

Présentation d'un atelier de stimulation multimodale pour patients ayant des troubles cognitifs mineurs au sein d'un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel-CHS)

Introduction :

Le Centre Renoir du CHS de l'Yonne, CM labellisée et CATTP, propose depuis 15 ans des ateliers de stimulation cognitive aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées. Devant la forte demande de prise en charge de la part des patients MCI (Mild Cognitive Impairment) et à l'appui de différentes études sur les stimulations cognitives pluridisciplinaires, l'équipe a élaboré un atelier de stimulations multimodales.

Le but est de présenter notre atelier expérimental de stimulations et son évaluation dans un domaine où les programmes ne sont pas encore standardisés pour cette population.

Méthode :

- Population :** Un groupe constitué de 4 patients MCI (2 amnésiques purs et 2 domaines multiples) : MMS moyen 26.25 (<25-29>), 1 femme et 3 hommes.
- Bilans pré-prise en charge (Visites d'inclusion) :** médicale et bilan neuropsychologique complet, évaluation par l'ergothérapeute des capacités de planification, passation d'échelles d'autoévaluation (estime de soi et répercussions fonctionnelles).
- Prise en charge (PEC) :** 6 mois, 25 séances à raison d'1 séance hebdomadaire de 2 heures, selon le schéma suivant : 2 mois de stimulation cognitive (exercices papiers-crayon/oraux), 2 mois d'ergothérapie (4 ateliers différents), 1 mois de stimulation de la cognition sociale et 1 mois de stimulation de l'orientation spatiale.
- Bilans post-PEC :** bilans comparatifs neuropsychologique et d'ergothérapie, passation de 2 échelles d'autoévaluation, évaluation subjective de satisfaction durant la consultation médicale.

Descriptif des différents ateliers :

PEC Stimulation cognitive (2 mois)

Feuilles d'exercices individuels (papiers/crayons) et de groupe (à l'oral) visant à stimuler à chaque séance les capacités cognitives suivantes et toujours dans le même ordre de présentation : fonctions d'attention sélective visuelle, exécutives (mémoire de travail, flexibilité mentale/graphique, inhibition mentale et initiation verbale), mnésiques (mémoire à long terme visuelle/verbale) et instrumentales (exploration visuo-spatiale « jeu des différences » comme tâche d'interférence avant le rappel différé des items encodés).

PEC Ergothérapie (2 mois)

Atelier écriture : A l'arrêt de l'activité professionnelle, les aptitudes d'expression écrites sont souvent moins sollicitées et risquent de s'altérer progressivement. Le choix de l'atelier s'est donc porté sur l'élaboration de textes individuels sur un thème de description d'un lieu agréable. Cela permet de stimuler la graphie mais aussi l'expression écrite des émotions rattachées à un souvenir, l'élaboration d'un texte (stimulation des capacités exécutives et langagières) et l'accès au stock sémantique. Ce travail individuel donne lieu en fin de séance à des échanges sur les écrits de chacun ce qui favorise les interactions sociales et l'empathie.

Atelier cuisine : La première séance est réservée à l'adaptation de la recette ; un plan stratégique est élaboré à l'écrit pour permettre de réaliser un plat sans oublier. La seconde séance est une application de ce plan qui permet de réaliser concrètement la recette. Cette technique est transposable dans d'autres activités de la vie quotidienne (bricolage, jardinage...).

Atelier pratique :

Cet atelier est divisé en deux séances. La première est un atelier origami qui utilise des techniques de pliage à différents degrés de difficulté permettant de stimuler l'apprentissage, les mémoires notamment de travail et procédurale ainsi que les capacités visuo-spatiales et visuo-constructives. L'accent est mis sur l'organisation et la planification par séquençage des étapes de réalisation. Cet art très accessible et facilement praticable peut être poursuivi à domicile et favoriser la détente comme il est utilisé au Japon.

La seconde séance est une mise en application des techniques de séquençage. Elle consiste à réaliser le plan de construction d'un petit objet en bois (boîte, plumier, tangram...). Les compétences spatiales, le raisonnement et la résolution de problèmes sont sollicités dans ce travail.

