

La remédiation cognitive et son intérêt en gériatrie

Dr Christophe Bouché

Unité de psychiatrie de la personne âgée

Département de psychiatrie adultes du Pr R. Jouvent

GH Pitié-Salpêtrière-Charles Foix.

28 Juin 2017



Actualités en médecine gériatrique.

De 2016 à 2017...

- « La prise en charge de la dépression dans l'avenir passera par l'utilisation de nouvelles techniques de soins, associées avec les chimiothérapies et les psychothérapies pour avoir les cibles d'actions les plus larges possibles et donner un maximum de chance aux malades ».



- Stimulation magnétique trans-cranienne.
- Thérapies par réalité virtuelle.
- Electro-convulsivo-thérapie.
- Réhabilitation psychosociale (psychoéducation, entraînement aux habiletés sociales, remédiation cognitive)...
- Il existe un risque d'une trop grande technicité au détriment de l'accompagnement du patient alors que les traitements permettent les thérapies.



Dépression de la personne âgée

- Fréquente (20% vie entière, incidence augmentant avec l'âge, jusqu'à 40% en institution).
- Chronique.
- Entraînant un retentissement social et familial important.
- Mortelle.
- Curable.



Clinique

- Tristesse de l'humeur, anxiété, anhédonie, douleur morale.
- Démotivation, asthénie, ralentissement psycho-moteur.
- Thèmes mélancoliques (caractéristiques psychotiques).
- Perte de l'estime de soi. Vision négative des autres et du monde.
- Troubles des fonctions instinctuelles.



Troubles cognitifs

- Présents pendant l'épisode dépressif.
- Pas de restitution ad integrum après les premiers épisodes. Il existe un coût cérébral de la dépression avec un retentissement anatomique et fonctionnel sur l'ensemble des structures encéphaliques impliquées dans le processus dépressif (hippocampique, préfrontal, amygdalien).

Cortex préfrontal

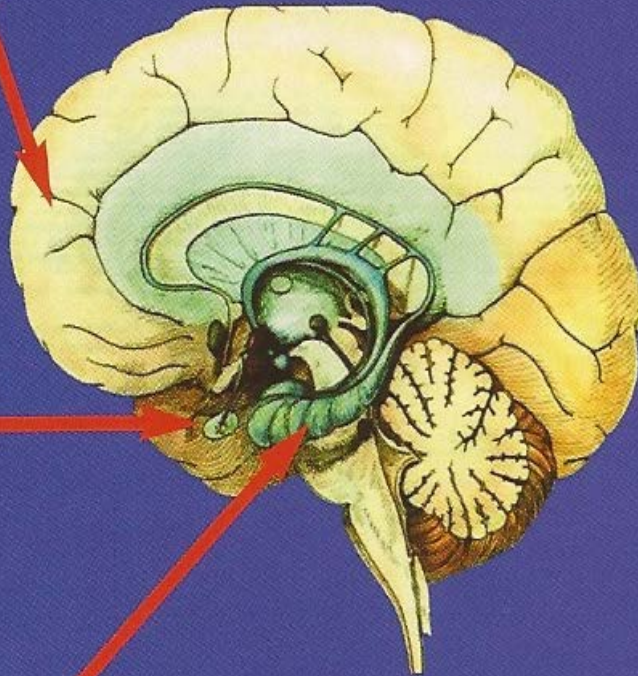
- ↓ Volume⁴
- ↓ Neurogenèse^{5,6}
- ↓ Nombre de cellules gliales^{5,6,7}
- Modifications du flux sanguin et du métabolisme du glucose⁸

Amygdale

- ↑ puis ↓ Volume^{9,10}
- ↓ Nombre de cellules gliales¹¹
- Modifications du flux sanguin et du métabolisme du glucose⁸

Hippocampe

- ↓ Volume^{1,2}
- ↓ Neurogenèse³



1. Sheline *et al.*, 1999 - 2. Bremner *et al.*, 2003
3. Rajkowska *et al.*, 2002 - 4. Bremner *et al.*, 2003
5. Cotter *et al.*, 2001 - 6. Rajkowska *et al.*, 2002
7. Onur *et al.*, 1998 - 8. Drevets 2000 - 9. Frodl *et al.*, 2003
10. Sheline *et al.*, 1999 - 11. Hamidi *et al.*, 2003



Troubles mnésiques:

- Aspécifiques
- Troubles de la mémoire à court terme (maintien et traitement concomitant de l'information).
- Troubles de la mémoire à long terme épisodique (encodage, stockage et rappel libre, focalisation sur les informations à valence émotionnelle négative, difficulté plus marquée pour le matériel complexe).



