Réhabilitation cognitive et émotionnelle dans les troubles schizophréniques

* MIASHS : Formation pour aider à développer des outils numériques de remédiation cognitive, avec des outils de remédiation en milieux écologiques
* Plan :
  + Point sur la pathologie schizophrénique
  + Remédiation cognitive et émotionnelle
  + A vous de jouer ! Faire un outil numérique pour aider les besoins numériques

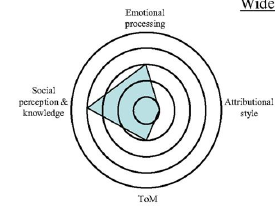
Point sur la pathologie schizophrénique :

* On a fait une mind map pour voir un peu les préjuger
  + Dangerosité, tueur, psychopathe, personnalité == chose négative -> alourdie le handicap au quotidien, recul des employeurs, accès au logement, l’amour
  + Handicap psychique stigmatisé, il suffit de lire les médias
    - Association de la Schizophrénie aux meurtres et aux violences
* Qu’est-ce que la normalité ?
  + Limite entre normal et pathologie : facile quand problème physique, difficile pour le mental, plus délicat
  + Pour les hallucinations :
    - Ça arrive à tout le monde « j’ai cru voir quelqu’un que je connais », « j’ai cru entendre un bruit » -> Mais spontanément on met ça de coté
  + Culture : Certains comportements peuvent être pathologique dans une société et pas dans une autre
  + Vidéo : Qu’est-ce qu’être normal – Corpus - Réseau Canopé
    - Est-ce qu’il existe une norme ? Pas chez le psychiatre // point de vue statistique
    - Rejet et écart de la société
  + Tant qu’il n’y a pas d’impact fonctionnel = limitation dans sa vie de tous les jours (famille, logement, travail) -> pas de besoin
* Vidéo 2 : « Si on n’accepte pas sa pathologie, c’est impossible d’avancer » (elle a mis 5 ans)
  + Le début de la maladie : jeune adulte
  + Deux phases :
    - Une phase aigu productive : délire, hallucination forte
    - Une phase chronique : après médicament, il reste des troubles -> outils de remédiation
  + La plupart du temps c’est dangereux pour soit même de rester en phase aigu
* 1% de la population, hétérogénéité géographique, sex-ratio = 1, apparition des symptômes : fin ado, début adulte
* Diagnostique :
  + DSM5 : approche dimensionnel (qui existe depuis longtemps) // DSM4 : catégorie (mais pas ouf y’a des évolutions etc.)
  + Dimension :
    - Symptomatologie positive (car production) :
      * Hallucinations verbales : Voix pas giga gentil toujours avec évolution possible : ordre, rabaissement
      * Idées délirantes :
        + Paranoïa : La personne croit à fond à son délire jusqu’à en devenir dangereux = la pathologie la plus dangereuse + arrive à convaincre son entourage
        + Ici pas le cas : Paranoïaque : tout ce qu’il dit n’a aucun sens, pas d’adhésion
      * Troubles du cours de la pensée :
        + Incohérence dans le discours, néologisme (inventer des mots), arrêt dans la phrase, pensée fluctuante désorganisé
    - Symptomatologie négative (manque par rapport au comportement normal) :
      * Anhédonie : plus de plaisir
      * Repli social
      * Troubles cognitifs : pas de traitement validé
      * Emoussement affectif
      * Manque de motivation, dépression
      * -> Difficile d’agir là-dessus avec les médicaments
* Traitement pharmaco :
  + Se base sur l’hypothèse dopaminergique du trouble schizophrénique
    - = hyperactivité dopaminergique
    - Mésolimbique = hyperactivité -> ici le problème
    - Mésocorticolimbique = un peu hypoactivité
  + Antipsychotiques = antagoniste = sur les récepteurs et bloque la transmission sur
  + Effet indésirable :
    - Moteur : pseudo parkinsonien
    - Prise de poids ++
    - Hormonaux : prolactine, seins qui pousse
  + Implication de la sérotonine et de l’acétylcholine dans les troubles négatifs
  + CCL :
    - On traite bien la symptomatologie positive (mais quelque effet secondaire)
    - Mais le challenge est dans la symptomatologie négative
* SCHZ = pathologies hétérogènes avec présentation clinique variable intra et inter individuel
  + Facteur de la famille, du social -> créer de la variabilité
  + Parfois léger parfois fort
* Origine :
  + Pas de dysfonctionnement anatomique chez les patients
  + Différence fonctionnelle : Hypo/hyper activation
  + Influence génétique
  + Conjonction de différent facteur
* Impacts fonctionnels :
  + Toujours deux phases : aigu et chronique (stabilisé)
  + Isolement social, soin +++, problème de travail et de logement
  + Comme un orchestre sans chef d’orchestre
  + Trouble exécutif :
    - Devoir prendre un autre bus que celui de d’habitude difficile
    - Un changement de train, retard -> complètement perdu
    - Mais réhabilitation possible : fonction exécutive sont présente mais difficulté à les utiliser
  + Emotion :
    - Difficulté à voir les signaux émotionnels : exemple du gars qui gardait le t-shirt sale pendant un mois, ne comprenait pas pourquoi les gens ne se venait pas à côté de lui
* -> place de ces troubles ( ? cognitif ?) pas encore inclus dans les critères mais difficulté à évaluer, de quel nature + Fluctuation des symptômes même cognitif (peut disparaitre 10 mois après) + outil pas assez sensible, test pas adapté.
  + -> si on développe des outil plus écologique, basé sur des applis, de la VR,
* -> Nécessité d’adaptation de la psychométrie cognitive aux pathologies :
  + Ce ne sont pas des lésions, ça n’a pas des gros impacts
  + Ici c’est fonctionnel
  + Test pas assez sensible, pas assez fin
  + Plaintes du patient en décalage avec les résultats psychométriques : Exemple : patient pas capable de se concentrer en amphi, mais rien ne ressort dans les tests d’attentions.
  + Fluctuation du profil cognitif dans le suivi des patients : A cause de l’environnement (confinement), le profil peut changer
* Contrôle cognitif défaillant : n’alloue pas les bonnes ressources au bon endroit
  + Exemple : Appartement d’un patient, sur la table il y a un tas de journaux même pas ouvert → Giga routinier, en allant chercher sa clope il acheter automatiquement le journal. S’il ne le faisait pas, il n’allait pas bien.
  + Manque de flexibilité cognitive
  + Anecdote : les patients fument tous, en faite ça les aide à moduler positivement leur système dopaminergique !

