

Session d'E-learning

Pratiques orientées rétablissement et réhabilitation psychosociale



Remédiation cognitive Le transfert au quotidien

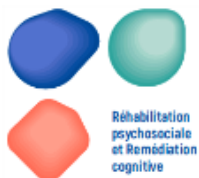
Dr Isabelle Amado

GHU – Paris, Psychiatrie Neurosciences - Site Sainte Anne

Centre Ressource île de France en remédiation cognitive et réhabilitation

Psychosociale C3RP

C3RP.FR



➤ Historique: premières études et méta-analyses sur la remédiation cognitive (RC)

La RC vise à réduire des difficultés cognitives en stimulant celles-ci et en fournissant au sujet des stratégies qui vont l'aider à pallier ses difficultés pour un bénéfice qui peut être clinique, mais qui avant tout vise à améliorer l'autonomie et l'insertion sociale.

Training cognitif: Améliorer les performances sur une fonction spécifique pour laquelle il présente au départ des difficultés. Entraînement ciblé (ex: tour de Londres, ou Continuous Performance Test)

Apprentissage de stratégies de remédiation

(Perry et al J of Int Neuropsych. Soc 2001;7)

-si déficit cognitif ⇒ stratégies pour une résolution de la tâche (verbaliser les instructions, apprentissage sans erreurs, feed back): techniques individuelles ou de groupe

Répétition des exercices (Wykes et al. 2011)

Les méta-analyses insistent sur la nécessité de transférer ces bénéfices au quotidien du sujet!

➤ **Que dit la littérature ?**

Efficacité supérieure des techniques combinées sur le transfert des acquis au quotidien (Bowie 2010)

Habiletés sociales/RC/ RC+ habiletés (n=100)

Effet plus large et plus durable si RC+ habiletés sociales

Amélioration dans la vie en communauté et dans la gestion du logement.

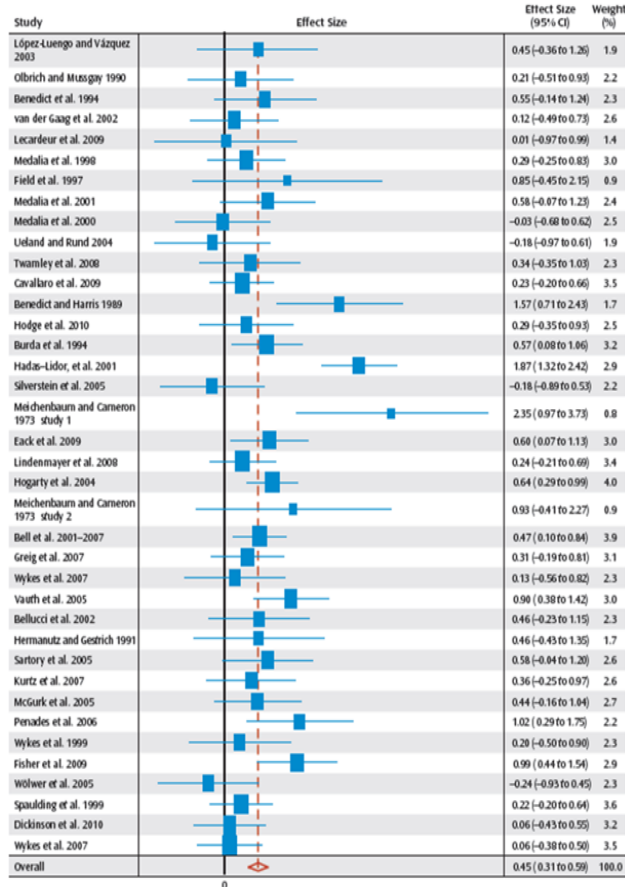
➤ Mais encore ? Méta-analyse de Wykes et al.(2011)

La remédiation cognitive a un effet modeste

Au niveau neuropsychologique.

Son effet sur le fonctionnement social est variable, fonction de la méthode et de l'insistance que le programme peut mettre sur le transfert des acquis

FIGURE 1. Forest Plot of Global Cognition Among Studies in Cognitive Remediation Therapy*



* Studies are listed by their Clinical Trial Assessment Measure scores (Table 1) in ascending order.