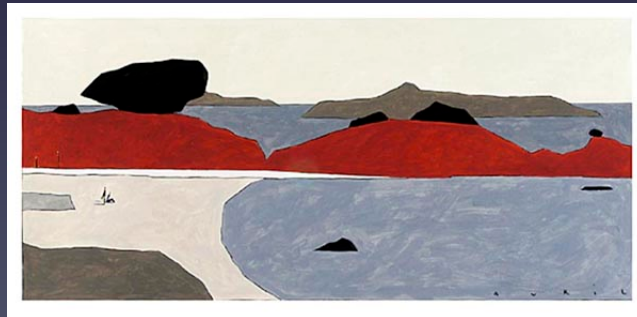
Troubles attentionnels:

- Troubles de l'attention sélective (ruminations; pensées négatives)
- Troubles de l'attention soutenue (asthénie, anxiété)
- Troubles de l'attention divisée (double tâche)
- Ralentissement de la pensée



Troubles des fonctions exécutives:

- Difficultés pour inhiber les réponses automatiques
- Baisse de la flexibilité mentale
- Altération des capacités d'initiative
- Difficultés d'adaptation dans les situations nouvelles et complexes
- Difficultés d'organisation au quotidien.



Troubles de la métacognition:

- Croyances dysfonctionnelles (l'anxiété et les ruminations aideraient à se concentrer et à s'organiser; il faudrait contrôler ses cognitions; on ne peut se fier à sa mémoire; il faut analyser le fonctionnement de ses cognitions)
- Retentissement sur le processus dépressif avec l'entretien et l'aggravation de la culpabilité, de la faible estime de soi, de l'anhédonie et du manque d'intérêt



Troubles de la cognition sociale:

- Retrait social et familial, isolement, diminution des capacités de communication, comportements d'évitements, autocritique amenant l'entourage à mettre de la distance (déficit et conflits des relations interpersonnelles)



Ces troubles cognitifs persistants ou résiduels influent négativement sur la gestion du quotidien, les relations interpersonnelles, l'état émotionnel, l'autonomie et la qualité de vie.

Limiter ces troubles et leur retentissement est un point vital de la théraputique de la dépression de la personne âgée.



La remédiation cognitive assistée par ordinateur

- La remédiation cognitive permet de traiter les déficits cognitifs grâce à l'amélioration des fonctions déficitaires (par la répétition d'exercices ciblés, répétés et de difficulté croissante) et au développement de stratégies compensatoires.
- Usage thérapeutique la différenciant de l'entraînement cérébral (accompagnement par un thérapeute formé, programmes adaptés à la pathologie des patients et validés scientifiquement, de progression lente, accompagnement personnalisé pour éviter les mises en échec et l'aggravation des troubles...)

Indications:

- Troubles cognitifs
- Stabilité clinique (après la phase aiguë et quand le traitement est équilibré, pour traiter les déficits résiduels indépendamment de ceux liés au traitement et à la pathologie psychiatrique)
- Après évaluation neuropsychologique.
- Patients motivés et conscient de l'existence de ces troubles cognitifs (lien avec la psychoéducation)
- Suivi psychothérapeutique parallèle.

Pourquoi l'ordinateur:

- Outils plus adaptables avec modules adaptés au plus près des capacités et des besoins des sujets
- Progression des exercices plus facile à mettre en place
- Stimulation multi-sensorielle (permet une meilleure plasticité psychique que le support papier)
- Favorise le travail sur l'interactivité.
- Permet une meilleure confiance dans la technicité de l'outil
- Permet une meilleure médiation psychothérapique
- Outil d'intégration au siècle
- Permet de travailler sur l'humanisation puisque n'intègre pas la communication non verbale

En pratique

Préliminaires:

- Bilan neuropsychologique (pour adapter les exercices, permettre une évaluation à terme et éliminer des troubles cognitifs trop importants de nature neuro-dégénérative)
- Travail de psychoéducation (bonne connaissance des troubles)
- Travail sur la motivation et l'anxiété
- Connaissance de l'outil informatique et de son maniement avec l'aide du thérapeute

Temps 1: Entraînement cognitif et développement de la métacognition

- Exercices de difficultés croissantes
- Sollicitation de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives

Objectifs:

1. entraînement des fonctions cognitives déficitaires et préservées
2. prise de conscience de ses faiblesses (avec l'augmentation progressive des difficultés des exercices)
3. prise de conscience de ses forces (développement de stratégies compensatoires avec l'aide du thérapeute pour pallier aux difficultés rencontrées)
4. prise de conscience de ses ressources et de ses capacités adaptatives (fonctions exécutives).

