

# RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE ET REMÉDIATION COGNITIVE

21 juin 2017

Nicolas Franck & Chloé Duboc

# RÉTABLISSEMENT EN PSYCHIATRIE

Le rétablissement est une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi. [...] Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi.

# RÉTABLISSMENT EN PSYCHIATRIE

Déterminants généraux du rétablissement :

- Restauration de l'espoir
- Prise de responsabilité (dont la gestion de sa maladie)
- Reprise d'une vie normale (établir des relations sociales, prendre un travail...)
- Développement des ressources personnelles

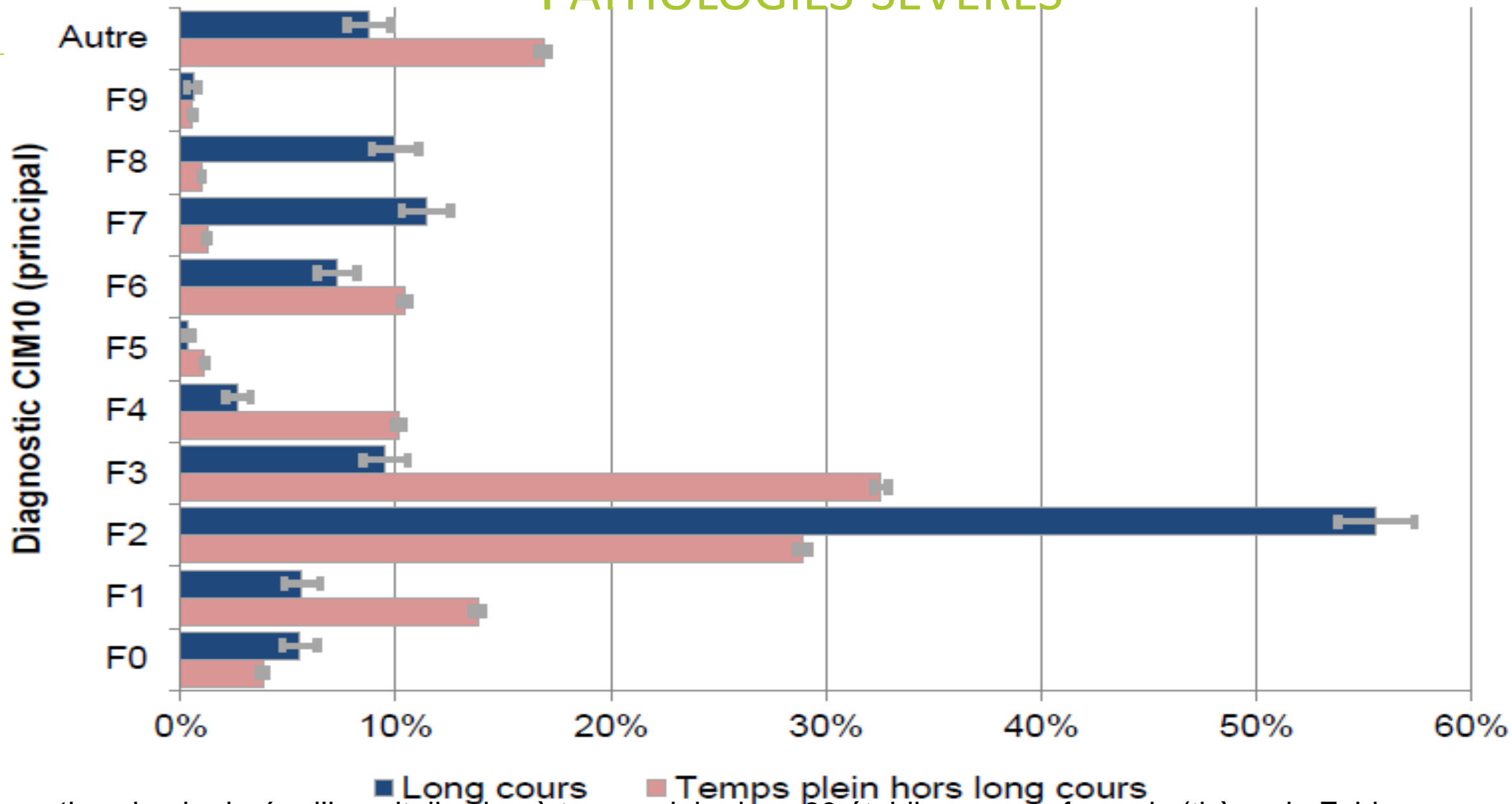
# RÉTABLISSMENT EN PSYCHIATRIE

- Objectif de la réhabilitation
- S'appuie sur :
  - Objectifs de la personne : **autodétermination**
  - Ressources propres de la personne
- Réappropriation de sa vie
- Définition de nouveaux objectifs : **prise en compte du handicap**

## EN PSYCHIATRIE

- Troubles complexes
  - expression multiple (psychotique, anxieuse, thymique ou comportementale)
  - origine multifactorielle
  - catégories nosographiques sans critères de validité externe
- Accent mis sur la réduction des symptômes (partie malade) au détriment d'une vision intégrative de la personne souffrante (tenant compte de la partie saine)

# PATHOLOGIES SÉVÈRES



Diagnostic selon la durée d'hospitalisation à temps plein dans 20 établissements français (thèse de Fabien Joubert, Université Claude Bernard, 6/11/2015)

- Qu'est-ce qui, selon vous, conditionne le devenir de vos patients?
- Faites des propositions très librement en essayant de prendre en compte le maximum de paramètres

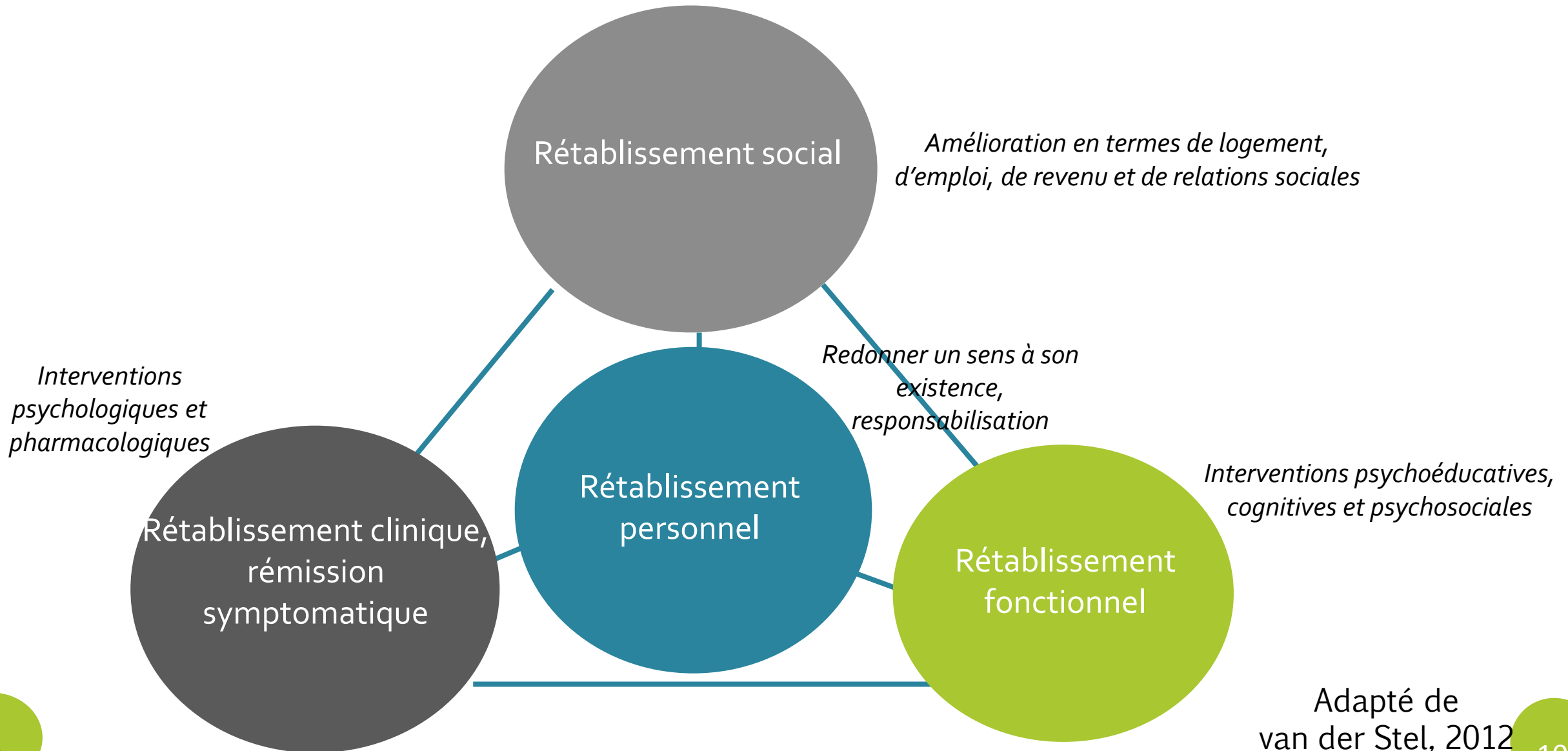
## EN PSYCHIATRIE

- Le pronostic ne dépend pas que de la résolution des symptômes (qui doit par ailleurs être recherchée en premier lieu car elle est à l'origine de la souffrance des personnes)
- Autres éléments à prendre en compte:
  - troubles associés (troubles cognitifs, troubles de l'insight et manque de motivation)
  - iatrogénie dans le cadre de prescriptions de longue durée
  - mode de vie (effets du manque de stimulations et de contact sociaux)

## RÉTABLISSSEMENT DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

- Seuls 13,5 % des patients se rétablissent (méta-analyse de Jääskeläinen et collaborateurs, 2013) si l'on considère que le rétablissement implique :
  - ✓ (1) une réduction symptomatique
  - ✓ (2) un meilleur fonctionnement social
  - ✓ (3) la persistance de l'amélioration de l'un de ces 2 paramètres pendant + de 2 ans
- Les approches respectueuses, porteuses d'espoir et teintées d'humanisme renforcent le rétablissement personnel

# DIMENSIONS DU RÉTABLISSÉMENT



Adapté de  
van der Stel, 2012

## LA RÉHABILITATION - DÉFINITIONS

- **Marianne Farkas** : somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes et atténuer les difficultés résultant des conduites déficitaires ou anormales
- **Robert P Liberman** : stratégies et procédés d'apprentissage permettant de récupérer un fonctionnement social et instrumental satisfaisant
- **Allan S Bellack** : nécessité de pallier l'insuffisance des traitements psychopharmacologiques
- **Guy Deleu** : composante du système de soutien communautaire réduisant les limitations fonctionnelles et désavantages sociaux

## DÉVELOPPEMENT DE LA RÉHABILITATION

- Années 1960 : progrès de la thérapeutique → désinstitutionnalisation
- Années 1970 : nécessité de développer des ressources communautaires → développement de la réhabilitation psychosociale
- Années 2000 : sciences cognitives → meilleure connaissance des troubles → ↗ technicité du soin

## LA RÉHABILITATION — POURQUOI ?

- Difficultés d'**adaptation quotidienne** des personnes ayant des troubles psychiques sévères
- Retentissement fonctionnel
- Prise en compte de troubles associés qui conditionnent le rétablissement
- Nécessité d'évaluer afin de mettre en évidence les **ressources préservées** et les **limitations fonctionnelles**

## RÉTABLISSSEMENT, SOINS ET SOCIÉTÉ

- La santé mentale est organisée autour du rétablissement en Nouvelle-Zélande, en Grande-Bretagne, en Australie, au Canada (rapport Kirby) et dans plusieurs états américains
- Rôle de l'environnement social dans le rétablissement : nécessité d'offrir des conditions de vie satisfaisantes aux personnes ayant des troubles mentaux et de combattre les préjugés et la discrimination

## EN FRANCE

- Développement après la seconde guerre mondiale de l'hébergement et de l'accompagnement dans la cité : psychiatrie communautaire, Elan retrouvé, Croix-Marine, secteurs de psychiatrie, UNAFAM...
- Virage ambulatoire entrepris dans les années 1960-1970 non achevé
- Désinstitutionnalisation incomplète

## EN FRANCE

- Modèle de soin restant hospitalo-centré
- Moyens dévolus à l'intra-hospitalier > ceux de l'extra-hospitalier
- Chefferies de services et de pôles encore en intra-hospitalier
- Quelques exceptions (Armentières...)
- Difficultés de coordination sanitaire/médicosocial
- Manque de prise en compte de la dimension fonctionnelle

## COMMENT AMÉLIORER LES SOINS ?

- Evaluation et stimulation précoces : prévention de la chronicité
- Soins séquentiels avec des objectifs individualisés
- Utilisation d'outils de soin ayant fait la preuve de leur efficacité
- Renforcer la partie saine
- Accompagner les personnes vers la réussite de projets concrets (envisager les parcours dans leur ensemble)
- Chercher à favoriser le rétablissement

# COMMENT AMÉLIORER LES SOINS ?

## OBJECTIFS :

- Prévenir la chronicité: évaluer et stimuler
- Valoriser le potentiel de chacun
- Favoriser la réussite de **projets concrets**
- Favoriser le rétablissement

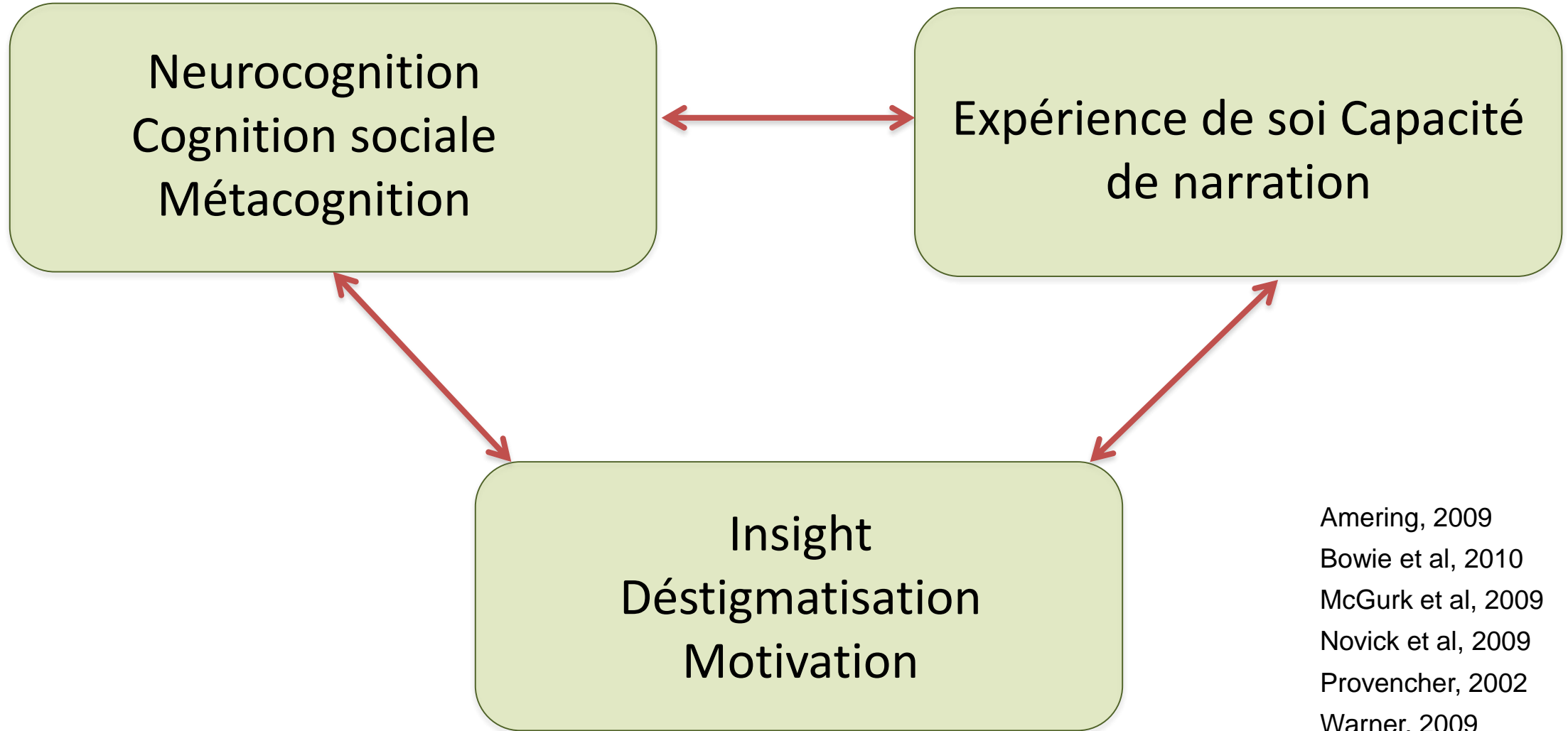
## MOYENS :

- Un accès aux soins simple
- Des **outils de soin validés**
- Des soins individualisés et **durée limitée**

## COMMENT LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ INTERVIENT-IL EN FAVEUR DU RÉTABLISSEMENT ?

- En permettant à la personne de reprendre la maîtrise de sa trajectoire
- En favorisant l'auto-détermination
- En permettant à la personne de mieux connaître ses possibilités et ses limites
- En permettant le renforcement des compétences préservées

# DÉTERMINANTS DU RÉTABLISSEMENT



Amering, 2009  
Bowie et al, 2010  
McGurk et al, 2009  
Novick et al, 2009  
Provencher, 2002  
Warner, 2009

# PRISE EN COMPTE DES TROUBLES AYANT UN RETENTISSEMENT

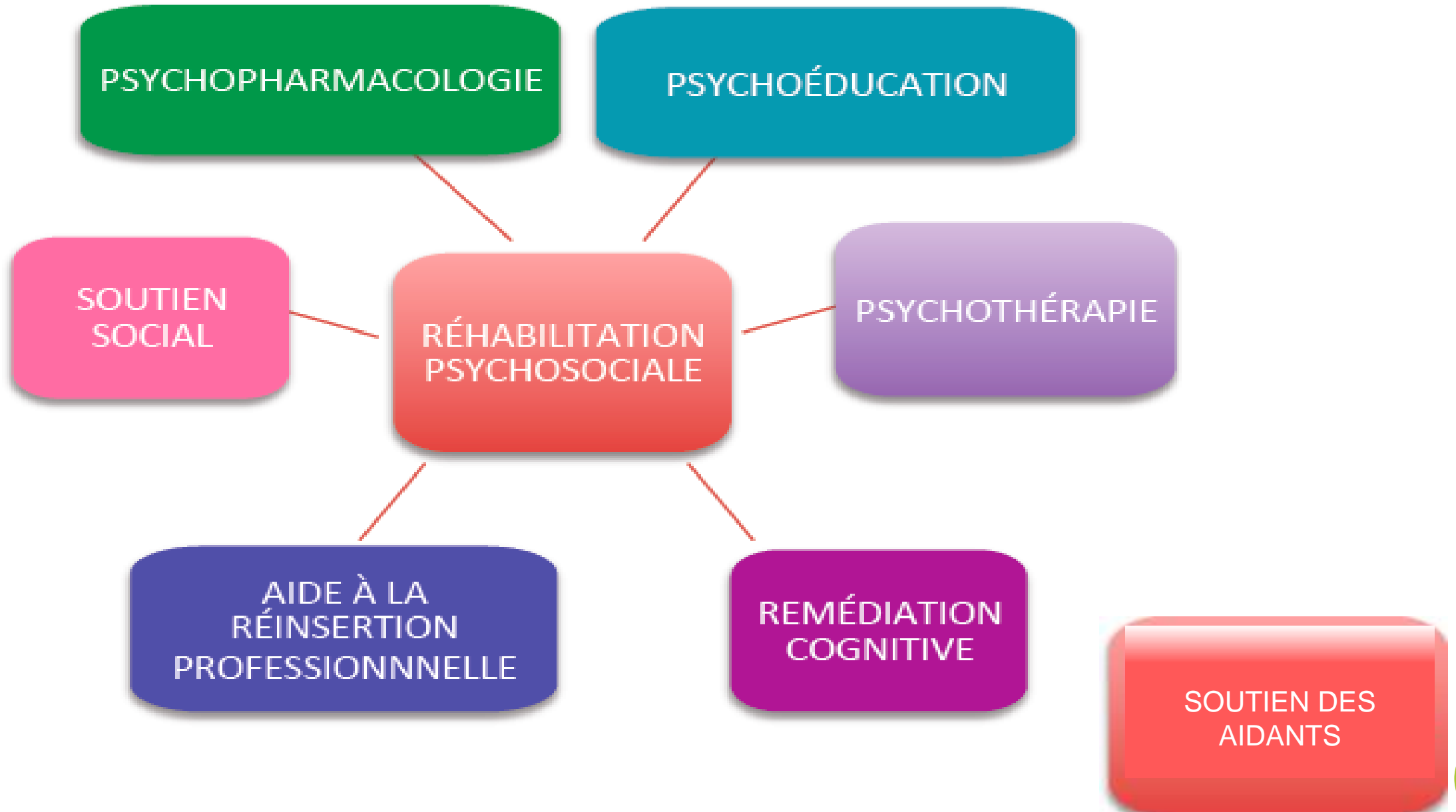
## FONCTIONNEL



# EVALUATION FONCTIONNELLE



# INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUALISÉE



REMÉDIATION  
COGNITIVE  
MÉTA-  
ANALYSES

Auteurs (année)		Nombre de sujets		Résultats	
McGurk et al (2007)		1151		<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ fonctionnement cognitif global (TE=0,41)</li> <li>↘ sévérité des symptômes (TE=0,28)</li> <li>↗ fonctionnement psychosocial (TE=0,35)</li> </ul>	
Wykes et al (2011)		2104		<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ performances cognitives (TE=0,45)</li> <li>↗ fonctionnement global (TE=0,42)</li> <li>↘ sévérité des symptômes (TE=0,18)</li> </ul> <p>Amélioration encore significative à 6 mois post-PEC (sauf symptômes)</p>	

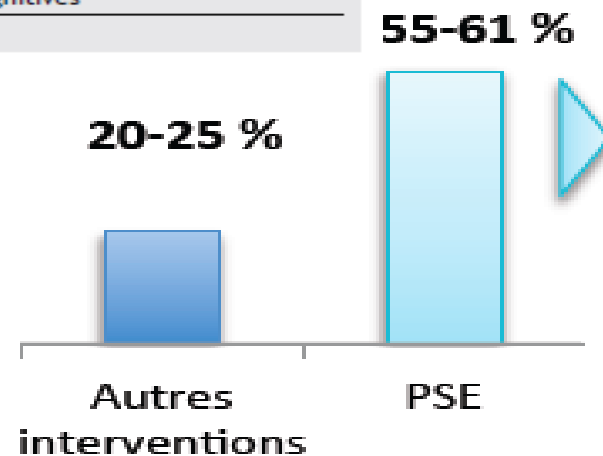
**Tableau 1** Essais cliniques randomisés consacrés à l'impact de la remédiation cognitive sur l'emploi.

Auteurs de l'étude (revue et année de publication)	Nombre de sujets inclus	Mesures proposées au groupe avec remédiation cognitive	Mesures proposées au groupe témoin	Paramètre(s) professionnels évalué(s)	Résultat de la comparaison statistique
McGurk et al. ( <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 2005) [28]	44	Remédiation cognitive informatisée (Cogpack) + emploi assisté	Emploi assisté	Taux d'embauche, nombre d'heures travaillées et salaire 1 an après remédiation cognitive	Significatif
Vauth et al. ( <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 2005) [29]	138	Remédiation cognitive informatisée + emploi assisté	Entraînement de la capacité à se prendre en charge (TCC) + emploi assisté	Taux d'emploi rémunéré au bout d'1 an	Significatif
McGurk et al. ( <i>American Journal of Psychiatry</i> , 2007) [30]	44	Remédiation cognitive informatisée (Cogpack) + emploi assisté	Emploi assisté	Maintien dans l'emploi, nombre d'heures travaillées et salaire 2 à 3 ans après remédiation cognitive	Significatif
Bell et al. ( <i>Schizophrenia Research</i> , 2008) [31]	72	Neurocognitive enhancement therapy (NET) + réhabilitation professionnelle traditionnelle	Réhabilitation professionnelle traditionnelle	Nombre d'heures travaillées 1 an après remédiation cognitive et maintien dans l'emploi	Significatif
McGurk et al. ( <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 2009) [4]	34	Remédiation cognitive informatisée (Cog-pack) + internat ± emploi assisté	Internat ± emploi assisté	Nombre d'heures travaillées et salaire 2 ans après remédiation cognitive	Significatif
Kern et al. ( <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 2011) <sup>a</sup>	45	Apprentissage sans erreur + IPS	IPS	Taux d'embauche et maintien dans l'emploi	Non significatif
Lee ( <i>Asia Pacific Psychiatry</i> , 2013) [32]	60	Remédiation cognitive informatisée (Cog-trainer) + réhabilitation usuelle	Réhabilitation usuelle	Qualité du travail (selon une sous-échelle du Work Behavior Inventory), et variables cognitives	Significatif

<sup>a</sup> Simple abstract, cité dans [25].

