

21 Pour une remédiation à distance

D. Samama, C. Voisin, O. Komano, R. Jouvent

La remédiation cognitive assistée par ordinateur (RCAO), prise en charge spécifique initialement proposée à des patients neurologiques cérébrlésés, a vu son application s'étendre progressivement à la psychiatrie. Utilisé dans un premier temps avec succès chez des patients souffrant de schizophrénie, cet outil thérapeutique tend à se développer et à être proposé à d'autres pathologies (dépression, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou TDA/H, maladies neurologiques...). De plus en plus inscrite au sein de l'hôpital, la RCAO revêt l'avantage de pouvoir s'utiliser à distance (e-RCAO), ce que nous mettons en place progressivement dans le service de psychiatrie adulte à la Pitié-Salpêtrière.

Comme cela a été mentionné dans le chapitre 20, cette approche vise à pallier les atteintes des fonctions cognitives retrouvées dans différents types de pathologies grâce à des exercices cognitifs répétés qui sollicitent les fonctions déficitaires (Grynszpan *et al.*, 2011). Les déficits cognitifs ont des répercussions fonctionnelles dans la vie quotidienne des patients (activités, relations sociales, insertion professionnelle...). La prise en charge en RCAO doit ainsi être considérée comme un outil individualisé, centré sur la personne et ses caractéristiques cognitives, cliniques et sociales.

Avant de commencer une prise en charge, le patient rencontre différents professionnels lors d'une journée d'hôpital de jour : un psychologue pour un bilan psychologique, un médecin pour un avis médical et, enfin, un autre psychologue pour un bilan neuropsychologique. Ces différentes interventions permettent de mesurer les difficultés personnelles et cognitives du patient et d'établir avec lui les principes et objectifs du suivi en RCAO. Cette évaluation semble essentielle afin de comprendre les obstacles rencontrés par les patients au cours de la remédiation, indépendamment des aspects exclusivement cognitifs.

Différentes approches existent en remédiation cognitive : les programmes individuels ou en groupe utilisant des tâches papier-crayon, ou des séquences d'exercices sur ordinateur. Nous travaillons, de manière individuelle, avec différents programmes de remédiation dont le programme RECOD développé en partenariat avec Happyneuron® filiale de la société Scientific Brain Training (voir chapitre 20).

Types d'exercices proposés par RECOD

Les exercices sont ordonnés par modules qui visent des fonctions cognitives spécifiques :

- la mémoire : stimulation principalement de la mémoire verbale visuelle ainsi que de la mémoire de travail. La mémoire verbale intervient dans l'enregistrement et le rappel d'informations diverses. La mémoire de travail intervient dans le traitement et le maintien temporaire des informations nécessaires à la réalisation d'activités cognitives (apprentissage, raisonnement, compréhension) ;
- les fonctions visuo-spatiales : stimulation de l'imagerie mentale et plus particulièrement de la rotation mentale dans un espace en trois dimensions. L'attention visuo-spatiale nous permet d'analyser et de stocker les informations visuelles pour développer nos activités au sein de l'environnement ;
- le raisonnement : stimulation de la capacité à faire des déductions à partir d'hypothèses et de stratégies. Il s'agit ici principalement des fonctions exécutives concernant la planification, la flexibilité cognitive, les capacités d'organisation et de logique ;
- l'attention : exercices d'attention soutenue et sélective. L'attention soutenue consiste à la capacité de maintenir une performance sur une longue période de temps. Elle dépend du maintien de la vigilance, de la capacité de détection du stimulus et de la résistance à la distraction. Dans l'attention sélective, il s'agit de centrer volontairement ses mécanismes de perception sur un stimulus particulier et de traiter activement cette information en négligeant les stimuli non pertinents ;
- le langage : entraînement de différentes spécificités du langage, notamment la compréhension, la fluence lexicale et le vocabulaire.

La hiérarchisation des exercices par niveau de difficulté, c'est-à-dire ajustable au niveau du patient, lui permet d'avoir un *feed-back* précis et immédiat (Cochet *et al.*, 2006). Le sujet avance ainsi à son rythme, du premier au dernier niveau de difficulté. Nous l'accompagnons dans la réalisation de ces exercices, en restant attentifs à son comportement (motivation, impulsivité, mise en échec...) afin d'adapter le travail de remédiation durant la séance.

Les sessions se déroulent à l'hôpital en présence du thérapeute et le patient effectue des séances seul à son domicile ; lors de chaque rencontre entre le patient et le thérapeute, un point est fait sur la progression relative à la réalisation des exercices à chaque rencontre entre le patient et le thérapeute. Le retour que nous avons jusqu'à présent des patients déprimés est positif avec le sentiment d'être actifs dans leur traitement, ce qui est sans doute lié à la création d'une bonne alliance de travail avec le thérapeute dans ce type de soins.

