

→ MADAME P OU LE BESOIN DE RÉASSURANCE

Mais, à l'inverse, le psychologue peut être surpris de l'ingéniosité du patient, des stratégies de *coping* mises en place et de ses ressources dans sa vie quotidienne, face à la maladie et dans l'après-maladie. Madame P, patiente de quarante-quatre ans, est autogreffée en 2012 à la suite d'un diagnostic de myélome. Elle reçoit un traitement par chimiothérapie, puis est greffée, l'hospitalisation pour cette étape durant près d'un mois, en partie en chambre stérile. Elle sollicite d'elle-même un soutien psychologique. Pendant quatre ans, alors qu'elle est en rémission, nous la rencontrerons plus ou moins régulièrement, sans jamais perdre le lien et l'alliance thérapeutique. Madame P a des schémas cognitivo-comportementaux de fonctionnement plutôt rigides, dont elle a conscience et qu'elle tente d'assouplir au quotidien, tout en conservant son besoin de contrôle. Elle n'a pas besoin de travailler sur ces schémas avec moi, elle a juste besoin d'être validée dans ses initiatives et qu'on lui apporte d'autres pistes dont elle pourrait s'inspirer. Ses relations interpersonnelles sont positives, on note un accomplissement artistique (elle joue de la harpe, tient un blog, fait de la broderie), un fort accomplissement psychocorporel et une bonne régulation des émotions (elle pratique et s'intéresse à la sophrologie, au yoga, à la réflexologie, au qi gong, à la pleine conscience et à la méditation), elle cherche à enrichir ses compétences et à entretenir de saines habitudes de vie, ce qui lui permet de réguler au mieux ses émotions et comportements. Néanmoins, le besoin de contrôle et d'intellectualisation est fort. Après la greffe, elle développe notamment une hypersensibilité aux bruits de son voisinage – elle vit près du centre ville dans un secteur où les maisons amiénoises sont traditionnellement mitoyennes et étroites. Des conflits de voisinage l'ont rendue hypervigilante à tout comportement « suspect », et l'arrivée de nouveaux

Le patient, dans sa singularité, son histoire de vie, son histoire de la maladie, ne peut être approché qu'au moyen d'une clinique large et d'une boîte à outils sans cesse renouvelée.

voisins est potentiellement vécue comme une menace à l'intégrité de son cocon confortable où elle se ressource et pratique seule la méditation par exemple. Son mari est décrit comme dépressif et rigide, ce qui contribue au maintien de certains schémas. Madame P analyse finement ces situations et parvient toujours à trouver un compromis pour réduire son anxiété et ses dissonances cognitives. Sur le plan médical, on observe un fonctionnement identique, une anxiété anticipatoire aux examens de suivi (mais avec une capacité de se relaxer avant un geste invasif ou un examen de routine), une hypervigilance aux résultats (analyses biologiques lues et relues, comparées) et aux symptômes potentiels (douleurs...), avec recherche efficace de solutions cognitives et comportementales. Quatre ans après l'autogreffe, Madame P nous sollicite davantage, nous la rencontrons régulièrement pendant trois mois, au cours desquels elle se sent insécurisée sans événement déclencheur majeur,

et cherche un soutien ; elle perçoit notamment des douleurs qui l'alertent et l'amènent à consulter un spécialiste en urgence. Cette hypervigilance la rassure, et la conforte ; on diagnostiquera une rechute osseuse du myélome, annonçant une chirurgie et une reprise des traitements.

POUR CONCLURE

Ces vignettes cliniques sont très différentes, mais complémentaires. Elles témoignent de la diversité des phénomènes anxieux dans l'après-cancer, de la diversité des demandes auxquelles l'oncopsychologue peut être confronté dans la clinique au quotidien. Le patient, dans sa singularité, son histoire de vie, son histoire de la maladie, ne peut être approché qu'au moyen d'une clinique large et d'une boîte à outils sans cesse renouvelée. Entrevoir des possibilités de travail avec certains patients, qui sont dans l'impossibilité d'effectuer cette démarche accompagnée, peut être très frustrant, très déstabilisant et questionnant. Nous apprenons à composer avec cette impuissance et à réajuster l'approche thérapeutique. L'angle cognitivo-comportemental et la gestion des émotions sont déterminants dans cette approche, mais le patient peut ne pas y adhérer, car entreprendre un changement, c'est bousculer sa façon de se représenter la maladie, de se représenter soi. Ce sont deux axes majeurs autour desquels on doit composer, s'ajuster et innover sans cesse. L'après-cancer est une période sensible, qui entraîne des réaménagements pour le patient, qui apprend à vivre cet après. Le psychologue ne sait pas plus que lui de quoi sera fait cet après, mais proposer d'y réfléchir ensemble peut être un point d'ancrage pour le patient. ▀

Bibliographie

- Bridou M., Aguerre C.**, 2010, « Spécificités, déterminants et impacts de l'anxiété liée au cancer : revue de questions des apports de l'approche cognitivo-comportementale », *Psycho-oncologie*, 4 : 26-32.
- Chabrol H., Callahan S.**, 2013, *Mécanismes de défense et coping*, Paris, Dunod.
- Dauchy S. et al.**, 2013, « Quelle prise en charge psychologique dans l'après-cancer ? Recommandations de la Société française de psycho-oncologie », *Psycho-oncologie*, 7 : 4-17.
- Fontaine O., Fontaine P. (sous la direction de)**, 2006, *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Retz.