Franck, L'Encéphale, 2014

# IMPACT DE LA REMÉDIATION COGNITIVE SUR L'EMPLOI



➤ Vitesse d'accès à l'emploi  
 ➤ Durée d'emploi  
 ➤ Volume d'heures

# REMÉDIATION COGNITIVE ET RÉHABILITATION

- Pas de programme universel
- Nécessité de créer des structures ayant une offre de soin variée
- Evaluer les besoins du patient
- Objectifs concrets à fixer
- Apprentissage de nouvelles stratégies
- Adaptation au profil du patient

## EN PRATIQUE

- Réhabilitation et remédiation cognitive →
  - virage ambulatoire
  - soutien à l'hébergement (« housing first »)
  - insertion en milieu ordinaire (« place and train »)
- Formation des médecins à la prévention de la chronicité (indications d'hospitalisation et de réhabilitation)
- Faire évoluer les secteurs de psychiatrie générale (transmission de la culture du rétablissement et du case management)

## EN PRATIQUE

- Création de nouvelles structures de réhabilitation dans le cadre d'une approche territoriale
- Structurer le dispositif dans son ensemble (sanitaire et médico-social)
- Développement concerté (rôle du centre ressource)

# CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

- Epidémiologie
- Symptômes positifs
- Symptômes négatifs
- Désorganisation
- Traitement non médicamenteux
- Traitement médicamenteux

# TROUBLES COGNITIFS

- Troubles neurocognitifs:
  - troubles attentionnels, difficultés de concentration
  - atteintes de la mémoire à long terme et de la mémoire de travail
  - troubles des fonctions exécutives
  - troubles des fonctions visuo-spatiales
  - troubles du traitement du contexte
- Troubles de la cognition sociale :
  - Trouble du traitement des informations émotionnelles
  - Troubles de la théorie de l'esprit

Voir le rappel sur les processus cognitifs (plus bas)

### Encadré I. Points essentiels

- Les troubles cognitifs sont une caractéristique centrale de la schizophrénie et des troubles apparentés : ils touchent une grande majorité des patients de façon hétérogène.
- Les troubles neurocognitifs (attention, mémoire et fonctions exécutives) de la cognition sociale et métacognitifs constituent les dimensions les plus fréquemment touchées.
- Il faut distinguer les troubles cognitifs primaires, indépendants des symptômes et des traitements médicamenteux, et les troubles cognitifs secondaires.
- L'impact fonctionnel des troubles cognitifs est important, en général supérieur à celui des symptômes résiduels.
- Tous les patients atteints de schizophrénie doivent pouvoir bénéficier d'un bilan fonctionnel multidisciplinaire, comprenant une évaluation neuropsychologique.
- Les traitements psychothérapeutiques et médicamenteux n'ont que peu d'influence sur les troubles cognitifs primaires.
- Les troubles cognitifs secondaires sont pris en compte en premier lieu par une adaptation du traitement psychopharmacologique.
- La remédiation cognitive est proposée lorsque des troubles cognitifs sont mis en évidence lors de l'évaluation neuropsychologique et lorsque ces troubles ont un retentissement sur la vie quotidienne du patient. Elle doit alors être mise en œuvre au plus tôt dans l'évolution de la maladie, mais en période de stabilité clinique et thérapeutique, tout en respectant les choix et le projet de soin du patient.
- Dans la remédiation cognitive, l'implication du thérapeute est essentielle pour permettre le transfert des compétences acquises lors des séances.

## COGNITION SOCIALE

- Autrui n'est pas bien compris
- Participe à la constitution du délire
- « Elle ne devait avoir qu'une piètre vision des gens (...). Elle ne devait les voir qu'en fonction d'une entrave ou d'une non-entrave à sa liberté d'action. » (*Le bal des schizos*, Philip K Dick, 1962)

# HANDICAP

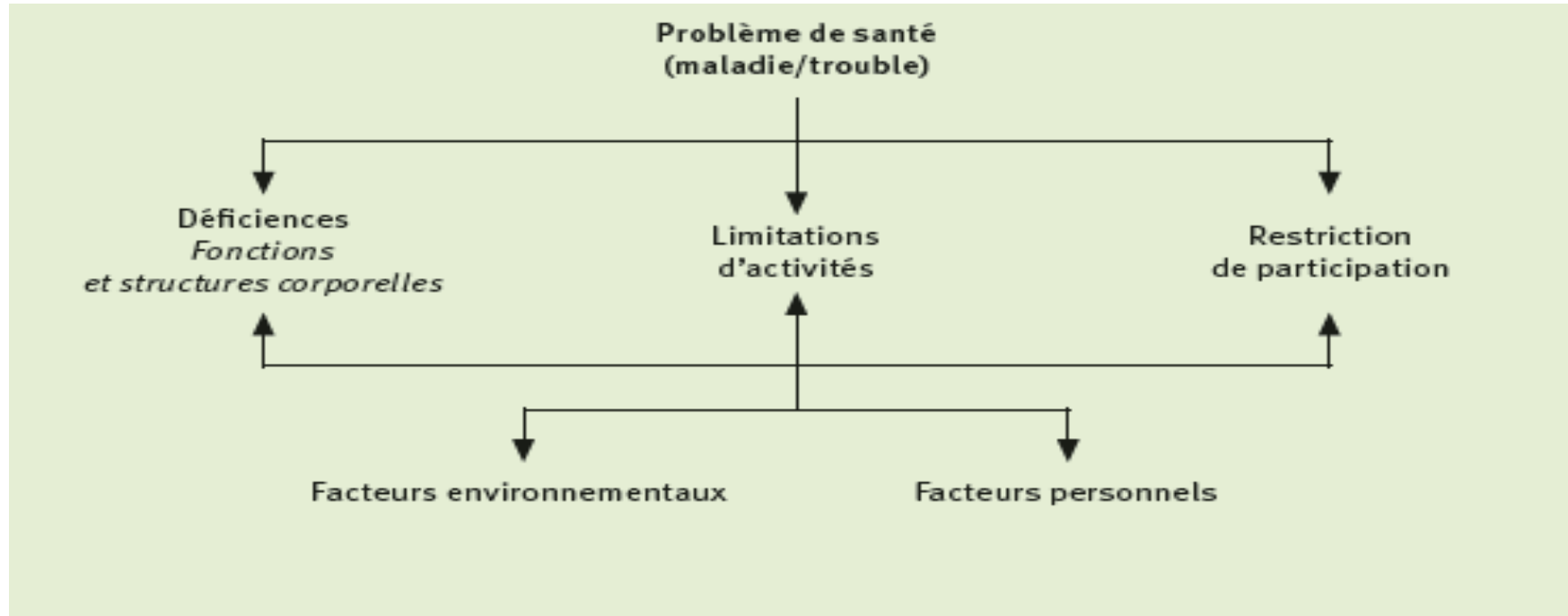
*Définition: « toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »*

*(loi 2005-102 du 11 février 2005, article 14)*

## HANDICAP PSYCHIQUE

- Handicap découlant d'un trouble psychique
- Spécificités: découle non seulement des symptômes, mais aussi des troubles associés (dont troubles de l'insight, troubles cognitifs et troubles relationnels), entraînant une incapacité à utiliser pleinement son potentiel

# Modèle du handicap (OMS)



AESP & CNUP, *Référentiel de psychiatrie*, PUF 2014

## Handicap découlant d'un trouble psychique:

symptômes + troubles associés → incapacité à gérer le quotidien → désinvestissement des activités

## CAUSES DU HANDICAP PSYCHIQUE

- Symptômes de la maladie (psychotiques, dépressifs, anxieux...)
- Déficits cognitifs: altération de la mémoire, de l'attention et de la capacité à organiser ses actions

# FACTEURS ENTRAVANT L'AUTONOMIE

- Addictions
- Pathologies somatiques
- Manque de motivation
- Mauvaise estime de soi
- Troubles cognitifs

Bowie et al, Am J Psychiatry, 2010

Harvey et al, J Clin Psychiatry, 2004

McGurk et al, Schizophrenia Bulletin, 2009

# IMPORTANCE DES TROUBLES COGNITIFS

## Importance du problème :

Ils touchent 70-80 % des patients selon les normes définies pour la population générale

Ils sont observés chez presque tous les patients lorsque leur propre fonctionnement prémorbide sert de référence

Ils sont présents dès la phase prodromique

Ils diffèrent d'un patient à l'autre

## Fonctions cognitives atteintes :

- Attention
- Mémoire
- Fonctions exécutives
- Fonctions visuospatiales
- Cognition sociale

Heinrichs et Zakzanis, 1998

Aleman et al, 1999

Gold, 2008

## ATTENTION

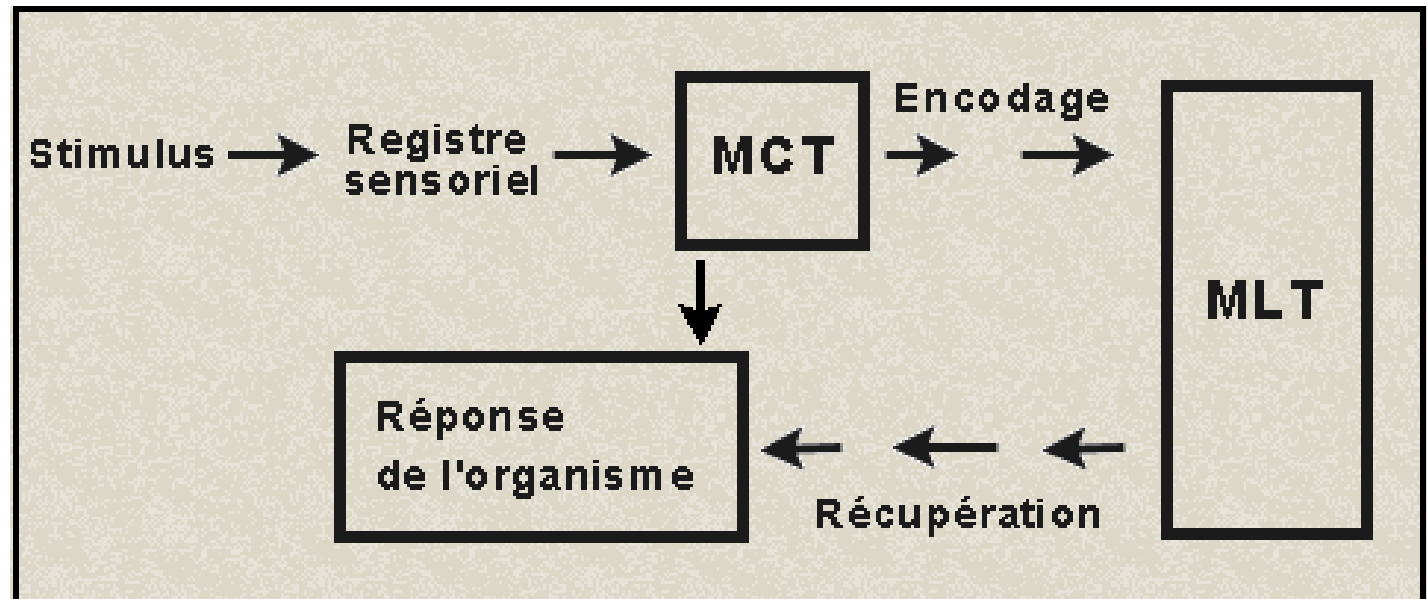
- Capacité de maintien de l'information à un niveau conscient de traitement
- Nécessite la sélection d'événements externes ou internes, du fait de la quantité très importante d'informations auxquelles l'organisme est soumis.

## DIFFÉRENTS TYPES D'ATTENTION

- Attention **soutenue** : capacité à maintenir son attention dans la durée
- Attention **sélective** : capacité à ne traiter que les informations pertinentes et à les extraire du contexte
- Attention **partagée** : capacité à diviser son attention ou à la consacrer simultanément à plusieurs tâches
- Hétérogénéité des performances dans ces différents domaines

## LA MÉMOIRE

- Fonction permettant la conservation de l'information issue des organes sensoriels ou de l'activité mentale
- Mémoire à **court terme** : conservation temporaire de l'information, de courte durée et de capacité limitée
- Mémoire à **long terme** : conservation permanente de l'information, de capacité illimitée



MCT: mémoire à court terme; MLT: mémoire à long terme

# MÉMOIRE À COURT TERME

- Information sensorielle conservée très peu de temps (quelques centaines de ms) dans des registres perceptifs (mémoire iconique, mémoire sensorielle)
- Traitement codant l'information sous forme verbale. Conservée dans la mémoire à court terme de façon provisoire : lorsque sa capacité est dépassée, les nouvelles informations chassent les anciennes qui sont alors perdues
- Empan mnésique (6 à 7 ou 3 à 5 s'il est mesuré en continu) représentatif de la capacité de la mémoire à court terme.

# MÉMOIRE DE TRAVAIL (BADDELEY)

- Système permettant la rétention (boucle articulatoire) et le traitement (processeur central) des informations
- Permet leur utilisation dans des tâches telles que compréhension, raisonnement, apprentissage, résolution de problème
- Performances variant en fonction de la rapidité et de la qualité de l'encodage
- Récupération par un balayage systématique des informations en mémoire de travail (38 ms par item)

## MÉMOIRE À LONG TERME

- Récupération des informations dépendant de l'encodage : un contexte similaire favorise le rappel ou la reconnaissance
- Mémoire à long terme ≠ structure passive :
  - éléments qu'elle contient +/- activés à chaque moment
  - cette activation détermine les connaissances qui interviennent dans l'activité cognitive en cours

# MÉMOIRE À LONG TERME

- Mémoire **explicite** : information utilisable si le sujet décide consciemment de s'en servir
- Mémoire **implicite** : information utilisable sans que le sujet en prenne conscience
- Mémoire **sémantique** : mémoire encyclopédique, mémoire des connaissances
- Mémoire **épisodique** (récollecion): mémoire des événements, dans leur contexte spatio-temporel
- Mémoire **biographique** (familiarité): mémoire des expériences vécues par le sujet

## FONCTIONS EXÉCUTIVES

- Planification : construction de séquences d'actions
- Flexibilité cognitive: capacité à s'engager et se désengager de séquences d'action
- Inhibition: capacité à ne pas réaliser une action
- Contrôle cognitif : capacité à choisir l'action la plus pertinente dans un contexte donné
  
- Permettent d'affronter des situations nouvelles (non routinières)
- ≠ automatisation (impliquant la mémoire procédurale)

## COGNITION SOCIALE

- Processus de traitement de l'information qui sous-tendent les relations inter-individuelles
- Reconnaissance des émotions faciales
- Théorie de l'esprit (ToM) : capacité à se représenter les états mentaux d'autrui, y compris lorsqu'ils diffèrent des siens propres

## DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

- Toutes les fonctions cognitives peuvent être atteintes
- Le profil de chaque patient est unique
- Evaluation neuropsychologique indispensable

## CONSÉQUENCES DES TROUBLES COGNITIFS

Plaintes fréquentes à ce niveau :

- *«je n'arrive pas à suivre un film»*
- *«j'ai une mauvaise mémoire»*
- *«je n'arrive pas à faire mes courses»*
- *«je n'ose pas aller parler aux autres»*
- ...

## CONSÉQUENCES DES TROUBLES COGNITIFS

Ils impactent le fonctionnement de la personne à différents niveaux de sa vie quotidienne et de son autonomie :

- Loisirs : suivre un film, lire un livre
- Social : réussir à engager et maintenir des échanges, une conversation...
- Activités de la vie quotidienne : faire les courses, préparer les repas, se déplacer en transports en commun...
- **Travail** : retenir une consigne, gérer des multiples tâches, gérer les contraintes...
- Acquisition de compétences : suivre les cours

## CONSÉQUENCES DES TROUBLES COGNITIFS

→ Impact +++ sur l'estime de soi, le bien être...

Conscience souvent préservée de souffrir de difficultés cognitives et souffrance consécutive

Difficultés souvent plus mal vécues que les symptômes

## CONSÉQUENCES DES TROUBLES COGNITIFS

Les troubles cognitifs nuisent considérablement à l'insertion professionnelle.

Leur présence prédit des difficultés à :

- trouver un emploi
- se maintenir dans l'emploi

Leur impact sur l'employabilité est supérieur à celui des symptômes schizophréniques

Les compétences cognitives prédisant le plus la capacité à reprendre un emploi sont:

- la mémoire de travail
- l'attention et le traitement perceptif précoce
- la vitesse de traitement
- la cognition sociale

## FACTEURS ENTRAVANT LA CAPACITÉ À TRAVAILLER

- Troubles cognitifs (100 % des études)
- Symptômes négatifs (87% des études)
- Symptômes positifs (78% des études)
- Symptômes psychiatriques aspécifiques (64% des études)

Bowie et al, Am J Psychiatry, 2010

Harvey et al, J Clin Psychiatry, 2004

McGurk et al, Schizophrenia Bulletin, 2009

## CONSÉQUENCES DES TROUBLES COGNITIFS

Les déficits cognitifs sont des prédicteurs du fonctionnement :

Corrélation plus importante que la corrélation avec les symptômes

→ Corrélation déficits cognitifs et réhabilitation

→ Enjeux pour la réhabilitation :

- Connaissance de son fonctionnement
- Engagement dans un projet

## COMMENT AGIR SUR LES TROUBLES COGNITIFS ?

- En réduisant les troubles cognitifs secondaires aux symptômes
- En réduisant les troubles cognitifs iatrogènes
- En utilisant la remédiation cognitive

+ En favorisant l'implémentation des bénéfices procurés dans le quotidien de l'utilisateur :

Transfert au quotidien via une resocialisation, un retour au **travail** etc.

## SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

- La schizophrénie est-elle compatible avec une activité professionnelle ?
- Réunissez-vous par groupe de 5 et désignez un rapporteur

## SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

- Le travail contribue à :
  - Donner à son existence une signification
  - Pouvoir définir de nouveaux objectifs au-delà de l'impact de ses difficultés propres
  - Permettre d'accéder à une position sociale valorisée
  - Obtenir des bénéfices cliniques : meilleure estime de soi et diminution des symptômes
  - Obtenir un gain financier
- ➔ Les usagers considèrent la reprise d'une activité professionnelle comme un critère du rétablissement

Antony, Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993

Spanoil et al, International Review of Psychiatry, 2002

McGurk et al, Schizophrenia Bulletin, 2009

# SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

- Le travail est :
  - L'un des facteurs de restauration de l'estime de soi et des échanges sociaux
  - Une source de responsabilisation et de satisfaction personnelle
- Moins de 20 % des personnes souffrant de schizophrénie travaillent

Provencher et al, Psychiatric Rehabilitation Journal, 2002

Marwaha et al, British Journal of Psychiatry, 2007

## SCHIZOPHRÉNIE ET EMPLOI: ÉPIDÉMIOLOGIE -ÉTUDE CATIE

- 14.5% des patients ont un emploi concurrentiel dans le mois précédent
- 12.6% ont une activité professionnelle non-concurrentielle
- 72.9% n'ont pas d'activité professionnelle

Rosenheck R et al. Am J Psychiatry 2006; 163:411-417

## SCHIZOPHRÉNIE ET EMPLOI: EPIDÉMIOLOGIE - ETUDE EUROSC

- Taux de patients survenant entièrement à leurs besoins par le travail, sans recevoir d'allocation, d'indemnité ou de pension:
  - 8.9% au Royaume Uni
  - 7.6% en France
  - 11.8 % en Allemagne
- Le nombre de patients n'ayant jamais travaillé est faible à l'exception de Marseille

Marwaha S et al. Br J Psychiatry 2007; 191:30-37

# EN RÉSUMÉ

## — Généralités et rappels cliniques

- La schizophrénie est une pathologie complexe, hétérogène et dont l'étiologie n'est pas univoque
- On distingue trois dimensions symptomatiques principales : Positive / Négative / Désorganisée
- Une quatrième dimensions peut être distinguée : la dimension neurocognitive
- La loi du 11 février 2005 définit la notion de Handicap psychique

## — Les facteurs prédictifs et le pronostic fonctionnel

- Le pronostic dépend des symptômes et d'autres troubles associés comme les troubles cognitifs
- Les troubles cognitifs sont très fréquents chez les personnes souffrants de pathologies psychiatriques
- Il est nécessaire d'évaluer le fonctionnement cognitif pour mettre en évidence les limitations mais aussi les ressources des personnes

## LA RÉHABILITATION : SON BUT ET SES MOYENS

La réhabilitation se définit par :

Son but :

- Aider les individus atteints de troubles psychiques graves et persistants à améliorer leur fonctionnement
  - Leur permettre d'éprouver du bien-être au sein de l'environnement de leur choix
- ➔ Tout en maintenant un niveau minimal d'intervention professionnelle

Ses moyens :

- Développer les ressources propres nécessaires au fonctionnement effectif et/ou
- Développer des soutiens nécessaires à l'amélioration du fonctionnement actuel de l'individu

# PRINCIPAUX OBJECTIFS DE LA RÉHABILITATION

1. Identifier les ressources personnelles
2. Renforcer ces ressources personnelles
  - Optimiser les **compétences préservées**
  - Réduire les conséquences des symptômes et les déficits liés à la maladie
3. Développer des opportunités d'insertion
  - Favoriser **l'insertion** dans la société
  - Reconquérir la considération d'autrui
4. Soutenir les personnes dans leur environnement de vie

## PRINCIPES DE LA RÉHABILITATION

1. Se placer dans une perspective subjective du patient :
  - Adopter une optique de **rétablissement**
  - Sortir des approches objectivantes, qui contribuent à amoindrir la **capacité de décision** du sujet déjà affaibli par la maladie
2. Proposer des soins en rapport avec les besoins spécifiques de chaque personne :
  - Prise en charge à court terme avec des objectifs personnalisés
  - Soins par étapes, adaptés selon l'évolution

## PRINCIPES DE LA RÉHABILITATION

### 3. Favoriser l'insertion dans la société :

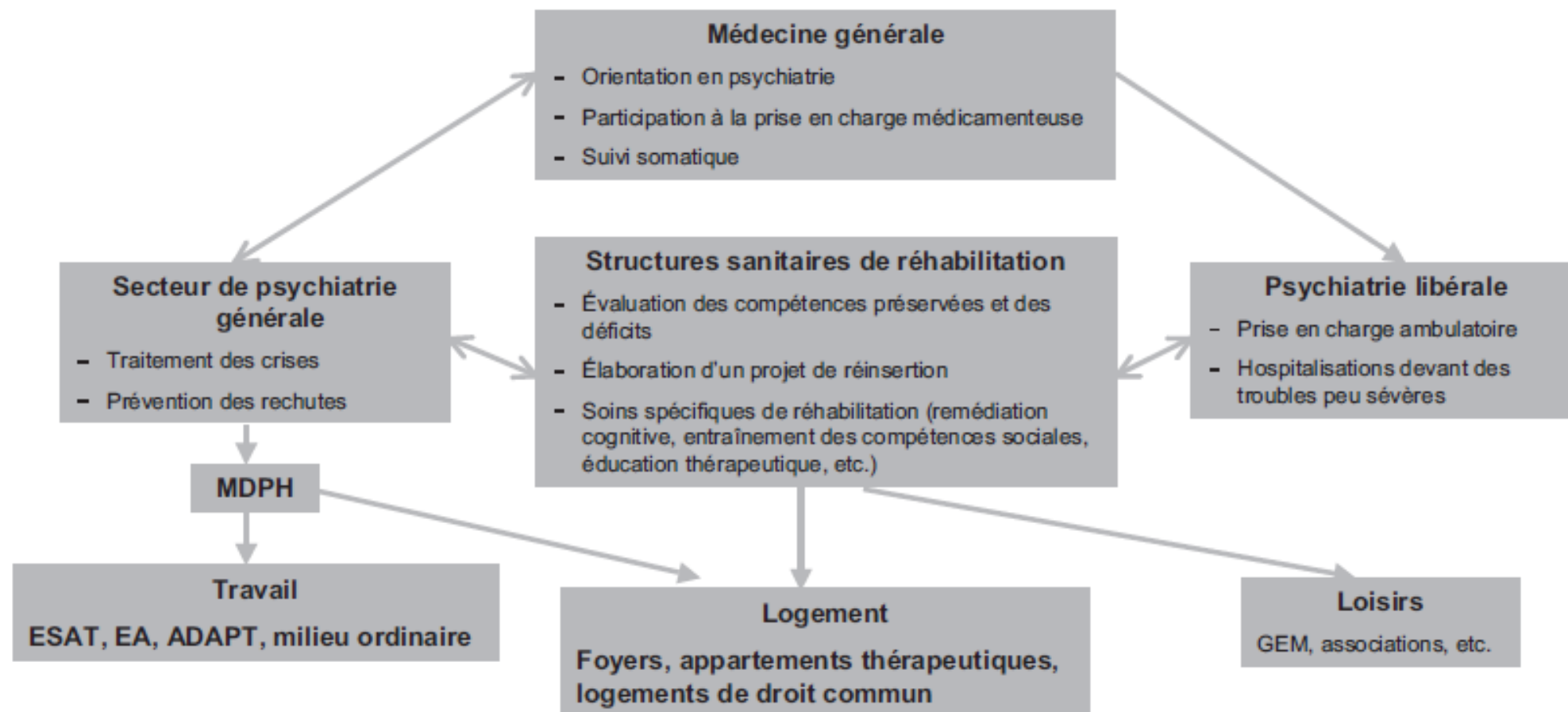
- Proposer un soutien à l'emploi selon les compétences propres
- Prévenir les rechutes et récurrences
- Prévenir l'apparition du handicap ou diminuer son impact

