

LA RÉÉDUCATION COGNITIVE: ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Christine Passerieux et Nadine Bazin

La Doc. française | *Revue française des affaires sociales*

2009/1 - n° 1-2
pages 157 169

ISSN 0035-2985

Article disponible en ligne l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-157.htm>

Pour citer cet article :

Passerieux Christine et Bazin Nadine, La rééducation cognitive : évaluation des résultats,
Revue française des affaires sociales, 2009/1 n° 1-2, p. 157-169.

Distribution électronique Cairn.info pour La Doc. française.

La Doc. française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La rééducation cognitive : évaluation des résultats

Christine Passerieux et Nadine Bazin*

■ Naissance de la « rééducation cognitive » ou remédiation cognitive

Dès les premières descriptions des troubles schizophréniques, les problèmes cognitifs ont été considérés comme des signes majeurs et constants (Bleuler, 1911), à côté des symptômes comme le délire ou les hallucinations. Cependant, la cible des traitements médicamenteux, développés à partir des années 1950 à la suite de la découverte de la chlorpromazine, a été exclusivement symptomatique. Force est aujourd'hui de constater que le bilan général des avancées de la psychiatrie dans la prise en charge au long cours des troubles schizophréniques reste très mitigé. Ainsi, Hegarty (1994), dans une méta-analyse des différentes études prospectives conduites au cours du 20^e siècle, conclut que les traitements, en particulier médicamenteux, n'ont que peu modifié le devenir fonctionnel des patients, permettant au plus de passer de 25 % d'évolution favorable à 35 %.

C'est relativement récemment que les chercheurs en psychologie et en pharmacologie ont considéré les habiletés de pensée comme des cibles thérapeutiques, du fait de la convergence d'un certain nombre de facteurs. Le premier fait majeur a été la démonstration, dans les années 1970, d'une possibilité d'amélioration des performances cognitives des patients schizophrènes. Contrairement à la conception largement dominante d'un caractère irréversible, voire d'aggravation progressive, des déficits cognitifs considérés comme des marqueurs biologiques de la maladie, un certain nombre de travaux ont montré que leur intensité peut être réduite par des techniques d'apprentissage. Par exemple, Koh *et al.* (1976), dans une série de travaux visant à mieux comprendre la nature des troubles de la mémorisation des schizophrènes, ont montré que, lorsque les patients sont incités à utiliser des stratégies de mémorisation efficaces, leurs performances se normalisent. Le deuxième facteur a été le courant de désinstitutionalisation (1970-1980), conduisant à faire sortir les patients des structures asilaires et à développer

* Christine Passerieux : professeur des universités – praticien hospitalier, psychiatre, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines – Centre hospitalier de Versailles.
Nadine Bazin : praticien hospitalier, psychiatre – Centre hospitalier de Versailles.

des soins dans la communauté. Les invalidités fonctionnelles des patients sont alors apparues d'autant plus saillantes que leur environnement devenait plus exigeant. Augmenter l'insertion sociale de personnes atteintes de troubles mentaux est devenu une question politique pour les services de santé mentale dans le monde entier et l'extension des programmes de réhabilitation a imposé l'évaluation de leur efficacité. Les responsables de ces programmes ont alors pointé la très grande difficulté à trouver des aménagements et des activités convenables pour les patients, leurs troubles cognitifs étant considérés comme l'un des principaux facteurs limitant.

Deux grandes stratégies visant l'amélioration des troubles cognitifs se sont alors développées : les thérapies médicamenteuses et psychologiques. En ce qui concerne la première – médicamenteuse – les effets des principaux traitements sur la cognition n'ont été pris en compte que récemment. Globalement, les antipsychotiques ont montré des effets positifs par leurs effets favorables sur les périodes aiguës, ce qui n'exclut pas la possibilité d'effets délétères en traitement chronique. À ce jour, un seul traitement visant l'amélioration des fonctions cognitives – le modafinil – a été testé avec un certain succès, mais il s'agit à l'évidence d'une question essentielle pour les recherches futures. La deuxième stratégie, psychologique, a bénéficié du développement considérable des neurosciences cognitives qui offrent à la psychiatrie des modèles fonctionnels et des méthodes scientifiques d'exploration (approche expérimentale, neuro-imagerie fonctionnelle) permettant un total renouvellement d'une approche jusqu'alors fondée sur des modèles neuropsychologiques lésionnels. Ces avancées récentes ont produit de nouvelles approches de « rééducation cognitive », fondées sur des techniques d'apprentissage. Désignées sous le terme générique de remédiation cognitive, ces thérapies reposent sur des données empiriques des relations entre la cognition et le fonctionnement « dans la vraie vie ». À ce jour, leurs bases théoriques restent faibles en dépit, comme nous le verrons, d'une efficacité à présent démontrée.

