

Remédiation cognitive:

pourquoi en a-t-on besoin et quelles sont ses applications en psychiatrie?

Publication: 15/08/2013

Jean a 23 ans. Il souffre depuis ses 17 ans d'une schizophrénie, une pathologie mentale sévère et invalidante entraînant des difficultés de fonctionnement à l'école, au travail et dans sa famille. Au début, ses symptômes étaient au premier plan et des idées de persécution envahissaient l'ensemble de ses activités. Souffrant d'hallucinations auditives, il se sentait isolé socialement, et avait des troubles du comportement. Avec le traitement et un soutien psychologique ses symptômes se sont améliorés. Cependant ses problèmes de mémoire, d'attention, d'organisation et de traitement de l'information ont été un frein pour construire une vie satisfaisante.

Amélie a 42 ans et a souffert d'une pathologie mentale durant 10 ans, qualifiée pour certains de trouble bipolaire, pour d'autres de troubles schizo-affectifs (coexistence de symptômes psychotiques et troubles de l'humeur). Son humeur a été considérablement améliorée par des traitements et une psychothérapie, mais elle est dans l'impossibilité de retourner à son métier dans la restauration ou d'assumer ses responsabilités familiales et affective auprès de son mari et de ses deux enfants. Il est difficile de maintenir des relations sociales lorsqu'on ne peut prêter attention aux personnes qui nous entourent ou de se souvenir de ce que ces personnes nous disent. Le travail et les responsabilités quotidiennes d'une personne qui souhaite rester autonome peuvent devenir insurmontables lorsqu'on a des difficultés pour traiter, mémoriser ou organiser l'information.

Il existe actuellement des traitements, des programmes thérapeutiques d'entraînement qui réduisent les déficits cognitifs associés à certaines pathologies mentales. La **Remédiation Cognitive** (CR) est un thérapeutique innovante en psychiatrie, et si vous ou l'un de vos proches peut en bénéficier alors vous aimeriez certainement en savoir plus, afin de voir si ce traitement peut l'aider.

La RC est un thérapeutique qui a pour but de réduire les difficultés cognitives, à différentier des symptômes psychotiques ou des troubles de l'humeur.. L'ensemble des thérapies, y compris le traitement et certaines formes de psychothérapies, réduisent partiellement certains symptômes comme les difficultés de concentration, ou la distractibilité. La RC est centrée sur l'incapacité que peuvent entraîner des troubles de l'attention, de la mémoire ou de la planification.

*La RC se définit comme une **pratique interventionnelle d'entraînement intellectuel** qui cible les difficultés cognitives par l'utilisation de techniques d'apprentissage. Elle se fonde sur l'apprentissage massif, la répétition d'exercices, l'apprentissage de stratégies pour résoudre des problèmes complexes, et le développement de moyens de résoudre les difficultés au niveau du travail ou qui limitent l'efficience au quotidien.*

La RC se pratique au moyen de différents programmes -qui sont maintenant disponibles- avec des sessions d'entraînement et des exercices qui peuvent même être ludiques (Medalia and Saperstein, 2013). Les sujets qui s'y engagent sont souvent très motivés, ce qui diffère parfois de l'attitude que les patients peuvent avoir face à certains traitements ou certaines prises en charge. La RC fournit aussi des stratégies pour résoudre des problèmes complexes : planifier une matinée de courses, se rendre d'un lieu à un autre, répondre à des responsabilités professionnelles, scolaires ou universitaires. Elle apporte au patient plus de confiance en soi et en ses capacités intellectuelles.

Un principe fondamental de ce traitement, est que l'amélioration cognitive qui est constatée à la fin des sessions puisse être transférée sur des tâches de la vie quotidienne. De fait, les gains acquis durant la remédiation permettent à la personne de mieux appliquer les programmes de réhabilitation pour se maintenir ou reprendre ses études, pour obtenir un emploi ou garder son emploi (Killackey et al. 2008, Bell et al. 2005).

Un bénéfice important de la RC, c'est aussi d'améliorer les aptitudes à interagir dans des situations sociales, dans une conversation, à apprécier les intentions et les émotions d'autres personnes; ce que d'aucuns appellent "intelligence émotionnelle" - ces aptitudes qui vont de pair avec un épanouissement pour chacun d'entre nous, pas seulement pour les patients qui souffrent d'une pathologie mentale sévère-. Plus encore, La RC peut aider les patients qui souffrent de pathologie mentale, qui souvent sous estiment leur gêne au quotidien, à mieux prendre conscience de leurs difficultés et des retentissements que celles-ci ont sur leur vie personnelle et professionnelle.

Ces programmes sont proposés à un patient, ou via son entourage familial après un bilan approfondi. Ils sont recommandés lorsque les patients sont stabilisés cliniquement, à distance d'un épisode aigu, et d'accord pour s'y engager. Les cliniciens spécialistes de ces programmes peuvent accroître la motivation des patients en leur proposant des programmes qui répondent aux souhaits des patients traités - à savoir d'avoir plus d'amis, de gagner sa vie, ou d'avoir une vie sociale (Choi et al. 2010).