Première étape dans le transfert au quotidien: L'évaluation Multidisciplinaire

-Entretien médical:

explicitation de la demande

Stabilisation clinique et thérapeutique d'au moins un mois dans l'environnement quotidien du patient

Incidence cognitive des traitements: imaginer le patient comme

Partenaire dans la vie active

Estimation de la qualité du projet ou du parcours de réhabilitation: le projet **doit être réalisable au quotidien**

Estimation de l'autonomie du patient

-Evaluation neuropsychologique: va utiliser dans la mesure du possible des tests écologiques, recueillir les stratégies que le patient utilise au quotidien ainsi que la qualité de l'écoute

-Evaluation fonctionnelle : lien avec la vie quotidienne et va prendre le temps de préciser les répercussions fonctionnelles des difficultés cognitives de la personne.

Evaluation Fonctionnelle

Dispensée par l'ergothérapeute ou par l'infirmière de remédiation

Utilisation possible d'outils:

Eladeb (Pomini 1999): cartes qui balaient tous les domaines de la vie quotidienne et permettent de définir ce que la personne sait faire, fait partiellement ou ne fait pas

AERES (Pomini 2016): permet de définir les motivations, ressources mobilisées dans chaque domaine

Par ailleurs l'infirmière va aborder les souhaits et aspirations de la personne et construire ainsi le socle des tâches à domicile pour les programmes qui incluent des séances à domicile

➤ **En pratique comment peut s'opérer le transfert au quotidien selon les différents programmes? le programme RECOS (Vianin 2011)**

Méthode individuelle Mixte

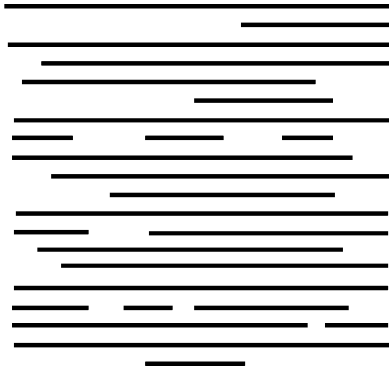
Informatisée et papier crayon (6 mois-1 séance /semaine ou 3 mois à 2 séances/semaine)

3 types de séances:

- 1.Papier crayon: introduit de nouvelles dimensions et travaille les stratégies
- 2.Informatisé: exercices de complexité graduelle et analyse les performances du sujet
- 3.Tâches à domicile: construction d'un livret avec des tâches qui illustrent la fonction travaillée, de manière écologique

➤ **Méthode CRT (Delahunty et Morice, 1990): individuelle papier crayon**
une méthode très focalisée sur l'utilisation et l'appropriation de différentes stratégies

- **Modules étudiés: flexibilité cognitive, mémoire, attention**
- **Trois mois : 2 séances par semaine et une séance de tâches à effectuer au domicile, durant 3 mois**
- **Les séances à domicile proposent des exercices reprenant les modules qui sont travaillés au centre, avec des applications sur le quotidien**
- **Ex:**



Activités correspondantes de la vie quotidienne

- 1. Accrocher un tableau
- 2. Découper une tarte en parts égales

➤ **Adaptation et personnalisation de la CRT**

. Le programme va être adapté aux objectifs concrets que le patient s'est fixé avec son thérapeute (lors de l'évaluation fonctionnelle)

Par ex on peut proposer des adaptations de type :

-Aide à l'autonomie

-Aide la reprise d'un travail

-Aide à la reprise des études

Les modules de la CRT peuvent être ainsi enrichis de la procédure générale et de scripts d'action

➤ **CRT: Procédure générale**

Elle s'inspire des techniques de résolution de problème tel que le GMT (Goal Management Training) qui repose sur deux modèles (Levine et al, 2000) : le Goal Neglect (Duncan 1996) et la théorie de l'attention soutenue (*Robertson ET Garvan 2000*). Ainsi avant chaque exercice cognitif, et ensuite dans des problèmes difficiles à résoudre en vie quotidienne, on pousse le sujet à intégrer ce schème d'action:

1. Je me concentre (description générale de l'exercice)
2. Quel est le problème? (Analyse de la consigne)
3. Quelles sont les étapes et stratégies à mettre en place?
4. Résolution du problème
5. Vérification et auto-évaluation

➤ Qu'est ce que cela donne en pratique?