■ De quoi parle-t-on ? Que sont les troubles cognitifs des patients schizophrènes ?

Les fonctions cognitives désignent les processus mentaux qui permettent l'émergence de la pensée, le micro-grain des opérations mentales, inaccessibles à la conscience ou se réalisant le plus souvent sans prise de conscience, qui se déroulent en parallèle et dont résultent les représentations mentales et les comportements. Ces processus cognitifs permettent la réalisation d'un certain nombre de fonctions : attention, performances motrices, mémoire, fonctions exécutives, habiletés spatiales, langage, reconnaissance des émotions, etc.

L'évaluation de ces différentes fonctions cognitives se fait dans des conditions structurées de type expérimental et a donné lieu au développement de très nombreux tests dont le foisonnement rend souvent difficile la comparaison des études. Toujours est-il que, quelle que soit la fonction étudiée, des dysfonctionnements ont été observés chez les personnes présentant un trouble schizophrénique. Globalement, 85 % des patients ont des perturbations identifiables, qui les situent en dessous des performances de 90 % des sujets non pathologiques. Ces dysfonctionnements sont particulièrement marqués en ce qui concerne :

- l'attention (capacité à engager et maintenir son attention, à faire passer son attention d'un point à un autre) ;
- la mémoire (mémoire de travail, c'est-à-dire capacité à garder en tête plusieurs informations sur lesquelles des opérations mentales sont réalisées ; mémoire à long terme verbale, en particulier des souvenirs autobiographiques ou épisodiques) ;
- les fonctions exécutives (qui concernent l'activation, l'inhibition et l'organisation d'opérations de pensée en vue de la réalisation d'une tâche) ;
- la métacognition (c'est-à-dire la possibilité d'avoir une représentation de nos contenus de pensée ou de nos stratégies mentales) ;
- la cognition sociale (capacités cognitives spécifiquement dédiées à nos relations avec autrui, c'est-à-dire aptitudes, particulièrement développées chez les humains, à prévoir ou à expliquer le comportement de nos semblables, en leur attribuant des croyances, des souhaits, des intentions et des émotions et en sachant les distinguer des siennes propres).

En dépit de l'étendue des domaines dans lesquels des perturbations ont été identifiées, l'hypothèse d'un déficit généralisé ou d'un manque de motivation et d'engagement des patients dans les tests proposés a été réfutée, en particulier du fait de l'observation de situations dans lesquelles les patients schizophrènes ont des performances supérieures à celles des sujets sains.

■ Arguments en faveur d'une remédiation cognitive

Il est évident que les capacités cognitives interviennent dans le fonctionnement quotidien. Par exemple, c'est difficile de suivre une émission à la télévision si on ne parvient pas à fixer son attention ; prendre régulièrement un traitement ou faire des courses nécessite un niveau suffisant de fonctionnement mnésique, etc. Cependant, choisir de faire des troubles cognitifs une cible thérapeutique impose d'aller au-delà de ce simple constat.

Le premier niveau d'argument se fonde sur des données à présent nombreuses démontrant l'existence du lien entre fonctionnement cognitif et qualité du fonctionnement quotidien chez les personnes souffrant de schizophrénie : dans une revue des 37 études disponibles, Green *et al.* (2000) confirment l'existence de corrélations entre des performances cognitives mesurées en laboratoire et diverses mesures du fonctionnement quotidien. Cependant ce

lien n'est que modéré. Les données sont plus claires lorsque l'on choisit certains domaines spécifiques, en particulier les habiletés sociales ou la capacité à occuper certains rôles sociaux (avoir un conjoint, élever des enfants, avoir un travail). La majorité des études (cf. Addington et Addington, 1999) suggèrent que la perception sociale, la résolution de problèmes sociaux, les habiletés sociales générales sont liées aux performances cognitives et que, le plus souvent, les performances cognitives sont plus prédictives que les symptômes.

