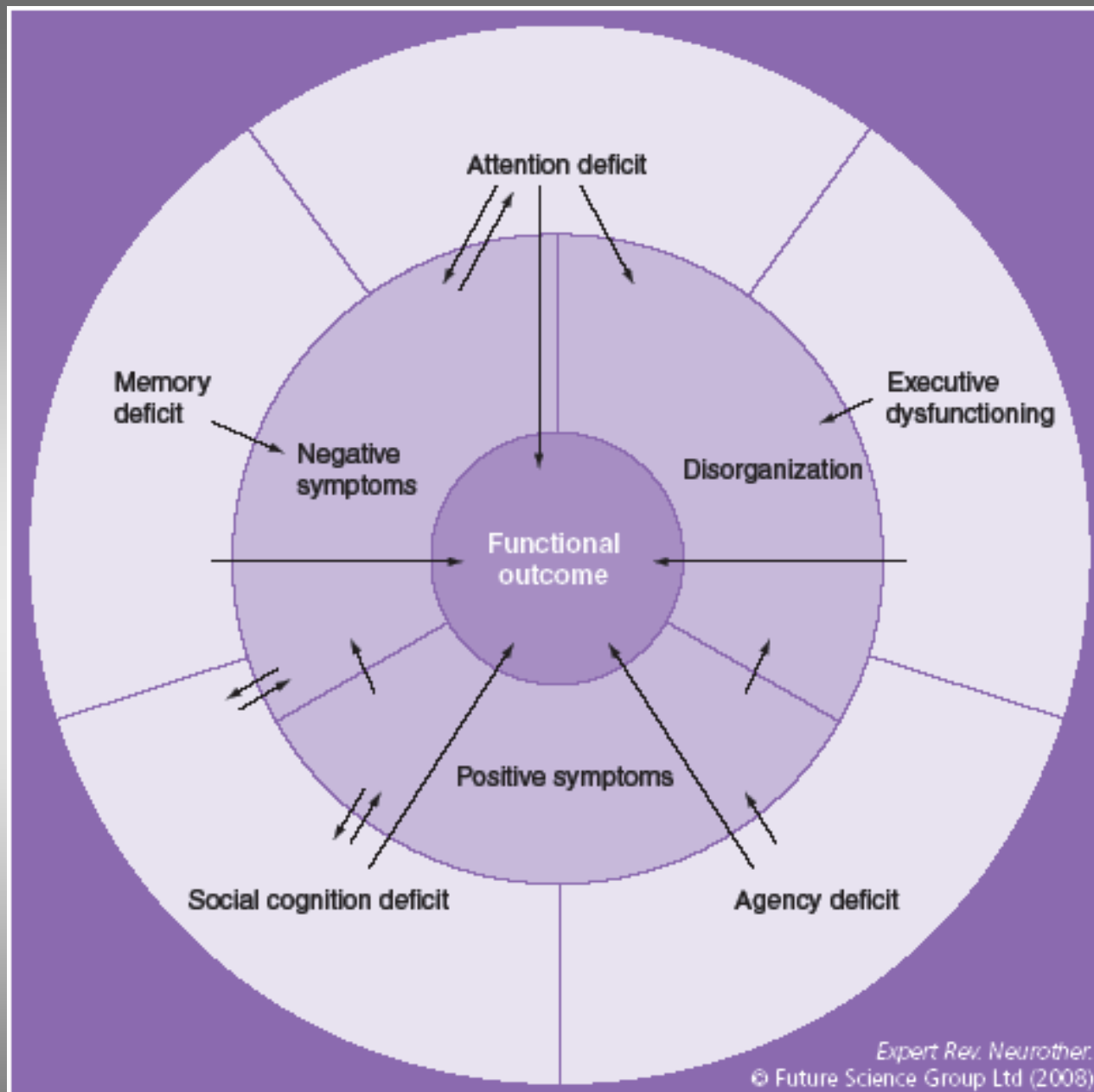




# Remédiation cognitive quels outils et quelles pratiques?

**Nicolas Franck**

Université Lyon 1, Centre de Neurosciences Cognitives  
(UMR 5229, CNRS)  
& Centre Hospitalier le Vinatier, Bron



**Figure 1. Relationships between cognitive impairments, symptoms and functional outcome in schizophrenia (the listing of deficits is not exhaustive).**

