



Réhabilitation neuropsychologique (en milieu hospitalier)
Réhabilitation ou rééducation (en accueil/hôpital de jour)
Prévention tertiaire (en santé publique)

POINTS CLÉS

- La réhabilitation cognitive consiste à gérer les difficultés mnésiques et exécutives qui affectent la vie quotidienne et pour répondre à l'impact psychologique de ces difficultés.
- L'intervention porte sur les processus cognitifs, psychologiques et sociaux.
- Les effets observés sont que les personnes vivant avec une maladie d'Alzheimer à un stade léger ou modéré peuvent améliorer leur fonctionnement par rapport à leurs objectifs personnels visés par l'intervention.
- Le thérapeute peut travailler directement avec la personne ou avec la participation d'un aidant familial.
- Jusqu'à présent, la recherche s'est concentrée sur les personnes vivant avec des troubles cognitifs à un stade léger où les troubles de la mémoire sont prédominants (maladie d'Alzheimer ou démence vasculaire).

PRÉSENTATION

A. Définition

La réhabilitation cognitive chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée est une thérapie comportementale destinée à gérer l'impact des troubles cognitifs sur la vie quotidienne^[1]. Elle ne vise pas à guérir mais à permettre un fonctionnement optimal malgré la maladie. L'objectif est d'atteindre des objectifs personnels liés aux activités de la vie quotidienne et à l'engagement social ; le but ultime étant d'améliorer la qualité de vie et le bien-être de la personne. La réhabilitation cognitive consiste à déterminer des objectifs et à résoudre des problèmes. Elle peut être considérée comme une boîte à outils d'aides compensatoires et de techniques pour faciliter de nouveaux apprentissages et réduire les déficits. Elle s'appuie sur des stratégies pour faciliter les processus qui peuvent toutes être combinées en une intervention personnalisée^[2].

B. Fondements

La réhabilitation cognitive a été développée à l'origine comme intervention pour remédier aux troubles cognitifs secondaires à des lésions cérébrales. À ses débuts, il s'agissait d'un ensemble d'exercices mécanistiques engageant les capacités cognitives (l'entraînement cérébral). Elle a ensuite évolué en un programme individualisé, collaboratif et holistique axé sur la récupération de compétences dans les situations quotidiennes. Dans les contextes de lésions cérébrales, elle favorise l'atténuation du déficit sous-jacent tout en offrant des moyens pratiques de contourner les difficultés associées telles que les troubles de l'humeur, de la motivation ou de la communication et les problèmes relationnels^[3]. Bien qu'il ne soit pas possible d'améliorer les déficits liés à la maladie d'Alzheimer ou aux maladies apparentées, l'approche permet d'atténuer l'impact des difficultés cognitives sur la vie quotidienne et sert de cadre pour conceptualiser les soins et l'accompagnement apportés à ce type de maladies^[4].

CONTEXTE THÉORIQUE

A. Processus impliqués

Un programme de réhabilitation cognitive peut être divisé en quatre étapes^[1] :

- 1 La première étape consiste à acquérir une compréhension approfondie du fonctionnement de la personne dans son contexte familial et social, ainsi que dans son rapport aux expériences passées, à ses capacités et à ses attentes. Il s'agit d'un moment crucial pour établir la confiance et donner le ton du travail collaboratif à venir.
- 2 La deuxième étape consiste à identifier les principaux domaines d'insatisfaction et les priorités subjectives de la personne pour améliorer et compenser les difficultés rencontrées, puis à les affiner en objectifs thérapeutiques clairs en utilisant les principes SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, pertinents, limités dans le temps). Dans le cadre de ce processus de collaboration, le praticien évalue les exigences des tâches, les capacités cognitives de la personne, les obstacles non cognitifs et les ressources disponibles, en veillant à ce que l'objectif thérapeutique éventuellement convenu soit potentiellement réalisable, pertinent et inspirant pour la personne.
- 3 Enfin, le plan thérapeutique individuel est élaboré afin de combler l'écart entre les capacités actuelles de la personne et les exigences des activités liées à l'objectif.
- 4 Les progrès de la thérapie sont étroitement surveillés et le plan est ajusté, au besoin, afin d'assurer l'engagement continu et les résultats thérapeutiques souhaités. Des scores simples de type Likert sont souvent utilisées pour quantifier le changement^[5].