### 4. Agir conjointement sur les performances de la personne ET l'environnement

- Expliquer et soutenir les proches
- Changer l'image dans la société

→ Améliorer la qualité de vie

# PLACE DE LA RÉHABILITATION DANS LE PARCOURS DE SOIN

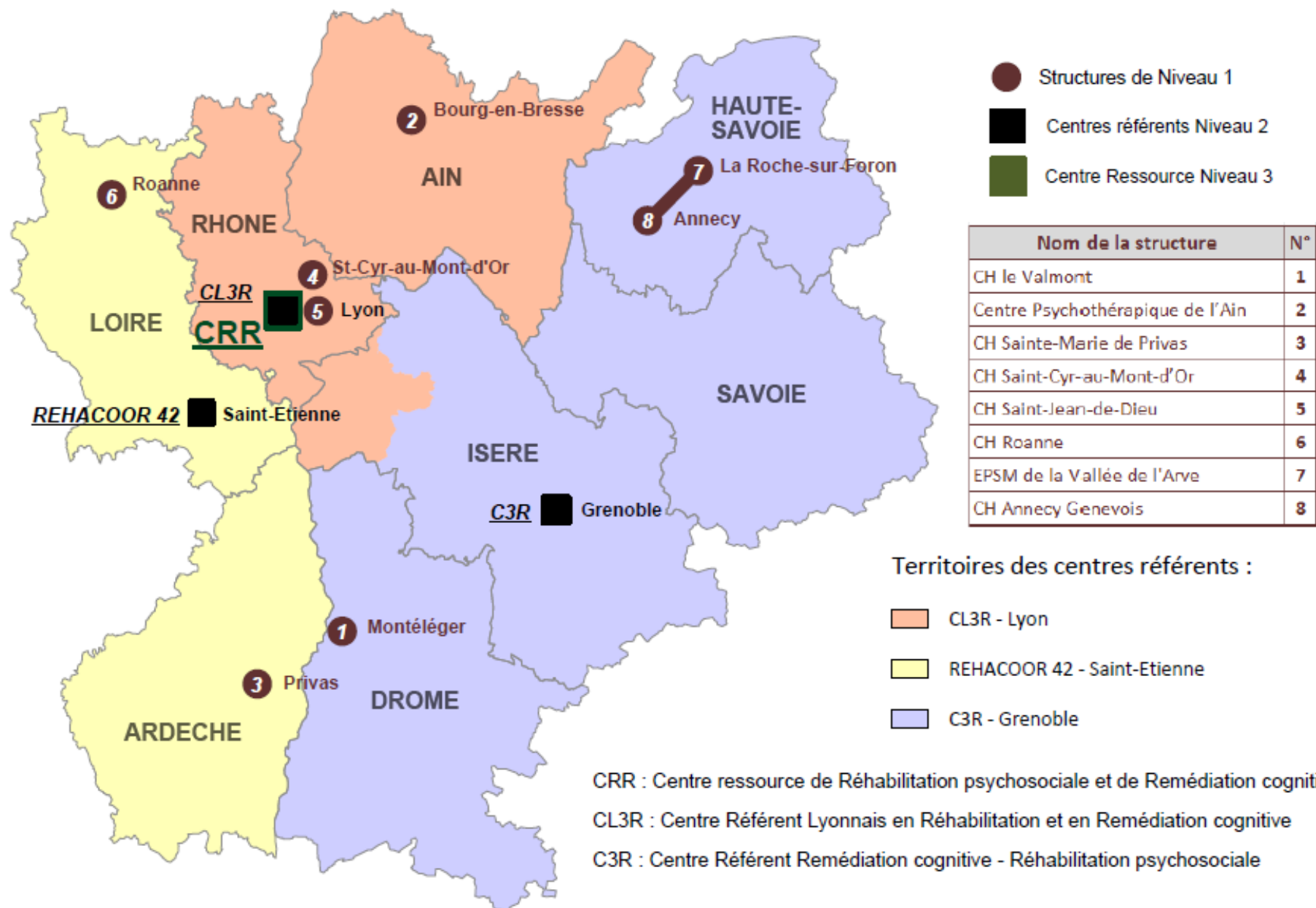


## ORGANISATION RÉGIONALE DE LA RÉHABILITATION

### Structuration de la réhabilitation (ARS Rhône-Alpes) :

- 7 centres de réhabilitation et de remédiation cognitive de niveau 1
- 3 centre de niveau 2 (centres référents en réhabilitation et en remédiation cognitive de Lyon, Saint-Etienne et Grenoble)
- 1 centre de niveau 3 : centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (Lyon)

# Dispositif de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive en Rhône-Alpes



# ORGANISATION RÉGIONALE DE LA RÉHABILITATION

Dans la région Rhône-Alpes : à Lyon

- SUR-CL3R :
  - Service Universitaire de Réhabilitation
  - Centre Référent Lyonnais en Réhabilitation et en Remédiation cognitive
- Génopsy: Centre régional de dépistage et de prise en charge des troubles psychiatriques d'origine génétique
- Centre d'Evaluation et de Soins Ambulatoires en Réhabilitation (CESAR)
- CRR : Centre Ressource Réhabilitation

# CENTRE RESSOURCE



- Structure non soignante
- A destination:
  - des usagers
  - des proches
  - des professionnels
- Objectifs:
  - Diffuser les outils et la culture de la réhabilitation et de la remédiation cognitive, dont la possibilité du rétablissement ([www.centre-ressource-rehabilitation.org](http://www.centre-ressource-rehabilitation.org), conférences, conseils, formations...)
  - Etudier les effets de la réhabilitation

# ORGANISATION RÉGIONALE DE LA RÉHABILITATION

Dans l'Ain :

## DISPOSITIF SOINS DE READAPTATION PSYCHO-SOCIALE (DSRPS)

- Dispositif intersectoriel à Bourg-en Bresse - Dr Vignaga
- Equipe pluridisciplinaire
- Programmes de remédiation cognitive

# ORGANISATION NATIONALE DE LA RÉHABILITATION

**AFRC** : Association regroupant les professionnels de la psychiatrie impliqués dans le développement de la remédiation cognitive

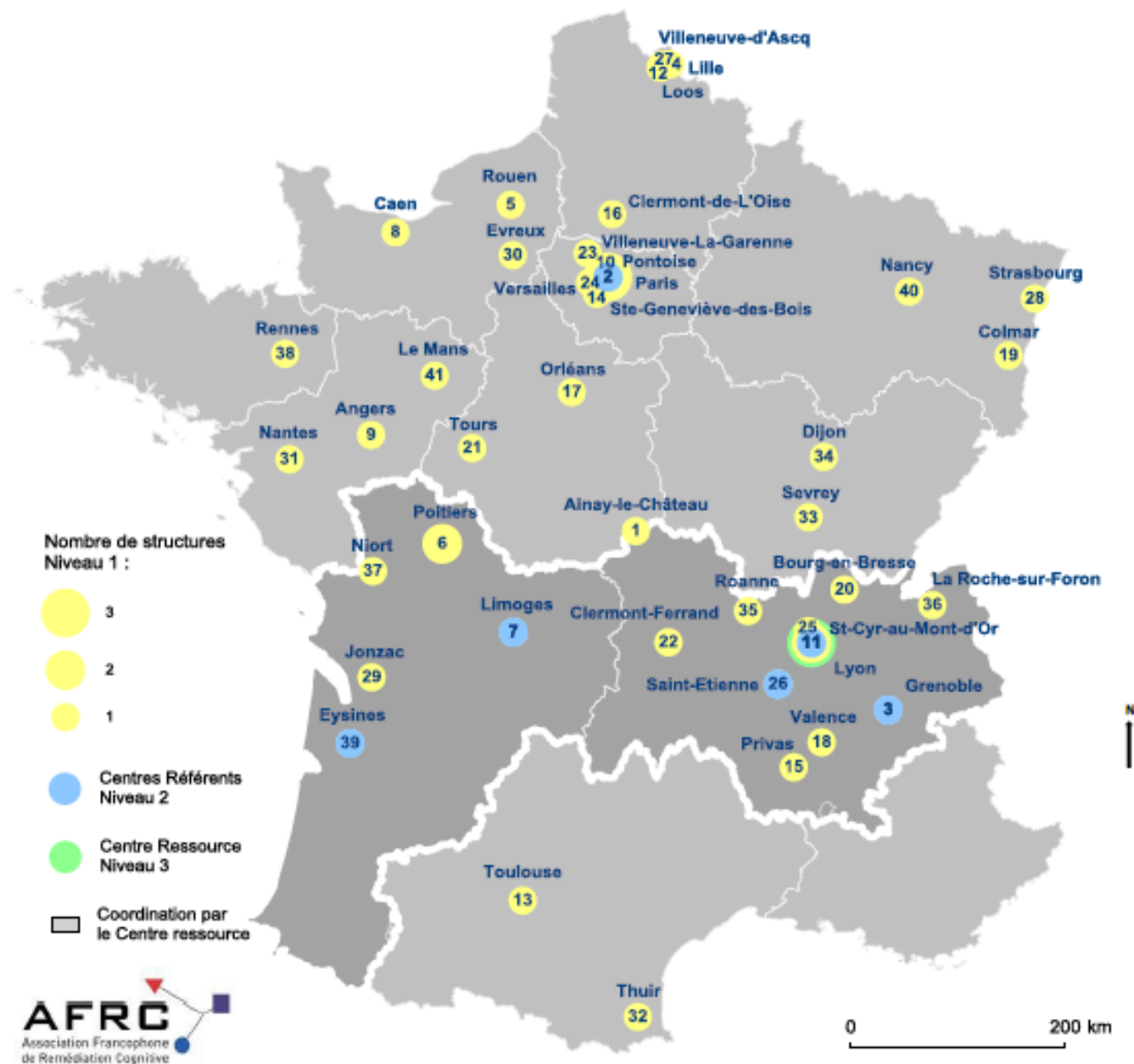
[www.remediation-cognitive.org](http://www.remediation-cognitive.org)

Réseau de remédiation cognitive

- Implémentation de la remédiation dans différentes structures
- Ouverture de centre de réhabilitation



# RESEAU DE REMEDIATION COGNITIVE



Nom des structures	N°
Accueil familial thérapeutique	1
ARIHM - Club ARIHM	2
C3R	3
C3RP - Centre Référent en remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale	2
C4C - Clinique des 4 cantons	4
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel intersectoriel	41
Centre de Jour Saint-Gervais	5
Centre de remédiation cognitive pour patient(e)s souffrant(e)s d'anorexie mentale	6
Centre d'Evaluation et de Réhabilitation	7
Centre Esquirol	8
Centre Psychothérapique de Nancy	40
Centre REMEDS	2
Centre Ressource et Centre d'Accompagnement pour Personnes en Handicap Psychique	37
Centre thérapeutique de jour Janet Frame	38
CESAME	9
CH Charles Perrens	39
CH Roanne	35
CH Sainte-Marie de Privas	15
CH Saint-Jean-de-Dieu	11
CIIP - Centre d'Intervention Précoce pour Psychose	34
CITL - CITL-SAVS	10
CL3R - Centre Référent Lyonnais en Réhabilitation et en Remédiation cognitive	11
Clinique Lautréamont	12
CMP Marengo	13
CP des Mares-Yvon	14
CREATIV	6
CRISALID - Unité CRISALID	16
CRPS 45	17
CRPS de Valence	18
CRR - Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive	11
CTJ-HCC - Centre Thérapeutique de Jour	19
DSRPS	20
EPSM de la vallée de l'Arve et le CH Annecy Genevois	36
Espace de la Chevalerie	21
Génopsy	11
HDJ Clermont-Ferrand	22
HDJ de Pontoise	23
Hôpital de Jour Eugen Bleuler	24
L'Escale	25
LIFT - REHACOOR 42	26
MGEN	27
PPSM - Pole de Psychiatrie et de Santé Mentale	28
Psychiatrie adulte, Jonzac	29
Réhabilitation au nouvel hôpital de Navarre	30
Service de remédiation cognitive	31
SRPS - Service de Réhabilitation Psycho-Sociale	32
Unité d'hospitalisation en soins de réhabilitation	33
USPS	2

## OBJECTIFS ET MISE EN ŒUVRE

### 1. Identifier les ressources personnelles

→ Evaluation multidisciplinaire

### 2. Renforcer ces ressources personnelles

→ Prises en charge spécifiques : ETP, remédiation cognitive...

## OBJECTIFS ET MISE EN ŒUVRE

### 3. Développer des opportunités d'insertion

→ Ateliers thérapeutiques

→ Service d'insertion

### 4. Soutenir les personnes dans leur environnement de vie

→ Accompagnement des familles

→ Action de communication

→ Formation des professionnels

## LES ÉTAPES DE LA PEC EN RÉHABILITATION

### Evaluation pluridisciplinaire :

- Chaque patient est reçu et évalué par une **équipe pluridisciplinaire** : psychiatres, psychologues, neuropsychologues et infirmiers.
- Permet de faire le point sur ses symptômes, son fonctionnement cognitif, sa qualité de vie, ses potentialités, son fonctionnement quotidien et ses souhaits pour l'avenir.

### Création d'un projet de réhabilitation

- Selon les résultats de l'évaluation pluridisciplinaire, un **projet adapté** est élaboré avec le patient et proposé à son équipe référente.

### Proposition d'une prise en charge :

- Le patient est **pris en charge sur une durée limitée** et accompagné vers la mise en œuvre de ce projet.

## L'ÉVALUATION : ÉTAPE PRÉLIMINAIRE

Evaluation multidisciplinaire en amont :

- Consultation médicale
- Bilan d'autonomie
- Bilan neuropsychologique et de cognition sociale

Puis : Synthèse pluridisciplinaire

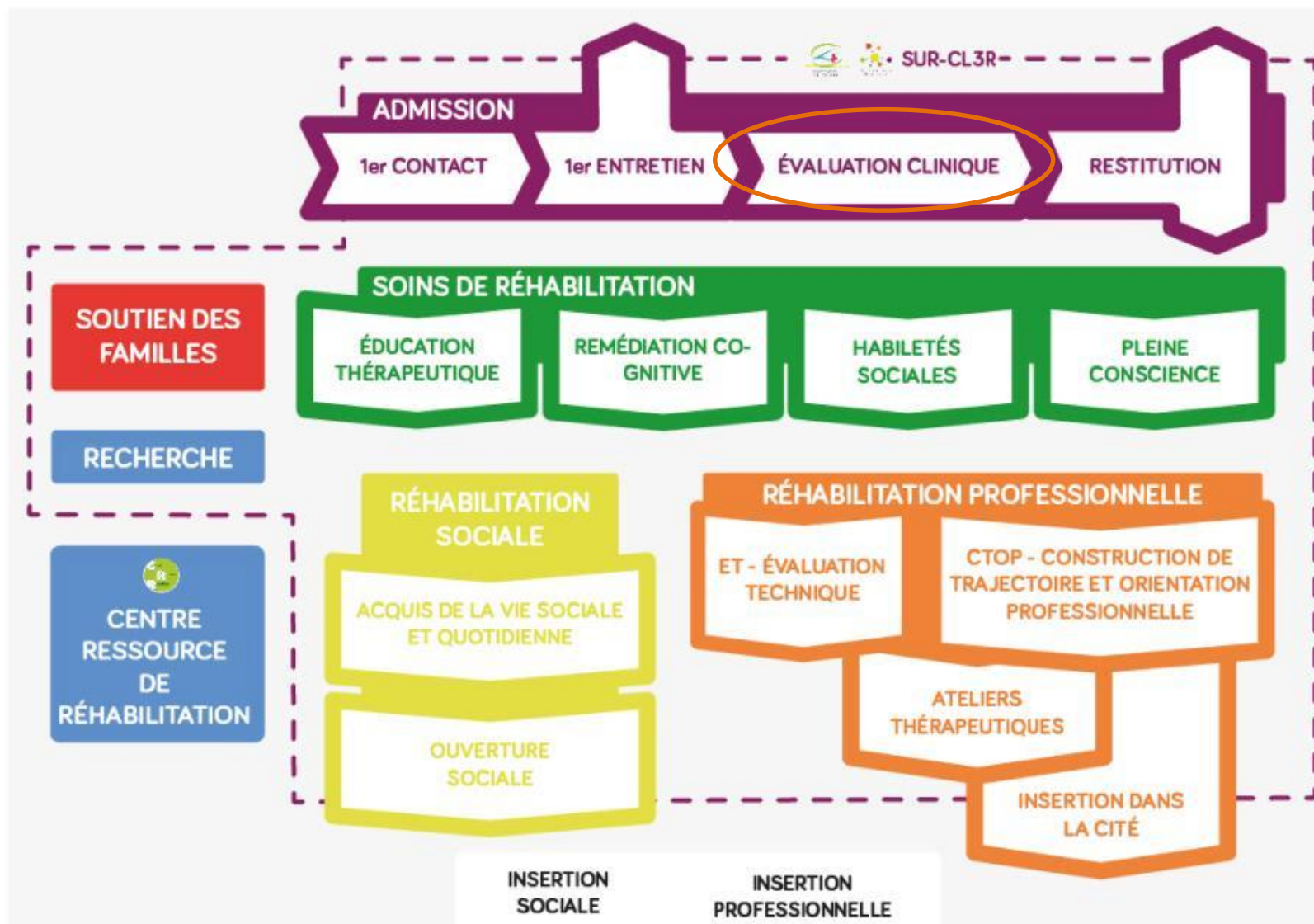
→ Projet de réinsertion personnalisé

## L'ÉVALUATION : ÉTAPE PRÉLIMINAIRE

- En présence du patient :
  - Consultation médicale 1er entretien : 1h
  - Bilan infirmier (vie quotidienne) : 2h
  - Bilan neuropsychologique : 2h
  - Bilan de cognition sociale : 2h
  - Synthèse : 1h
- Analyse des données :
  - Neuropsychologique et cognition sociale : 3h
  - Bilan infirmier : 1h
- **Total : 12h 00 par patient**

# L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

## TRAJECTOIRE DU PATIENT AU SUR (Service Universitaire de Réhabilitation)



## LA CONSULTATION MÉDICALE

### Objectifs :

- Analyser la demande, la plainte et leur contexte
  - Evaluer la probable présence de dysfonctionnements cognitifs
  - Etablir un avis sur l'opportunité d'entrer dans un projet de réhabilitation
- S'effectue en amont des autres bilans pour évaluer la pertinence de la demande

## LA CONSULTATION MÉDICALE

Critères d'une **indication pertinente** pour un projet de réhabilitation :

- Stabilisation clinique et du traitement sur un mois
- Connaissance de sa maladie
- Pas d'affection neurologique
- Pas d'ECT depuis au moins 6 mois

## LA CONSULTATION MÉDICALE

- Consommation de cannabis / alcool non gênante
- Plainte cognitive
- Observant et motivé
- La demande doit s'inscrire dans un projet de réinsertion

# LA CONSULTATION MÉDICALE : TRAME

Date : \_\_\_\_\_ Entretien réalisé par : \_\_\_\_\_

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : marié(e) – pacsé(e) – en couple - divorcé(e) – veuf(ve) – célibataire  
Enfants : \_\_\_\_\_

---

Médecin traitant (généraliste) : \_\_\_\_\_ Patient(e) adressé(e) par : \_\_\_\_\_  
Motif : \_\_\_\_\_ Motivation/problèmes formulés par le patient : \_\_\_\_\_  
Contexte du soin : ambulatoire  hospitalisation  (si oui : SPDT  SPDRE  HL   
Psychiatre référent : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_ hôpital de rattachement : \_\_\_\_\_  
Référént social : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_  
Accompagné de : \_\_\_\_\_

---

**MODE DE VIE – INSERTION SOCIALE – PROJETS**

Logement  
Domicile personnel  domicile familial  appartement thérapeutique  associatif  foyer  autre

Projets :

Rapport au travail  
- Scolarité – études - formation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Expériences professionnelles (succès, échecs...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Description concrète du(es) poste(s) occupé(s) :*  
*Valeur accordée au travail :*  
*Date dernier emploi :*  
Revenu actuel :  
Actif  AAH  (date de la 1<sup>ère</sup> attribution :.....) RSA  AT  invalidité  Indemnité chômage  sans revenu   
RTH : oui  (milieu ordinaire – ESAT) non   
Projets :

# LA CONSULTATION MÉDICALE : TRAME

**Mesure de protection :** tutelle  curatelle  sans

**Loisirs :**

► **Organisation du quotidien :**

---

**Contexte et dynamique familiales**

**Soins :**

Suivi médical :

Alliance thérapeutique : bonne/intermédiaire/mauvaise

Suivi social et/ou médicosocial :

Contenu de la prise en charge actuelle :

**Projets :**

## HISTOIRE DE LA MALADIE

**Début des troubles**

Brutal/progressif

Date :

Sémiologie :

**Hospitalisations et parcours de soin :**

**Prise en charge antérieure au centre référent :** OUI  NON  date :

**Soins de stimulation durant la scolarité (orthophonie, psychomotricité...):**

**Déroulement de la grossesse et éléments néonataux :**

**Antécédents médico et/ou chirurgicaux durant l'enfance :**

**Antécédents médico et/ou chirurgicaux à l'âge adulte :**

**Antécédents familiaux psychiatriques et/ou somatiques :**

**Vaccinations :**

# LA CONSULTATION MÉDICALE : TRAME

**Mises en danger : TS :** OUI  NON  date(s) :  
Antécédents médico-légaux OUI  NON  lesquels :  
Marginalisation OUI  NON  ; autres : .....

**Addictions :** tabac  alcool  cannabis  autres produits  addiction comportementale

## ETAT ACTUEL

### Clinique

troubles stabilisés    troubles partiellement stabilisés    troubles insuffisamment stabilisés

Symptômes actuels :

### Plaintes et symptômes cognitifs:

plaintes neuro cognitives    plaintes relationnelles    difficultés d'allure méta cognitive

Nature :

Facteurs extrinsèques d'atteinte de la cognition (substances, anti parkinsoniens, neuroleptiques 1<sup>ère</sup> G...)

### Processus de rétablissement :

Insight :

csc de souffrir d'un tr mental : complète/partielle/absente

reconnaissance du caractère patho des symptômes : complète/partielle/absente

cs de la nécessité d'un traitement : complète/partielle/absente

**Existence d'objectifs/ motivations:** faible/modérée/importante

**Activités valorisantes:** faibles/modérées/importantes

**Internalisation de la stigmatisation :** faible/modérée/importante

**Espoir dans ses possibilités de rétablissement :** faible/modérée/importante

**Isolement :** minime /modéré/important

**Gestion des symptômes :** faible/modérée/importante

**Inscription dans l'identité de malade :** faible/modérée/importante

**Qualité du récit de soi :** faible/modérée/ importante

**Autres :**

# LA CONSULTATION MÉDICALE : TRAME

Traitement médicamenteux actuel :

Prise du traitement : régulière/intermédiaire/irrégulière

EGF :

CGI :

SOFAS :

**CONCLUSION :**

**PRISE EN CHARGE SUR LE CENTRE REFERENT**

OUI  NON  Différée

Si non ou différée, préciser :

diagnostic inapproprié  refus de soins  refus de réhabilitation  traitement non optimal  Autre raison :  
(laquelle ?.....)

**INTERVENTION PRECONISEE**

<p><b>BILAN</b></p> <p><input type="checkbox"/> neurocognitif <input type="checkbox"/> cognition sociale <input type="checkbox"/> BVQ <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Exploration self minimal <input type="checkbox"/> avis chargé d'insertion <input type="checkbox"/> somatique</p>	<p><b>TCC</b></p> <p><input type="checkbox"/> affirmation de soi <input type="checkbox"/> pleine conscience <input type="checkbox"/> MCT</p>
<p><b>EVALUATION APPROFONDIE</b></p> <p>Pro : <input type="checkbox"/> Eval technique <input type="checkbox"/> Construction projet pro (CTOP)</p> <p>Autonomie : <input type="checkbox"/> DS-ACS</p>	<p><b>Prise en charge familiale</b></p> <p><input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> multifamiliale</p>
<p><b>Remédiation neuro cognitive</b> <input type="checkbox"/> RECOS <input type="checkbox"/> CRT</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Atelier technique</b></p>
<b>ORIENTATION</b>	
<p><b>Remédiation cognition sociale</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gaïa <input type="checkbox"/> TomRemed <input type="checkbox"/> SCIT <input type="checkbox"/> RC2S</p>	<p><input type="checkbox"/> Accompagnement : SAVS / SAMSAH</p> <p><input type="checkbox"/> Loisirs, Rencontres : GEM, centre sportif, autres</p> <p><input type="checkbox"/> Logement</p> <p><input type="checkbox"/> Pro (ADAPT, CEFRA...)</p>
<p><b>Psychoéducation</b></p> <p><input type="checkbox"/> traitement <input type="checkbox"/> rétablissement <input type="checkbox"/> symptômes <input type="checkbox"/> Tr. Bipolaires</p>	<p><input type="checkbox"/> Prise en charge psychiatrique : CMP/Libéral (psychothérapie)/ spécifique (CRESOP).UDEIP</p> <p><input type="checkbox"/> Famille (IRIS, UNAFAM...)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>

## L'ÉVALUATION : ÉTAPE PRÉLIMINAIRE

### Objectifs de l'évaluation:

- Démarche pluridisciplinaire
- Mise en évidence des ressources préservées
- Mise en évidence des difficultés
- Construction d'un projet social ou professionnel
- Orientation thérapeutique ou ajustement thérapeutique

# L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE PLURIDISCIPLINAIRE

## **Evaluation multidisciplinaire :**

- Consultation médicale
- Bilan d'autonomie
- Bilan neuropsychologique et de cognition sociale

Puis : Synthèse pluridisciplinaire pour définir le projet

## LE BILAN D'AUTONOMIE : BVQ

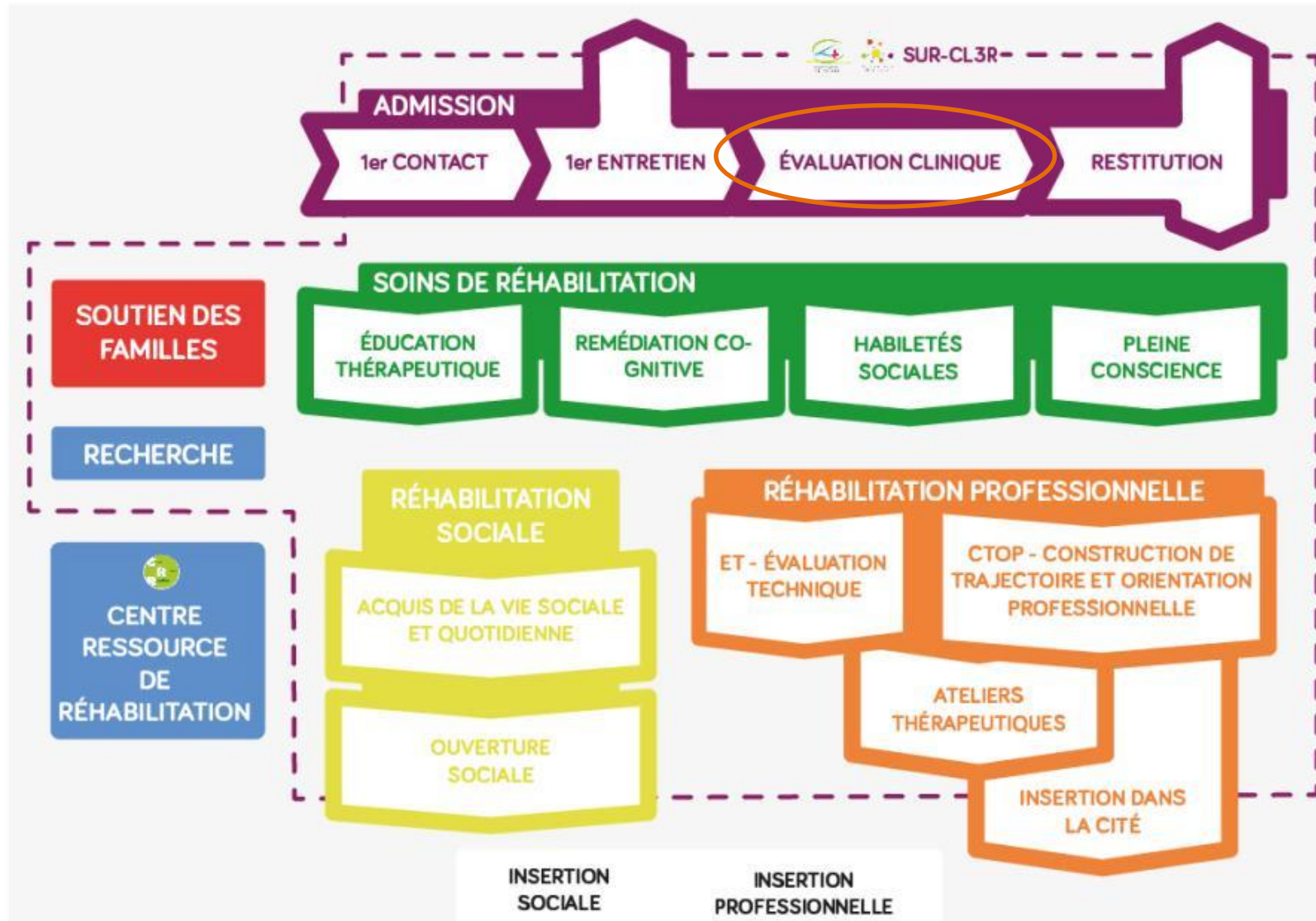
Objectifs du bilan de vie quotidienne (BVQ) :