Demily & Franck, *Exp Rev Neurother*, 2008

# Déficits cognitifs et schizophrénie

## Fonctions atteintes

- attention
- mémoire
- fonctions exécutives

## Importance du problème: ces déficits

- touchent **70-80 % des patients** (Heinrichs et Zakzanis, Neuropsychology, 1998), selon les normes définies pour la population générale
- sont observés chez **presque tous les patients** lorsque leur propre fonctionnement prémorbide sert de référence (Gold, OJWPA, 2008)
- sont présents **dès le premier épisode** et stables dans le temps (Rodriguez-Sanchez et al, Schizophr Res, 2008)
- différent d'un patient à l'autre

# Facteurs prédictifs d'une incapacité à travailler

- Altération cognitive (100% des études)
- Symptômes négatifs (87% des études)
- Symptômes positifs (78% des études)
- Symptômes psychiatriques aspécifiques (64% des études)

McGurk et Mueser, Schizophrenia Research, 2004

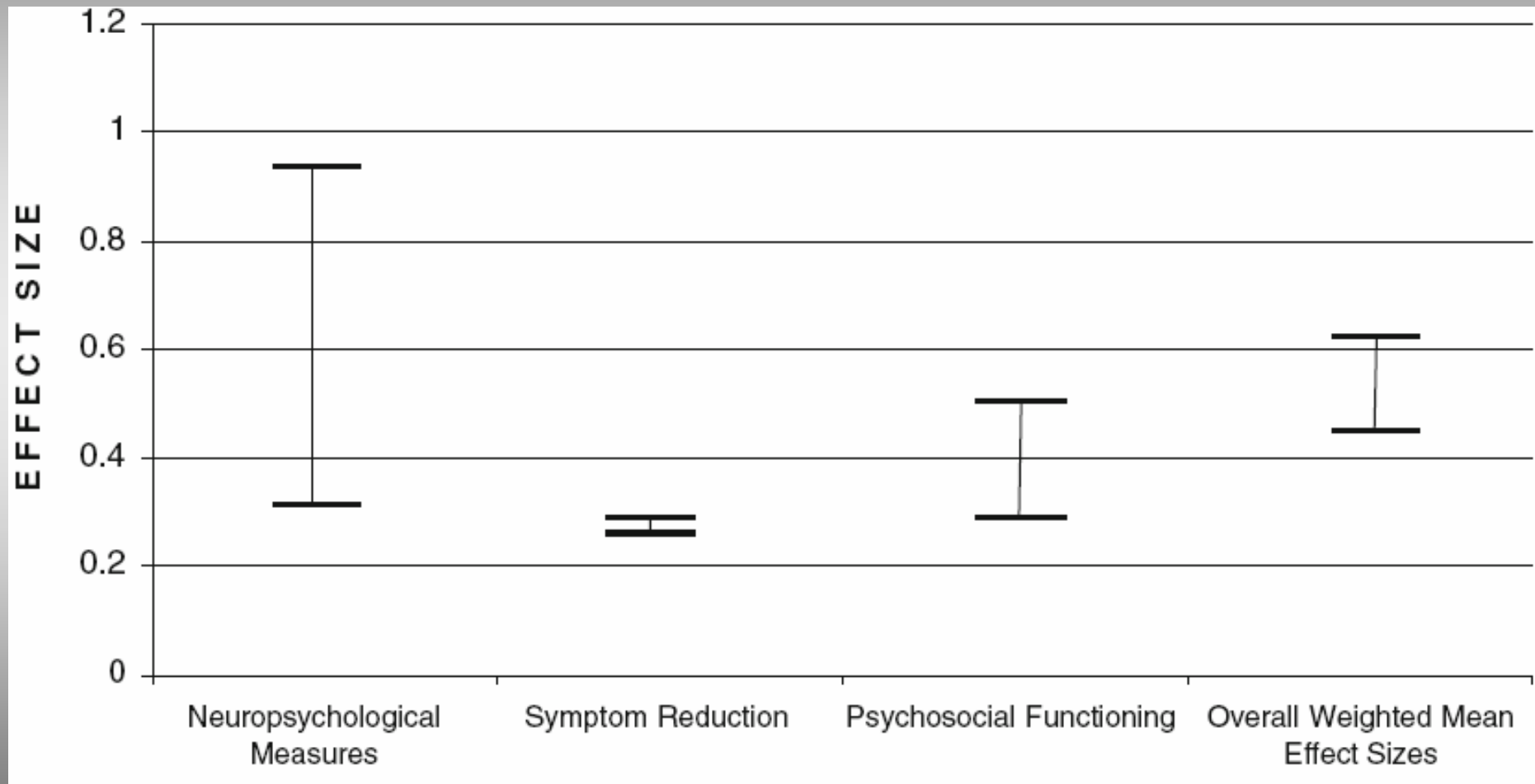
# Comment prendre en charge les troubles des fonctions supérieures ?

