

Troubles neurocognitifs

# Un suivi psychologique spécifique

Avec le vieillissement de la population occidentale, les troubles neurocognitifs, dont la maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente, sont une priorité dans la politique de santé publique (Stratégies nationales en matière de démence 2014/2017). Selon les chiffres de l'association Alzheimer Genève, le canton compte aujourd'hui plus de 6500 personnes atteintes de troubles neurocognitifs.

La consultation mémoire des Hôpitaux Universitaires de Genève, composée d'une équipe interprofessionnelle (neurologues, neuropsychologues, gériatres, psychiatres, psychologues psychothérapeutes) offre une riche palette de soins: dépistage précoce et différentiel, suivi médical incluant la possibilité d'intégrer des essais cliniques, soutien psychologique aux proches et/ou aux patients en setting individuel ou groupal.

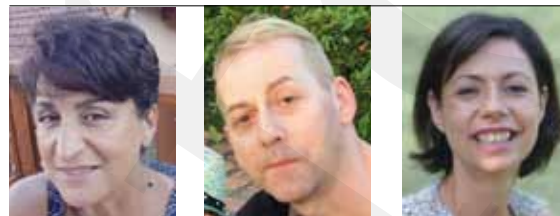
Ce soutien psychologique est décrit à titre d'exemple. C'est un axe que nous avons décidé de développer afin de répondre aux besoins des patients et de leurs proches. Mais quel est-il et quelle est sa spécificité?

## Descriptif du suivi

La figure 1 illustre le parcours de soin à la Consultation Mémoire: évaluation et suivi psychologique

## Evaluation

Il y a deux portes d'entrée pour la consultation de la mémoire sur prescription médicale (médecin traitant, psychiatre, médecin hospitalier, autre spécialiste):



**Nora Schneider El Gueddari**  
Les Acacias

**Dr Christophe Delaloye**  
Les Acacias

**Lara Fazio**  
Les Acacias

## Un bilan cognitif qui peut donner lieu à un diagnostic et un suivi psychologique

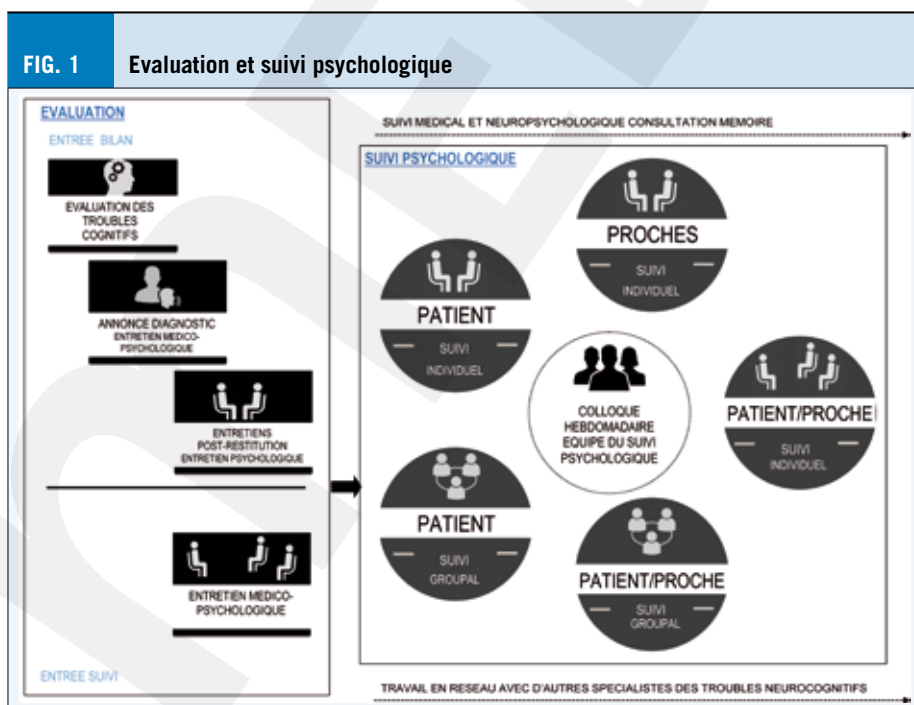
La première étape consiste en une évaluation médico-neuropsychologique des troubles cognitifs (anamnèse cognitive et hétéro-anamnèse, status neurologique, neuro-imagerie et biomarqueurs, bilan neuropsychologique, évaluation de la thymie, investigation des activités de la vie quotidienne) qui permet de poser un éventuel diagnostic.