L'étape suivante consiste à explorer, dans des études longitudinales évaluant le devenir fonctionnel des patients sur plusieurs années, si leurs capacités cognitives à l'inclusion permettent de prédire le succès de programmes de réhabilitation. À l'occasion de la fermeture d'un grand hôpital psychiatrique anglais et de la mise en place d'un programme de réhabilitation intensif, Wykes *et al.* (1994) ont testé l'impact de divers facteurs – l'intensité des symptômes, le comportement social initial et les compétences cognitives – sur le devenir social des patients à 6 ans. Les résultats sont clairs : les seules variables prédictives sont certaines compétences cognitives. Ceux des patients qui avaient un déficit des fonctions exécutives et une mauvaise vitesse de traitement ne parvenaient pas à s'autonomiser des structures de soins intensifs. Récemment, Pfammater (2006) a recensé les différents facteurs cognitifs limitant l'apprentissage dans diverses thérapies psychosociales et programmes de réhabilitation. Ils sont multiples – troubles de la mémoire verbale à long terme ou de l'attention soutenue, fonctionnement exécutif, etc. – et ont plus d'impact que les symptômes.

Au total, il est aujourd'hui démontré que le niveau de fonctionnement cognitif est non seulement lié avec la qualité du fonctionnement actuel mais également qu'il a une forte valeur prédictive dans les études longitudinales, y compris lorsque des programmes de réhabilitation sont mis en œuvre.

■ Quelles sont les différentes approches de remédiation cognitive ?

Une distinction essentielle doit être faite entre les thérapies cognitives et comportementales et la remédiation cognitive :

- les thérapies cognitives et comportementales s'attachent aux contenus de pensée : les croyances et les schémas de pensées sous-jacents à ces croyances. Par exemple, il peut s'agir d'analyser avec le patient les croyances auxquelles s'attachent ses idées délirantes et de l'aider à remettre en question ces croyances sur le mode d'un dialogue socratique ;
- la cible ou plutôt les cibles de la remédiation cognitive sont de nature différente : il s'agit des processus cognitifs impliqués dans les différentes fonctions psychologiques mentionnées ci-dessus.

La remédiation cognitive recouvre en fait une grande diversité de pratiques, le choix des cibles et le type de travail proposé étant très largement dépendants du modèle théorique dans lequel se situent les différents cliniciens chercheurs. Globalement, il est possible de distinguer quatre grands types d'approches.

L'entraînement cognitif des capacités de bases

Il s'agit d'un entraînement intensif ciblé sur une compétence cognitive (souvent basique : attention, mémoire de travail...) qui vise à une amélioration des performances du sujet, là où il est initialement déficitaire. Il s'agit donc d'une stratégie de restauration fondée sur l'hypothèse de la plasticité cérébrale, souvent calquée sur les premières approches de rééducation fonctionnelle des patients cérébro-lésés. L'objectif est d'augmenter le recrutement des neurones dédiés à une fonction cognitive et/ou de favoriser la mise en place de systèmes palliatifs par une pratique intensive d'une tâche. Le principe étant l'intensité de l'entraînement, l'ordinateur est très souvent utilisé. Un programme de ce type, RehaCom (Cochet *et al.*, 2006), initialement développé pour les patients cérébro-lésés, est disponible en France.

L'apprentissage de stratégies

Plutôt qu'un apprentissage de type procédural (en répétant sans cesse une tâche pour l'automatiser), il s'agit d'améliorer les performances d'un sujet en lui apprenant progressivement les stratégies utiles à une meilleure réalisation de la tâche et une meilleure exploitation de la compétence ciblée. Par exemple, pour améliorer ses performances mnésiques, on apprend au sujet à organiser et catégoriser des informations ou à identifier les points essentiels d'un récit pour le comprendre et s'en souvenir : Qui fait quoi ? Où ? Comment ? Pourquoi ?...