- Efficacité modeste des psychotropes actuels
- Les psychothérapies n'agissent pas à ce niveau
- Seules des méthodes spécifiques ont un effet bénéfique net : efficacité démontrée de la remédiation cognitive

# Remédiation cognitive: résultats attendus

- Amélioration des fonctions déficitaires
- Amélioration symptomatique
- Amélioration de l'estime de soi
- Amélioration de l'adaptation sociale et de l'insertion professionnelle

# Efficacité de la remédiation cognitive



# Persistance à 6 mois des effets

- sur les fonctions exécutives
- sur la mémoire de travail
- sur la mémoire verbale

(Bellet al, 2007, Hodge et al, 2008,  
Hogarty et al, 2006, Medalia et al, 2002)



# Nécessité d'un bilan neuropsychologique

- Caractérisation du profil de déficit cognitif (variables intermédiaires  $\neq$  incapacités effectives)
- Mettre en lien les résultats avec le fonctionnement du patient (synthèse clinique)
- Bénéfices en termes de pertinence du projet de réinsertion sociale et professionnelle : meilleure appréhension des possibilités du patient
- Mise en évidence de déficits accessibles à la remédiation cognitive

# Programmes de remédiation disponibles en français

- **IPT**: remédiation cognitive + compétences sociales; prise en charge groupale - 2 animateurs; peut s'adresser aux patients régressés
- **REHA-COM**: programme assisté par ordinateur (initialement destiné aux cérébro-lésés), stimule les fonctions de base (attention, mémoire, raisonnement logique); non destiné aux patients régressés
- **CRT**: entraînement individuel, exercices papier-crayon, flexibilité cognitive visée en priorité
- **RECOS**: entraînement adapté aux déficits du patient; prise en charge interindividuelle; exercices papier-crayon et sur PC