New Cours 8/02 :

* On sait traiter la phase aigu mais une fois stabilisé, les patients ont des difficulté au quotidien (scolaire, pro, logement, travail, social) == symptomatologie négative
* Trouvons une approche non médicamenteuse -> outil de remédiation cognitive
  + Actuellement assez low-tech : papier crayons, sur ordi graphique dégeux
  + Vieux 10 ans ou 15 ans
  + -> rôle des ingé cognition : conception, programmation, déploiement pour les patients
  + Pas mal d’appli actuellement mais souvent manque de partenariat avec des cliniciens
* Symptomatologie négative : [ …. , **Cognition sociale**] :
  + Avant on séparait cognition et émotion = indépendance (par facilité théorique un peu) -> beau modèle boite et flèche
  + Mais il y a un lien, l’attention est driver par l’émotion, décision même rationnel same (dans les décisions économique l’homme n’est pas du tout rationnel)
  + Def émotion : un épisode, c’est fini dans le temps. Si l’émotion dure alors c’est pathologique.
    - Episode influencé par beaucoup de chose : perception de l’environnement, physiologique, coté motivationnel (si peur je veux l’arrêter)
  + Coté perception des émotions chez les autres :
    - SCHZ : Vois les émotions mais avec beaucoup de bruit
    - SCHZ : différence de recentie, expression, même physiologique.
  + Théory de l’esprit :
    - Capacité à interpréter les penser et comportement d’autrui, être dans l’esprit de l’autre
    - Pas mal référence à l’enpathie
  + Perception sociale :
    - 1er degrés : « un pote m’a fait une crasse, j’suis prêt à passer l’éponge » un patient vas le prendre au premier degrès « pourquoi tu me parle d’éponge »
  + Attribution de biais
  + -> Voir tableau diapo 34
  + Test :
    - Basé sur l’autisme chez l’enfant
    - Mais bcp de chose à faire, pas ouf comme test
* Déf de la remédiation cognitive :
  + Intervention **thérapeutique** impliquant un entrainement destinée à améliorer les processus cognitifs (et émotionnel) de telle manière que les bénéfice se maintiennent **dans la durée** et se **généralisent**
  + Renforcer les capacités des personnes
  + Thérapeutique : objectif de soigner, pas ludique (jeux ect), gagner en autonomie
  + Généralisation : ne pas faire un expert en apprentissage de liste de course
  + Dans la durée : A long terme,
* Population :
  + Patients stabilisés, avec une plainte cognitive
  + Petite portion de la population, stabiliser prend du temps,
  + Plainte cognitive : on ne peut pas imposer les remédiations car nécessite de la motivation
* Objectifs :
  + **Définir des objectifs**, un projet doit être associer (professionnel ou social)
  + Exemple : avoir mon diplôme, passer le permis, savoir-faire ceci ou cela
  + Dans le but de diminuer son handicap, améliorer l’autonomie, insertion pro
* 3 grands axes :
  + Entrainement cognitif : Fonction cognitive troublé :
    - Exemple mémoire -> on vas entrainer la mémoire
      * Liste de mot rentre là-dedans mais pas ouf car pas sur le long terme -> apprendre à utiliser des moyens mnémotechniques
    - Exemple attention :
      * Barré les 8 parmis les b
      * On donne des conseils et des moyens pour mieux focaliser sont attention
    - Exercice intensifs dans l’objectif d’améliorer la fonction cognitive déficitaire
  + La réorganisation-facilitation : Apprendre à contourner les composantes déficitaires
    - Exemple conduite : on peut contourner un déficit de mémoire procédurale en conscientisant la démarche pour améliorer les TR
  + Les compensations ou aménagements
    - Mise en place d’outils de compensation ou à aménager l’environnement
    - Exemple :
      * Un bipper qui nous rappel les rdv ou de prendre les médicaments
      * Un carnet mémoire == un bullet journal à ouvrir tous les jours
* -> Combiner les 3 approches
* Différence entre remédiation et entrainement cérébrale
  + Remédiation
    - Contexte pathologique
    - Méthode validée scientifiquement
    - Thérapeutes formés : car il faut apprendre au patient à utiliser la remédiation