Les approches par compensation

Il s'agit d'approches qui manipulent l'environnement pour diminuer le coût cognitif.

– L'apprentissage sans erreur procède de l'observation que les patients schizophrènes sont particulièrement affectés dans leur apprentissage par la survenue d'erreurs dont ils ne parviennent pas à « tirer les leçons ». Le principe de cette méthode est donc d'éviter la survenue d'erreurs, en décomposant la tâche en sous-tâches élémentaires et simples qui sont d'abord apprises jusqu'à une parfaite automatisation puis intégrées dans une séquence plus complexe et ainsi de suite. Kern *et al.* (1996) démontrent la nette supériorité de cette méthode, à la fois immédiate et en maintien à long terme, lors de l'apprentissage de procédures professionnelles (installation de plomberie,

saisie de fiche clients) chez des patients ayant déjà une bonne adaptation à un milieu professionnel.

– L'adaptation de l'environnement du sujet procède de l'observation que les patients ont du mal à initier les comportements adaptés de la vie quotidienne et à maintenir le déroulement. Il s'agit d'aménager leur lieu de vie, après avoir analysé avec le sujet son mode de vie, en mettant des supports (pense-bêtes, check-list, piluliers avec sonneries...) pour « indiquer » le comportement adapté, décourager la distraction et aider à la poursuite de l'action initiée. Velligan *et al.* (2008) en démontrent l'efficacité par rapport à des travaux d'aménagement visant à rendre le logement des patients plus agréable.

Les programmes intégrés

Il s'agit de programmes « complets », c'est-à-dire combinant, dans une approche intégrée et hautement structurée, différents apprentissages portant en général à la fois sur des fonctions cognitives élémentaires, des habiletés sociales et des résolutions de problèmes de la vie quotidienne (c'est-à-dire mêlant remédiation cognitive et thérapie cognitivo-comportementale).

Alors que plus d'une dizaine de programmes sont développés en anglais, quatre sont disponibles en français et d'autres, en cours de développement, devraient l'être prochainement (pour une mise à jour, voir le site WEB de l'AFRC (Association francophone de remédiation cognitive) : <http://afrc.jimdo.com/>) :

– L'**IPT** (*Integrated Psychological Therapy*), développé par Brenner (1994) est fondé sur l'hypothèse que des déficits « de bases » dans des compétences élémentaires ont un effet envahissant sur des compétences plus complexes et qu'il est nécessaire de commencer par rééduquer ces déficits élémentaires avant d'agir sur les niveaux complexes. Les séances se déroulent en groupe, animées par un thérapeute, au rythme de deux à trois fois par semaine durant des périodes de plusieurs mois au minimum. Elles suivent cinq modules hiérarchisés portant successivement sur (1) l'attention, la mémoire et la flexibilité des processus cognitifs (2) les perceptions sociales et émotionnelles (3) le langage et les fonctions exécutives (4 et 5) les habiletés sociales et la résolution de problèmes de la vie quotidienne. La méta-analyse de Roder (2006) portant sur trente études et 1 393 patients confirme son impact (effet de taille modéré) sur le fonctionnement cognitif, psychosocial et l'intensité des symptômes.

– Le **RECOS** (programme de Remédiation cognitive pour patients présentant une schizophrénie ou un trouble associé) repose sur le principe du choix des cibles cognitives à partir d'un bilan neuropsychologique approfondi préalable (Vianin *et al.*, 2007). L'entraînement est donc personnalisé et accompagné par un thérapeute, à partir d'un certain nombre de modules cognitifs fournis avec la méthode. La stratégie globale vise à apprendre au sujet à mieux s'organiser : expliciter le problème posé, proposer plusieurs

stratégies, examiner les différentes solutions et retenir la stratégie la plus efficace au vu de l'évaluation empirique des résultats obtenus. Une étude de validation de son impact est en cours.