La RC a d'autant plus de chance de réussir si elle s'intègre à un projet ou à des perspectives de réhabilitation (Amado et al. 2011), Lehman, A: American Journal of Psychiatry, Editorial, 2012, "Making a Difference"). Du fait qu'il s'agit de programmes de trois à six mois, qui se pratiquent accompagné par un thérapeute, c'est un investissement pour le patient autant que pour l'équipe soignante. L'investissement devient alors nettement supérieur au coût lorsque la RC sert de tremplin pour un meilleur fonctionnement. . Idéalement, tout programme doit être inclus dans un programme de réhabilitation qui offre des aides pratiques pour retourner au travail ou à l'école, ou pour vivre de manière autonome (McGurk and Wykes, 2008). Cela signifie qu'avec une programme de RC et de réhabilitation, une personne a plus de chances d'accroître son autonomie, de terminer ses études ou de parachever l'objectif auquel elle s'est astreint, de travailler, d'avoir une vie sociale, ou d'assumer ses responsabilités quotidiennes.

La RC est surtout préconisée pour des pathologies de type schizophrénique, ou psychose associée; mais également pour des troubles bipolaires. En Europe, des programmes se développent pour des sujets ayant une pathologie métabolique ou

génétique rare avec symptômes psychiatriques (ex syndrome vélocardiofacial), ou pour les problèmes cognitifs associés à l'anorexie mentale de l'adolescente (Tchanturia et al. 2013). Chez l'enfant, des programmes existent pour des problèmes "dysexécutifs" (semblables aux difficultés de fonctionnement décrites plus haut pour l'adulte) : hyperactivité déficit de l'attention (THADA), jeunes ayant des troubles du spectre autistique avec un bon fonctionnement cognitif, ou des difficultés d'apprentissage sévères.

Les bénéfices de cette thérapie sont cliniques, cognitif et fonctionnels. Elle améliore la composante dépressive existante chez certains patients, possiblement du fait d'une meilleure confiance en soi et de la dynamique de succès qui s'amorce. Bien que l'amélioration cognitive soit modeste, elle est irréfutable et régulièrement retrouvée (Wykes et al. 2011). En imagerie cérébrale, des structures cruciales pour le fonctionnement cérébral, localisées dans le lobe frontal, hypoactives avant programme, se réactivent après le programme parallèlement à une amélioration de la mémoire de travail (Penades et al. 2013); en outre un arrêt de la perte de matière grise (au niveau des cellules cérébrales) a été observé, deux ans après une thérapie comportementale incluant de la RC (Eyck et al. 2010).

La RC est relativement récente en psychiatrie et en santé mentale. Cependant ses bases scientifiques, elles, ne sont pas récentes : elles reposent sur les fantastiques avancées des neurosciences cognitives. Le temps est venu d'inclure cette thérapie dans l'apanage de soins psychiatriques comme standard de prise en charge en soins courant proposé aux patients et aux familles de patients avec pathologie mentale sévère, en particulier pour la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs. Cela implique que ces techniques soient d'abord introduites dans des centres cliniques de références, à la pointe de l'innovation. Ensuite ces pratiques vont être implantées à plus large échelle à travers des programmes de soins sur la base de standards de bonne pratique pour les patients (et les familles) avec la nécessité de former les équipes soignantes à ces programmes dans tous les centres de santé mentale.

La RC va, de manière évidente, changer la vie de nos patients freinés par la maladie mentale. Nous nous devons d'offrir ce nouveau traitement pour nos patients et leurs proches.

Isabelle Amado, MD, PhD, est psychiatre et directrice du Centre Référent en remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale à l'hôpital Sainte-Anne de Paris.

Lloyd I. Sederer, MD, est directeur médical du NYS Office of Mental Health, Adjunct Professor at the Columbia/Mailman School of Public Health, et auteur de *The Family Guide to Mental Health Care* (WW Norton, 2013).

Les idées présentées dans cet article n'engagent que leurs auteurs, et non les structures auxquelles ils sont affiliés.

Références:

Medalia A, Saperstein A. Does cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes? *Curr Opin Psychiatry*, 2013;26 (2): 151-7.

Bell MD, Bryson GJ, Greig TC, Fiszdon JM, Wexler BE. Neurocognitive enhancement with work therapy: Productivity outcomes at 6 and 12 months follow-ups. *J Rehab Res Dev* 2005;42(6):829-38.

Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first episode psychosis: individual placement and support versus treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193(2):114-20

Choi J, Fiszdon JM, Medalia A. Expectancy value theory in persistence of learning effects in schizophrenia: role of task value and perceived competency. *Schizophrenia Bulletin* 2010; 36(5):957-965.

Amado I, Krebs MO, Gaillard R, Olié JP, Lho H. Les principes de la remédiation cognitive dans la schizophrénie. *Bulletin de l'Académie. Nationale de Médecine*, 2011,195 (6),1319-1333.

McGurk SR, Wykes T. Cognitive remediation and vocational rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31(4):350-9

Tchanturia K, Lloyd S, Lang K. Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *Int J Eat Disord*. 2013;46(5):492-5.

Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 2011;168(5):472-85

Penades, R., et al., Brain effects of cognitive remediation therapy in schizophrenia: a structural and functional neuroimaging study. *Biol Psychiatry*, 2013. **73**(10): p. 1015-23.

Eack SM, Hogarty GE, Cho RY, Prasad KM, Greenwald DP, Hogarty SS, Keshavan MS. Neuroprotective effects of cognitive enhancement therapy against gray matter loss in early schizophrenia: results from a 2-year randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(7):674-82.

LICENCE / http://www.huffingtonpost.fr/isabelle-amado-md-phd/quest-ce-que-la-remediation-cognitive_b_3728095.html