# Validation de RECOS

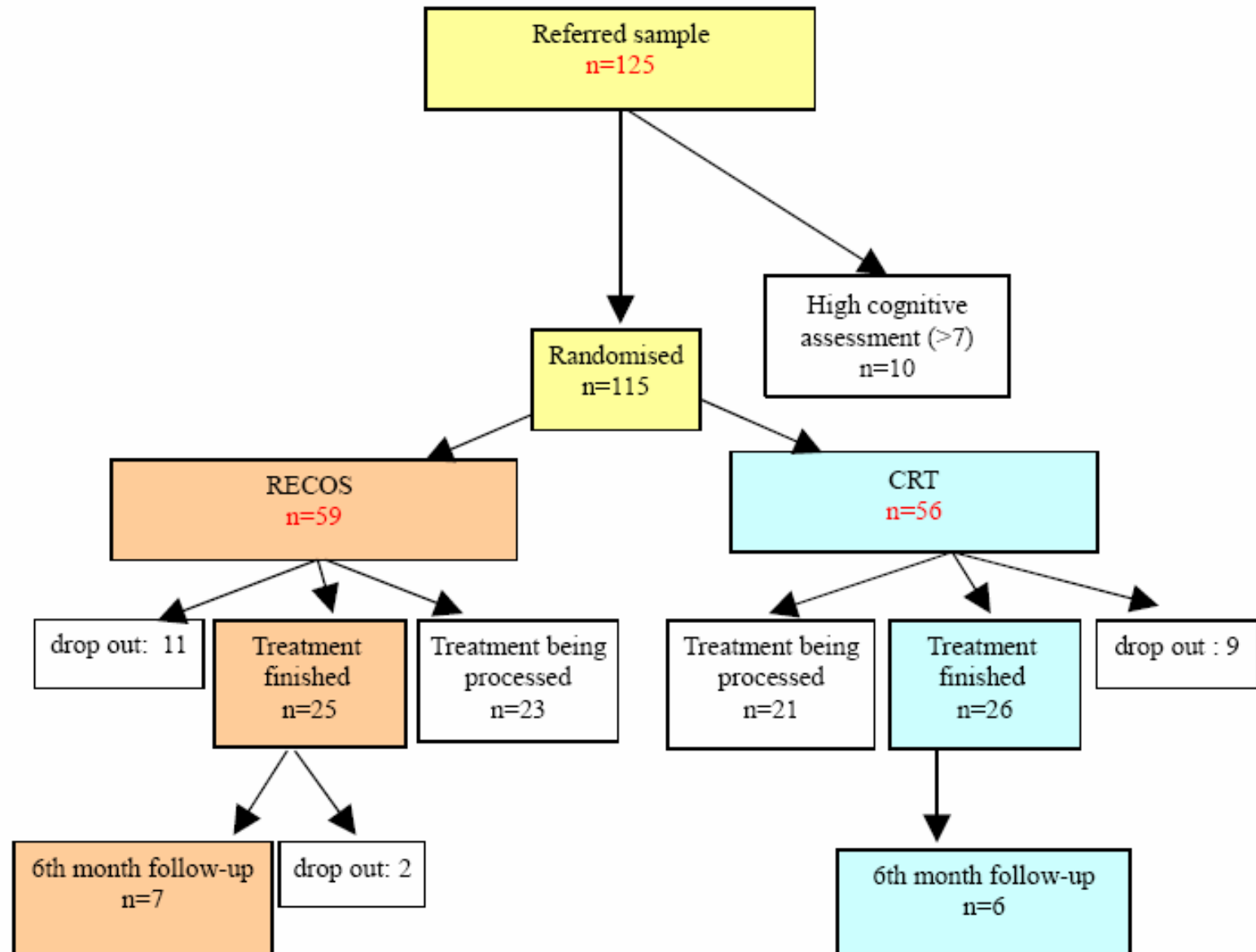
PHRC national 2008 – projet international

8 centres:

- CHUV Lausanne (P. Vianin, concepteur du programme RECOS & P. Deppen)
- CH Saint-Jean-de-Dieu (C. Demily & S. Foullu)
- CHU Bordeaux (H. Verdoux)
- CH Sainte-Anne (I. Amado & F. Petitjean)
- CH Clermont-de-l'Oise (M.C. Bralet)
- CH Niort (Y. Ménetrier, P. Bloch, L.A. Blois)
- CH Ville-Evrard (D. Januel)
- CH Vinatier (N. Franck, coordonateur & C. Duboc, neuropsychologue et ARC)