– La **TRC** (Thérapie par remédiation cognitive ; CRT en anglais) est une thérapie individuelle ciblant spécifiquement les processus attentionnels, mnésiques et exécutifs (Wykes et Reeder, 2005, traduction française disponible auprès de l'AFRC). L'une de ses originalités consiste dans le souci constant de cibler les stratégies permettant le transfert écologique des apprentissages, c'est-à-dire leur utilisation dans la vraie vie. Son impact a été largement établi chez les patients anglophones.

– L'**EMC** (Entraînement des habiletés métacognitives pour les patients avec une schizophrénie) est pour l'essentiel un ensemble de modules de thérapie cognitive et comportementale menés en groupe et qui ciblent les styles de pensée supposés impliqués dans la genèse et le maintien du délire : la tendance à trop vite conclure et à négliger « les preuves infirmantes », les biais d'attribution causale, des déficits en théorie de l'esprit, etc. (Moritz et Woodward, 2007). Il s'agit d'aider les patients à prendre conscience de leur biais de raisonnement et à s'en dégager, sans cibler réellement les processus sous-jacents. Des études de mesure d'impact sont en cours.

Quels sont les résultats de la remédiation cognitive ?

L'évaluation de l'efficacité de ces nouvelles techniques de soin a suivi deux voies parallèles. La première, plus scientifique dans sa méthode, a apporté des données plus importantes pour orienter et stimuler des programmes de recherches que directement orientées vers les soins. En effet, ces approches consistaient en des entraînements de compétences ciblées dont l'effet était mesuré par des tests de laboratoire. Il a ainsi été montré qu'il était possible d'apprendre aux patients, même les plus altérés sur le plan cognitif, à augmenter leurs performances dans des tâches très diverses et souvent de les rendre aussi performants que des personnes non malades (*cf.* Wykes, 2005). Ces travaux questionnaient les modèles de dysfonctionnement cognitifs des patients et des processus de changement et ils ont mis l'accent sur un certain nombre de notions importantes comme l'apprentissage sans erreur, le self-monitoring ou le potentiel d'apprentissage.

Cependant, il est très vite apparu que savoir mieux réaliser ces tests ne servait pas aux patients dans leur vie quotidienne. La deuxième voie de recherche, de visée d'emblée thérapeutique, a consisté à tester l'impact écologique de programmes « intégrés » ciblant un nombre élevé de compétences cognitives. Les mesures d'efficacité étaient multiples : tests proches des tâches d'apprentissage, mesures de généralisation à d'autres compétences non travaillées, évaluations cliniques (symptomatiques), de fonctionnement et de qualité de vie. La diversité de ces évaluations et des approches de remédiation elles-mêmes – cibles cognitives de haut ou bas niveau ; utilisation

d'ordinateurs, tâches papier crayon, matériel vidéo ; présence ou non d'un thérapeute et intensité de sa présence ; thérapies individuelles, par paires ou en groupe, etc. – rendent l'interprétation des données particulièrement complexe.

Depuis 2001, plus de neuf méta-analyses ont été publiées sur ces études dont les résultats peuvent à première vue sembler décevants puisque leurs conclusions vont dans le sens d'un impact modéré (Pfammater *et al.*, 2006 ; McGurk *et al.*, 2007). Cependant, il est également clair que les résultats sont très variables allant de l'absence d'efficacité à un effet très positif, en particulier lorsque la remédiation est associée à un programme plus large de réhabilitation. L'analyse des facteurs de succès de certains programmes est certainement plus intéressante que les données globales.

■ Quelques pistes sur des facteurs clés pour augmenter l'efficacité de la remédiation

Cibler des compétences de base ou des compétences de plus haut niveau (stratégie « bottom up » ou « top down ») ?

Nous avons vu que le modèle sous-tendant l'IPT, comme beaucoup d'autres techniques intégrées, était l'hypothèse de la nécessité d'une progressivité dans les compétences travaillées (des plus élémentaires aux plus complexes). Cette hypothèse largement testée (Roder, 2006) n'a pas été validée. Avec d'autres, c'est l'hypothèse inverse que défend Til Wykes (2005) : les cibles cruciales de la remédiation cognitive doivent être les mécanismes par lesquels les changements cognitifs spécifiques ont un impact sur le fonctionnement dans la « vraie vie ». En d'autres termes, il ne s'agit pas ou pas seulement d'entraîner des compétences de bases mais surtout d'améliorer les habiletés à les utiliser en situation, c'est-à-dire de permettre aux patients d'acquérir des stratégies de contrôle (de haut niveau) des processus cognitifs élémentaires.