- Evaluer les difficultés et les ressources de la personne dans sa vie quotidienne
- Evaluer les besoins et les projets prioritaires
- ➔ Base de discussion entre le patient et l'équipe soignante
- ➔ Mise en place d'un réel partenariat

Le BVQ s'effectue à la suite de la consultation médicale  
+ Réévaluation régulière possible

# L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

## TRAJECTOIRE DU PATIENT AU SUR (Service Universitaire de Réhabilitation)



# LES OUTILS DU BVQ

## 1. Entretien semi-structuré :

- Explorer les domaines de la vie quotidienne en termes d'efficacité, de difficultés et de besoin
- Explorer le niveau de satisfaction que la personne a de son fonctionnement

## 2. Batterie d'échelles auto et hétéro-évaluative :

Objectiver le niveau du fonctionnement dans la vie quotidienne (échelles standardisées)

+ Objectiver les dimensions subjectives :

- Estime de soi
- Degré d'insight
- Qualité de vie
- Degré de rétablissement

## 3. Résumé et perspectives envisagées à l'issu de l'entretien

**Total : 2h**

## LES OUTILS DU BVQ : ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Modalités de l'entretien semi-structuré :

### **A/ Rappel des objectifs et du fonctionnement de l'entretien**

- Explorer différents domaines de la vie quotidienne :
    - Les domaines où le patient est satisfait
    - Les domaines où il a des difficultés
    - Les domaines où il souhaiterait modifier des choses / travailler
- ➔ Préciser qu'il n'y a aucune obligation de réponse

## LES OUTILS DU BVQ : ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

### **B/ Questions sur les chacun des 9 domaines**

- Lieu de vie
- Activités
- Liens sociaux
- Rythme et hygiène de vie
- Déplacements
- Gestion de l'argent
- Connaissance et gestion des symptômes
- Compétences spécifiques / projets

Poser d'abord des questions ouvertes, puis ciblées ci-besoin  
Garder une souplesse dans l'organisation de l'entretien

## LES OUTILS DU BVQ : BATTERIE D'ÉCHELLES

Les échelles : A remplir en fonction de **l'état actuel**

- Fonctionnement social : EAS  
→ Hétéro-questionnaire rempli par l'infirmier
- Rétablissement : STORI
- Internalisation de la stigmatisation : ISMI

## LES OUTILS DU BVQ : BATTERIE D'ÉCHELLES

### Les échelles (suite) :

- Qualité de vie : WEMWBS
- Estime de soi : SERS
- Insight : IS
- Adhésion au traitement médicamenteux : MARS

## LES OUTILS DU BVQ : RÉSUMÉ EN SÉANCE

A l'issue de l'entretien et des échelles :

- Interroger la personne sur son ressenti pendant la séance
- Résumer les principales demandes
- Evoquer les perspectives à envisager

➔ Rendre le patient acteur +++

## LES OUTILS DU BVQ : ELADEB

- **Autre outil possible : ELADEB**

Echelles de mesure subjectives des difficultés et des besoins à l'aide d'un support visuel

En complément: **AERES** (auto-évaluation des ressources)

- Mêmes objectifs que l'entretien semi-structuré
- Utilisé pour les patients avec une moindre capacité d'élaboration
- Aide à la verbalisation des demandes par supports visuels

## LES OUTILS DU BVQ : ELADEB

Mesure quantitative des **difficultés** et **besoins**

Evaluation dans 18 domaines regroupés en 3 dimensions :

- Pragmatique du quotidien : activités habituelles de la vie quotidienne
- Vie relationnelle et réseau social
- Sphère de la santé

Evaluation en deux temps :

- 1- Les difficultés
- 2- Les besoins



# LES OUTILS DU BVQ : ELADEB

- Procédure en 4 moments distincts :

1- Demande spontanée

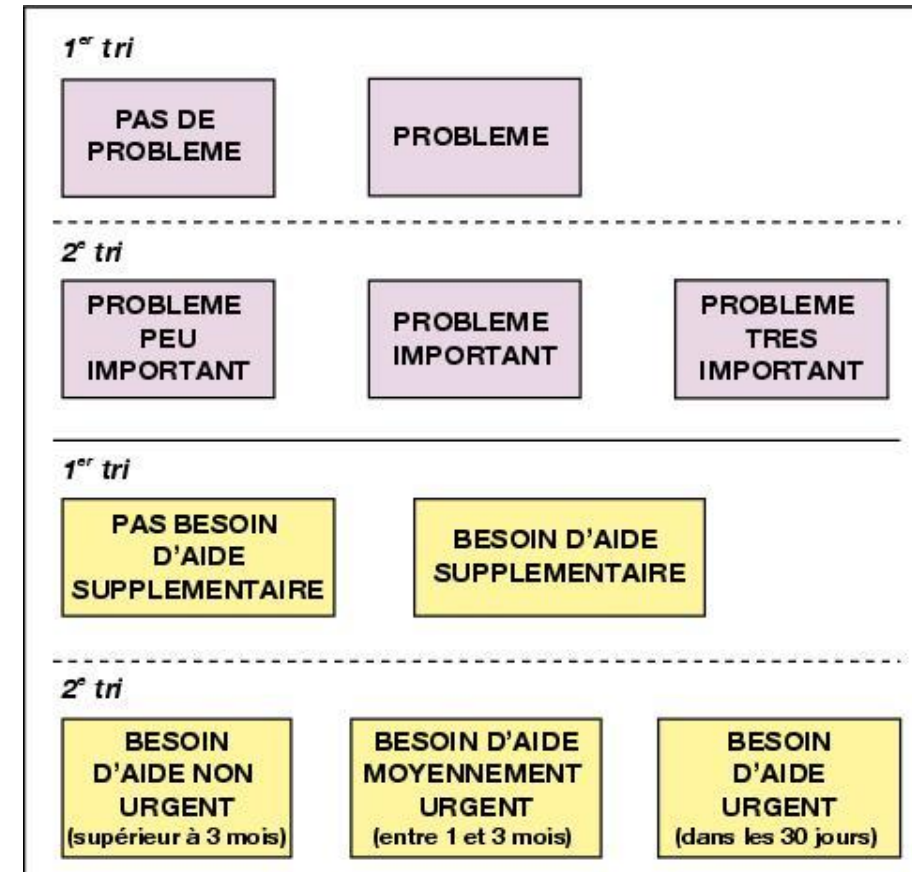
2- 18 cartes illustrant les domaines à évaluer

- Tri en « problème » / « pas de problème »

3- Second tri avec les cartes « problème »

- Trois catégories pour nuancer le degré d'importance des difficultés

4- Discussion ouverte



## LE BILAN D'AUTONOMIE : BVQ

Après avoir réalisé le BVQ : rédaction d'un compte-rendu

- Synthétise les demandes et les besoins
- Indiquer le degrés d'urgence de ces demandes et besoins
- Indiquer les propositions de PEC

# L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

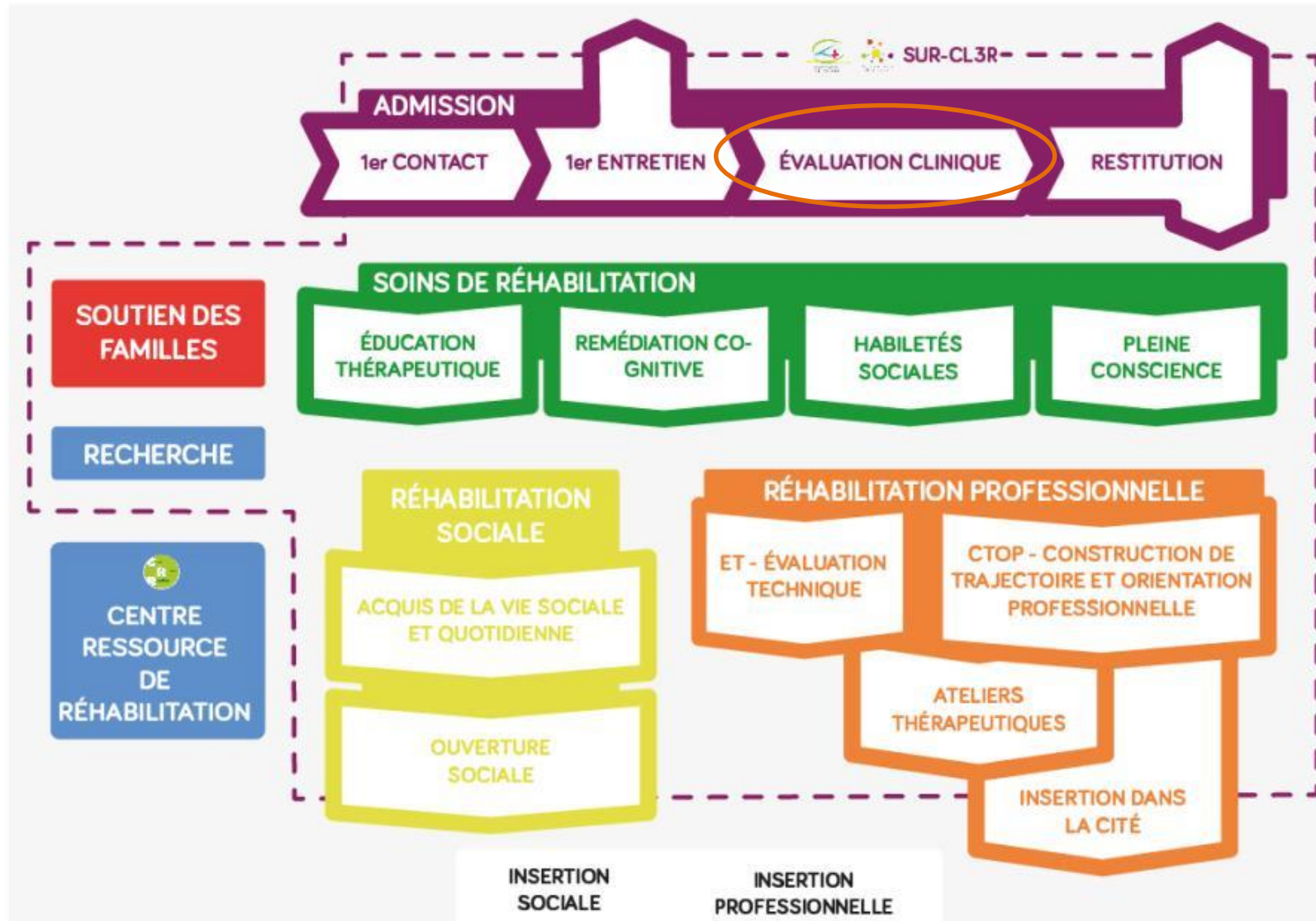
## Objectifs:

- Dégager un profil **cognitif** : forces et faiblesses cognitives
- Dégager un profil **comportemental** : stratégies mises en places au quotidien par le patient

→ S'effectue à la suite de la consultation médicale, en parallèle du BVQ

# L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

## TRAJECTOIRE DU PATIENT AU SUR (Service Universitaire de Réhabilitation)



## LA SYNTHÈSE

### Objectifs:

- Faire un retour au patient et à son équipe référente sur les résultats des évaluations
- Proposer un projet de réhabilitation

→ S'effectue à l'issu des évaluations, avant la mise en place des PEC

## LA SYNTHÈSE

Éléments pris en compte lors de la synthèse :

- Impact des déficits cognitifs sur la vie quotidienne
- Demande du patient
- Demande de l'équipe référente
- Besoins du patient en termes de projet
- Besoins des familles
- Proposition d'une prise en charge spécifique
- Elaboration de la trajectoire de soin

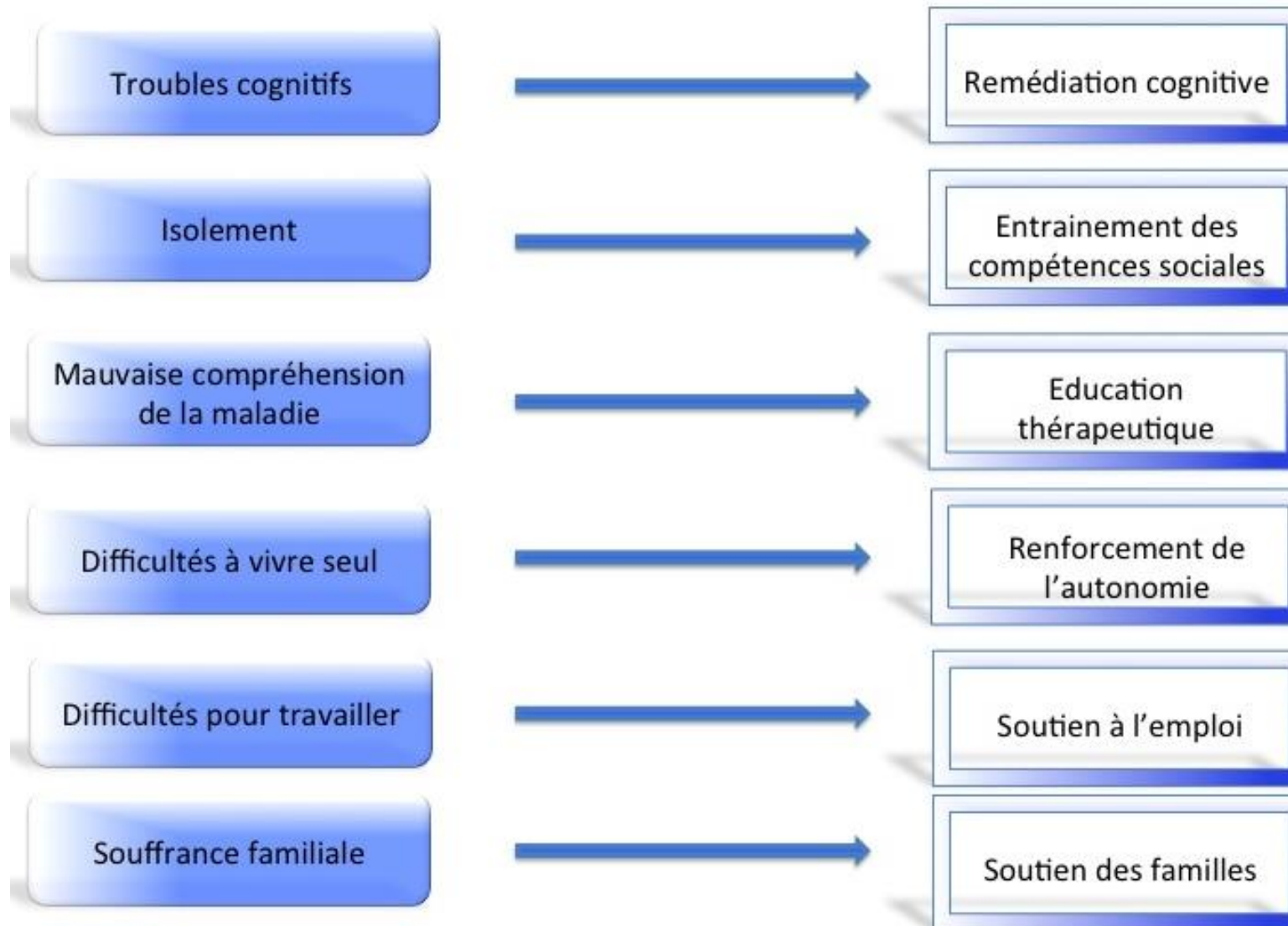
## LE PROJET DE RÉHABILITATION

Avec les résultats des évaluations :

- Création d'un projet adapté de réhabilitation avec le patient
- Proposition à l'équipe référente

Projet basé sur différentes possibilités de prises en charge spécifiques

# LE PROJET DE RÉHABILITATION

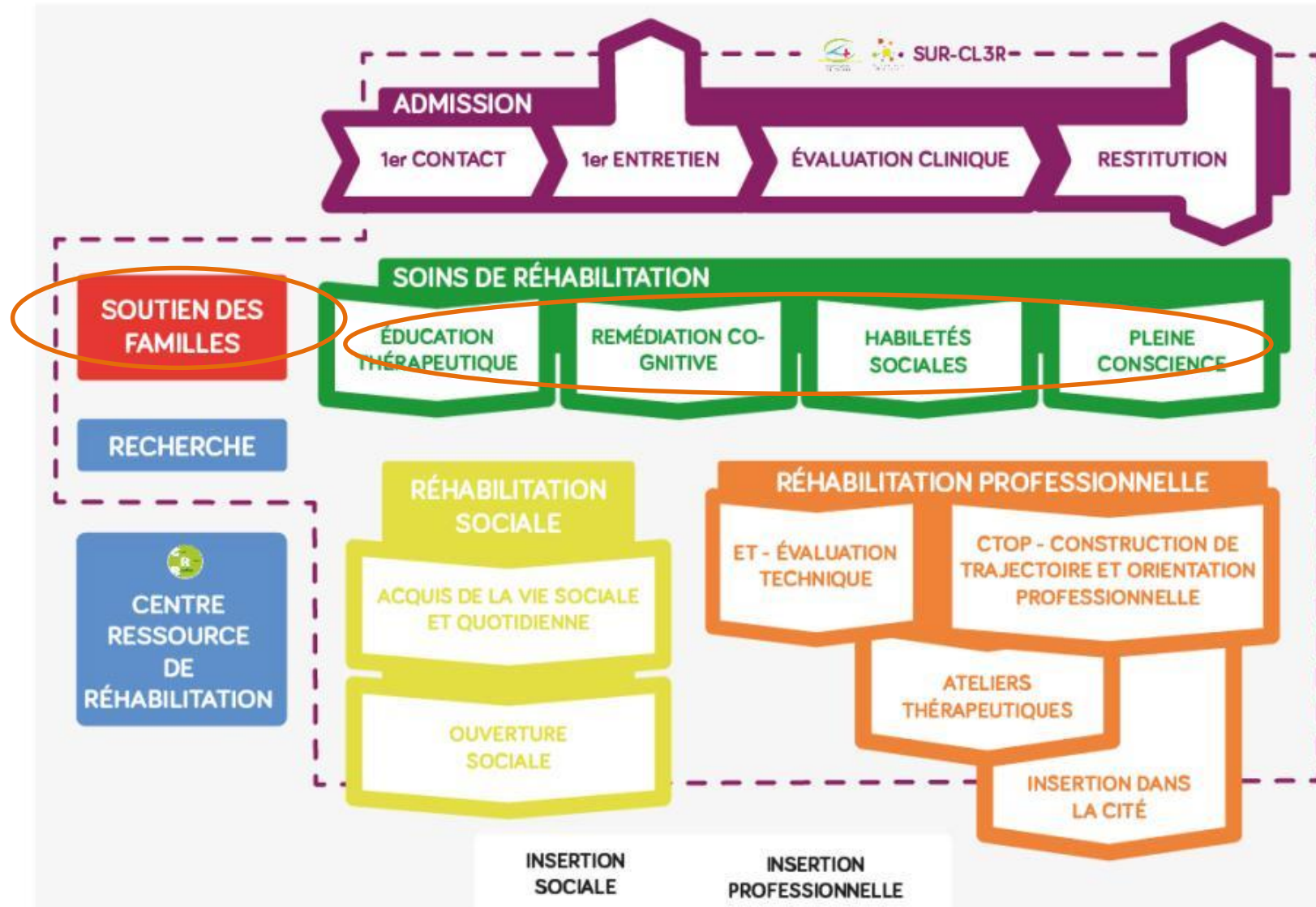


## PRINCIPALES PEC DE LA RÉHABILITATION

- Psychoéducation (dont éducation thérapeutique)
- Remédiation cognitive
- Entraînement des compétences sociales
- Soutien des familles
- Communication en direction du grand public

# L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

## TRAJECTOIRE DU PATIENT AU SUR (Service Universitaire de Réhabilitation)



## LA PSYCHOÉDUCATION

**Ensemble des techniques permettant aux patients de mieux comprendre leur maladie et leur traitement pour mieux se soigner, dans l'objectif de diminuer le nombre et la fréquence des rechutes.**

Ces techniques :

- Appartiennent à l'éducation thérapeutique (cf loi dite HPST n°2009-879)
- Abordent les symptômes classiques (+, -, désorganisation), les troubles cognitifs, le traitement...
- Favorisent +++ l'adhésion au traitement
- Peuvent reposer sur des programmes spécifiques

## LA PSYCHOÉDUCATION

### Ateliers de psychoéducation :

- Issus du programme TIPP : Traitement et Interventions Précoces pour les Psychoses
- Supports illustrés
- Séances hebdomadaires d'1h30
- PEC groupale de 8 à 10 séances.
- Séances encadrées par deux professionnels de santé
- Différents objectifs selon les ateliers : symptômes, traitements, rétablissement, construction d'un projet de vie

## LA PSYCHOÉDUCATION

### Indications :

- Prises en charge spécifiques selon les pathologies : patients schizophrènes, bipolaires, schizo-affectif et premier épisode psychotique
- Sont mises en œuvre après l'annonce du diagnostic
- Précèdent la remédiation cognitive

## LA PSYCHOÉDUCATION : LES ATELIERS

Les ateliers :

### **Atelier « Psychose et Symptômes »**

- Destiné aux patients souffrant de schizophrénie
- Travail du vécu de chacun via des supports illustrés

# Je pète un câble

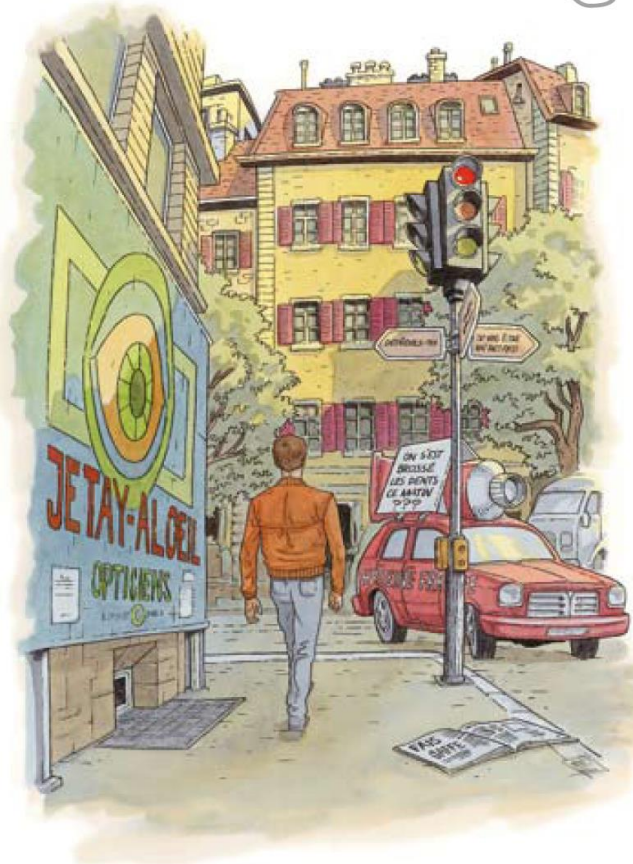


**P**

Paul a peur de devenir fou et de perdre le contrôle.

L'expérience psychotique commence fréquemment par une augmentation de la sensibilité à l'environnement, comme si les sens devenaient plus aiguisés. Cette augmentation de la sensibilité à l'environnement va donner plus de relief au monde. Des bruits ou des détails insignifiants vont prendre des proportions notables. Ce phénomène est accompagné par un sentiment de fragilité par rapport à l'environnement. Ainsi, le démarrage d'une voiture peut être interprété comme un début de filature; un mot inscrit sur une affiche publicitaire comme un message personnel ou un avertissement; les rires d'un groupe comme une moquerie pour un défaut quelconque.

Simultanément, l'expérience peut être accompagnée d'une perte de contrôle. La personne peut par exemple se demander comment continuer ou arrêter un mouvement ou une phrase. Elle peut avoir le sentiment que ses pensées ou ses mouvements s'accélèrent ou ralentissent. Cette perte de contrôle peut être interprétée comme l'ingérence d'une force extérieure.



Les deux expériences simultanées d'augmentation de la sensibilité à l'environnement et de perte de contrôle vont conduire à une nouvelle interprétation de la réalité. Mais cette interprétation va conserver une certaine logique avec les perceptions sensorielles et l'interprétation du sentiment de perte de contrôle.

En fait la psychose est un changement dans la façon d'intégrer l'expérience. Il s'agit d'un trouble bio-médical bien connu et qui nécessite un traitement médicamenteux et psychologique.