B. Corrélats neurophysiologiques

Bien que l'encodage et la consolidation de la mémoire soient altérés dès le début des types les plus courants de maladies neurodégénératives amnésiques (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire), la progression est graduelle et d'autres fonctions cognitives sont relativement préservées aux stades précoces (langage, capacités visuospatiales et mémoire implicite). Ces capacités cognitives restantes fournissent une base suffisante pour de nouveaux apprentissages et un travail thérapeutique au stade léger et modéré de la maladie^[6].

ÉVALUATION SCIENTIFIQUE

Il existe de plus en plus de preuves de l'efficacité des programmes de réhabilitation cognitive et des techniques de réhabilitation spécifique qui vont des études de comparaison avant-après à petite échelle aux grands essais contrôlés randomisés ; les études faisant état d'une réduction de l'incapacité fonctionnelle et d'une meilleure performance dans les activités de la vie quotidienne^[7-13]. Bien que les études se concentrent sur la maladie d'Alzheimer, des premiers travaux sont apparus pour les formes non amnésiques de maladies neurodégénératives^[14-15].

Il y a peu de recherche sur le rapport coût-efficacité de la réhabilitation cognitive dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Dans le cadre de l'essai contrôlé randomisé en simple aveugle GREAT (*Goal-oriented cognitive Rehabilitation in Early-stage Alzheimer' and related dementias*), l'intervention a été décrite comme rentable (pour un prix d'acceptabilité supérieur ou égal à 2500€, soit environ 2880 euros) tant du point de vue des soins de santé et des services sociaux que du point de vue sociétal, en termes d'amélioration par rapport aux domaines spécifiquement ciblés dans la thérapie, mais pas en termes de gains en années de vie ajustées en fonction de la qualité de vie de la personne ou de l'aidant^[16].

MISE EN ŒUVRE ET CONSEILS PRATIQUES

A. Formation et/ou connaissances requises pour encadrer l'intervention

Les praticiens doivent connaître les principes de la réhabilitation cognitive et des techniques spécifiques de réhabilitation. Ils doivent également avoir l'habitude de fixer des objectifs, de résoudre des problèmes basés sur des solutions et d'analyser des activités. Il est également essentiel de comprendre le modèle biopsychosocial de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ainsi que les besoins spécifiques des personnes vivant avec ces maladies. Les cours de psychologie clinique, de neuropsychologie et d'ergothérapie comprennent généralement des modules sur les maladies neurodégénératives et la réhabilitation cognitive pour les lésions cérébrales acquises. Ils fournissent donc d'excellentes connaissances et une base de compétences pour fournir une réhabilitation cognitive.

RÉHABILITATION COGNITIVE

B. Conseils pratiques et cliniques

INTENTION THÉRAPEUTIQUE

Profil des participants

Les personnes à un stade précoce de la maladie, en particulier celles présentant des troubles de la mémoire.

Indications

Difficultés à gérer les activités quotidiennes.

- Réhabilitation cognitive : toute difficulté cognitive qui affecte la vie quotidienne (la mémoire, le langage, la planification et le séquençage, les fonctions exécutives, les habiletés motrices).
- Réhabilitation psychologique : anxiété, faible estime de soi, mauvais sommeil lorsqu'il est secondaire à des difficultés cognitives.

Contre-indications

Compréhension limitée de son propre niveau de fonctionnement, réticence à faire face aux difficultés et à faire des efforts pour y faire face.

Contributeurs

Praticiens formés en réhabilitation cognitive (psychologue clinicien, neuropsychologue, ergothérapeute, infirmière spécialisée) ; personne malade en tant que participant actif ; et l'aidant si possible.

Cadre de l'intervention

Lieu de résidence (domicile, EHPAD).

Dosage

Séances individuelles selon les besoins et les circonstances.

- Période : 4-12 semaines.
- Fréquence : hebdomadaire ou bihebdomadaire.
- Durée : session de 40-60 minutes.

Déroulement des séances

Après la séance initiale d'évaluation et de détermination des objectifs, les séances suivantes commencent généralement par l'évaluation des objectifs et des stratégies thérapeutiques, puis se concentrent sur la progression de ce travail ou sur la résolution des obstacles potentiels (anxiété), et se terminent par la planification de la pratique entre les séances si nécessaire.

Observance / Présence

L'implication d'un aidant (ami proche, membre de la famille) est utile.