Cibler le niveau cognitif ou métacognitif ?

Quittons un moment nos patients schizophrènes et prenons l'exemple d'un patient amnésique, dont la mémoire garde trace de ses souvenirs anciens mais ne lui permet plus de fixer ce qui se passe ou vient de se passer. Imaginons à présent deux cas de figure : soit cette personne a connaissance de son incapacité à fixer des souvenirs, soit elle en est inconsciente. Dans le premier cas, sa connaissance de son trouble lui permettra de développer des stratégies palliatives – noter ses rendez-vous, utiliser des pense-bêtes, demander

l'aide d'autrui, bref, savoir chercher ailleurs ce que sa mémoire ne peut plus lui offrir comme guide – ; le second patient, méconnaissant son trouble, aura quant à lui une désorganisation beaucoup plus importante de sa vie quotidienne et deviendra dépendant d'un environnement protecteur.

Cette connaissance que nous avons de nos processus et de nos contenus de pensée, appelée métacognition, est une compétence essentielle dans l'ajustement de nos comportements dans notre vie quotidienne : elle fait le lien entre nos processus cognitifs et notre fonctionnement. Les patients schizophrènes souffrent également d'une altération plus ou moins sévère de leur métacognition. Koren *et al.* (2006) ont montré que leur degré d'insight (c'est-à-dire de connaissance et de compréhension de leur maladie) et leur degré d'engagement dans les soins (deux compétences essentielles pour leur devenir) sont immédiatement corrélés à leur niveau de compétence métacognitive.

Certains programmes récents (Wykes, 2005 ; Rancone, 2004) ou en cours de développement proposent des modalités d'apprentissage ciblées sur l'amélioration de ces compétences métacognitives. Globalement, il s'agit d'un type d'apprentissage « pas à pas », fortement soutenu par le thérapeute, visant à faire verbaliser ses stratégies par le patient, à découvrir dans des situations diversifiées, des processus généraux qu'il pourra peu à peu utiliser de manière autonome.

La motivation est un facteur essentiel, comment l'améliorer ?

Le rôle essentiel de la motivation dans les processus d'apprentissage est connu de très longue date. Dans une étude visant à explorer les facteurs influençant le succès de son programme intégré de remédiation, Medalia (2005) montre que les facteurs liés à la maladie – en dehors de la durée d'évolution – sont ceux qui interviennent le moins alors que les principaux facteurs de succès sont l'intensité de la thérapie (au moins deux séances par semaine), la qualification du thérapeute et surtout la motivation du patient. Deux pistes ont été proposées pour augmenter la motivation des patients, qui toutes deux visent à donner un but concret de la remédiation.

La première est d'associer la remédiation à un programme de réhabilitation qui va permettre aux patients d'utiliser immédiatement et en situation les compétences cognitives travaillées. Outre le fait que cette stratégie permet une synergie évidente des deux types d'actions, les objectifs de réhabilitation sont concrets et motivants. Une large étude de ce type a été conduite par Wexler et Bell (2005, 2008) chez 145 puis 77 patients. Le programme consistait à associer une remédiation cognitive intensive (3 à 6 heures par semaine pendant 12 mois) à un programme de réinsertion professionnelle. Ont participé à ces essais des patients présentant une maladie sévère et persistante. Les résultats sont très positifs : ceux qui ont bénéficié de la remédiation ont non seulement progressé sur le plan cognitif et symptomatique,

mais ils ont également fait preuve d'une bien meilleure adaptation au travail qu'ils ont réussi à conserver deux ans après le début de l'étude dans 60 % des cas (*versus* 30 % pour ceux qui n'ont pas bénéficié de la remédiation).