## LA PSYCHOÉDUCATION : LES ATELIERS

Les ateliers :

### **Atelier « Psychose et Médicaments »**

- Destiné aux patients avec difficultés d'observance
- Destiné aux patients qui s'interrogent sur la médication

## LA PSYCHOÉDUCATION : LES ATELIERS

Les ateliers :

### **Atelier « Rétablissement »**

- Travail sur la prise de conscience des potentialités
- Travail sur la construction d'un projet de vie

## LA PSYCHOÉDUCATION : LES ATELIERS

Les ateliers :

### **Atelier « Troubles bipolaires et apparentés »**

- Information sur les troubles et leurs modes d'expression
- Prévention avant rechute
- Présentation des possibilités de PEC
  - ➔ Co-animation professionnel / patient expert

## LA REMÉDIATION COGNITIVE

**Ensemble des techniques rééducatives visant à restaurer les fonctions cognitives défailantes ou à compenser les déficits cognitifs**

Méthodes spécifiques dont l'efficacité a été historiquement démontrée :

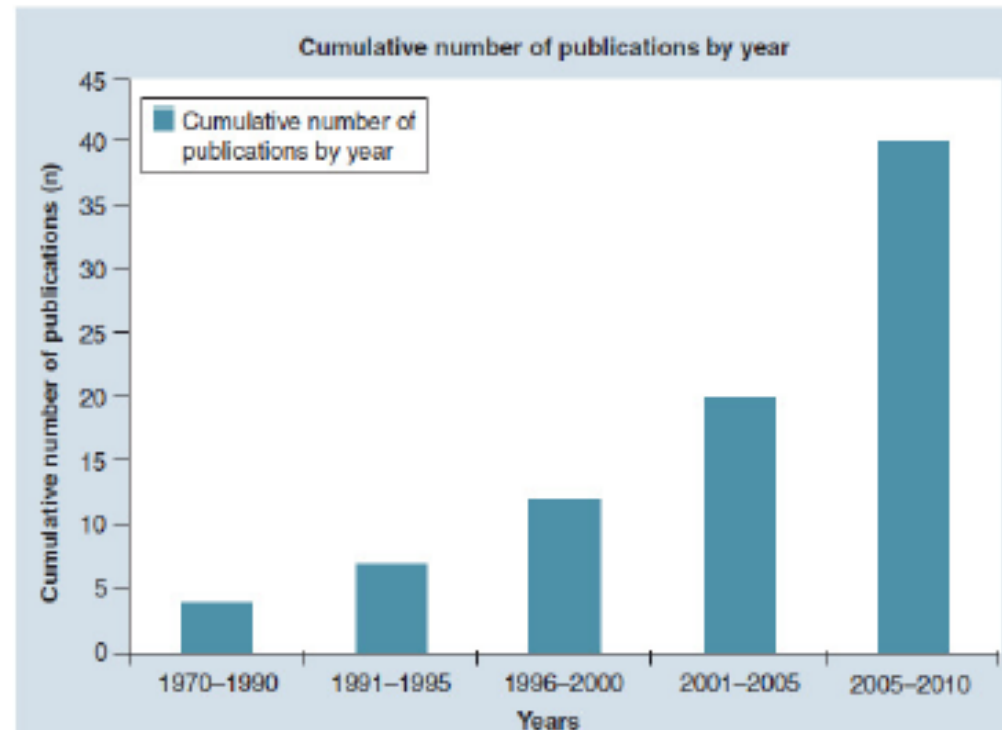
- Traumatismes crâniens : traitements des séquelles
- Schizophrénie : amélioration des performances en psychologie expérimentale par réduction de la demande attentionnelle, modification des instructions ou renforcement positif

Goldstein, 1942

Cromwell, 1975 ; Cromwell & Spaulding, 1978,  
Golberg et al, 1987

## LA REMÉDIATION COGNITIVE

- Essor de la remédiation cognitive



Nombre d'études contrôlées consacrées à la remédiation cognitive de 1970 à 2010

## LA REMÉDIATION COGNITIVE

### Programmes utilisés au SUR-CL3R :

#### ■ Neurocognition

- Cognitus & Moi (Demily et al, 2016)
- CRT (Amado, 2008)
- NEAR (Medalia, 2002)
- RECOS (Vianin, 2004)
- RehaCom (Cochet, 2006)

#### ■ Cognition sociale

- Gaïa (Gaudelus et al, in 2016)
- ToMRemed (Bazin et al, 2010)
- RC2S (Peyroux & Franck, 2016)
- SCIT (Penn & Roberts, 2009)
- IPT (Brenner et al, 1992)

#### Points communs :

- Améliorer les compétences cognitives
- S'inscrivent dans une temporalité
- Durent quelques mois, à raison d'1 à 2 séances par semaine + TAD

## LA REMÉDIATION COGNITIVE

### Indications :

- Peuvent s'adapter à différentes pathologies : schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire
- Patients stabilisés (symptôme + traitement)
- Déficit cognitif objectivé et conséquences fonctionnelles
- Peuvent intervenir précocement, MAIS tenter quelque chose même chez les patients institutionnalisés

## ENTRAÎNEMENT DES COMPÉTENCES SOCIALES

**Thérapie cognitivo-comportementale spécifiquement dédiée aux difficultés d'interaction sociale**

Objectif : Développer les compétences permettant la compréhension des **situations sociales**

# ENTRAÎNEMENT DES COMPÉTENCES SOCIALES

## Généralités sur les TCC

Objectif spécifique centré sur les anomalies intégratives :

- Biais de raisonnement :
  - « Jump to conclusion »
  - Sur-attribution des événements négatifs à des causes non contrôlables et extérieures à soi
  - Perception d'une menace dans situations exemptes d'hostilités
- Perturbations comportementales
  - Evitement ou retrait social
  - Désinhibition ou agressivité

Thérapie complémentaire aux autres PEC :

- Remédiation cognitive
- Psychoéducation ...

# ENTRAÎNEMENT DES COMPÉTENCES SOCIALES

## Objectifs et principes :

- Acquérir des compétences facilitant les interactions sociales
  - Comment aborder autrui
  - Comment faire des demandes, des refus, des critiques
  - Comment initier et entretenir des conversations
  - Comment résoudre des problèmes interpersonnels
- Transférer ces acquis à la vie quotidienne

## Outils :

- Utilisation du jeu de rôle
- Renforcement positif
- Technique de résolution de problème

## ENTRAÎNEMENT DES COMPÉTENCES SOCIALES

Différentes modalités selon les besoins :

- Suivi individuel
- Groupe de conversation
- Groupe de résolution de problème
- Jeu « Compétence »

Existence de programmes combinés/intégratifs : ECS + RC

- IPT
- ToMRemed
- ➔ Meilleur transfert au quotidien

## ENTRAÎNEMENT DES COMPÉTENCES SOCIALES

### Indications :

- Peuvent s'adapter à différentes pathologies : schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire
- Patients stabilisés (symptôme + traitement)
- ➔ Certaines peuvent être utilisées en phase aiguë

## SOUTIEN DES FAMILLES

Prise en charge familiales afin d'offrir un **espace aux familles** dont l'un des membres est touché par la maladie mentale

Deux types de prises en charges :

- Groupale : animée par un psychiatre et un psychologue, séances hebdomadaires d'1h30
- Individuelle : animée par deux thérapeutes, séances mensuelles

Soirées d'information réalisée en partenariat avec l'UNAFAM

- Dispositifs: systémiques, ProFamille, AVEC

## COMMUNICATION EN DIRECTION DU GRAND PUBLIC

- SISM et conférences
- CRR : bibliothèque destinée à tous publics

## FORMATION DES PROFESSIONNELS

- DU « Remédiation cognitive » (université Lyon 1)
- DU « Psychoéducation » (université Lyon 1)
- Formations et sensibilisation à la réhabilitation

# LA RÉHABILITATION

Les étapes de la PEC en réhabilitation :

1. Evaluation multidisciplinaire
2. Mise en place d'un projet de réhabilitation en fonction :
  - Des résultats obtenus aux évaluations
  - De la plainte et du projet du patient
3. Mise en place des prises en charge au moyen de différents outils

## LES ÉVALUATIONS : ÉTAPE PRÉLIMINAIRE

### Consultation médicale

- Analyse de la demande
- Avis sur l'hypothèse d'un projet de réhabilitation

### Bilan d'autonomie

- Evaluation des difficultés au quotidien
- Evaluation et hiérarchisation des projets personnels

### Bilan neuropsychologique et de cognition sociale

- Mise en évidence d'un profil cognitif et comportemental

### Puis : Synthèse pluridisciplinaire

→ Projet de réinsertion personnalisé

# LES ÉVALUATIONS : ÉTAPE PRÉLIMINAIRE

Consultation médicale

Bilan neuropsychologique

Bilan d'autonomie

**Synthèse pluridisciplinaire**  
Restitution avec le patient

Discussion multidisciplinaire  
pour la construction d'un  
projet de soins individualisé

Projet de réhabilitation avec différents outils :  
ETP  
Remédiation cognitive  
...

## LA NEUROPSYCHOLOGIE

« Discipline qui traite des fonctions mentales supérieures dans leurs rapports avec les structures cérébrales »

Discipline qui fait le lien entre des **fonctions cognitives** et les **structures cérébrales**

Hécaen, 1972

Capacités du cerveau à traiter de l'information :

- Communiquer
- Percevoir l'environnement
- Se concentrer
- Se souvenir
- ...

## LA NEUROPSYCHOLOGIE

Née avec l'étude des patients souffrant de pathologies cérébrales

→ Approche « anatomo-clinique » :

- Définition des troubles
- Mise en lien de cette sémiologie avec les lésions cérébrales

Double objectif :

- Meilleure connaissance du fonctionnement cognitif « normal »
- Meilleure appréhension des pathologies avec atteintes cognitives

## LE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE

Le bilan neuropsychologique :

- L'outil de la neuropsychologie
- Constitué de tests psychométriques standardisés

Objectifs généraux :

- Etablir un profil cognitif
- Evaluer le retentissement fonctionnel des troubles

Objectifs particuliers :

- Participer au diagnostic
- Participer à l'élaboration du projet de soin

## LE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE

Plusieurs étapes :

1. Anamnèse et recueil d'indices comportementaux
2. Tests d'évaluation des fonctions cognitives
3. Interprétation des résultats
4. Restitution

# 1. ANAMNÈSE

Investigation des éléments impactant le fonctionnement cognitif :

- Antécédents neurologiques : TC, Epilepsie, AVC
- Antécédents familiaux : pathologies cérébrales, génétiques
- Scolarité : « normale », adaptée
- Suivi paramédicaux : orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute...

# 1. ANAMNÈSE

Recueil d'éléments sur le fonctionnement cognitif au quotidien :

- Loisirs
- Travail
- Famille
- Autres domaines de la vie quotidienne



Plainte cognitive?

## 1. ANAMNÈSE

### Analyse de la plainte :

- *« Je perds le fil de la conversation... »*
- *« Je n'arrive pas à suivre un film, je préfère un documentaire »*
- *« Je lis très peu, je dois souvent revenir en arrière »*
- *« j'oublie souvent les noms ou ce que j'ai fait »*
- *« c'est impossible pour moi de me concentrer lorsque du monde est dans la pièce »*
- *« J'ai du mal lorsqu'il faut faire plusieurs activités en même temps »*
- *« j'ai très peu de souvenirs d'enfance »*

## 1. ANAMNÈSE

Indices comportementaux durant le bilan :

- La personne est souvent en retard...
- Se souvient d'un rendez-vous ou d'une activité mais un peu trop tard
- Elle demande de répéter la consigne
- Destabilisée lors d'un changement (annulation de rendez-vous...)
- Difficultés à organiser ses rendez-vous : à quelle heure doit partir, combien de temps de trajet...

## 2. TESTS D'ÉVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES

### Epreuves globales vs Epreuves spécifiques

#### Epreuves globales :

- Mini Mental State (MMS) de Folstein
- Echelle de démence de MATTIS
- Batterie d'évaluation cognitive 96 (BEC 96) de Signoret

#### Intérêts :

Rapide  
Outil de suivi

#### Limites :

Non spécifique  
Pas un outil diagnostique

## 2. TESTS D'ÉVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES

Epreuves globales vs Epreuves spécifiques

Epreuves spécifiques : Epreuves dédiées à une fonction cognitive

Plusieurs épreuves par fonctions :

- Attention : D2, Code, TAP...
- Mémoire : CVLT, RL-RI16
- Etc.

→ Permet d'établir un profil cognitif : fonction par fonction

→ Utile ++++ en psychiatrie

### 3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Analyse des tests :

- Normes en fonction de l'âge et du niveau d'études
- Comportement du patient pendant l'épreuve

TOUJOURS tenir compte des autres facteurs :

- Angoisse
- Fatigue
- Traitement
- ...

## 4. RESTITUTION

### Rédaction d'un compte-rendu

- Pour le patient et sa famille
- Pour l'équipe soignante
- Pour l'équipe référente
- Pour le suivi

### Restitution orale des tests en équipe

- Métacognition
- Psychodéduction
- Processus de soin

Nécessité d'être didactique +++

## LE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE EN PSYCHIATRIE

Déficits fréquents chez les patients :

- 70 – 80% des patients présentent des troubles cognitifs
- Présents dès la phase prodromique
- Présents lors d'épisodes maniaques et dépressifs
- Peuvent perdurer lors de la rémission

Etablir un profil cognitif en psychiatrie permet :

- Evaluer le retentissement fonctionnel des troubles
- Définir des objectifs de PEC et une orientation adaptée
- Participer au diagnostic

Heinrichs et Zakzanis, 1998

Aleman et al, 1999

Schretlen et al., 2007

Gold, 2008

## DÉFICITS COGNITIFS ET SCHIZOPHRÉNIE

Profils différents et troubles hétérogènes d'une personne à l'autre

Différents déficits cognitifs :

- Déficits cognitifs acquis
- Déficits neuro-développementaux
- Difficultés cognitives contextuelles
- Difficultés cognitives résiduelles

# DÉFICITS COGNITIFS ET SCHIZOPHRÉNIE

- Les troubles les plus fréquents
  - Attention : sélective, soutenue
  - Mémoire : à long terme, de travail
  - Fonctions exécutives : inhibition, planification, raisonnement
  - Cognition sociale : émotions, attributions d'intentions, théorie de l'esprit
  
- 2 profils:
  - Troubles spécifiques
  - Déficit généralisé: ralentissement et limitation des ressources attentionnelles

## ATTENTION : INTENSITÉ ET SÉLECTIVITÉ

### Intensité

- Quantité d'attention mise dans une tâche
  - Durée pendant laquelle l'effort est effectué
- Attention soutenue : maintien de l'état d'attention en présence de nombreuses stimulations pendant une longue période
- Exemple : en cours ou en réunion, durant un film*

## ATTENTION : INTENSITÉ ET SÉLECTIVITÉ

### Sélectivité

- Façon de gérer les différents stimuli
- Notion de ressources attentionnelles

→ Attention sélective : focalisation des ressources sur un type d'information et inhibition des autres

*Exemple : choix d'un produit durant les courses, suivi d'une conversation*

→ Attention divisée : séparation des ressources attentionnelles pour traiter plusieurs informations à la fois

*Exemple : écouter des consignes et installer ses affaires*



## ATTENTION : TESTS

- Batterie TEA développée sur la modèle de Zimmermann et Fimm
- Observations cliniques :
  - Sensibilité à l'interférence : téléphone, voix, fond d'écran
  - Agitation motrice
  - Fatigabilité

## MÉMOIRE : SUBDIVISION DES MÉMOIRES

Plusieurs types de mémoire selon :

- Le temps de traitement
- Le type d'information traitée
- Le mode de traitement

Mémoire à long terme Vs Mémoire à court terme

Mémoires à long terme : déclarative Vs procédurale

## MÉMOIRE À COURT TERME

### **Mémoire immédiate :**

Maintien actif de l'information de façon temporaire : < 30sec

Stockage d'une petite quantité d'information : +/- 7 items

*Exemple : rétention d'un numéro de téléphone*

### **Mémoire de travail :**

Maintien et manipulation de l'informations pendant la réalisation de tâches cognitives

*Exemple : calcul mental*

# MÉMOIRE À COURT TERME : TESTS

Mémoire immédiate :  
 Empan de chiffres  
 Empan de lettres  
 Empan visuel...

## 8. Mémoire des chiffres



### REGLE D'ARRET

Ordre direct et Ordre inverse

Echec à 2 essais d'un même item.

Pour Ordre direct et Ordre inverse, administrer les 2 essais d'un même item, même si l'essai 1 est réussi. Administrer Ordre inverse, même si le sujet a échoué à Ordre direct.



### REGLE DE COTATION

Chaque essai : 0 ou 1 point.

Note à l'item : Essai 1 + Essai 2.



	Ordre direct Essai / Réponse	Note à l'essai	Note à l'item (0, 1 ou 2)	Ordre inverse Essai / Réponse	Note à l'essai	Note à l'item (0, 1 ou 2)
1.	1 1 - 7 2 6 - 3			1. 1 2 - 4 2 5 - 7		
2.	1 5 - 8 - 2 2 6 - 9 - 4			2. 1 6 - 2 - 9 2 4 - 1 - 5		
3.	1 6 - 4 - 3 - 9 2 7 - 2 - 8 - 6			3. 1 3 - 2 - 7 - 9 2 4 - 9 - 6 - 8		
4.	1 4 - 2 - 7 - 3 - 1 2 7 - 5 - 8 - 3 - 6			4. 1 1 - 5 - 2 - 8 - 6 2 6 - 1 - 8 - 4 - 3		
5.	1 6 - 1 - 9 - 4 - 7 - 3 2 3 - 9 - 2 - 4 - 8 - 7			5. 1 5 - 3 - 9 - 4 - 1 - 8 2 7 - 2 - 4 - 8 - 5 - 6		
6.	1 5 - 9 - 1 - 7 - 4 - 2 - 8 2 4 - 1 - 7 - 9 - 3 - 8 - 6			6. 1 8 - 1 - 2 - 9 - 3 - 6 - 5 2 4 - 7 - 3 - 9 - 1 - 2 - 8		
7.	1 5 - 8 - 1 - 9 - 2 - 6 - 4 - 7 2 3 - 8 - 2 - 9 - 5 - 1 - 7 - 4			7. 1 9 - 4 - 3 - 7 - 6 - 2 - 5 - 8 2 7 - 2 - 8 - 1 - 9 - 6 - 5 - 3		
8.	1 2 - 7 - 5 - 8 - 6 - 2 - 5 - 8 - 4 2 7 - 1 - 3 - 9 - 4 - 2 - 5 - 6 - 8			<b>Total Ordre inverse (Note maximum = 14)</b>		

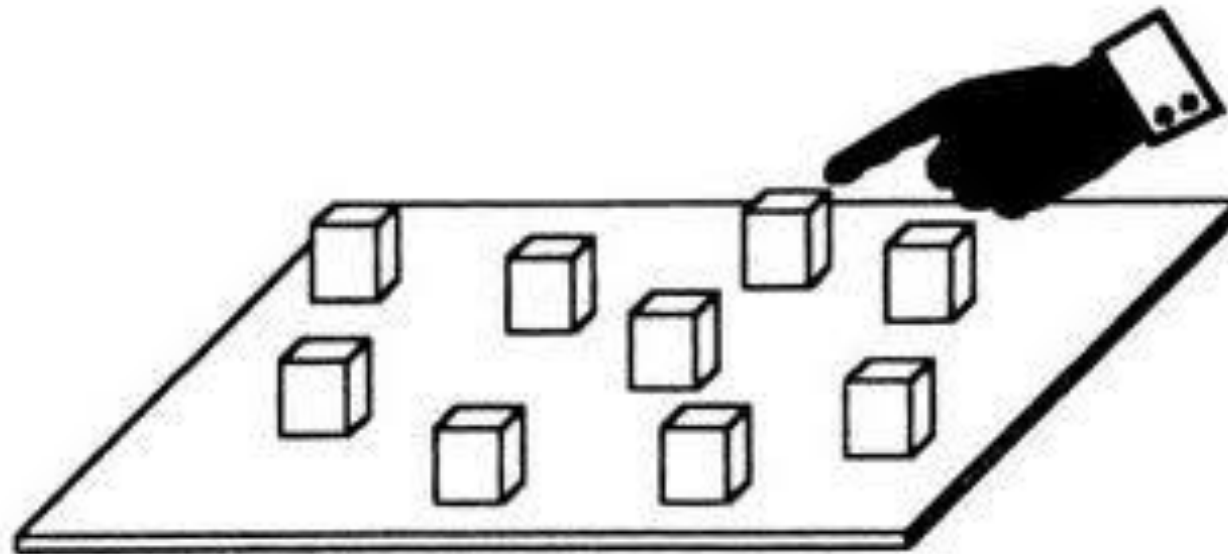
**Total Ordre direct  
(Note maximum = 16)**

Direct	+	Inverse	=	(Maximum = 30)
--------	---	---------	---	----------------

## MÉMOIRE À COURT TERME : TESTS

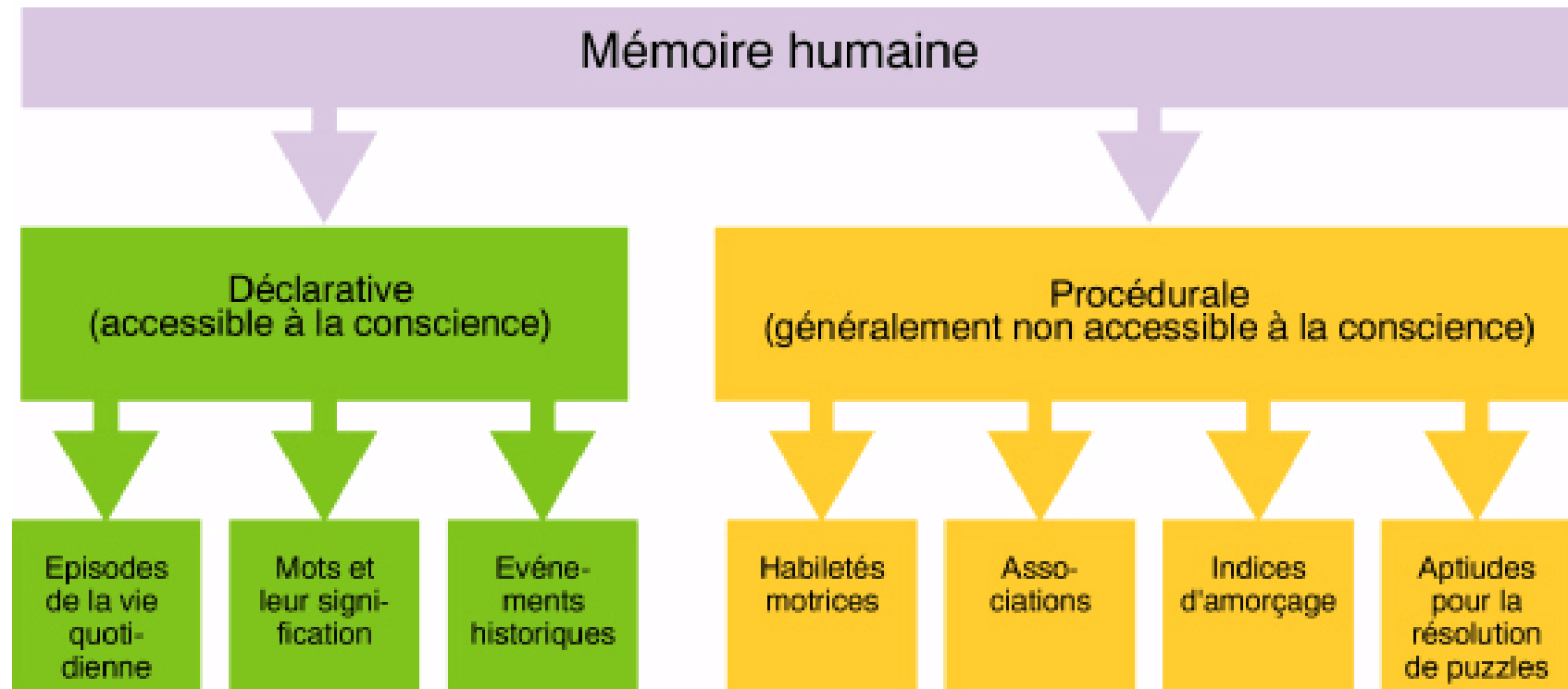
### Mémoire de travail

Même exercice que pour la mémoire immédiate avec restitution à l'envers



# MÉMOIRE À LONG TERME

## Mémoire déclarative/explicite Vs procédurale/implicite



# MÉMOIRE À LONG TERME

**Trace mnésique d'un épisode**

**Contextualisée: sensorielle,  
émotionnelle**

**Qui, Où, Quand, Comment,**

**Mémoire épisodique**

**Connaissance générale**

**Abstraite concepts**

**Mémoire sémantique**

**Mémoire procédurale**

Trace automatique

Tulving, 1972

## MÉMOIRE À LONG TERME

Trois processus de base :

- **Encodage** : mise en mémoire des informations perçues
- **Stockage** : consolidation de l'information encodée
- **Rappel** : récupération de l'information encodée puis stockée

# MÉMOIRE ÉPISODIQUE : TESTS

## Verbale : Apprentissage de listes de mots

- **CVLT**
- **RLRI-16**

GILET

JONQUILLE

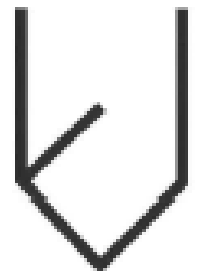
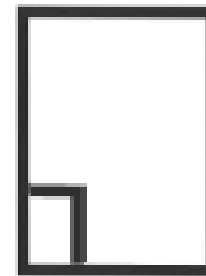
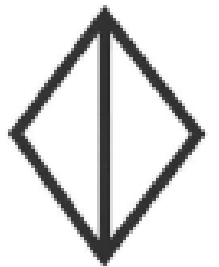
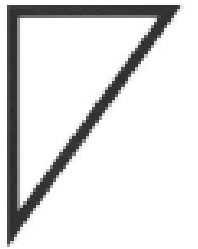
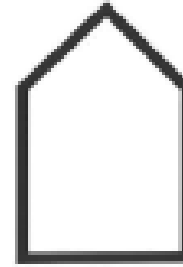
DOMINOS

HARENG

## MÉMOIRE ÉPISODIQUE : TESTS

Visuelle : Apprentissage d'une liste de 6 symboles

- **BVMT**



# MÉMOIRE ÉPISODIQUE : TESTS

## Objectifs principaux :

- Evaluer chaque processus
  - Encodage
  - Stockage
  - Récupération

→ Implication pour le diagnostic différentiel

## FONCTIONS EXÉCUTIVES

### **Ensemble des capacités permettant de s'adapter à des situations nouvelles**

Situations nouvelles :

- Situations non routinières
  - Pas (encore) d'automatisme pour leur réalisation
  - Requiert de la concentration et une réponse contrôlée
- ➔ Nécessitent la mise en place d'un plan d'action