La deuxième étape est celle du temps de la restitution des résultats au patient et à ses proches. Lorsqu'un diagnostic doit être annoncé, l'entretien inclut le médecin et un(e) psychologue psychothérapeute qui permet le lien entre l'étape de l'évaluation et celle du suivi. Le moment de l'annonce de diagnostic et la manière de le communiquer sont essentiels dans la conception de notre parcours de soin au sein de notre consultation: ils sont le maillon fort entre un avant et un après. C'est l'annonce d'un

changement radical, une crise qui nécessite un accompagnement. Pour remobiliser les capacités de faire face du patient et ses proches et permettre une évaluation de leurs besoins, 1 à 3 entretiens post-restitution sont proposés avec le (la) psychologue psychothérapeute. Cette évaluation psychologique pourra si nécessaire initier la mise en place d'un processus de soin et d'accompagnement.

## Un suivi psychologique en lien direct avec des troubles neurocognitifs déjà diagnostiqués

Pour pouvoir bénéficier d'un suivi psychologique, le patient n'a pas besoin d'avoir été diagnostiqué au sein de la consultation. Par ailleurs, les proches aidants de la personne qui présente des troubles cognitifs peuvent nous être adressés, même si cette dernière est suivie dans une autre structure. Un entretien médico-psychologique à l'entrée va permettre d'évaluer l'indication et de déterminer le type de suivi.



## Suivi psychologique

Le suivi de soutien et psychothérapeutique est assuré par une équipe de psychologues (psychothérapeute et neuropsychologue) et un(e) médecin psychiatre. Cette équipe se réunit en colloque hebdomadaire qui permet d'ajuster le type de suivi proposé en fonction de l'évolution clinique. Le souci principal est de rester flexible et à l'écoute de la demande du patient et des proches aidants qui suit la progression de la maladie. D'autre part, nous considérons la pluridisciplinarité comme essentielle étant donné l'aspect multidimensionnel des troubles neurocognitifs en développant le travail en réseau avec l'équipe médicale de la consultation et d'autres spécialistes des troubles neurocognitifs.

Le cadre de soin s'appuie aussi bien sur une psychothérapie individuelle, familiale que de groupe (fig. 1) :

- ▶ psychoéducation, soutien ou psychothérapie individuelle pour le patient
- ▶ psychoéducation, soutien ou psychothérapie individuelle pour le(s) proche(s) aidant(s)
- ▶ psychothérapie familiale (patient et proche(s) aidant(s))
- ▶ thérapie groupale pour les patients
- ▶ thérapie groupale incluant les patients et leur(s) proche(s) aidant(s)

L'indication à un de ces types de soins ci-dessus dépend de plusieurs facteurs comme par exemple la perception et la conscience de la maladie, la thymie, la capacité à faire face, le fonctionnement familial prémorbide, le fardeau pour les proches, le support social, le diagnostic et le profil neuropsychologique.

Le principal objectif du suivi psychologique est de travailler sur l'acceptation de la maladie en vue d'une meilleure qualité de vie que ce soit pour le patient ainsi que pour ses proches avec une prise en charge spécifique.

### Spécificité de la prise en charge

**Un aspect processuel :** la temporalité est une dimension essentielle dans le dépistage et la prise en charge d'une maladie évolutive. Il existe différents temps « psychologiques » : le temps de l'émergence des questions, le temps de la quête du diagnostic, le temps de l'annonce, le temps de reformulation, le temps de rejet et le temps d'acceptation (1). Ces différents temps nécessitent la mise en place d'un cadre rassurant. Ils vont permettre d'accompagner aussi bien le patient que son / ses proche(s) aidant(s) dans le changement de perspective de vie en travaillant aussi sur la représentation de la maladie. Cet aspect processuel a pour finalité l'intégration de la maladie dans le quotidien, la dynamique systémique et l'environnement. Ceci devrait permettre à tous les membres du système de rester acteurs de leur avenir.