Prenons l'exemple d'une recette de cuisine (module Planif CRT) afin d'établir les étapes de sa réalisation il serait nécessaire de :

- 1) Prendre le temps d'observer la recette dans son ensemble : la lire jusqu'au bout avec ses différents items
- 2) M'assurer d'avoir bien compris l'ensemble des étapes énoncées dans cette recette.
- 3) Lister les différentes actions en replaçant les items chronologiquement afin d'optimiser la réalisation de la recette : Faut-il préchauffer le four ? Sortir les ingrédients ? Sais-je les mesurer ?...
- 4) Réaliser les étapes une à une : travail ligne par ligne
- 5) Vérifier l'ensemble

➤ Autre exemple: l'aide à l'autonomie

1. **JE ME CONCENTRE (+ analyse du contexte)** :« je vois un ensemble de nombres organisé en lignes »

2. **Quel est le problème ?**« Je dois barrer les nombres pairs sur 4 lignes, puis les nombres impairs sur 4 lignes et ainsi de suite. Je ne pourrais pas avoir la consigne sous les yeux (module mémoire) »

3. **QUELLES SONT LES ETAPES ET STRATEGIES?**

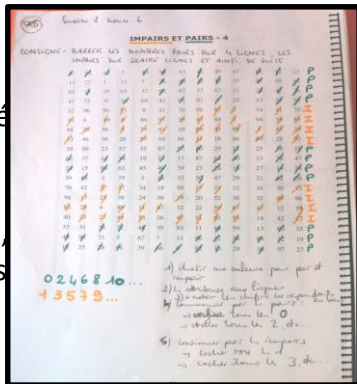
- Apprentissage de la consigne

Stratégies: réduction de l'information (4P;4I); répétition verbale

- Barrage

Stratégies : se réciter les chiffres pairs et impairs; choisir une couleur pour chaque catégorie; se répéter mentalement P1,P2 etc.; mettre un indice visuel à chaque ligne de faite etc.

5. **VERIFICATION ET AUTOEVALUATION**



Exemple fiche lessive
(à préparer avec le patient)

1. **Je me concentre (+ analyse du contexte)** J'ai une pile d'habits de couleur différente

2. **Quel est le problème?** Faire la lessive

3. **Quelles sont les étapes et stratégies?**

trier le linge blanc vs couleur
mettre le linge dans le tambour
(bien le fermer)
mettre la lessive
fermer la machine
mettre le programme
attendre (faire une autre activité)
enlever et étendre

4. **Application (+ faire une croix à chaque étape réalisée)**

5. **Vérification et autoévaluation**

Ai-je fait toutes les étapes ? Mes stratégies ont-elles été efficaces ?

Exemple : si j'ai oublié de mettre la lessive → Mettre un post-it à côté de la machine pour me le rappeler

➤ TAQ-CRT: implication de la personne relais

Celle ci doit se trouver dans l'entourage quotidien du patient.

Cela peut être un **aidant familial, un soignant, un référent social, un moniteur** sur le lieu de l'activité professionnelle, ou **tout autre personne proche du patient.**

Lorsqu'il s'agit d'un aidant familial cela permet d'impliquer la famille et d'apprendre à celle ci qu'il ne faut pas faire à la place du patient.

La personne relais va permettre en retraçant de manière précise les difficultés du patient de mieux ajuster le programme de remédiation pour le thérapeute en RC.

Un cahier de suivi peut être institué, appelé « cahier relais » dans lequel le participant pourra noter ce qu'il a travaillé en RC et sur l'environnement relais (e.g. les stratégies, les difficultés rencontrées, les points à travailler)

Ce cahier peut inclure les évaluations effectuées, et les tâches à domicile, Il peut aussi comprendre les scripts d'action et les stratégies à favoriser.

➤ **transfert au quotidien et méthode groupale NEAR (Medalia et al. 2002) ?**

La méthode NEAR est centrée sur l'apprentissage et la motivation.

