

# LA REMEDIATION COGNITIVE :

## PRÉSENTATION DE L'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE PROPOSÉE AU CATTPI

Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel Intersectoriel, Pôle Transversal Interne, CHS de la Sarthe

### INTRODUCTION

Nouvel outil de soin, la remédiation cognitive vise à restaurer ou à compenser les déficits cognitifs touchant la neurocognition (mémoire, fonctions exécutives, attention...), la métacognition (« cognition sur la cognition ») et les habiletés de cognitions sociales (processus impliqués dans les interactions sociales). Elle consiste en diverses procédures thérapeutiques reposant sur la pratique d'exercices ludiques permettant soit un entraînement, par stimulation de la fonction déficitaire, soit le développement de nouvelles stratégies destinées à pallier le déficit, par compensation (Franck, 2014).

La remédiation cognitive peut être utilisée en supplément des traitements médicamenteux et des psychothérapies car elle complète les effets thérapeutiques en agissant à un niveau différent. Cette thérapie, qui participe donc au processus de réhabilitation des personnes suivies en psychiatrie, a donc été ajoutée à l'offre de soin du CATTPI au sein du CHS de la Sarthe.

### OBJECTIFS DU BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE INITIAL :

Entretien + Evaluation psychométrique globale + Echelle de répercussions fonctionnelles des troubles cognitifs

- Travailler la demande et l'engagement dans la prise en charge.
- Caractériser le profil cognitif (points forts et déficits) afin de définir des cibles thérapeutiques.
- Engager un projet de thérapie et de vie réaliste, avec et selon les besoins du participant.
- Evaluer l'efficacité de la remédiation cognitive durant les bilans de suivi.

### Indications de la remédiation cognitive

#### ➤ Pourquoi ?

Des difficultés neuropsychologiques sont présentes chez une majorité des personnes souffrant de troubles psychiques (par exemple ; 85 % en moyenne dans la schizophrénie selon Palmer, 1997). Le déficit cognitif est fréquemment plus handicapant que les symptômes neurologiques ou psychiatriques (McGurk, 2004). Il peut donc altérer le fonctionnement social et l'adaptation au quotidien et, inévitablement, la qualité de vie.

#### ➤ Quand ?

Pour plus d'efficacité, la thérapie doit être proposée le plus précocement possible (Roussel, 2011). Cependant, il est préférable de proposer cette prise en charge en post-crise, après une psychoéducation et lorsque le traitement médicamenteux a été réduit à posologie minimale efficace.

#### ➤ Pour qui ?

La remédiation cognitive peut être proposée dans une multitude de pathologies, aussi bien neurologique (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques...) que psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire, autisme, anorexie mentale...). Cependant, la remédiation cognitive s'adresse nécessairement aux personnes motivées et conscientes de leurs difficultés cognitives car les résultats de la thérapie dépendent du degré de coopération mais également de l'intensité et la régularité de la participation.

#### ➤ Comment ?

La demande peut être faite par la personne elle-même, mais également par son médecin ou l'équipe soignante qui veilleront à ce que la prise en charge soit intégrée au projet de soins sur mesure, afin de favoriser la réhabilitation et le rétablissement (Amering, 2009).

### ----- Description de la thérapie -----

Inspiré de l'approche NEAR – Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation (Medelia, 2008), l'activité thérapeutique a été pensée comme une prise en charge individualisée au sein d'un groupe de six participants maximum. Deux séances hebdomadaires sont proposées pour une durée de 3 à 4 mois, renouvelables selon les besoins et les projets.

#### Séance 1

Durée : 1 heure.  
Thérapie individuelle.  
Un thérapeute.

#### REMÉDIATION COGNITIVE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR

Durant la thérapie « assistée par ordinateur », les participants ont à leur disposition des logiciels informatisés contenant des exercices ludiques et des programmes individuels ciblant des fonctions neurocognitives précises, spécifiques et définies par le bilan neuropsychologique.

L'efficacité du programme *Reha-Com (Hasomed)* a été démontrée dans plusieurs études dans le domaine de la psychiatrie (par exemple, Cochet, 2006). Les Logiciels *Presco (Creasoft)*, programme de rééducation et de stimulation cognitive conçu par le Docteur Croisile, et *TV Neurones (Creasoft)* sont également utilisés par compléter la prise en charge.

Ces trois logiciels comportent une « base patient » avec des historiques et des résultats, permettant d'objectiver l'amélioration des performances et donc d'améliorer la confiance en soi. Par ailleurs, le niveau de difficulté augmente de façon progressive, ce qui permet d'éviter l'échec et le participant obtient un feedback afin de valoriser les progrès.

Plusieurs exercices « papiers-crayons ainsi que leurs corrections sont également accessibles pour les participants afin de favoriser le transfert horizontal des apprentissages mais également de compléter les éventuels manques des logiciels informatisés.

Les tâches proposées, », notamment tirées d'ouvrages spécifiques (Bénédith, 2007 & Brissart, 2010), sont classées selon la fonction neurocognitive majoritairement travaillée.

