens le soutien, je peux laisser l'air expirer. Si je n'ai pas le soutien, je vais retenir mon souffle. La gravité et le soutien amènent une hapticit   préalable à la coordination d'une stabilité plus grande à travers les muscles profonds.

En parallèle de cette sensation de gravité, j'invite le patient à travailler sur le sens du support. Cette étape

est très importante. Elle permet à la personne de faire un travail d'ancrage, d'enclencher une stabilité à travers les muscles profonds et de percevoir différemment la position de son corps sur le sol. *« Monsieur Antoine, je vais vous inviter à poser vos pieds sur le sol. Et le sol soutient vos pieds. Tout le poids de votre corps se dépose sur le fauteuil et le sol soutient le fauteuil et le fauteuil soutient votre corps. Car s'il y a bien quelque chose qui nous soutient toujours dans la vie, c'est le sol ! »*

Deuxième étape : balade et métaphore de l'arbre remarquable

Gr  ce à un travail en hypnose, vous proposez au patient d'imaginer faire une balade dans un endroit connu en utilisant la métaphore de l'arbre remarquable : *« Je vous invite à décrire un endroit où vous aimez aller vous promener, peut-être à la plage, peut-être dans une forêt, ou peut-être dans un autre endroit, et je vais vous inviter à marcher dans cet endroit »*. M. Antoine répond : *« Au bord de la Penfeld. »* La Penfeld est un fleuve situé au cœur de la ville de Brest. Je l'invite à me décrire ce qu'il voit, ce qu'il entend, ce qu'il sent, *« en ressentant les pieds qui contactent le sol et le sol qui soutient ses pieds »* (VAKOG). Et je lui raconte la métaphore de l'arbre remarquable : *« Je vous invite à avancer sur un chemin, vous choisissez un arbre, celui de votre choix. Ressentez sa respiration régulière et profonde. Les racines qui s'enfoncent profondément dans le sol. Le tronc de cet arbre, peut-être est-il doux sous*

la main, peut-être est-il rugueux avec des cicatrices, des marques laissées par le temps... Observez les racines qui s'enfoncent profondément dans le sol pour chercher l'eau et les nutriments nécessaires à la vie. Ressentez les racines de l'arbre qui contactent la bonne énergie de la terre et, la bonne énergie de la terre contacte les racines de l'arbre. Ces racines, ces nutriments et cette bonne énergie de la terre remontent dans le tronc, les branches, les feuilles. Cette bonne énergie apporte confiance, force intérieure, sécurité. La chaleur du soleil se dépose délicatement sur le sommet de l'arbre. »

Troisième étape : verticalisation et marche dans le lieu de sécurité connu

Lors de la verticalisation, un accompagnement est proposé lors de la remise en mouvement : « Nous allons maintenant nous balader au bord de la Penfeld. Je vous invite à mettre les mains sur les poignées du déambulateur. Les pieds contactent le sol, le sol vous soutient. Le sol soutient le déambulateur, le déambulateur vous soutient. Sous les pieds, ressentez comme si vous aviez les racines de cet arbre. Ces racines s'enfoncent profondément dans le sol. Elles contactent la bonne énergie de la terre et la bonne énergie de la terre contacte les racines. Cette bonne énergie vous apporte confiance et force intérieure. Je vous invite à vous lever et à ressentir le soutien du déambulateur et le soutien du sol. Le sol ne peut

rien faire d'autre que vous soutenir. Et nous allons nous balader au bord de La Penfeld. Une aide pour le lever est ce jour nécessaire. Je vous invite à regarder l'horizon. Ressentez bien les pieds qui contactent le sol. Et le sol vous soutient. »

Quatrième étape : posture du corps

Son buste est courbé vers l'avant : « Et la tête va vers le ciel et le soleil. Faites le beau ! » En mirroring, je l'invite à se positionner comme moi. Il se redresse et positionne son torse en avant. Je décris ce qu'il voit, entend, sent dans son lieu de sécurité et régulièrement, je lui rappelle que les pieds contactent le sol et le sol soutient les pieds. Il fait son demi-tour tranquillement dans le couloir et retourne s'asseoir sur son fauteuil.

Si le syndrome post-chute est déjà bien installé, que la chute a entraîné un véritable traumatisme psychologique pour le patient, cette méthode ne sera pas suffisamment bénéfique. Il peut donc être intéressant de proposer au patient de traiter le moment de la chute par des mouvements alternatifs de type oculaire ou sur les membres inférieurs et par de l'hypnose en modifiant le scénario comme l'a proposé initialement Pierre Janet.