La seconde voie est illustrée par les travaux de Danion¹ : il s'agit de proposer une thérapie individualisée, centrée sur les attentes et le projet de vie du patient. La première phase consiste à circonscrire, dans le fonctionnement quotidien du patient, une gêne fonctionnelle (par exemple, difficulté à se concentrer ou à mémoriser, difficulté à ne pas être envahi de pensées dysfonctionnelles) dont les « mécanismes de production » cognitifs seront explicités par un bilan approfondi. La seconde phase est une remédiation ciblée sur les déficits cognitifs incriminés dont l'impact sur la gêne fonctionnelle est vérifié au fur et à mesure de la thérapie.

Cibler les déficits les plus impliqués dans les difficultés sociales des patients : la cognition sociale

La principale gêne fonctionnelle des patients schizophrènes est très certainement leur difficulté majeure à établir des relations sociales satisfaisantes ; c'est non seulement l'une des difficultés les plus saillantes, l'une des plus déconcertantes pour l'entourage, mais également celle qui, selon les patients eux-mêmes, a le plus de poids sur l'altération de leur qualité de vie.

Partant de ce constat (Brüne *et al.*, 2005), quelques équipes ont choisi de cibler directement la remédiation sur les compétences cognitives spécifiquement impliquées dans leurs relations sociales : le décodage des émotions et des intentions, les biais de raisonnement renforçant les erreurs de jugement sur les motifs des comportements d'autrui (« *jump to conclusion* », absence de prise en compte des éléments contextuels permettant de comprendre les interactions). Ces programmes sont encore peu nombreux (Rancone, 2006 ; Combs, 2007 ; Kayser *et al.*, 2006) mais suscitent l'intérêt des cliniciens et l'adhésion immédiate des patients. Globalement, les premiers résultats sont prometteurs, montrant qu'il est possible d'améliorer les compétences sociales des patients non seulement « en laboratoire », mais également dans leur vie quotidienne.

■ Conclusion et perspectives

Au total, la remédiation cognitive s'inscrit dans un renouvellement fondamental de notre façon d'appréhender les troubles schizophréniques dont le substrat biologique (dysfonctionnements cérébraux) ne se conçoit plus

1. Voir dans le présent numéro l'article : « Déficiences cognitives et difficultés d'insertion professionnelle chez des personnes présentant une schizophrénie » de M.-N. Levaux, I. Offerlin-Meyer, F. Larøi, M. Van der Linden et J.-M. Danion (ndlr).

indépendamment d'une approche psychologique renouvelée par les apports des neurosciences cognitives. Sans doute, ne sommes-nous qu'au début de cette révolution dont les premiers résultats concrets commencent à apparaître. Dans ce mouvement dont le développement est exponentiel, les soins «rééducatifs» ont déjà fait la preuve de leur intérêt et de leur impact; ils ont également une large marge de progression, en terme de choix de cibles et d'amélioration des techniques. Déjà certains constats sont clairs comme l'intérêt d'inscrire des techniques de remédiation dans des programmes plus larges de réhabilitation psychosociale ou comme la nécessité de mieux cibler ceux des déficits cognitifs qui font le plus souffrir les patients ou qui sont un maillon central dans la chaîne causale de leurs difficultés quotidiennes. Cependant beaucoup reste à faire avant que ces progrès thérapeutiques fassent la preuve de leur efficacité, qu'ils soient connus et familiers pour les praticiens et trouvent ainsi leur place dans les soins proposés au plus grand nombre.