Vers une « e-RCAO »

La RCAO s'inscrit donc comme une stratégie prometteuse dans le rétablissement des désordres cognitifs. Ce support multimédia nous amène inévitablement à penser à son développement à distance (e-RCAO).

La e-RCAO telle que nous l'avons développée avec le logiciel RECOD peut se réaliser sous différents supports numériques :

- la visioconférence permettant au patient de bénéficier d'une séance en direct avec le thérapeute sans avoir à se déplacer de son domicile ;
- l'e-mail permettant au patient de recevoir la synthèse des séances effectuées, les stratégies à développer, et de pouvoir les consulter, les reconsulter depuis son domicile et au moment qu'il juge le plus opportun.

Si l'on prend l'exemple de la sclérose en plaques (SEP), cette affection inflammatoire du système nerveux central caractérisée par l'apparition successive de foyers de démyélinisation au sein de la substance blanche, on retrouve dans cette maladie des atteintes physiques de plus en plus invalidantes mais également dans 43 % des cas, des déficits cognitifs d'installation précoce (Rao *et al.*, 1991). Plusieurs études récentes montrent que la remédiation cognitive pourrait améliorer le fonctionnement quotidien dans la SEP (Brissart *et al.*, 2010) et diminuer le coût global de la maladie pour la société. À l'heure où « offre de soins » rime avec « économie de santé », il semble primordial de s'atteler à développer des soins à distance pour pouvoir continuer à soigner de manière optimale les patients souffrant de pathologies très invalidantes. Proposer une alternative de soins « à distance » pour des patients dans l'incapacité physique ou psychique de se déplacer apparaît comme une amélioration certaine du service médical rendu. Quel soignant n'a en effet pas eu dans ses consultations des absences répétées de patients ne pouvant se déplacer sur le lieu de consultation car trop angoissés pour sortir de chez eux ou pour cause d'ambulance non commandée ou tardant à venir ?

Face à ces obstacles l'empêchant de bénéficier de séances régulières de RCAO, un patient schizophrène ou déprimé pourrait voir le bienfait de ces séances diminué du fait d'une irrégularité du suivi. Il s'agit donc de pouvoir aider activement le patient à surmonter les difficultés liées à ses désordres psychiques et qui le confinent à l'isolement et à une moindre efficacité des traitements dont nous disposons à l'heure actuelle. Tout comme le rôle du soignant est de s'assurer de la prise régulière d'un traitement médicamenteux par le passage d'une infirmière à domicile, il est dans la RCAO de permettre au patient d'effectuer des sessions régulières.

Si la remédiation cognitive a pour but d'aider le patient à retrouver une autonomie, il semble essentiel que le cadre thérapeutique proposé aille également dans ce sens. Pourtant, la e-remédiation tarde à se démocratiser dans le milieu de la psychologie et de la psychiatrie où la relation

thérapeutique demeure le facteur essentiel de réussite de nos traitements psychothérapeutiques.

Premiers résultats de l'e-RCAO

Un test de faisabilité de e-remédiation a été réalisé à partir de la plate-forme d'entraînement cognitif RECOD. Il s'agit de tester des sessions de e-thérapie afin de mettre en évidence les difficultés et avantages liés à la e-thérapie adaptée à la remédiation cognitive dans la dépression. Le protocole proposé consiste en deux séances dans le service hospitalier afin de configurer le matériel et d'initier le patient à la e-thérapie. Il se poursuit par cinq séances où le patient est à son domicile et le thérapeute peut l'assister à distance pour l'aider à démarrer les sessions et s'assurer que les séances se déroulent sans problème. L'entraînement s'étend sur une durée de 7 semaines, sur la base d'une séance hebdomadaire assistée par un thérapeute, suivie de trois séances où le patient travaille seul à son domicile. Le thérapeute dispose d'un poste informatique équipé où il pourra s'isoler pour assister le patient. Il dispose également d'un équipement minimum de visioconférence qui pourra être prêté au patient ne disposant pas du matériel nécessaire. L'assistance à distance est possible grâce au partage du bureau distant afin que le thérapeute puisse observer la session d'entraînement en cours chez le patient. La prise de contrôle à distance a également pu être réalisée grâce au logiciel *TeamViewer* permettant en outre d'établir une visioconférence avec une fluidité tout à fait opérationnelle.