Elle combine exercices neuropsychologiques (30mn) personnalisés en fonction des difficultés cognitive de chacun, puis échange de stratégies (15 mn) sur l'exercice que chacun vient de faire, puis **transfert au quotidien au moyen des Bridging group (30mn)**

Chaque session de bridging group (40 sessions) a un thème bien précis:

Sont ainsi évoqués:

-le **transfert à la vie quotidienne**, ex: problème complexe à résoudre dans mon quotidien: ex j'ai invité une amie au cinéma. Elle vient dans 45 mn et on doit avant prendre un verre chez moi; ma maison n'est pas rangé, et je n'ai rien dans le frigo.
-Qu'est ce que je priorise, comment puis je résoudre ce problème

-les styles d'apprentissage,

-les pensées automatiques (cognition sociale): ex je pense que je rate tout ce que j'entreprends...

-L'Entraînement sur des exercices cognitifs qui se déroulent dans la vie réelle: attention auditive, puis auditivo-visuelle (ex: double tâche face à un film)

-Ces séances sont à Visée de sensibilisation et de découverte du sujet de son propre fonctionnement cognitif, de ses schémas de pensée et de ses croyances qui peuvent brider sa motivation et ses performances.

➤ LE JEU MATHURIN (en cours de validation) (Amado et al. Frontiers, 2016)

Planifier son quotidien dans une ville virtuelle

Dans les parcours de remédiation cognitive il est plutôt d'usage pour qu'un patient soit éligible qu'il y ait une ébauche de projet de réhabilitation.

Le Jeu Mathurin consiste à une immersion groupale dans une ville virtuelle. Il est destiné à des patients plus ritualisés qui fréquentent de manière bcp plus assidue les institutions type hôpitaux de jour, CATTP, foyers de vie... Il permet d'amorcer un projet d'orientation vers l'extérieur.

Les Patients sont pris par groupe de 6 et vont s'orienter et naviguer dans la ville virtuelle

En ayant à tour de rôle à planifier des problèmes complexes du quotidien

ex: je dois préparer l'anniversaire de ma nièce:

- Pour cela je dois aller chercher de l'argent à la caisse automatique
- je dois aller acheter un cadeau à la Fnac
- je dois passer chez le boulanger acheter un gâteau
- sur le chemin je passe déposer mon imprimé de renouvellement de droits à la CPAM

➤ LE JEU MATHURIN (en cours de validation) (Amado et al. Frontiers, 2016)

Le jeu mathurin : Photos de la ville virtuelle
en partenariat avec Prof Piolino – E. Orriols



➤ Les résultats sur une étude pilote

En fin de programme, les sujets sont améliorés cliniquement, pour l'autonomie, le bien être physique, l'attention et la mémoire de travail
Ainsi que pour la mémoire prospective et rétrospective

Ils rapportent spontanément une meilleure Organisation, un gain de planification : un enrichissement des interactions sociales, plus de sorties à l'extérieur, plus de confiance en soi, une meilleure prise de conscience des difficultés, un meilleur rythme de vie, Plus de recherche d'emploi et training professionnel, plus de demande de soins de thérapies psychosociales

➤ En conclusion

- Le transfert au quotidien est un point clé pour la généralisation des acquis dans la remédiation cognitive
- Il doit être **pensé et réfléchi à part entière** dans le processus d'apprentissage délivré au participant
- Il vise en priorité les participants qui n'ont pas les ressources cognitives suffisantes pour le faire spontanément
- Dans notre expérience, des années après un programme de remédiation, les participants relatent **avoir gardé chez eux scripts d'action, principes de procédure générale (remis dans un livret de tâches à domicile CRT ou Recos) et s'en servent comme levier antistress face à des problèmes complexes du quotidien**
- Le relais doit s'opérer pour **aider le patient à effectuer ce transfert auprès d'une personne relais**, aidant familial, acteur du soin ou du médicosocial.
- Pour les aidants cela **peut impliquer plus la famille et mieux saisir les difficultés du proche souffrant.**
- Le maillage médicosocial en France et la sectorisation permettent de prolonger au mieux ces techniques pour le bien des patients avec handicap psychique