## INHIBITION

### **Capacité à empêcher :**

- Une réponse automatique
- Une information non pertinente
- Des stimulations distrayantes

*Exemple : travailler avec du bruit à côté, changer son trajet habituel*

## INHIBITION : TESTS

Inhibition d'automatisme :

- Test du Stroop
- Test de Hayling

Inhibition de distracteur :

- Test du Go/No Go – TEA

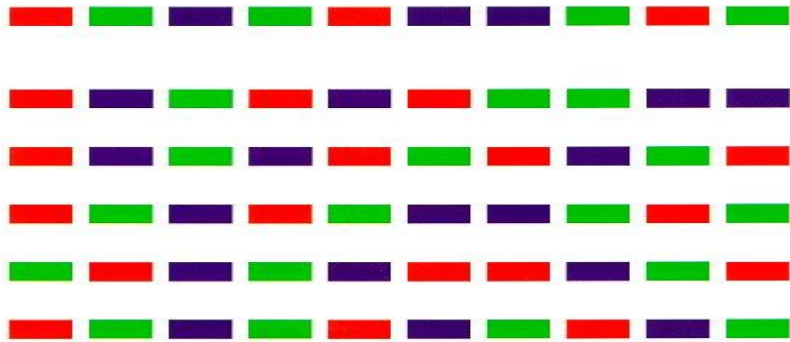
Inhibition d'informations devenues non pertinentes :

- Test de Tapping

# INHIBITION : TESTS

## Inhibition d'automatisme : Test du Stroop

### 1. dénomination



### 2. Lecture

bleu vert rouge jaune  
Rouge bleu jaune vert

### 3. interférence

ROUGE	VERT	JAUNE	BLEU	VERT
VERT	ROUGE	JAUNE	JAUNE	BLEU
JAUNE	BLEU	ROUGE	BLEU	VERT
VERT	JAUNE	ROUGE	VERT	ROUGE
ROUGE	BLEU	VERT	JAUNE	<u>BLEU</u>

## FLEXIBILITÉ

**Capacité à passer d'une catégorie d'information à une autre en fonction des exigences de l'environnement**

*Exemple : être interrompu dans son travail et devoir faire une autre tâche*

**Flexibilité spontanée** : changement spontané d'information

Flexibilité sur ses propres informations générées personnellement

**Flexibilité réactive** : changement sous commande extérieure

Déplacement du focus attentionnel d'une classe d'information à une autre

+ Dimension comportementale :

- Impulsivité
- Gestion d'un imprévu
- Gestion de la frustration

## FLEXIBILITÉ : TESTS

### Flexibilité spontanée :

- Fluence verbale : maximum de mots en un temps donné

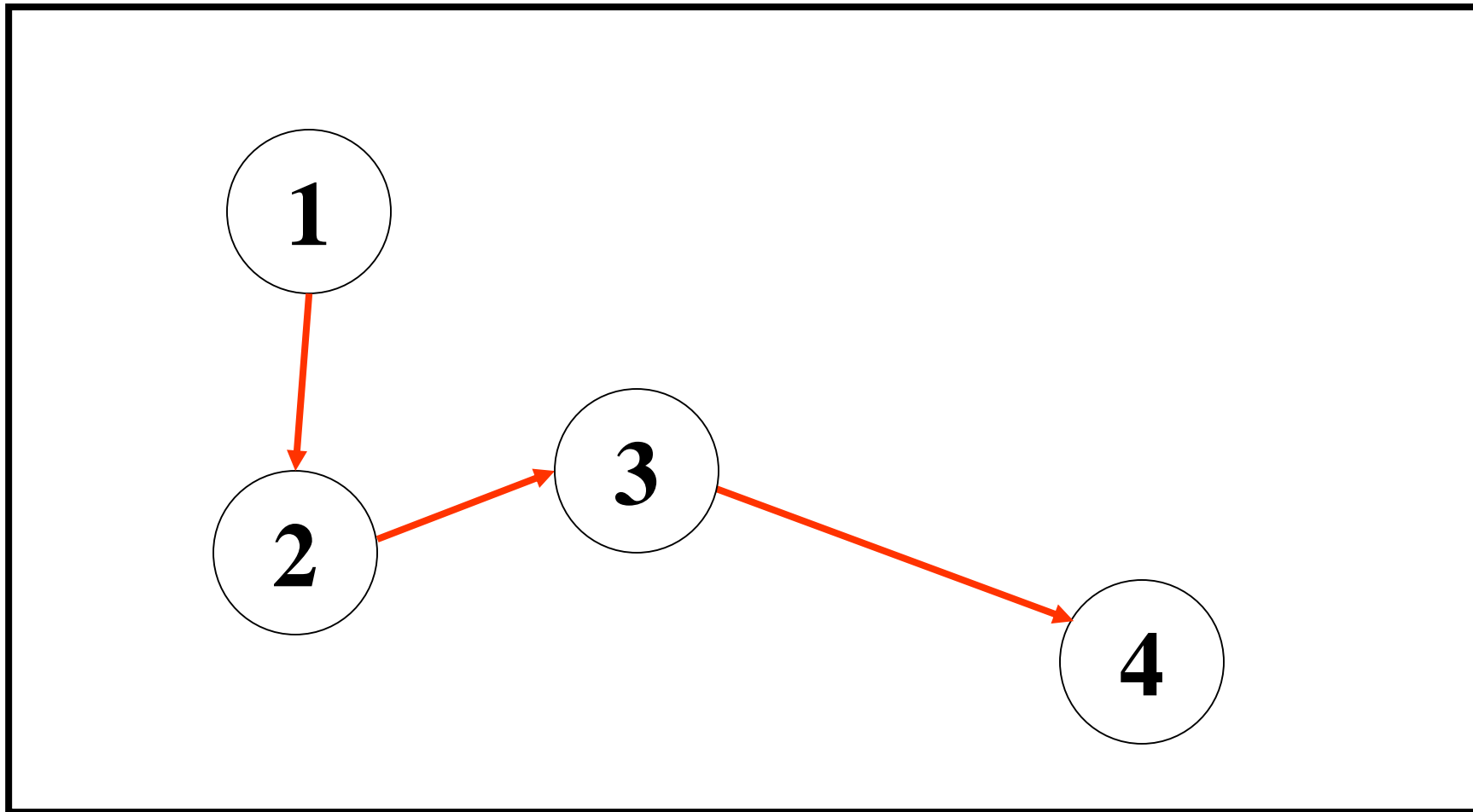
*Maximum de noms qui commencent par la lettre « R » (phonologique)*

*Maximum de noms d' animaux (sémantique)*

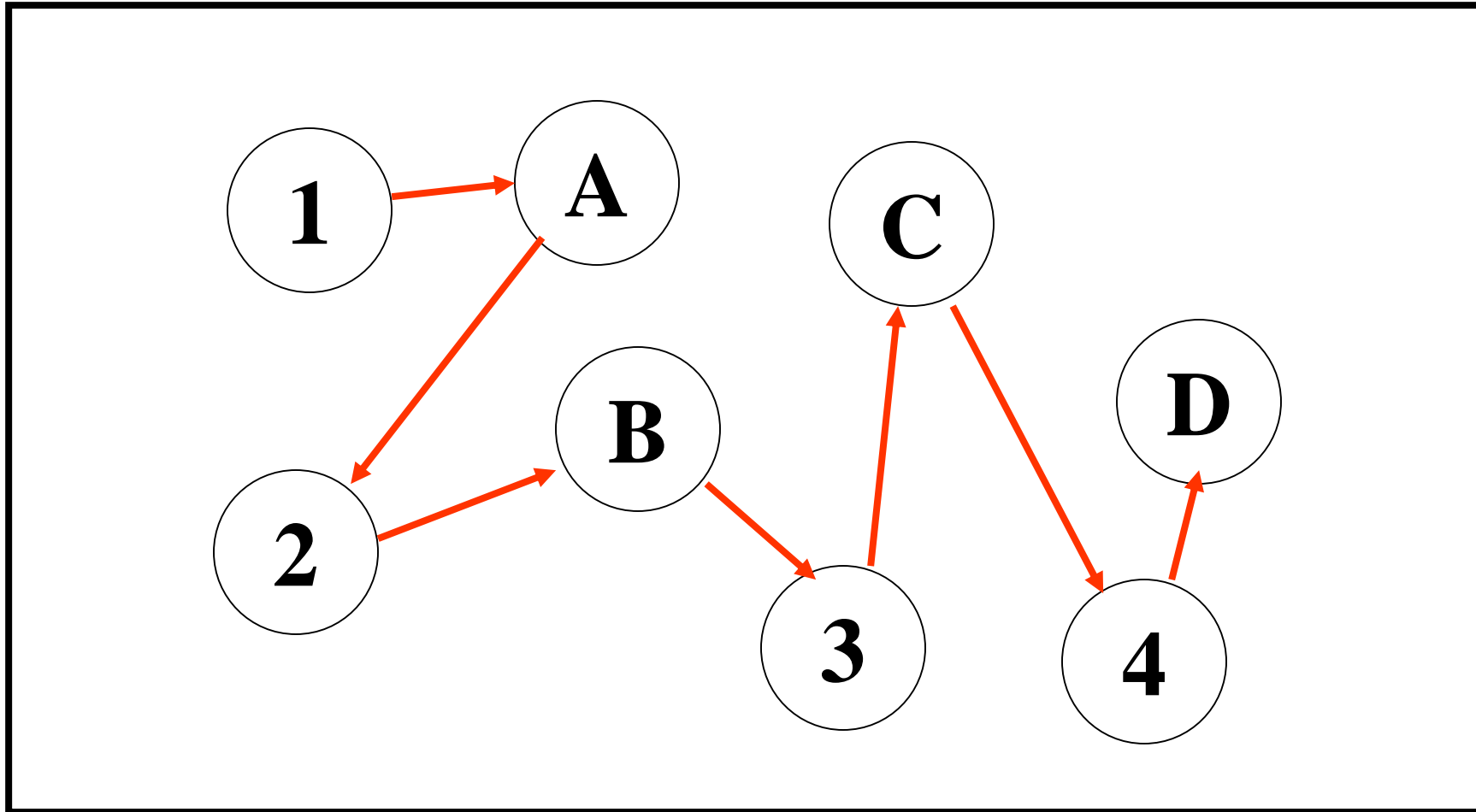
### Flexibilité réactive :

- Trail Making Test (TMT)

## FLEXIBILITÉ : TESTS



## FLEXIBILITÉ : TESTS



## PLANIFICATION

### **Capacité à organiser une série d'actions en une séquence optimale visant à atteindre un but :**

- Ordonner les étapes dans le temps
- Tenir compte des priorités
- Tenir compte des contraintes

*Exemple : organiser un dîner*

## PLANIFICATION : TESTS

### Tests écologiques:

- **Test du Zoo**
- Test des commissions

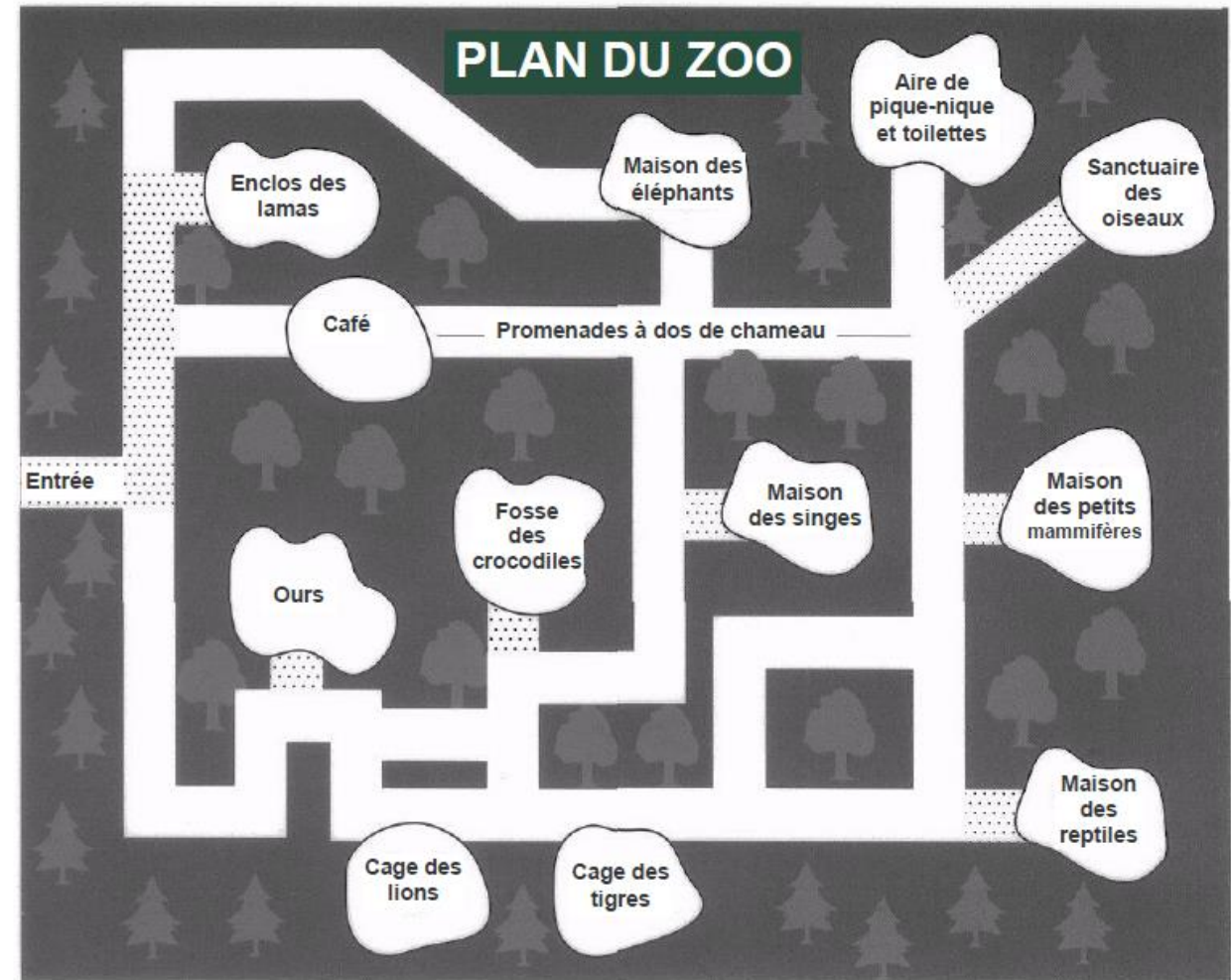
### Mise en situation écologique

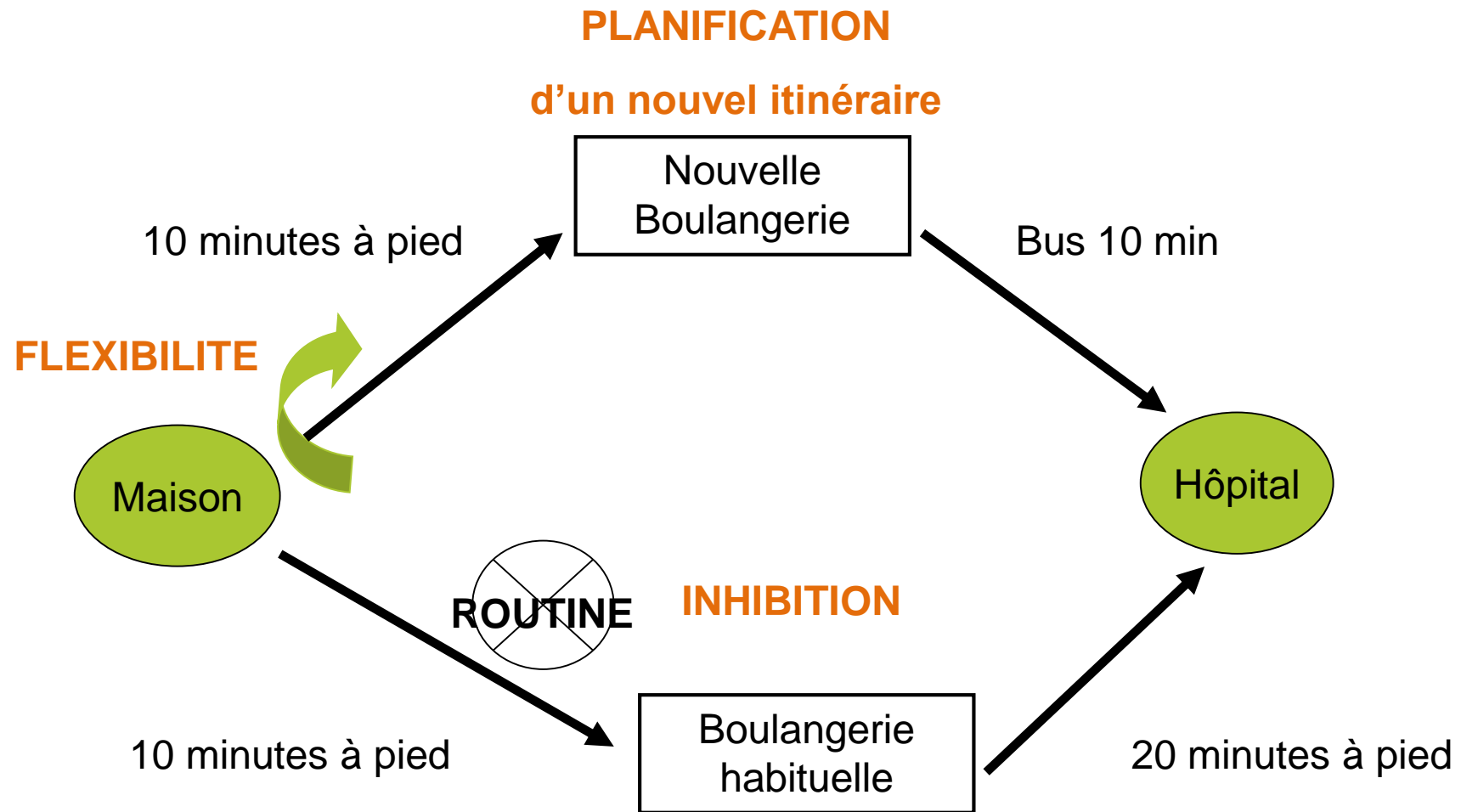
- Test des errances multiples

## PLANIFICATION : TESTS

Test du Zoo :

- 1- Elaboration d'un plan d'action
- 2- Mise en place d'un plan d'action préétabli





PB A RESOUDRE : trop fatigué

→ Ex de réponses « faciles » : je ne vais plus à la RC  
je n'achète pas de pain

## FONCTIONS EXÉCUTIVES ET LES AUTRES FONCTIONS

### **Mise à jour :**

Capacité à rafraîchir le contenu de sa mémoire de travail

### **Récupération active en mémoire :**

Capacité à rechercher de manière active et efficace des informations en mémoire

### **Attention divisée:**

Capacité à être attentif à plusieurs activités en même temps

## RAISONNEMENT ET ÉLABORATION

### **Raisonnement hypothético-déductif :**

Capacité à élaborer des liens logiques entre des informations

Capacité de réflexion pour trouver une explication causale

→ Nécessité d'avoir connaissance de ces capacités pour l'analyse des tests

## RAISONNEMENT ET ÉLABORATION : TESTS

Informations verbale :

- **Subtest des Similitudes (WAIS)**

*En quoi une banane et une pomme se ressemblent?*

*En quoi sédentaire et nomade se ressemblent?*

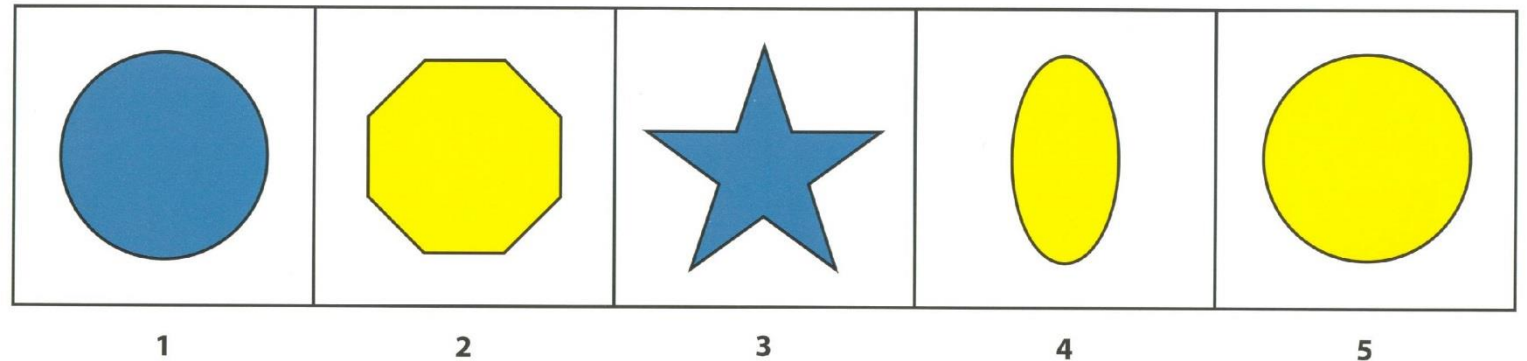
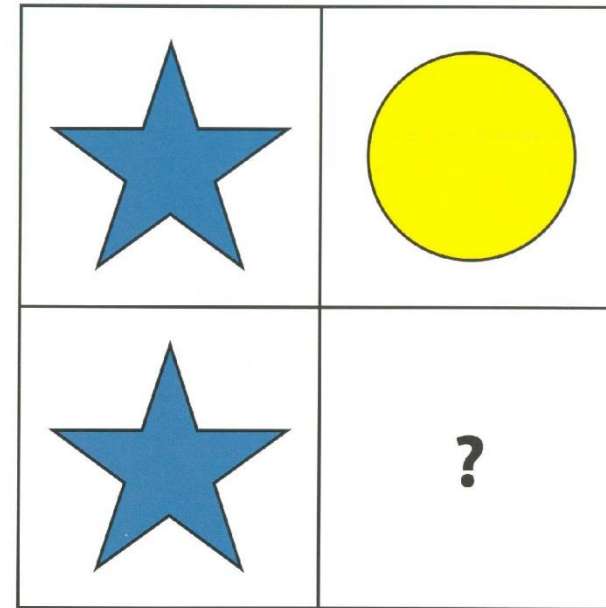
Informations visuo-spatiales :

- **Subtests des Matrices (WAIS)**

# RAISONNEMENT ET ÉLABORATION : TESTS

## Informations visuo-spatiales :

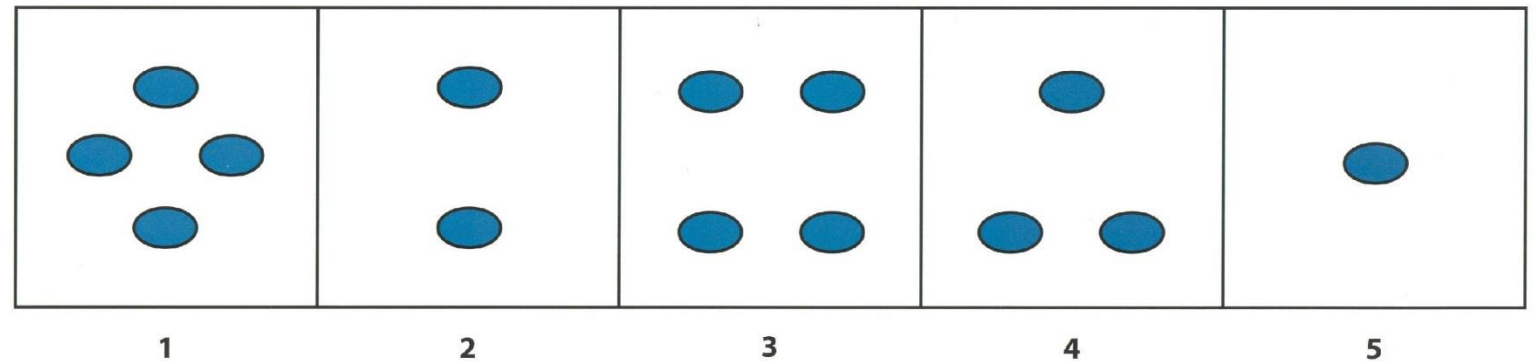
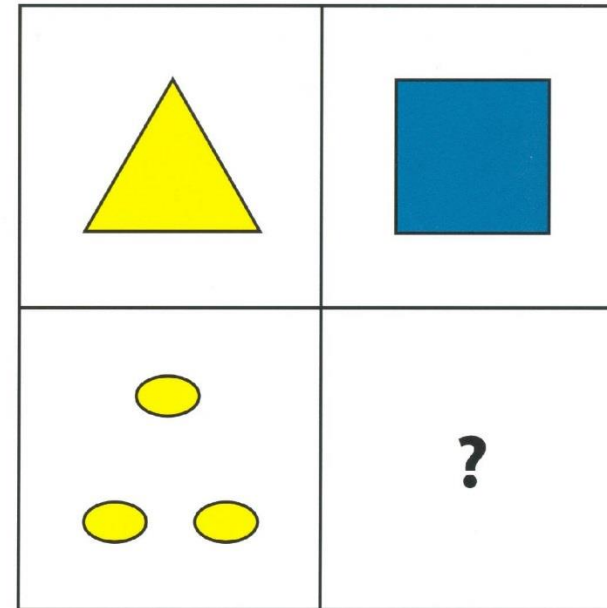
- Subtests des Matrices (WAIS)



# RAISONNEMENT ET ÉLABORATION : TESTS

Informations visuo-spatiales :

- Subtests des Matrices (WAIS)



## COGNITION SOCIALE

Plaintes fréquentes autour des capacités d'**interactions sociales** :

*Exemple :*

*« Avec les autres je me sens en décalage »*

*« Je me pose toujours la question de ce que pensent les autres, c'est mon côté parano... »*

*« Mais comment les gens font ils pour être aussi naturels ? »*

*« Je n'arrive pas à entrer en contact, je me sens traumatisée par les gens... »*

Ces difficultés :

- Renforcent la souffrance psychologique
- Participent au maintien des symptômes et favorisent les rechutes
- Impactent négativement la qualité de vie et la capacité à s'insérer dans un groupe de pairs
- Entravent significativement le processus de réhabilitation psycho sociale

Kopelowicz et al., 2006

Prouteau, 2011

GDR 3557, 2014

## COGNITION SOCIALE

Mise en évidence de processus cognitifs spécifiques

=

« Cognition Sociale »

Dysfonctionnements des processus de cognition sociale

=

Difficultés interpersonnelles

## COGNITION SOCIALE

« Capacité à **construire des représentations** sur les relations entre soi-même et les autres et à **utiliser ces représentations** de manière flexible pour ajuster et guider son propre comportement social »

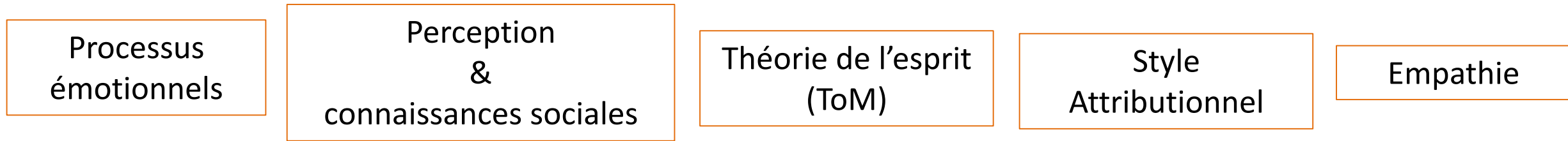
Besche-Richard, 2006

Ensemble des processus qui permettent d'être en interaction avec les autres

→ Domaine composite +++

## COGNITION SOCIALE

Chez les patients souffrants de schizophrénie :



→ Création de la batterie ClaCos pour évaluer ces 5 composantes

Penn et al., 2008  
Green et al., 2008  
Kurtez et al., 2011

## PERCEPTION ÉMOTIONNELLE

### **Capacité à inférer les informations émotionnelles à partir des expressions faciales ou des inflexions vocales**

Permet d'adapter ses comportements en fonction des signaux et des réactions renvoyés par l'interlocuteur

- Dans la schizophrénie,
  - Difficultés pour reconnaître les émotions d'autrui et leurs propres émotions
  - Difficultés pour discriminer les émotions à partir des visages notamment pour la peur.