Temps 2: Transfert des compétences acquises en RCAO dans la vie quotidienne

- Identification des situations problématiques avec risque d'échec
- Appui sur les stratégies élaborées en RCAO pour la résolution des problèmes identifiés
(métacognition, fonctions exécutives)

Outils (RECOD)

- Accessible sur internet (sous conditions)
- Exercices répétés et de difficultés croissantes

Regroupés en plusieurs modules:

1. Mémoire (épisode verbale/visuelle, de travail)
2. Attention (sélective, soutenue)
3. Raisonnement (déductif, résolution de problèmes, fonctions exécutives)
4. Traitement visuo-spatial (imagerie mentale et rotation mentale)
5. Langage (compréhension, fluence verbale, vocabulaire)

- dix niveaux de difficultés croissantes
- Passage à un niveau supérieur possible seulement si deux réussites consécutives

C'est à partir de ses échecs et de l'augmentation du niveau d'exigence des exercices que le patient va **pouvoir** élaborer de nouvelles stratégies de résolution de problèmes et avoir une **progression** de ses capacités valorisante avec une **augmentation de l'estime de soi**.

Personnes âgées

- Plus de séances (4 séances par semaine sur sept semaines chez l'adulte jeune) mais plus éloignées les unes des autres.

Présence constante du thérapeute (1 fois sur 4 chez l'adulte jeune) qui permet:

- Une vigilance accrue sur le risque de mise en échec
- Des points répétés sur la progression effectuée
- Un travail sur les métacognitions et le développement de stratégies adaptatives
- De penser le transfert des compétences acquises dans la vie quotidienne
- D'aider le patient à verbaliser à haute voix ses raisonnements
- D'aider le patient à évaluer et s'approprier ses propres stratégies alternatives

Cette démarche introspective du patient accompagné par son thérapeute permet:

- Une meilleure connaissance de soi
- Une meilleure capacité d'analyse des problèmes et de la difficulté des tâches à effectuer
- Une meilleure connaissance des stratégies compensatoires avec la création de nouveaux automatismes

Pour déboucher sur une amélioration des fonctions exécutives, des troubles de l'émotivité et de l'estime de soi.

En conclusion

- La remédiation cognitive assistée par ordinateur a fait la preuve de son efficacité dans les troubles cognitifs associés aux troubles mentaux dont la dépression
- Des critères spécifiques liés à l'âge (motivation, absence de troubles cognitifs déficitaires trop importants, contrôle de l'anxiété, minimum d'appétence à l'outil informatique) doivent être pris en compte pour faire bénéficier le patient de l'outil RAO
- Associée à d'autres thérapeutiques de la dépression elle concoure à améliorer la motivation, l'estime de soi, elle permet de diminuer les distorsions cognitives de la métacognition et améliorer les fonctions exécutives
- Elle améliore de ce fait la qualité des relations interpersonnelles et la qualité de vie et diminue le handicap fonctionnel de la maladie
- Il s'agit d'une thérapeutique d'avenir qui trouve sa place dans les suivis ambulatoires de patients en CATTP ou hôpital de jour

- Merci pour leur collaboration active à cet exposé mesdames Delphine Besnard et Clémence Bodin (psychologues à l'UPPA)
- Merci pour leurs travaux dans l'élaboration de cet outil et leur aide pour une meilleure compréhension de la dépression messieurs Roland Jouvent et Philippe Fossati (PU-PH dans le département de psychiatrie de la Salpêtrière)
- Merci pour son travail de thèse qui a très largement contribué à la construction de cet exposé madame Soumet-Leman (psychologue dans le département de psychiatrie adulte de la Salpêtrière)
- MERCI POUR VOTRE ATTENTION

PRENEZ SOIN DE VOUS