Afin de faciliter le transfert vertical, la contextualisation et la socialisation, l'ensemble des participants se retrouve autour d'une discussion intitulée « liens avec la vie quotidienne » au sein de laquelle les opinions favorisant l'apprentissage à des expériences réelles sont sollicitées. Cet échange permet de donner du sens au quotidien et donc de renforcer l'engagement des participants à la prise en charge et leur motivation intrinsèque.

Des explications sur le fonctionnement cérébral, les capacités cognitives mais également sur le style d'apprentissage sont abordées durant ces séances afin d'exercer également les habiletés métacognitives, d'améliorer la connaissance de soi et donc de favoriser la création d'un niveau d'exigence plus adapté.

Enfin, ce partage de connaissances, de stratégies et d'expériences permet, outre de favoriser l'apprentissage et la résolution de problème, d'améliorer les capacités d'autonomie dans l'apprentissage.

#### Séance 2

Durée : 45 minutes.  
Thérapie individuelle.  
Deux thérapeutes.

#### REMÉDIATION COGNITIVE PAPIERS-CRAYONS ET/OU ASSISTÉE PAR ORDINATEUR

Durée : 45 minutes.  
Thérapie de groupe.  
Deux thérapeutes.

#### LIENS AVEC LA VIE QUOTIDIENNE

**L'objectif primaire est de réduire les déficits neuropsychologiques mais surtout d'améliorer l'autonomie de la personne dans ses activités de vie quotidienne.**

### Interventions supplémentaires

#### ➤ CARNET DU PARTICIPANT :

Afin de rendre le participant davantage acteur de sa prise en charge et donc de favoriser son autonomie, il lui est remis en début de prise en charge un carnet individuel contenant et pouvant accueillir :

- les axes de travail déterminés par l'évaluation neuropsychologique.
- les définitions nécessaires à la bonne compréhension de la thérapie et de ses objectifs.
- les projets du participant et les objectifs concrets et réalisables.
- les exercices réalisés en séance et les résultats.
- les observations diverses du participant sur ses activités quotidiennes.
- des notes diverses concernant ce qui a été vu en séance ou des questionnements en suspend.

#### ➤ ENTRETIENS INDIVIDUELS PONCTUELS :

Ils sont proposés afin d'échanger sur la thérapie ou pour ajuster et redéfinir les objectifs. Ils permettent de soutenir et de favoriser la motivation des participants.

#### ➤ TACHES A DOMICILE :

Certains exercices peuvent être emmenés afin d'être réalisés au domicile. Repris ensuite en séance avec les thérapeutes, ils ont pour objectifs de favoriser le transfert et le maintien des acquis.

*Le thérapeute accompagne le patient dans la prise en charge afin de l'aider à développer ses propres stratégies pour faire face aux différents problèmes posés mais également pour l'inciter à établir des liens entre les déficits cognitifs, les exercices proposés et les situations de la vie quotidienne.*

### Résultats attendus

**Suite à cette thérapie, une diminution des troubles cognitifs devrait être observée chez les participants lors des évaluations neuropsychologiques de suivi.**

**En outre, une amélioration de leur insertion sociale et professionnelle mais aussi de leur qualité de vie est attendue, conformément aux résultats des méta-analyses réalisées par exemple chez les personnes souffrants de troubles schizophréniques (McGurk, 2007), de troubles schizo-affectifs (Lewandoski, 2011) ou de troubles bipolaires (Miklowi, 2011).**

### Références

- Amering, M. & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health*. Oxford : Wiley-Blackwell.
- Bénédith, B., Kasprzak, S., Martinot, R. & Tchermiak, V. (2007). *Travailler les fonctions exécutives – Exercices écologiques*. Marseille : Solal Editions.
- Brissart, H., Daniel, F. & Leroy, M. (2010). *Remédiation cognitive de la mémoire épisodique*. Marseille : Solal Editions.
- Franck, N. (2014). *Remédiation cognitive*. Elsevier Masson : Paris.
- Lewandoski, K.E., Eack, S.M., Hogarty, S.S., Greenwald, D.P. & Keshavan, M.S. (2011). Is cognitive enhancement therapy equally effective for patient with schizophrenia and schizoaffective disorder? *Schizophrenia Research*, 125, 291-294.
- McGurk, S.R. & Mueser, K.T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment : a review and heuristic model. *Schizophrenia Research*, 70, 147-173.
- McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.J., McHugo, G.J., & Mueser, K.T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1791-1802.
- Medelia, A. & Freilich, B. (2008). The neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) Model : Practice Principles and Outcome Studies. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(2), 123-143.
- Miklowitz, D.J. (2011). Functional impairment, stress, and psychosocial intervention in bipolar disorder. *Current Psychiatric Reports*, 13(6), 504-512.
- Palmer, B.W., Heaton, R. & Paulsen, J.S. (1997). Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology*, 11, 437-446.
- Roussel, C., Giraud Baro, E. & Gabayet, F. (2011). Place de la remédiation cognitive dans le processus de réhabilitation des personnes souffrant de schizophrénie. *Psychiatrie*, 37-820-A-70.