  + Entrainement cérébral :
    - Contexte ludique
    - Non validée par des études scientifiques
    - Utilisation individuelle : non encadrée
* Une psychothérapie agis sur le cerveau de la même manière que des médicaments
* Parcours de soins ;
  + Trouble de l’insight : ne pas trop connaitre les conséquences de sa maladie, la maladie, de la stigmatisation de la maladie
  + Si pharmaco résistant : RTMS (TMS répété) et ECT (électrochoc)
  + Education thérapeutique app :
    - Sensibilisé sur ce qu’il se passe quand on ne prend pas son médicament, ou si on le prend un jour sur deux ;
    - Vécu psychotique : que faire des petites hallucination restante
    - Addiction : cannabis, tabac, alcool
    - Troubles cognitif ->
  + -> métacognitif, …, ….
* -> Remédiation cognitive
  + Evaluation initiale : Clinique et Cognitive
  + Définition d’objectifs : Restitution des résultats (dire au patient les résultats) et dire pourquoi ça a un impact sur sa vie
  + Phase de remédiation (semaine à plusieurs mois) : papier, CD-Rom, tache à domicile
  + Réévaluation et bilan : mesurer l’impact
  + Puis 6 mois après pour voir le maintient dans le temps
* Impact des troubles cognitifs :
  + Tests déconnecté de la vrais vie mais permette de mesurer les déficit par composantes
* Cognition sociale :
  + Capacités à percevoir, interpréter et générer des réponses concernant les intentions, les dispositions et les comportements des autres individus (Green et al., 2008)
  + Exemple : repérer les émotions sur le visage
    - Le patient ne regarde pas au bonne endroit du visage pour identifier les émotions
    - Si on leur dit de regarder au bon endroits (yeux, bouche, ect) alors ils arrivent à bien identifier
* Tableau des remédiations existante : DIAPO 56
  + Le matériel est un peu vieux mais la cible était souvent des personne 30-40ans
  + Maintenant c’est compliquer de créer l’adhérence avec des vieux outil comme ça
  + Gaia :
    - Améliorer la reconnaissance des émotions : dans photo, dans scène numérique, dans vidéo irl, même irl en accompagnant le patient à la pharmacie
  + RC2S :
    - Dialogue et choix
  + On cherche un accompagnement du patient, avec des moyens humains. Ne pas laisser le patient seul
* Effet des programmes de remédiation cognitive
  + Fonctionnement cog global = au test
  + Sévérité des symptômes **négatif**
  + Fonctionnement global = autonomie
  + Gaia amélioration à 6 mois significative
  + Gaia généralisation ++ par rapport à recos
  + Il faut individualiser le parcours de soin
* Thérapie par avatar
  + Patient avec hallu auditive, il a des stratégies pour les repérer
  + But : personnifier les voix avec un avatars et réduire la charge émotionnel induite
  + Au début,
    - Émotion très forte
    - Très passif fasse à cette voix
  + A la fin
    - Ça va, il lui parle
    - Lui dit de partir
  + 90% de voix en moins
* EXAM :
  + Rôle d’un ingé cog
  + Choisir un des troubles de la schz : cog, réduire les hallu, cognition sociale, agir sur la prise de traitement, accepter la maladie
  + Bien choisir ça, qui a un impact
  + Proposer un programme avec les techniques de remédiation : inclure l’objectif, le clinicien, autonomie ++
  + Démarche scientifique :
    - HP
    - Population visée : stabilisé, difficulté de stabilisation
    - Méthode : outil
    - Résultat

Outil : BUT : AMELIORATION DE l’AUTONOMIE, milieux professionnel ou sociale

* Evaluation initiale & définition du projet de la personne
  + Avec le professionnel
  + Eventuellement complété par un questionnaire dans l’app ???????
* Choisir dans :
  + Cercle
    - ToM
    - Emotional processing
    - Attributional Style
    - Social perception and knowledge
  + Trouble neurocognitif : mémoire (méthode type bullet journal, notif dans l’apps, technique de mémorisation) attention (tiktok réduit l’attention ?)
  + Trouble de la cognition sociale :
    - Empathie, émotions, théorie de l’esprit
  + Trouble métacognitif
* Google plus sur la remédiation des troubles cognitifs en général