Le rôle du psychologue dans un « Bistrot Mémoire »

Union des Bistrot Mémoire*

Le « Bistrot Mémoire » est un lieu d'accueil, de rencontre et d'accompagnement pour les personnes vivant avec des troubles neurodégénératifs et leurs aidants, proches ou professionnels. Il en existe aujourd'hui cinquante en France. Cet article présente ce dispositif et l'apport spécifique des psychologues qui y participent, garantissant un cadre à ces lieux d'expression et d'échange.

LE BISTROT MÉMOIRE**Naissance d'un concept aux Pays-Bas**

Le premier café Alzheimer ouvre ses portes en 1997, aux Pays-Bas, à l'initiative du docteur Bèrè Miesen, psychologue spécialiste du vieillissement au centre de recherche en gérontopsychiatrie de Mariënchaven, dans le Warmond. Ce dernier constate qu'aborder la maladie dans le couple ou au sein de la famille constitue un sujet tabou, alors que l'évoquer et appréhender ses conséquences permet souvent de mieux y faire face. L'idée lui vient alors de proposer un espace convivial dans une atmosphère détendue, permettant aux personnes atteintes ou concernées par la maladie de se rencontrer, de partager leur expérience, leur peine, d'évoquer la maladie tout en maintenant ou créant du lien social. Ainsi, les échanges informels se feraient entre les participants, mais également avec des professionnels. Enfin, cet espace permettrait aux personnes malades et à leur famille d'accéder à une certaine reconnaissance, leur donnant ainsi le sentiment de pouvoir agir sur la situation.

Le dispositif, proposé il y a près de vingt ans par le docteur Bèrè Miesen, a fait des émules à travers le monde et d'autres dispositifs de ce type ont vu le jour, sous l'impulsion de professionnels du champ médico-social ayant dressé le même constat que le spécialiste

néerlandais. Ces dispositifs s'organisent aujourd'hui sous des formes variées.

Des lieux d'accueil, d'accompagnement et de rencontre aux formes multiples

Une revue de littérature internationale en psychologie et gérontologie nous permet de répertorier trois grandes catégories de dispositifs. Les premiers, à l'instar de celui créé par le docteur Bèrè Miesen, sont centrés sur la diffusion d'informations. Ils ont pour objectifs principaux d'informer sur les aspects médicaux et psychosociaux de la maladie, de favoriser la libre parole sur les difficultés rencontrées, tout en mettant l'accent sur l'acceptation sociale et la reconnaissance de la maladie. Ils ont aussi vocation à promouvoir l'émancipation des personnes souffrant de maladies neurodégénératives et de leur famille en prévenant l'isolement. Au programme de ces dispositifs, nous retrouvons des interventions de professionnels sur des thèmes liés à la maladie et son évolution, mais aussi des témoignages de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et leurs aidants. Les seconds types de dispositifs apparaissent centrés sur des activités de loisir, offrant un espace de répit. L'objectif est de permettre aux personnes malades de partager une expérience positive avec leurs aidants. Les participants peuvent prendre part à des jeux, des projets artistiques, des activités manuelles, musicales, etc. Aucune intervention à visée informative n'est proposée. Enfin, les dispositifs de la troisième catégorie s'organisent autour d'une alternance entre activités de loisirs, discussions libres et interventions extérieures. →

Note

* Cet article a été rédigé par un groupe de travail, coordonné par l'association Union des Bistrot Mémoire, qui réunit des psychologues exerçant au sein de ces dispositifs : Luz-Hélène Bellegarde (Bistrot Mémoire du Pays de Vitry), Bistrot Mémoire OASIA, Bistrot Mémoire de Cesson-Sévigné), Marie-Hélène Lebreton (Bistrot Mémoire de Rennes), Pauline Renaudin (Bistrot Mémoire du Pays de la Roche aux Fées), Anne Lemaitre, (Bistrot Mémoire de Machecoul), Ina Moldoveanu (Bistrot Mémoire de Malestroit) et Noémie Jeannin, déléguée nationale de l'Union des Bistrot Mémoire.