**Travailler sur l'incertitude** toute maladie évolutive nous met face à l'incertitude et à l'angoisse de l'avenir. D'autre part, c'est cette incertitude qui permet de ne pas nous enfermer dans la représentation d'une évolution déjà établie. De ce fait, elle ouvre la possibilité de mobiliser la capacité à faire face. Cette spécificité de la prise en charge est d'autant plus présente de nos jours notamment avec l'arrivée des biomarqueurs, qui permettent d'établir un diagnostic plus précoce. Il s'agit de travailler sur le renforcement de la capacité à tolérer l'incertitude en prenant en compte les émotions associées à cette annonce difficile avec une parole qui engage (2). Un soin particulier est accordé non seulement à l'annonce du diagnostic (entretien médico-psychologique) mais également à la métabolisation de ce dernier (entretiens post-res-

titution). Ces interventions nous permettent d'identifier les différents facteurs (thymie, fonctionnement psychique, stratégie de coping, représentation de la maladie, fardeau, ...) à travailler lors d'une éventuelle prise en charge qui se veut individualisée.

**Flexibilité :** il nous semble essentiel d'adapter notre suivi au développement de la maladie et d'être à l'écoute du besoin aussi bien du patient que de son entourage avec la capacité de pouvoir changer de setting (individuel, couple, groupe) pour répondre à la demande qui évolue comme la maladie.

**Travail en réseau :** il est important de construire un système cohérent autour du patient et de son entourage afin de pallier au sentiment de solitude et de morcellement que les patients et leurs proches peuvent éprouver dans les moments de crise (aggravation de la maladie, perte d'autonomie, épuisement du proche aidant, hospitalisations, ...). Nous sommes attentifs à être en relation avec les différents intervenants médico-sociaux que ce soit le médecin traitant ou d'autres spécialistes des troubles neurocognitifs (tissu associatif, organisations de services sociaux, aides et soins à domicile, psychiatrie gériatrique, gériatrie intra-hospitalière ...) vers lesquels nous pouvons adresser nos patients en fonction de leurs besoins, de leurs états ou de leurs comorbidités.

Depuis de nombreuses années, le suivi psychologique des proches aidants a reçu une attention particulière au sein de la consultation mémoire. Avec l'avancement de la technologie permettant de poser des diagnostics précoces, la demande d'un suivi psychologique par les patients est devenue encore plus importante. Pour y répondre, des axes de soins spécifiques et variés ont été développés afin d'accompagner au mieux les différents acteurs impliqués dans les troubles neurocognitifs.

**Nora Schneider El Gueddari**, Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP

**Dr Christophe Delaloye**, Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP

**Lara Fazio**, Psychologue

**Eleni Pilichou**, Médecin Psychiatre

**Pr Giovanni Frisoni**, Responsable de la consultation mémoire.

Hôpitaux Universitaires de Genève

Consultations Mémoire

Département de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie

Rue des Epinettes 19, 1227 Les Acacias

giovanni.frisoni@hcuge.ch

**+** **Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### Messages à retenir

- ◆ L'importance d'un accompagnement psychologique spécifique pour les patients souffrants de troubles neurocognitifs ainsi que de leurs proches aidants afin de favoriser l'acceptation de la maladie en vue d'une meilleure qualité de vie
- ◆ Le travail psychologique accompagne le changement de projet de vie en s'appuyant notamment sur les stratégies de coping
- ◆ Adapter le suivi psychologique en fonction de l'évolution de la maladie (flexibilité)
- ◆ Nécessité du travail en réseau étant donné l'aspect multidimensionnel des troubles neurocognitifs

**Références :**

1. Michon A. Etre en relation avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer: réflexions autour de l'annonce du diagnostic. 2011. Espace national de réflexion éthique autour de la maladie d'Alzheimer
2. Blanchard A. L'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et Société* 2009;128-129:163-75
3. Whitehouse P, Frisoni G, Post S. Breaking the diagnosis of dementia. *Lancet Neurology* 2004;3:124-8