Bibliographie

- ADDINGTON J., ADDINGTON D. (1999), "Neurocognitive and social functioning in schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 25, p. 173-182.
- BELL M.D., ZITO W., GREIG T., WEXLER B.E. (2008), "Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: Work outcomes at two-year follow-up", *Schizophrenia Research*, 105, p. 18-29.
- BLEULER E. (1950), *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia*, New York, International Universities Press.
- BRENNER H. D., RODER V., HODEL B., KIENZLE N., REED D., LIBERMAN RP. (1994), *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic patients*, Seattle, Wash: Hogrefe & Huber.
- BRÜNE M. (2005), "Emotion, recognition, 'Theory of mind', and social behavior in schizophrenia". *Psychiatry Research*, 133, p. 135-147
- COCHET A., SAOUD M., GABRIELE S. (2006), « Impact of a new cognitive remediation strategy on interpersonal problem solving skills and social autonomy in schizophrenia », *Encephale*, 32, p. 189-195.
- COMBS DR., ADAMS S. D., PENN D. L., ROBERTS D., TIEGREEN J., STEM P. (2007), "Social cognition and interaction training for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 33, 585 p.
- GREEN M. F., KERN R. S., BRAFF D. L., MINTZ J. (2000), "Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"?", *Schizophrenia Bulletin*, 26, p. 119-136.
- HEGARTY J. D., BALDESSARINI R. J., TOHEN M., WATERNAUX C., OEPEN G. (1994), "100 years of schizophrenia – a metaanalysis of the outcome literature", *American Journal of Psychiatry*, 151, p. 1409-1416.
- KAYSER N., SARFATI Y., BESCHE C., HARDY-BAYLÉ M.-C. (2006), "Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of 'Theory of Mind' impairment in schizophrenia", *Neuropsychol. Rehabil*, 16, p. 83-95.
- KERN R. S., WALLACE C. J., HELLMAN S. G., WOMACK L. M., GREEN M. F. (1996), "A training procedure for remediating WCST deficits in chronic psychotic patients: an adaptation of errorless learning principles", *Journal of Psychiatry Research*, 30, p. 283-294.
- KOH S. D., KAYTON L., PETERSON R. A. (1976), "Affective encoding and consequent remembering in schizophrenic young adults", *Journal of Abnormal psychology*, 85, p. 156-166.
- KOREN D., SEIDMAN L. J., GOLDSMITH M., HARVEY P. D. (2006), "Real-World Cognitive – and Metacognitive – Dysfunction in Schizophrenia: A New Approach for Measuring (and Remediating) More 'Right Stuff'", *Schizophrenia Bulletin*, 32 (2), p. 310-326.
- KRAEPELIN E., HUNTINGTON N.Y., ROBERT E. (eds.) (1971), *Dementia Praecox and Paraphreni*, Melbourne, NY, Kriger.
- MCGURK S. R., TWAMLEY E. W., SITZER D. I., MCHUGO G. J., MUESER K. T. (2007), "A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia", *American Journal of Psychiatry*, 164, p. 1791-1802.
- MEDALIA A., RICHARDSON R. (2005), "What Predicts a Good response to cognitive Remediation Interventions"; *Schizophrenia Bulletin*, 31, N° 4, p. 942-953.

MORITZ S., WOODWARD T. S. (2007), "Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention", *Current Opinion in Psychiatry*, 20, p. 619-625.

PFAMMATTER M., JUNGHAN U. M., BRENNER H. D., (2006), "Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusion from Meta-analyses", *Schizophrenia Bulletin*, 32 (S), p. 64-80.

RODER V., MUELLER D. R., MUESER K. T., BRENNER H. D. (2006), "Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is It Effective?", *Schizophrenia Bulletin*, 32 (S), p. 81-93.

RONCONE R., MAZZA M., FRANGOU I., DE RISIO A., USSORIO D., TOZZINI C., CASACCHIA M. (2004), "Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: A pilot study of metacognitive strategies in group treatment", *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4), p. 421-435.

VELLIGAN D.-I., DIAMOND P.-M., MINTZ J. *et al.* (2008), "The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), p. 483-493.

VIANIN P., SARRASIN-BRUCHEZ P., BIRCHER R., JAUGEY L. (2007), «Programme de remédiation cognitive pour patients présentant une schizophrénie ou un trouble associé», *Manuel du thérapeute*, Charleroi, Socrate Éditions Promarex.

WEXLER B. E., BELL M. D. (2005), "Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 31 (4), p. 931-941.

WYKES T., REEDER C. (2005), "*Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. Theory and Practice*", Routledge Ed, Taylor & Francis Group, London and New York.

WYKES T (1994), "Predicting symptomatic and behavioural outcomes of community care", *British journal of Psychiatry*, 165, p. 486-492.