Ce test de faisabilité a mis en évidence une bonne adhésion des patients à cette nouvelle forme de suivi, mais il nécessite d'être répété sur une cohorte plus importante afin d'obtenir des résultats plus robustes. La réalisation de ce protocole a été possible grâce à la création d'un dispositif technique permettant de réduire les contraintes liées à d'éventuelles coupures du réseau ou à une mauvaise qualité audiovisuelle de la visioconférence. La réflexion autour des contraintes techniques est en réalité le reflet d'une réflexion autour du maintien d'une bonne alliance thérapeutique lors de la e-RCAO. Tout comme un praticien s'installant en cabinet va s'appliquer à créer un environnement propice à une ambiance particulière à la consultation, nous travaillons à créer un bon environnement à distance.

Alliance thérapeutique dans la e-RCAO

La construction d'une bonne alliance apparaît primordiale car l'évaluation des psychothérapies en situation traditionnelle a montré que toutes les thérapies fonctionnent à condition de créer une bonne alliance thérapeutique (Luborsky *et al.*, 1976).

Notons déjà que nous avons préféré maintenir une première consultation en face à face, dans la mesure du possible, car il a été montré dans des études sur l'alliance (Roten, 2004) que le processus d'engagement commence avec

les toutes premières impressions visuelles, auditives, olfactives et tactiles de l'échange entre le patient et le thérapeute. Chacun s'inspire de ses impressions pour tenter de déterminer la place qu'il occupera dans la vie de l'autre. Même un geste aussi simple qu'une poignée de mains peut engendrer des impressions durables. Les informations données par le comportement non verbal sont riches dès la première rencontre qui est délicate, empreinte de préjugés et de ressentis.

Cette consultation va également permettre au patient et au thérapeute de s'entendre sur le cadre thérapeutique des séances : leur rythme, un lieu calme que le patient choisira à son domicile, la vérification des divers appareils utilisés pour la visioconférence. Il est important que la consultation ne soit pas vécue comme une intrusion dans la vie du patient, que l'on se place d'ailleurs du côté du patient ou du thérapeute. Le critère de distance à l'écran semble un gage de maintien d'une communication non verbale ; la kinésique peut continuer à jouer son rôle de « médiateur d'empathie » du thérapeute envers le patient (Shea, 2005). D'autres critères comme la luminosité, le contraste, le volume sonore sont également importants à mettre en place de manière fine afin de ne pas entraver la construction et le maintien d'une bonne alliance. Enfin, le patient étant à son domicile, il faut rester vigilant à ce que le moment de la consultation reste son espace de parole et de soin et à ce qu'il ne soit pas stimulé par son entourage lors de la consultation. Les sessions à distance ne doivent pas non plus être plus consommatrices d'énergie cognitive qu'une session en face à face, d'autant plus que l'on se trouve face à des patients qui souffrent de déficits cognitifs. L'attention du patient doit donc pouvoir rester portée sur la visioconférence qui est un moment d'assistance et d'aide pour lui.

Perspectives

Les premiers résultats concernant notre recherche en « e-RCAO » sont encourageants et cette nouvelle technologie a l'intérêt majeur de contourner les contraintes matérielles ou psychiques d'une consultation en face à face. Il ne s'agit évidemment pas de remplacer toute séance de remédiation en face à face par des séances à distance mais plutôt de proposer une alternative et donc un meilleur accès aux soins. Nous restons cependant vigilants à développer cette technique dans un souci éthique et de respect de la confidentialité du soin.

Références

- Brissart, H., Daniel, F., Morele, E., et al. (2010). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: a review of the literature. *Revue Neurologique*, 167, 280-290.
- Cochet, A., Saoud, M., Gabriele, S., et al. (2006). Impact de la remédiation cognitive dans la schizophrénie sur les stratégies de résolution de problèmes et l'auto-nomie sociale : utilisation du logiciel Rehacom. *L'Encéphale*, 32, 189-195.

- Grynszpan, O., Perbal, S., Pelissolo, A., et al. (2011). Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychological Medicine, 41*, 163-173.
- Luborsky, L., & Singer, B. (1976). Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes?". *Proceedings of the Annual Meeting of the American Psychopathological Association, 64*, 3-22.
- Rao, S. M., Leo, J. G., Bernardin, L., & Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology, 41*, 685-691.
- Roten, Y. (2004). The patient coordination style during the first session of therapy: relationship with early alliance, patient's characteristics and outcomes. *Schweizer Archive for Neurology and Psy, 6*, 273-280.
- Shea, S. C. (2005). *La conduite de l'entretien psychiatrique*. Paris: Elsevier.