## PERCEPTION ÉMOTIONNELLE : TEST

### Le TREF : Test de Reconnaissance des Emotions Faciales

Photos de visages exprimant 6 émotions de base à des degrés d'intensité allant de 20% à 100%



Colère (50%)



Peur (60%)



Tristesse (40%)



Dégout (80%)



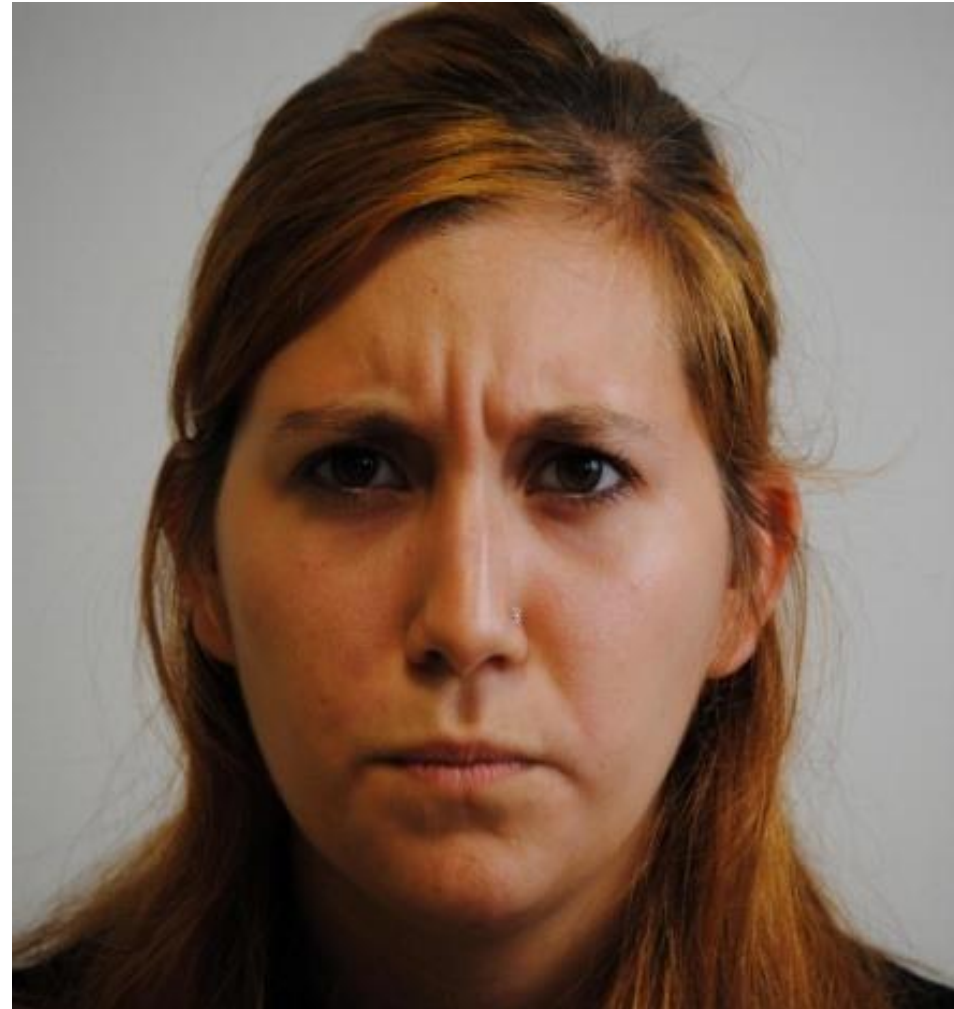
Mépris (50%)



Jolie (70%)

## PERCEPTION ÉMOTIONNELLE : TEST

Quelle émotion reconnaissez-vous?



## PERCEPTION ET CONNAISSANCES SOCIALES

### **Capacité à identifier les règles et les rôles sociaux et à tenir compte du contexte**

→ Liée aux connaissances sociales : règles et conventions sociales

Dans la schizophrénie, processus perturbé associé à un biais de raisonnement

Garety et Freeman, 1998

Green et al., 2005

Kurtz et al., 2011

# PERCEPTION ET CONNAISSANCES SOCIALES : TESTS

## Test du PerSo

4 planches couleurs sélectionnées en fonction du type d'émotion et de situation représentée

Tâche inspirée du programme de RC IPT (Brenner, 1992)

- Fluence contextuelle
- Interprétation libre
- Interprétation indicée
- Normes sociales / règles de vie en société

GDR 3557, 2014

# PERCEPTION ET CONNAISSANCES SOCIALES : TESTS



## THÉORIE DE L'ESPRIT

**Capacité à attribuer un état mental à autrui**

**Capacité à comprendre qu'autrui possède des états mentaux différents des siens et à faire des inférences correctes concernant le contenu de ces états mentaux**

Etats mentaux :

- **Cognitifs** : pensées, intentions et croyances
- **Affectifs** : émotions, sentiments

Premack et Woodruff, 1978

Duval, Piolino et al., 2011

## THÉORIE DE L'ESPRIT : TESTS

### Test du MASC-VF

Film de 25 minutes mettant en scène 4 jeunes qui se retrouvent un samedi soir

Découpage en 46 séquence avec une question simple type :

« *qu'est ce que « X » ressent/pense ?* »

« *qu'elle est son intention?* »

Réponse à choix multiple :

- ToM
- Excès de ToM
- Pas assez de ToM
- Pas de ToM

Dziobek et al., 2006

## THÉORIE DE L'ESPRIT : TESTS

**Exemple** : la soirée se passe chez Anna, Ben l'un des personnages est arrivé en premier et discute avec Anna de son voyage en suède. Michael arrive et monopolise la conversation en ne parlant qu'à Anna et en vantant ses exploits de la journée. Anna regarde Ben puis Michael et lui demande « Mais dis moi Michael, es-tu déjà allé en Suède ? »

**Question** : Pourquoi Anna demande-t-elle cela ?

- a. Pour intégrer Ben à la conversation (*ToM*)
- b. Pour vérifier si Michaël a été en Suède (*pas de ToM*)
- c. Pour reparler de la Suède (*pas assez de ToM*)
- d. Pour pouvoir comparer les deux garçons (*Trop de ToM ; réponses surinterprétatives*)



## STYLE ATTRIBUTIONNEL

### **Manière dont une personne explique les causes des événements de sa vie**

→ Biais d'attribution = Erreurs cognitives dans les attributions causales

- Dans la schizophrénie :
  - Biais « Self Serving »
  - Biais « Personalizing »

Bentall et al., 1994  
Langdon et al., 2010  
Favrod et al., 2013

## STYLE ATTRIBUTIONNEL : TEST

### Test AIHQ - version abrégée

Questionnaire d'évaluation de l'attribution spontanée d'intentions

Présentation de situations sociales ambiguës :

- Attribution d'une intention du personnage en cause dans la situation
- Emotion ressentie dans cette situation
- Réponse comportementale

Combs et al., 2007

Angelard, *en cours*

## STYLE ATTRIBUTIONNEL : TEST

### Test AIHQ

**10. Vous devez rencontrer un(e) nouvel(le) ami(e) pour déjeuner au restaurant mais il/elle ne s'est pas présenté(e).**

A. Selon vous, quelle est la vraie raison pour laquelle votre nouvel(le) ami(e) ne s'est pas présenté(e) au restaurant ? .....

B. Pensez-vous que votre nouvel(le) ami(e) vous a fait cela exprès ?

1	2	3	4	5	6
Absolument pas	Probablement pas	Peut-être pas	Peut être que oui	Probablement oui	Absolument oui

C. A quel point cela vous mettrait-il en colère ?

1	2	3	4	5
Pas du tout en colère				Très en colère

D. A quel point tiendriez-vous votre nouvel(le) ami(e) pour responsable de ne pas s'être présenté(e) au restaurant ?

1	2	3	4	5
Pas du tout				Beaucoup

E. Que feriez vous ? .....

## EMPATHIE

**Capacité à se mettre à la place d'une autre personne pour comprendre ses sentiments**

**Capacité à se représenter la représentation mental d'une autre personne**

- Corrélation symptôme négatif / déficit d'empathie

Boulanger et al., 2006

Sgalay-Tsorry et al., 2007

## EMPATHIE : TEST

### Questionnaire QCAE

- Auto-questionnaire permettant d'évaluer l'empathie affective et cognitive

- **Empathie cognitive :**

Capacité à construire un modèle fonctionnel à propos des états émotionnels d'autrui

- Prise de perspective
- Simulation

Reniers et al., 2011

## EMPATHIE : TEST

### Questionnaire QCAE

- **Empathie affective:**

Capacité à être sensible et à expérimenter de manière viscérale les sentiments d'autrui

- Contagion émotionnelle
- Réactivité proximale
- Réactivité périphérique

Reniers et al., 2011

## EMPATHIE : TEST

Questionnaire QCAE - Exemples de questions :

- **Prise de perspective** : « *J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler* »
- **Simulation** : « *Des fois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue* »

## EMPATHIE : TEST

Questionnaire QCAE - Exemples de questions :

- **Contagion émotionnelle** : « *Les gens avec qui je suis ont une forte influence sur mon humeur* »
- **Réactivité proximale** : « *Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement par les problèmes de mes amis* »
- **Réactivité périphérique** : « *D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas souvent entrainer complètement dedans* »

## RÉSUMÉ

- Principaux troubles chez les personnes souffrant de schizophrénie :
  - Attention
  - Mémoire
  - Fonctions exécutives
  - Cognition sociale
  
- Répercussions fonctionnelles +++
- Nécessité d'évaluer spécifiquement chaque processus pour proposer une PEC adaptée
- Complémentarité des évaluation de neurocognition et cognition sociale

# LA REMÉDIATION COGNITIVE : GÉNÉRALITÉS

Définition : PEC spécifique des **troubles cognitifs**

- Mesure thérapeutique non médicamenteuse
- Complémentaire aux actions des psychotropes et aux psychothérapies



# LA REMÉDIATION COGNITIVE : GÉNÉRALITÉS

## Etat des lieux

- Développement de techniques de RC depuis 1970
- Inspirée des différentes thérapies
  - Thérapies comportementales
  - PEC occupationnelles
  - Techniques neuropsychologiques

➔ Technique en plein développement

# LA REMÉDIATION COGNITIVE : GÉNÉRALITÉS

## Objectifs :

1. Améliorer les **capacités cognitives** altérées
  2. Amener le patient à mettre en place des **stratégies** réutilisables au quotidien
- Diminution de l'impact fonctionnel
- Amélioration du fonctionnement au quotidien
  - Amélioration de la qualité de vie
  - Amélioration de l'adaptation et de l'insertion socio-professionnelle

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : GÉNÉRALITÉS

La RC s'inscrit dans un parcours de soin intégratif et personnalisé :

- En synergie avec les autres PEC
- Tremplin vers la réintégration socio-professionnelle

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : MISE EN ŒUVRE

### Indications et conditions d'utilisation :

- Patients stabilisés :
  - Point de vue symptomatique
  - Traitement stable et à dose minimale efficace
- Patients motivés et consentants
- Déficit cognitif objectif
- Conséquences fonctionnelles du déficit cognitif objectivées

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : MISE EN ŒUVRE

Indications et conditions d'utilisation :

- Intervenir le + précocement possible
- Tous types de patients : entrée dans la maladie, chroniques, institutionnalisés...
- Indications différentielles selon les programmes

+ Meilleure efficacité : RC intégrée à un projet

# LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

Deux types de démarche : Restauratrice et Compensatoire

- **Démarche restauratrice :**
  - Restaurer le fonctionnement en travaillant spécifiquement les performances déficitaires
  - Méthode de stimulation générale : entraînement par exercices répétés

# LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

- **Démarche compensatoire :**
  - Développer les compétences préserver pour pallier les difficultés
  - Adapter l'environnement pour réduire le handicap cognitif
  
- **Méthodes :**
  - Substitution-transfert : développement de capacités alternatives
  - Apprentissage de stratégies
  - Utilisation d'assistants cognitifs / orthèses cognitives

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

### **Principes de base communs à tous les programmes :**

- Apprentissage sans erreurs
- Renforcement positif
- Etayage
- Verbalisation
- Organiser les tâches
- Lien avec le quotidien

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

### Principes de base communs (suite):

- Répétition massive des tâches
- Garder la même façon d'aborder les exercices \*\*
- Amener le patient à utiliser des stratégies :
  1. Initiation des stratégies
  2. Généralisation et automatisations
  3. Transfert au quotidien

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

Procédure générale pour aborder une tâche :

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 critique

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

### Principes de base communs (suite):

- Répétition massive des tâches
- Garder la même façon d'aborder les exercices \*\*
- Amener le patient à utiliser des stratégies :
  1. Initiation des stratégies
  2. Généralisation et automatisations
  3. Transfert au quotidien

# LES PROGRAMMES DE REMÉDIATION COGNITIVE

## ■ Neurocognition

- CRT (Delahunty & Morice, 1989))
- RECOS (Vianin, 2004)
- RehaCom (Cochet et al, 2006)
- Méthode NEAR (Medalia, 2002)

## ■ Cognition sociale

- Gaïa (Gaudelus et Franck, 2012)
- RC2S (Peyroux & Franck, 2014)
- SCIT (Penn & Roberts, 2009)
- ToMRemed (Bazin et al, 2010)
- IPT (Brenner et al, 1992)

### Points communs :

- **Améliorer les compétences cognitives**
- **S'inscrivent dans une temporalité**
- **Durent quelques mois, à raison d'1 à 2 séances par semaine + TAD**

## LES PROGRAMMES DE REMÉDIATION COGNITIVE

Avant de commencer le programme : **séances de préparation**

Echelles des Répercussions fonctionnelles :

- ERF
- ETCQ

➔ Favoriser l'implication de la personne dans la prise en charge et améliorer le transfert et la généralisation des compétences

## LES PROGRAMMES DE REMÉDIATION COGNITIVE

Avant de commencer le programme : **séances de préparation**

Psychoéducation aux troubles neurocognitifs :

- Livret d'information RECOS
  - Brochure de psychoéducation
- Favoriser la prise de conscience des difficultés en lien avec la neurocognition
- Appropriation des concepts et de la terminologie
- Développer la motivation

# LES PROGRAMMES DE REMÉDIATION COGNITIVE

Objectifs de ces séances :

- Mise en lien bilan neuropsychologique / échelles fonctionnelles
- Détermination d'objectifs concrets
- Elaboration d'un contrat collaboratif

# LA COGNITION FROIDE

## Le programme CRT

### Thérapie par Remédiation Cognitive

Guide du thérapeute

Clare Reeder et Til Wykes

Traduction coordonnée par Nicolas Franck<sup>1</sup>, Isabelle Amador<sup>2</sup>,  
Aurélia Todd<sup>2</sup> et Mathilde Kzénes<sup>2</sup>.

1. Université Jean 1, CNRS & Centre Hospitalier le Vinet 69577 Bron  
2. SHU-CEPRC Inserm U864, Hôpital Sainte Anne 75014 Paris

Traduction réalisée avec le soutien du Programme Hospitalier  
de Recherche Clinique National 2008



## PROGRAMME CRT

Thérapie individuelle, papier / crayon

Travail successif et progressif de différentes fonctions :

- Attention
- Vitesse de traitement,
- Mémoire : à court-terme, de travail et épisodique
- Fonctions exécutives : flexibilité, inhibition et planification

Déroulement :

Dure 3 mois ½ : 2 séances d'1h / semaine + 1 TAD

Suivi 1x/mois pendant 6 mois

## PROGRAMME CRT

Livrets d'exercices divisés en 5 modules :

- Flexibilité
- Mémoire A et Mémoire B
- Planification A et Planification B

Série d'exercices :

- Tâches répétitives
- Difficulté croissante
- Graduellement adaptés au niveau du patient

## PROGRAMME CRT : SÉANCE DANS LA STRUCTURE

Chaque séance doit être préparée à l'avance :

- Commencer par exercices type barrage pour mobiliser l'attention
- Puis, ce que vous souhaitez réellement travailler
- Finir avec exercices manuels

A GARDER EN TETE :

- **Procédure générale** à relayée verbalement (donnée, guidée, automatisée)
- **Adapter le programme** en fonction du profil cognitif et comportemental
- Bien connaître les fonctions cognitives et être **créatifs** (variation de consignes)

## PROGRAMME CRT

Procédure générale pour aborder une tâche :

- 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 critique

# PROGRAMME CRT

## Exemple d'exercice

**IMPAIRS ET PAIRS - 4**

6	54	62	7	40	98	53	16	49	47	88	92	23
11	27	1	21	7	76	40	22	12	35	98	99	96
83	18	29	65	37	68	83	37	67	31	24	42	26
47	73	9	38	69	41	96	97	4	25	43	38	98
32	96	56	55	8	42	70	98	85	3	54	41	70
19	4	89	9	86	97	39	43	84	3	94	19	83
88	29	56	9	75	41	10	69	43	99	1	85	35
33	46	36	20	55	10	66	11	18	86	89	28	55
39	89	23	57	35	87	52	80	29	12	25	58	18
66	37	14	34	19	24	17	87	64	30	13	78	47
10	15	88	63	85	40	39	23	28	16	27	14	34
39	64	1	79	3	18	33	50	47	29	21	62	26
70	42	37	27	34	18	88	17	71	22	16	30	73
96	17	25	38	24	36	19	20	52	36	32	49	86
83	29	4	89	11	47	32	22	59	67	47	12	59
40	23	27	49	53	26	47	51	91	53	14	42	17
53	51	36	72	46	39	83	11	46	59	13	60	35
40	96	71	5	67	7	11	96	12	58	84	12	19
18	55	28	96	39	66	6	82	10	29	36	97	27

# PROGRAMME CRT

## Exemple d'exercice

### 1. JE ME CONCENTRE (+ analyse du contexte)

« je vois un ensemble de nombres organisés en lignes »

### 2. QUEL EST LE PROBLEME?

« Je dois barrer les nombres pairs sur 4 lignes, puis les nombres impairs sur 4 lignes et ainsi de suite. Je ne pourrai 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.

### 4. APPLICATION

### 5. VERIFICATION ET AUTOEVALUATION

T.M.D. Moins 2 heures 6

**IMPAIRS ET PAIRS - 4**

CONSIGNE = BARRER LES NOMBRES PAIRS SUR 4 LIGNES, LES IMPAIRS SUR QUATRE LIGNES ET AINSI DE SUITE

<del>1</del>	<del>2</del>	<del>3</del>	7	<del>4</del>	<del>5</del>	53	<del>6</del>	49	47	<del>8</del>	<del>9</del>	23	P
11	27	1	21	7	<del>6</del>	<del>4</del>	<del>7</del>	<del>3</del>	35	<del>9</del>	99	<del>9</del>	P
83	<del>1</del>	29	65	37	<del>6</del>	83	37	67	31	<del>2</del>	<del>4</del>	<del>7</del>	P
47	<del>7</del>	9	<del>3</del>	69	41	<del>6</del>	97	<del>1</del>	25	43	<del>3</del>	<del>9</del>	P
32	96	56	<del>5</del>	8	42	70	98	<del>8</del>	<del>3</del>	54	<del>4</del>	70	I
<del>1</del>	4	<del>8</del>	<del>9</del>	86	<del>9</del>	<del>3</del>	<del>4</del>	84	<del>3</del>	94	<del>1</del>	83	I
88	<del>2</del>	56	<del>6</del>	<del>7</del>	41	10	<del>6</del>	<del>4</del>	<del>9</del>	<del>1</del>	<del>8</del>	<del>3</del>	I
<del>3</del>	46	36	20	<del>5</del>	10	66	<del>1</del>	18	86	<del>8</del>	28	<del>5</del>	I
39	89	23	57	35	87	<del>2</del>	<del>6</del>	29	<del>1</del>	25	<del>8</del>	<del>1</del>	P
<del>6</del>	37	<del>1</del>	<del>4</del>	19	<del>2</del>	17	87	<del>6</del>	<del>2</del>	13	<del>7</del>	<del>4</del>	P
<del>1</del>	15	<del>8</del>	63	85	<del>4</del>	39	23	<del>8</del>	<del>1</del>	27	<del>1</del>	<del>3</del>	P
39	<del>4</del>	1	79	3	<del>1</del>	33	<del>5</del>	47	29	21	<del>2</del>	<del>6</del>	P
70	42	<del>3</del>	<del>7</del>	34	18	88	<del>1</del>	<del>7</del>	22	16	30	<del>7</del>	I
96	<del>1</del>	<del>2</del>	38	24	36	<del>1</del>	20	52	36	32	<del>4</del>	86	I
<del>8</del>	<del>2</del>	4	<del>8</del>	<del>1</del>	<del>4</del>	32	22	<del>5</del>	<del>6</del>	<del>4</del>	12	<del>5</del>	I
40	<del>2</del>	<del>7</del>	<del>4</del>	<del>5</del>	26	<del>4</del>	<del>5</del>	<del>9</del>	<del>5</del>	14	42	<del>7</del>	I
53	51	<del>3</del>	<del>7</del>	<del>4</del>	39	83	11	<del>4</del>	59	13	<del>6</del>	35	P
<del>4</del>	<del>9</del>	71	5	67	7	11	<del>6</del>	<del>2</del>	<del>7</del>	<del>8</del>	<del>1</del>	19	P
<del>1</del>	55	<del>2</del>	<del>6</del>	39	<del>1</del>	<del>8</del>	<del>4</del>	29	<del>3</del>	97	27	<del>1</del>	P

0 2 4 6 8 10 ...  
1 3 5 7 9 ...

- 1) choisir une couleur pour pair et impair
- 2) les attribuer aux lignes
- 3) + noter les chiffres correspondants
- 4) commencer par les pairs: en bas  
→ cocher tous les 0  
→ cocher tous les 2, etc...
- 5) continuer par les impairs  
→ cocher tous les 1  
→ cocher tous les 3, etc...

## PROGRAMME CRT

- Travail graduel au cours des modules
- Continuer à travailler les autres fonctions
- Travailler plus spécifiquement les nouvelles fonctions
  - Sur des tâches déjà appréhendées
  - Sur des tâches nouvelles et plus complexes
  - Introduction de nouvelles contraintes  
*Exemple : temps d'exécution, distracteurs...*

## PROGRAMME CRT

Exemple du module planification :

- Introduction de la notion d'étapes dans la procédure générale
- Être plus vigilant sur le choix d'une stratégies plus efficace
- Introduction de la gestion du temps
- Lien avec le quotidien +++
- Travail sur des scripts d'action

# PROGRAMME CRT

## Application à des tâches complexes du quotidien

### Exemple fiche lessive

**1. JE ME CONCENTRE (+ analyse du contexte)** J'ai une pile d'habits de couleurs différentes

**2. QUEL EST LE PROBLEME?** Faire la lessive

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

- 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**

**5. VERIFICATION ET AUTOEVALUATION :** Ai-je fait toutes les étapes ?

Mes stratégies ont-elles été efficaces ?