Vignette clinique : Mme Pauline, 82 ans

Cette vignette clinique a été présentée en vidéo au forum de la CFHTB à Bordeaux (2024). Dans cette situation, je rencontre la patiente dans

une consultation de psycho-gériatrie. Madame Pauline, âgée de 82 ans, présente un syndrome post-chute depuis environ un an. Madame Pauline peut se verticaliser, elle marche difficilement avec deux cannes. Elle a des problèmes d'équilibre et reste très anxieuse à l'idée de tomber et de se blesser. Elle va deux fois par semaine chez le kinésithérapeute. La méthode présentée précédemment a peu d'effet thérapeutique. Après la première séance, elle marche avec une très grande appréhension avec une seule canne. À la séance suivante, il lui est proposé une thérapie d'intégration par des mouvements oculaires (IMO) que j'associe à l'hypnose conversationnelle en proposant un scénario réparateur pour modifier le ressenti du vécu de la chute. Le thérapeute réalise différents mouvements alternatifs horizontaux, verticaux, obliques de la main tout en évoquant la problématique. Le patient suit les doigts du thérapeute. Dans notre situation, la problématique est la chute. Au cours de la séance proposée, Madame Pauline évoque elle-même sa chute, je lui propose alors de faire une modification du scénario : « Je vous invite à tomber sur un matelas tout doux rempli de plumes d'oies – je m'enfonce dans le matelas – ressentez comme ce matelas est douillet, ça fait quoi à l'intérieur ? » Elle me répond : « C'est différent, la chute n'est pas la même, ça ne fait pas le même ressenti que de tomber à même le sol, c'est agréable, confortable. » Je continue les mouvements alternatifs. Quelques secondes plus tard, elle ressent des fourmillements intenses

dans les pieds, puis dans d'autres zones corporelles. Elle ressent également un tremblement au niveau de ses mains. Je lui explique : « Lors de la chute, il y a eu une tension importante qui s'est accumulée dans votre corps... (elle acquiesce). Les fourmillements correspondent à la décharge de cette tension. Certaines personnes peuvent aussi bailler, avoir chaud, froid... » Un peu plus tard, après plusieurs mouvements alternatifs, elle affirme : « Je me sens zen. » À la fin de la thérapie par mouvements alternatifs, lorsque je lui révoque la chute, elle m'informe : « Au début j'avais peur, maintenant c'est derrière moi. » La thérapie par mouvements alternatifs, suivie du changement de scénario ne sera cependant pas suffisante pour reprendre la marche sans appréhension. La méthode des quatre étapes est préconisée : appuis des pieds au sol, balade et métaphore de l'arbre remarquable, verticalisation et marche dans le lieu de sécurité, posture du corps. Au moment de choisir son arbre, elle me dit : « J'ai choisi le même arbre que la dernière fois, mais il s'est redressé. » À l'évocation de la métaphore de l'arbre remarquable, j'insiste sur « les racines vont chercher les nutriments et l'eau dans le sol, ces racines contactent la bonne énergie de la terre. Ces nutriments, cette eau, cette bonne énergie de la terre contactent ces racines et remontent par le tronc, les branches, les feuilles. Cette bonne énergie apporte confiance, force intérieure et sécurité ». En fin de séance, je lui propose de marcher avec deux cannes, puis une canne. Sa marche

est beaucoup plus rapide et fluide. Madame Pauline ne présente plus d'appréhension. Elle dira à l'issue de la séance s'être sentie en sécurité lorsqu'elle marchait.

En conclusion, le syndrome de désadaptation psychomotrice et tout particulièrement le syndrome post-chute est fréquemment rencontré

en gériatrie. Il doit être systématiquement recherché chez toute personne âgée victime d'une chute. Le traitement de ce syndrome doit être le plus précoce possible et adapté à la situation clinique du patient pour lui permettre de retrouver ses capacités de mobilité antérieures, et d'éviter tout risque de déclin fonctionnel et de dépendance.

Références bibliographiques

- [1] Manckoundia P., Mourey F., Tavernier-Vidal B. & Pfitzenmeyer P., «Psychomoteur disadaptation syndrome», *La Revue de médecine interne*, 28, 79-85; 2007.
- [2] Bujon L. In Floccia M., *Hypnose en pratique gériatrique*, Dunod, 2020.
- [3] L'Her C. In Perennou G., *Métaphores hypnotiques pour accompagner les patients lors des soins techniques*, Sotas, 2019.
- [4] Richet-Jacob S., In Perennou G. & Sirvain S., *Hypnose médicale de la personne âgée pour les professionnels de la santé*, Dunod, 2024.