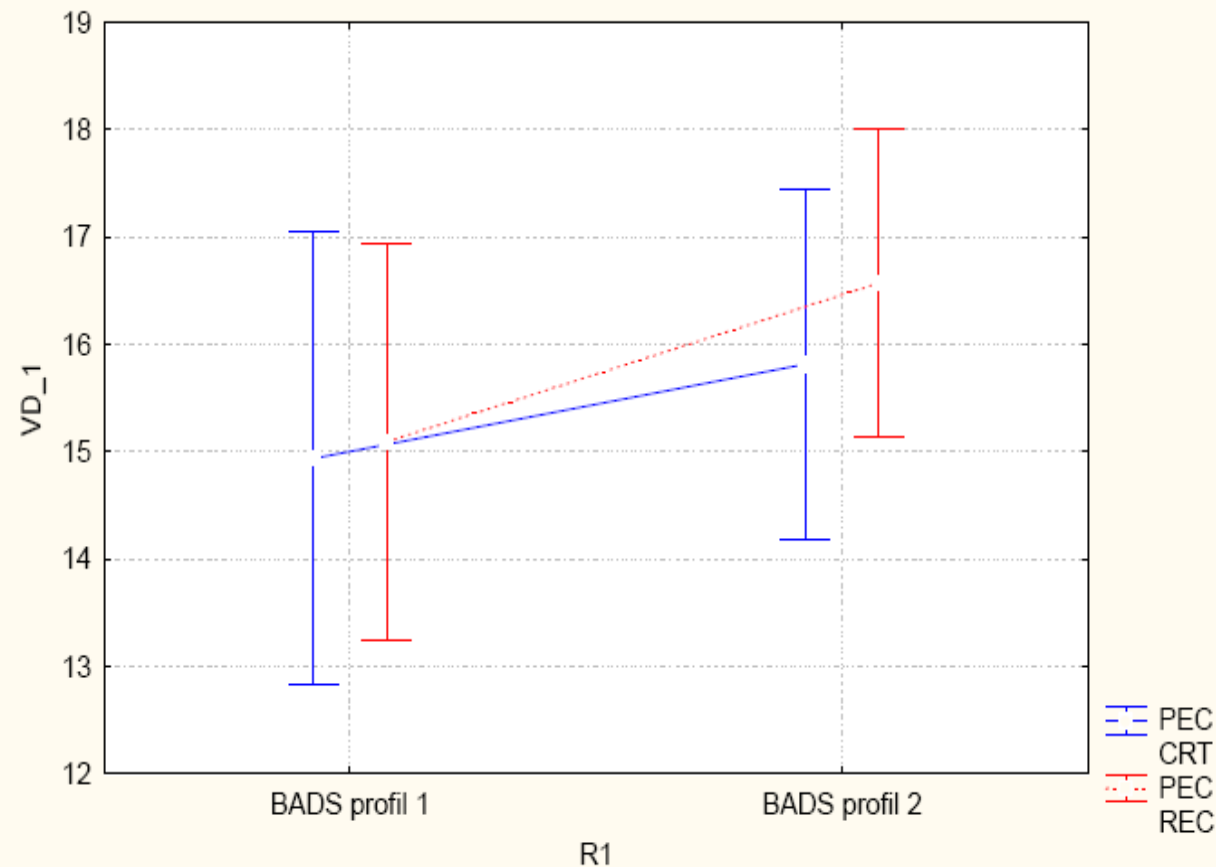


# Etat d'avancement du protocole RECOS en mai 2010



# Evaluation des fonctions exécutives: score BADS avant et après RECOS ou CRT

n=38  
pas d'interaction  
amélioration Bads 1-Bads  
p<.05



# Indications et conditions d'utilisation

- Patients stabilisés du point de vue symptomatique + traitement stable et à dose minimale efficace
- Déficit cognitif objectivé
- Conséquences pratiques du déficit cognitif objectivées
- Intervenir le + précocement possible
- Tenter quelque chose même chez les patients institutionnalisés ou chroniques
- Indications différentielles selon les programmes:
  - IPT pour les patients les + régressés ou les + inhibés
  - RECOS pour de jeunes patients avec réinsertion possible
  - CRT pour des patients nécessitant une intervention progressive et/ou un étayage soutenu

# Remédiation cognitive: perspectives

- Nécessité de repenser l'organisation des soins en prenant en compte la remédiation cognitive
- Nécessité de diffuser des outils validés
- Adapter la remédiation aux déficits des patients
- Traiter les déficits cognitifs / symptômes (module 6 de RECOS, Favrod et Vianin; ToMRemed, Bazin et Passerieux...) 15

# Remédiation cognitive: conclusion

- La remédiation cognitive regroupe un ensemble de **techniques efficaces** dans le traitement de la schizophrénie en complément des médicaments et des psychothérapies
- Elle est encore **trop peu répandue** eu égard à ses résultats
- Formation des thérapeutes facilement accessible (**DU**)
- Diffusion des connaissances par l'**AFRC**





# OFFRE DE FORMATION

OFFRE DE FORMATION



FORMATIONS SANTE

Accueil >> DU >> DU >> Parcours : Remédiation cognitive

[Inscription internet](#) [Rechercher](#) [Imprimer](#) [Télécharger](#)

- Domaine : **DU SANTÉ**
- Diplôme : **DU**
- Parcours : **Remédiation cognitive**

**Présentation**

Description du parcours

Description

Contacts

## :: Présentation :

- Nature de formation :**  
Diplôme d'établissement homologué
- Niveau de recrutement :**
- Formation initiale:**  
- normale: 949 €
- Niveau de sortie :**
- Formation continue:**  
- prise en charge individuelle: 1234 €  
- prise en charge employeur: 1234 €
- Durée de la formation :**  
2 semestres

## Liste des étudiants (Exclusivement réservé à l'usage des enseignants)

**Veillez vous identifier**

Identifiant :  Mot de passe :

# AFRC

Association Francophone  
de Remédiation Cognitive