### **Exemple de stratégies :**

- Si je n'arrive pas à choisir le bon programme

➔ En choisir un qui fonctionne pour tout type de vêtement  
(ex : mettre sur 30°)

## PROGRAMME CRT : LES TÂCHES À DOMICILE

- Les exercices doivent déjà avoir été abordés à l'hôpital
- Adaptées au patient :
  - Faire le lien avec le quotidien
  - Centrer sur la plainte
  - Etre créatif
- Cahier de TAD :
  - Description de la tâche
  - Stratégies et techniques utilisées
  - Difficultés rencontrée et temps passé à la TAD

# PROGRAMME CRT : LES TÂCHES À DOMICILE

Module « Flexibilité » :

**Vitesse de traitement, Inhibition / flexibilité, initiation verbale etc.**

*Jeux familiaux : petit bac, jeu voici, tabou, times up, jungle speed, bataille corse etc.*

## **Attention**

*Lecture / Écoute : augmentation progressive du nombre de page à lire, durée d'une émission de télé de plus en plus longue etc.*

*Idem pour niveau plus faible : coloriage, points à relier etc.*

*Quizz sur un texte : exemple article de foot*

*Travail de l'interférence : avec musique en bruit de fond etc.*

## **Catégorisation**

*Tri de papiers : administratif, médical etc.*

# PROGRAMME CRT : LES TÂCHES À DOMICILE

Module « Mémoire » :

## **Mémoire de travail**

*Prise de notes : journal type BFM en replay, en direct (TV, radio)*

*Jeux d'autoroute pour favoriser la dynamique familiale*

## **Mémoire épisodique**

*Apprendre un texte : résumé de film, description de tableau etc.*

*Rappel de souvenirs autobiographiques : à partir d'une photo, d'une image*

# PROGRAMME CRT : LES TÂCHES À DOMICILE

Module « Planification » :

**Pour initier au concept de feuille de route ; suivre un script d'action préétabli**

*Recette de cuisine (et l'apporter à l'ESAT etc.)*

*Tour de magie sur internet, tous les tutos en général*

*Travaux manuels*

**Pour générer un script d'action et l'appliquer (check-list) :**

*Cuisiner un plat*

*Ranger : chambre, cuisine, papiers etc.*

*Organiser une journée : itinéraire, activité etc.*

*Organiser une soirée : menu, budget, invitation etc.*

*Faire sa valise*

# LA COGNITION FROIDE

## Le programme RECOS



# PROGRAMME RECOS

## Thérapie individuelle

Deux types de séances :

- Une séance informatisée
  - Une séance papier/crayon
- + séance TAD

Déroulement :

Dure 3 mois ½ : 2 séances d'1h / semaine + 1 TAD

Suivi 1x/mois pendant 6 mois

# PROGRAMME RECOS

## ■ 6 modules

- Vitesse de traitement
- Attention sélective
- Mémoire verbale
- Mémoire de travail
- Attention et mémoire visuospatiale
- Fonctions exécutives, planification

→ Sélection parmi les 6 fonctions cognitives selon les résultats au bilan

## PROGRAMME RECOS

→ Programme déterminé par le **profil individuel** du patient et son déficit cognitif

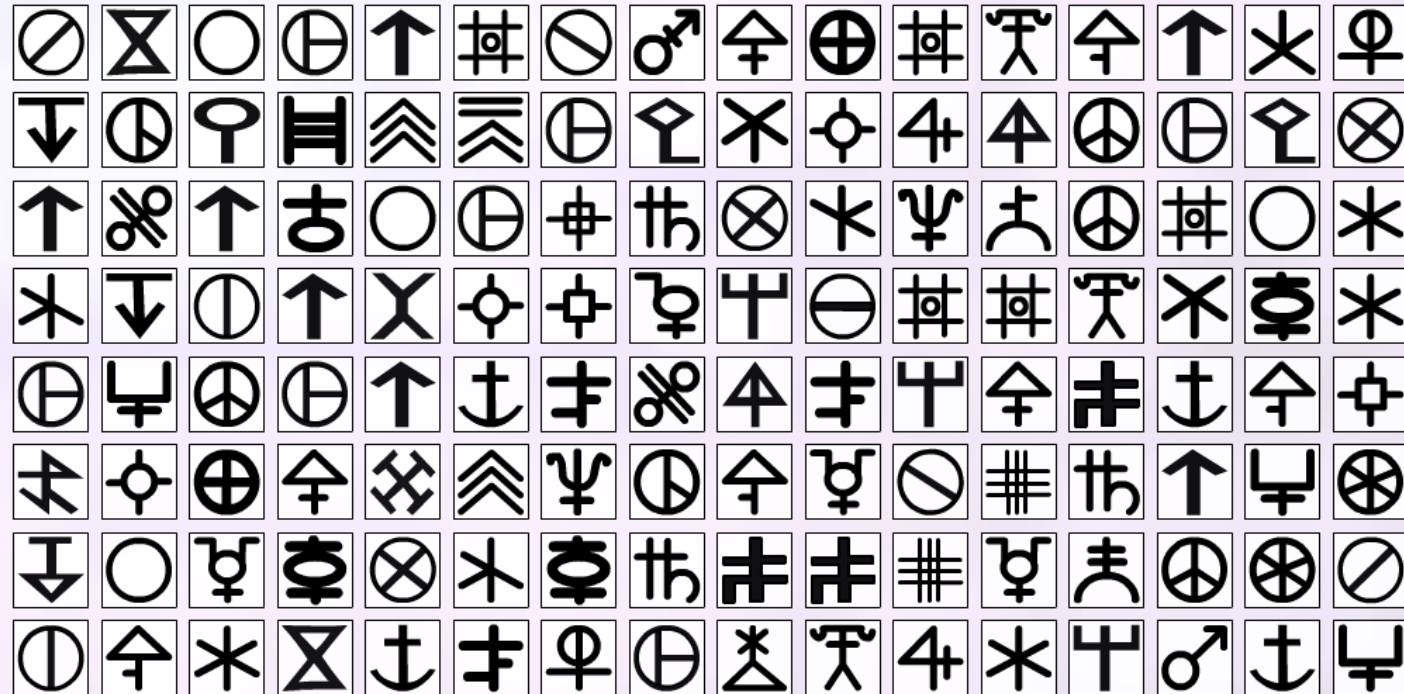
Postulat : une amélioration ciblée des performances cognitives a pour conséquence une amélioration des capacités fonctionnelles et des aptitudes psychosociales, accompagnée d'une stabilisation des symptômes psychotiques.

# PROGRAMME RECOS : ATTENTION SÉLECTIVE

L'intrus est :



Commencer" pour accéder à



# PROGRAMME RECOS : MÉMOIRE DE TRAVAIL

## A vos shakers !

Pour faire un Sloppy Rudy's cocktail, il faut mélanger dans un shaker :

- Brandy : 4 doses
- Porto : 3 doses
- Triple sec : 1 cuillère à café
- Jus d'ananas : 3 doses
- Sirop de grenadine : 1 cuillère à café

Puis verser dans un verre à cocktail et rajouter une rondelle de pomme

Continuer



# PROGRAMME RECOS : PLANIFICATION

Figure 2 : Exercice « Basket à New York » dans RECOS

Voici votre position de départ A.

Voici une combinaison B à atteindre en un minimum de déplacements.  
Attention : les ballons ne peuvent pas sortir par en bas. De plus, vous pouvez mettre seulement 3 ballons par panier, et 2 dans le panier du milieu.

Voici les boutons pour indiquer le nombre minimum de déplacements pour passer de A à B. >

3 4 5 6 7 8

## PROGRAMME CRT vs RECOS

Contenu de la prise en charge :

- CRT : graduel, plusieurs fonctions remédiées
  - ➔ Déficit généralisé : ralentissement et limitation des ressources
- RECOS : entraînement d'une fonction
  - ➔ Trouble spécifique

Format : papier/crayon Vs informatique

# LA COGNITION CHAUDE

## Le programme Gaïa



## SÉANCE DE PRÉPARATION

### Séances de préparation avant de commencer les programmes

- Echelle des Répercussions fonctionnelles
  - ERF-CS : Echelle centrée sur les troubles de cognition sociale
  
- Psychoéducation aux troubles de cognition sociale:
  - Livret « Information aux troubles de la cognition sociale »

Mise en lien du bilan et de l'ERF-CS

Instauration d'un rapport collaboratif

# PROGRAMME GAÏA

Thérapie individuelle centrée sur les anomalies du traitement des émotions faciales

Déroulement :

10 semaines : 2 séances d'1h / semaine + 1 TAD

Suivi post pendant 6 mois, 1 entretien tous les 15 jours

# PROGRAMME GAÏA

## Indications générales communes aux autres programmes

MAIS déficit spécifique de reconnaissance des émotions faciales

→ Score au TREF

→ Impact du déficit :

- Vécu persécutoire persistant
- Malentendus fréquents dans l'interprétation des émotions
- Pauvreté dans les expressions faciales
- Repli social important (passif ou actif)

# PROGRAMME GAÏA

Se décompose en 3 phases :

**1** : Séances photos : joie , colère et tristesse.

**2** : Séances informatisées : conditions plus écologiques.

**3** : Généralisation : dégoût, mépris et peur + émotions complexes.

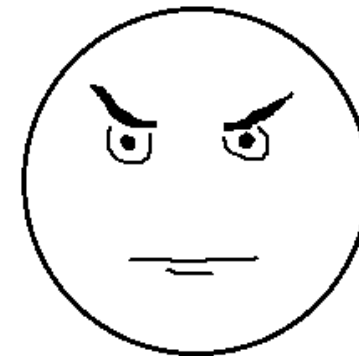
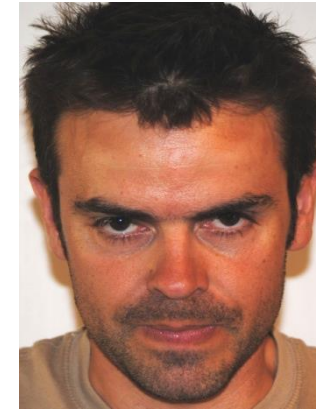
# PROGRAMME GAÏA

## 1 : Séances photos : joie , colère et tristesse.

Définition des caractéristiques faciales des émotions

Exercices :

- La conscience du vécu émotionnel
- Le vocabulaire associé aux émotions
- La notion de continuum d'intensité



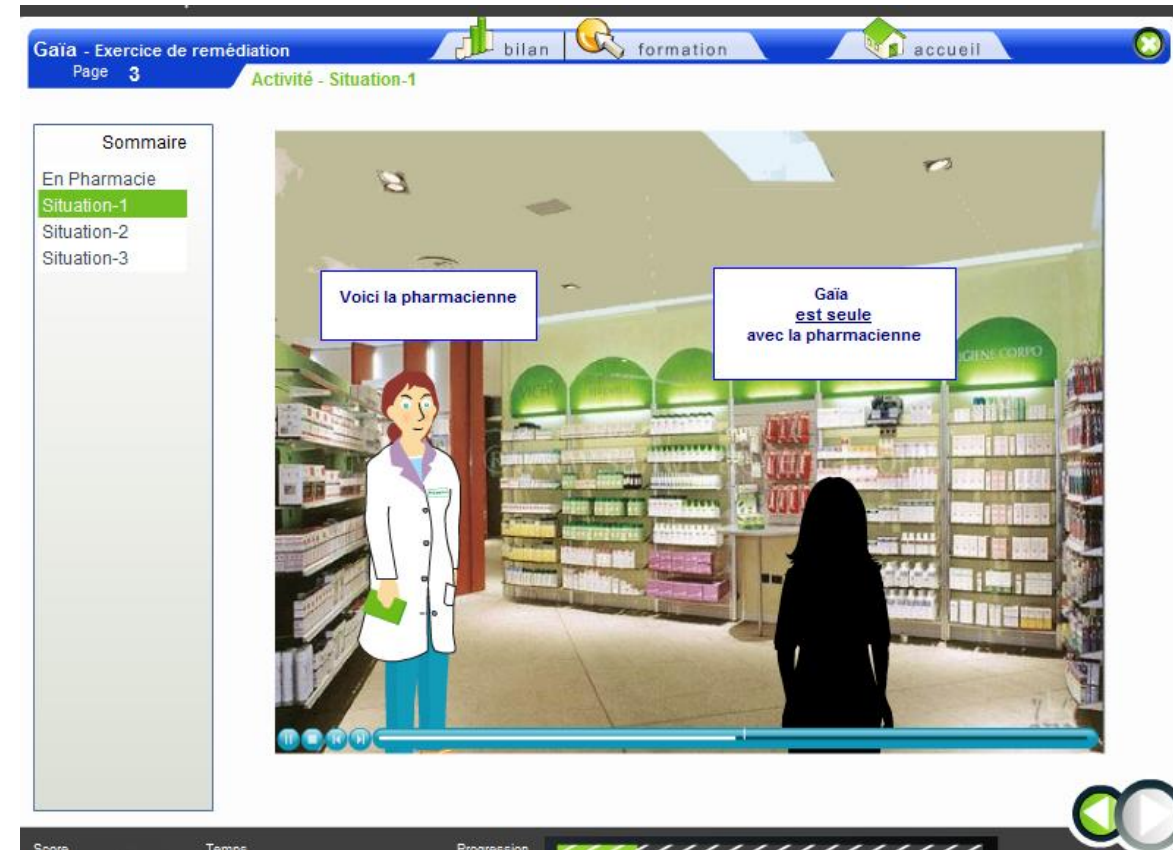
# PROGRAMME GAÏA

## 2 : Séances informatisées : conditions plus écologiques.

Le contexte de la situation est présenté par une animation

- Emotions faciales de l'interlocuteur
- Adaptation de la situation au contexte
- Emotion ressentie par Gaïa

5 niveaux de difficultés croissantes



# PROGRAMME GAÏA

## 3 : Généralisation

Poursuite des exercices informatisés

Nouveaux apprentissages :

- Autres émotions de base
- Emotions plus complexes

Au moins 5 séances consacrées à ces exercices

**Toujours les mêmes stratégies thérapeutiques!!**

# PROGRAMME GAÏA : LES TAD

Comme pour toute PEC en remédiation, TAD permettent :

- Transférer des stratégies en vie quotidienne
- Atteindre des objectifs personnels

TAD :

Très préparées à l'avance avec des exercices déjà faits

+ Porter sur des exercices personnalisés



# LA COGNITION CHAUDE

## Le programme RC2S



## PROGRAMME RC2S

Programme individuel, manuel et informatisé ciblant différentes composantes de la cognition sociale

- Intervention globale
- Thérapie individualisée et flexible

Déroulement : 3 séances d'1h par semaine (2 avec le thérapeute + 1 TAD)

- 2 séances de préparation
- 10 séances de remédiation
- 2 séances de transfert des compétences

## PROGRAMME RC2S

### Objectif :

Travailler les difficultés de cognition sociale rencontrée en vie quotidienne par l'intermédiaire d'un personnage mis en situation

- Analyser les info contextuelles et émotionnelles
- Comprendre les états mentaux des personnages

Destinée à des personnes présentant des troubles de cognition sociale

Travail de différents processus

## PROGRAMME RC2S : SÉANCES DE REMÉDIATION

10 séances d'interactions sociales, classées par ordre de difficultés

Pour chaque séance, 4 temps forts :

- Analyse de la situation textuelle
- Scène de simulation informatique
- Retour sur la scène
- Tâche à Domicile

# PROGRAMME RC2S : SÉANCES DE REMÉDIATION

- Analyse de la situation textuelle

## **Situation 2 : le bureau du patron**

Tom est employé depuis quelques mois dans une petite entreprise. Il trouve son travail intéressant mais son patron n'est pas très commode. Il a mauvais caractère et s'énerve facilement, surtout ces derniers temps alors que l'entreprise traverse une période assez difficile à cause de la crise économique.

Un matin, alors que Tom arrive dans l'atelier avec quelques minutes de retard à cause d'un problème de voiture, son patron le convoque dans son bureau. Tom s'y rend immédiatement

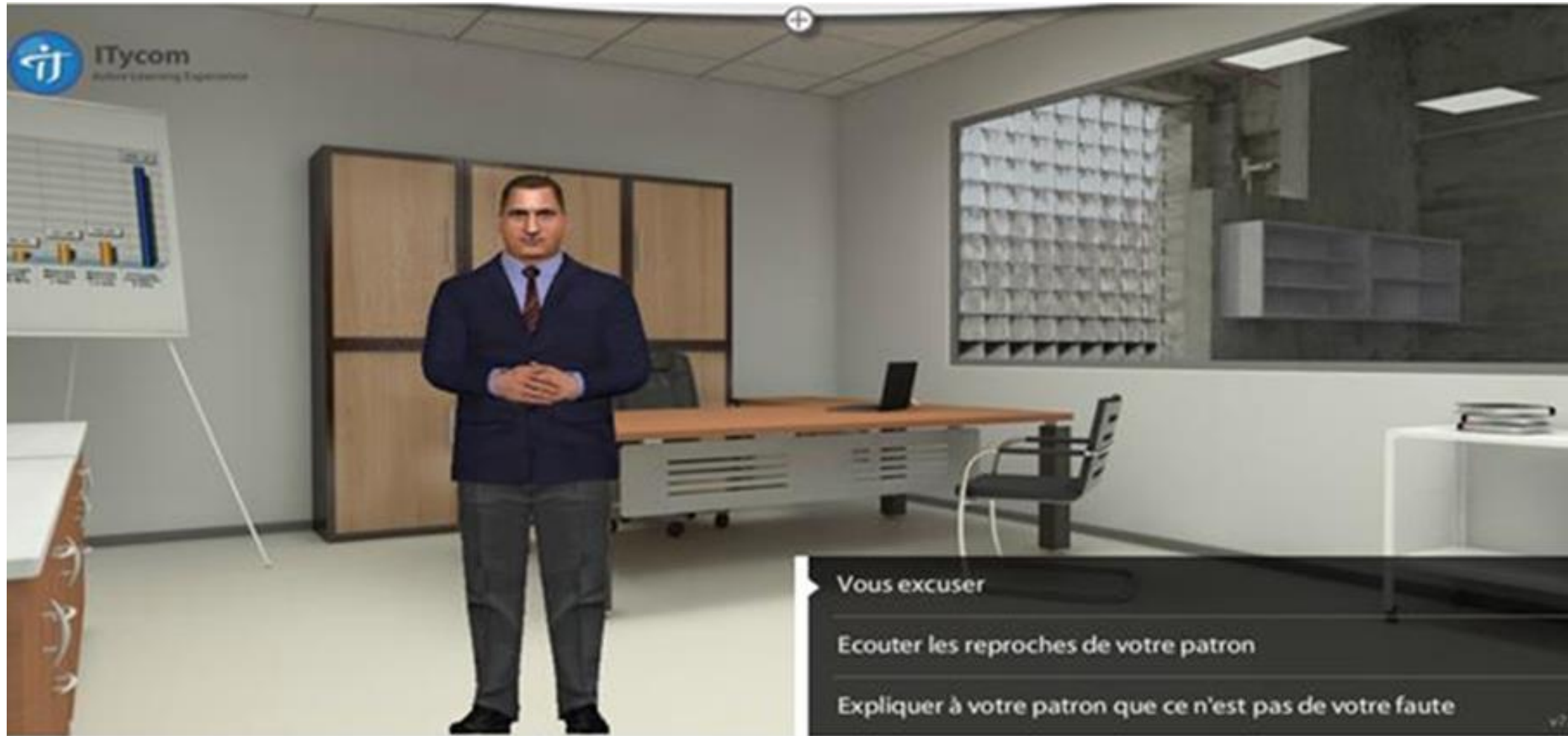
# PROGRAMME RC2S : SÉANCES DE REMÉDIATION

- Scène de simulation informatique



# PROGRAMME RC2S : SÉANCES DE REMÉDIATION

## ■ Scène de simulation informatique



# PROGRAMME RC2S : SÉANCES DE REMÉDIATION

- Retour sur la scène

Objectif :

Comparaison avec les éléments issus de la situation textuelle

Travail sur les intentions, les émotions, les réactions comportementales

→ **Stratégies thérapeutiques**

## PROGRAMME RC2S : SÉANCES DE TRANSFERT

- Accomplissement d'objectifs concrets dans la **vie réelle**
- Transfert des stratégies à la vie quotidienne et **généralisation**
  - ➔ Travail autour des situations dans les activités mises en place
  - ➔ Aller vers l'insertion professionnelle

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : CONCLUSION

Quelques exemples d'amélioration après remédiation :

- Insertion professionnel en ESAT
- Reprise des études supérieures
- Prise de fonction dans un GEM
- Publication d'articles dans un journal
- Soutien scolaire dans un association philanthropique
- Délégué travailleur de l'ESAT et rédacteur au journal
- Réduction d'alcool
- Vacation à la mairie pour randonnée ornithologique

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : CONCLUSION

Quelques exemples d'amélioration après remédiation :

- Stage en milieu ordinaire/CDD
- Perte de poids sous Leponex\* (-25KG) par reprise du vélo
- Obtention d'un diplôme d'aide bibliothécaire
- Aide à la rédaction d'ouvrages parus
- Acquisition de plus d'autonomie : reprise des transports en commun
- Réajustement de projets professionnels par rapport aux aptitudes découvertes lors du programme, et harmonisation avec les équipes référentes.

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : CONCLUSION

- La RC est une technique efficace qui a fait ses preuves depuis plusieurs années
  - ➔ Bénéfices quantitatifs (amélioration des capacités cognitives)
  - ➔ Bénéfices qualitatifs (meilleure estime de soi, moins d'impact fonctionnel des troubles cognitifs etc.)
  - ➔ Maintien à 8 mois du bénéfice
  - ➔ Optimisation si couplage à des perspectives de réhabilitation

MAIS , limite majeure :

- Difficultés de transfert des acquis de la RC au quotidien

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : CONCLUSION

Pour permettre de meilleurs bénéfices :

- Individualiser la PEC en fonction de la plainte au quotidien
- Faire du lien avec la vie quotidienne
- Travailler en synergie avec les autres PEC
- S'inscrire dans un parcours de soin
- Relayer le travail de la RC par d'autres acteurs!
- Se questionner sur la pertinence et sur le moment de la RC

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : CONCLUSION

Importances +++ des stratégies thérapeutiques :

- Apprentissage sans erreurs
- Renforcement positif
- Etayage
- Verbalisation
- Organiser les tâches
- Lien avec le quotidien

## LA REMÉDIATION COGNITIVE : CONCLUSION

- Répétition massive des tâches
- Garder la même façon d'aborder les exercices ++
- Amener le patient à utiliser des stratégies :
  1. Initiation des stratégies
  2. Généralisation et automatisaion
  3. Transfert au quotidien

# LA REMÉDIATION COGNITIVE : CONCLUSION

## ■ Neurocognition

- Cognitus & Moi (Demily et al, 2016)
- CRT (Delahunty & Morice, 1989)
- RECOS (Vianin, 2013)
- NEAR (Medalia, 2002)
- RehaCom (Cochet, 2006)

## ■ Cognition sociale

- Gaïa (Gaudelus & Franck, 2012; Gaudelus et al, 2016)
- RC2S (Peyroux & Franck, 2014, 2016)
- SCIT (Penn & Roberts, 2009)
- ToMRemed (Bazin et al, 2010)
- IPT (Brenner et al, 1992)

# EN RÉSUMÉ

## — Généralités et rappels cliniques

- La schizophrénie est une pathologie complexe, hétérogène et dont l'étiologie n'est pas univoque
- On distingue trois dimensions symptomatiques principales : Positive / Négative / Désorganisée
- Une quatrième dimensions peut être distinguée : la dimension neurocognitive
- La loi du 11 février 2005 définit la notion de Handicap psychique

## — Les facteurs prédictifs et le pronostic fonctionnel

- Le pronostic dépend des symptômes et d'autres troubles associés comme les troubles cognitifs
- Les troubles cognitifs sont très fréquents chez les personnes souffrants de pathologies psychiatriques
- Il est nécessaire d'évaluer le fonctionnement cognitif pour mettre en évidence les limitations mais aussi les ressources des personnes

## EN RÉSUMÉ (SUITE)

### ■ Insertion et travail

- Moins de 20 % des personnes souffrant de schizophrénie travaillent
- Les troubles cognitifs nuisent à l'insertion professionnelle
- Les usagers considèrent la reprise d'une activité professionnelle comme un critère du rétablissement
- Le travail est :
  - L'un des facteurs de restauration de l'estime de soi et des échanges sociaux
  - Une source de responsabilisation et de satisfaction personnelle

### ■ Rétablissement dans la schizophrénie

- Le rétablissement est une modalité de dégagement de l'identité de malade mental
- Il s'agit d'un processus personnel et subjectif
- La perspective du rétablissement permet de penser et d'envisager sous un angle nouveau les dispositifs de soins

## EN RÉSUMÉ (SUITE)

La réhabilitation a pour but d'aider les individus atteints de troubles psychiques à améliorer leur fonctionnement

Les objectifs et les outils de la réhabilitation :

**1.** Identifier les ressources personnelles

→ Evaluation multidisciplinaire pour évaluer les potentialités et les faiblesses de chacun

**2.** Renforcer ces ressources personnelles

→ Création d'un projet adapté et personnalisé avec des prises en charge spécifiques

**3.** Développer des opportunités d'insertion

→ Ateliers thérapeutiques et services d'insertion

**4.** Soutenir les personnes dans leur environnement de vie

→ Accompagnement des familles, action de communication, Formation des professionnels

# POUR ALLER PLUS LOIN

## ■ Pour plus d'informations :

- Site de l'AFRC :

<http://www.remediation-cognitive.org/>

- Site du Centre Ressource Réhabilitation :

<http://www.centre-ressource-rehabilitation.org/>

## ■ Formations complémentaires :

- **A la remédiation cognitive :**

- DU de Lyon 1, formation aux principes et outils (dont stage pratique)

- **A la psychoéducation :**

- DU de Lyon 1, formation aux principes et outils (dont mise en œuvre sur son propre terrain d'exercice)

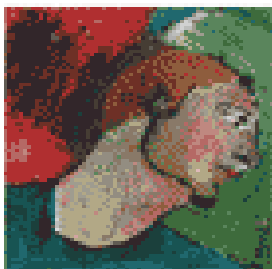
- **A la réhabilitation :**

- Conférences du CRR (5-6/an ; Lyon)
- Journée du réseau de remédiation cognitive ; 1 x par an à Lyon en mai
- Colloque de l'AFRC; 1 x par an en France en septembre (22/09/2017 à Poitiers)

Pr NICOLAS FRANCK

## LA SCHIZOPHRÉNIE

LA RECONNAÎTRE ET LA SOIGNER



MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE

sous la direction de  
Nicolas Franck

## Cognition sociale et schizophrénie

Outils d'évaluation et de remédiation



MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE

sous la direction de  
Nicolas Franck

## Outils de la réhabilitation en psychiatrie

Pratiques en faveur du rétablissement



MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE

Caroline Demily  
Nicolas Franck

## Schizophrénie

Diagnostic et prise en charge



Pratiques en psychiatrie

Nicolas Franck

## Remédiation cognitive

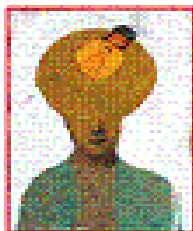
2<sup>e</sup> édition

- Principes généraux
- Indications et programmes
- Modalités d'utilisation

Pr NICOLAS FRANCK

## ENTRAÎNEZ ET PRÉSERVEZ VOTRE CERVEAU

PLUS DE VITALITÉ CÉRÉBRALE



## Prescrire les antipsychotiques

Propriétés et modalités d'utilisation

Nicolas Franck  
Fabien Fromager  
Florence Thibaut

Préface de Pierre Thomas