Évaluation

Entretien ; activités de la vie quotidienne ; évaluation neuropsychologique des fonctions cognitives pertinentes pour les objectifs thérapeutiques individuels.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

- Une brève introduction à la réhabilitation cognitive :
 - Kudlicka, A., & Clare, L. (2018). Cognitive rehabilitation in mild and moderate dementia. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
 - Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: a practical framework of positive support. *PLoS Medicine*, 14(3), e1002245.
- Un guide pratique sur l'utilisation des techniques de réhabilitation cognitive : Pool, J. (2018). *A guide to personal cognitive rehabilitation techniques*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Un cadre conceptuel et une justification de l'application d'une réhabilitation cognitive : Clare, L. (2008). *Neuropsychological rehabilitation and people with dementia*. Hove, UK: Psychology Press.

- Lecture exhaustive sur la réadaptation cognitive en cas de lésion cérébrale : Wilson, B. A., Winegardner, J., Van Heugten, C. M., & Ownsworth, T. (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. London: Routledge.

À PROPOS DE L'AUTEUR

Aleksandra Kudlicka, docteur en psychologie, est psychologue et chercheuse à l'Université d'Exeter. Elle est impliquée dans des travaux sur l'introduction de la réhabilitation cognitive dans les services de santé et les services sociaux dédiés aux personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.



Références

- [1] Kudlicka, A., & Clare, L. [2018]. Cognitive rehabilitation in mild and moderate dementia. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
- [2] Clare, L. [2008]. *Neuropsychological rehabilitation and people with dementia*. Hove, UK: Psychology Press.
- [3] Wilson, B. A., Winegardner, J., Van Heugten, C. M., & Ownsworth, T. [2017]. *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. London: Routledge.
- [4] Clare, L. [2017]. Rehabilitation for people living with dementia: a practical framework of positive support. *PLoS Medicine*, 14(3), e1002245.
- [5] Clare, L., Nelis, S. M., & Kudlicka, A. [2016]. *Bangor Goal-Setting Interview manual*. Retrieved from <https://medicine.exeter.ac.uk/reach/publications/>
- [6] Bäckman, L. [1992]. Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 85(S139), 84-89.
- [7] Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A.-S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M.-E., Lavallart, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G., & Dartigues, J.-F. [2016]. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707-717.
- [8] Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, R. T. [2013]. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6), CD003260.
- [9] Kim, S. [2015]. Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(2), 543-546.
- [10] Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Woods, B., & Clare, L. [2019]. Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(8), CD013388.
- [11] Voigt-Radloff, S., de Werd, M. M. E., Leonhart, R., Boelen, D. H. E., Olde Rikkert, M. G. M., Fliessbach, K., Klöppel, S., Heimbach, B., Fellgiebel, A., Dodel, R., Eschweiler, G. W., Hausner, L., Kessels, R. P. C., & Hüll, M. [2017]. Structured relearning of activities of daily living in dementia: the randomized controlled REDALI-DEM trial on errorless learning. *Alzheimer's Research and Therapy*, 9(22), 1-11.
- [12] Yang, H.-L., Chan, P.-T., Chang, P.-C., Chiu, H.-L., Sheen Hsiao, S.-T., Chu, H., & Chou, K.-R. [2018]. Memory-focused interventions for people with cognitive disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 44-51.
- [13] Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Sabates, J., Woods, B., & Clare, L. [2023]. Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD013388.
- [14] Hindle, J. V., Watermeyer, T. J., Roberts, J., Brand, A., Hoare, Z., Martyr, A., & Clare, L. [2018]. Goal-orientated cognitive rehabilitation for dementias associated with Parkinson's disease – A pilot randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(5), 718-728.
- [15] Savage, S. A., Piguet, O., & Hodges, J. R. [2015]. Cognitive intervention in semantic dementia: Maintaining words over time. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 29(1), 55-62.
- [16] Clare, L., Kudlicka, A., Oyeboode, J. R., Jones, R. W., Bayer, A., Leroi, I., Kopelman, M., James, I. A., Culverwell, A., Pool, J., Brand, A., Henderson, C., Hoare, Z., Knapp, M., Morgan-Trimmer, S., Burns, A., Corbett, A., Whitaker, R., & Woods, B. [2019]. Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage Alzheimer's and related dementias: a multi-centre single-blind randomized controlled trial (GREAT). *Health Technology Assessment*, 23(10), 1-242.



Cette fiche est extraite du guide *Interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer* : comprendre, connaître, mettre en œuvre
Édition 2024
dirigé par la Fondation Médéric Alzheimer

Fondation Médéric Alzheimer
5 rue des Reculettes 75013 Paris
www.fondation-mederic-alzheimer.org
contact : fondation@med-alz.org

© Fondation Médéric Alzheimer
Communication – Février 2024
Conception Philippe Lagorce