Atelier création :

En utilisant une technique simple peu onéreuse (le « plastique fou »), on réalise des porte-clefs ou autres petits objets. Moins contraignantes que les autres techniques, elle permet de stimuler la créativité et les habilités gestuelles. De plus, cette pratique peut aisément être reproduite à domicile.

PEC Stimulation de la cognition sociale (1 mois)

Feuille d'exercices individuels (papiers/crayons) et de groupe (saynètes à jouer) visant à stimuler plusieurs domaines de la cognition sociale, à chaque séance et dans le même ordre. Il débute par un travail sur la reconnaissance des émotions d'autrui à l'aide de photos de visages et sur l'expression des émotions (saynètes à jouer avec intonation et expression faciale correspondantes à l'émotion requise). Ensuite, les exercices portent sur la théorie de l'esprit (détection de fausses croyances sur histoires courtes) et sur les capacités d'empathie. Le raisonnement social est stimulé à travers des histoires sollicitant des jugements moraux et conventionnels. Enfin, le dernier exercice porte sur un entraînement à la prise de décision.

PEC Stimulation de l'orientation spatiale (1 mois)

Alternance de séances bureau/extérieur basées sur un travail d'élaboration de parcours et leur mise en pratique en condition réelle (au centre ville d'Auxerre). Deux parcours différents sont élaborés durant cette prise en charge ; ils sont travaillés sur plans au centre dans un premier temps, puis mis en pratique en groupe dans les rues d'Auxerre.

Résultats : Très faible taux d'absentéisme (12%). Absence d'analyse statistique.

Tableau n°1 cognition (comparaison bilans neuropsychologiques pré- et post-PEC) : stabilité et amélioration sauf pour 1 patient (ce patient a développé une dépression mineure et une perte d'autonomie au cours de la prise en charge). Concernant les trois autres patients, nous avons constaté une amélioration homogène voire une normalisation des performances en mémoire épisodique (verbale et visuelle), en vitesse de traitement de l'information et en initiation verbale catégorielle. Nous avons également observé d'autres améliorations individuelles moins marquées.

MEMOIRE		1		2		3		4	
		Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Orientation	Temporelle	4,5	4,5	5	5	5	5	3	0
	Spatiale	5	5	5	5	5	5	5	5
	Rappel immédiat	16	16	15	16	16	14	15	15
	Rappel libre total	19	29	21	29	21	26	7	6
RI-RI 16	Rappel total	44	48	38	46	37	47	29	14
	Rappel total différé	16	16	13	16	14	16	7	1
	Reconnaissance	16	16	16	16	15	16	14	15
	Intrusions	1	2	4	2	2	0	10	25
Figure BEM 84	Persévérations	0	0	3	0	3	0	4	8
	Rappel immédiat	5,5	6	7	10,5	5	7,5	5	5,5
	Rappel différé	6	7,5	7,5	11,5	4,5	6,5	4,5	0
MCT	Empan étroit	5	5	5	5	6	6	5	4

FONCTIONS EXECUTIVES		Avant		Après		Avant		Après	
		t	s	t	s	t	s	t	s
Mémoire de travail	Empan envers	4	5	5	4	3	3	3	4
	Partie A	38	33	36	27	46	55	33	41
TMT	Partie B	123	147	82	58	374	197	139	140
	Alphabétique	13	16	26	22	18	22	18	13
Fluences Verbales	Catégorielle	20	26	21	23	12	27	23	33
	Dénomination	13	12	11	15	15	13	14	16
Stroop Victoria	Interférence faible	21	17	15	15	19	21	17	18
	Erreurs corrigées	0	0	0	0	0	0	0	0
	Erreurs non corrigées	0	0	0	0	0	0	0	0
	Interférence forte	36	30	30	28	36	40	33	35
	Erreurs corrigées	0	0	2	0	1	1	1	1
	Erreurs non corrigées	0	0	0	0	1	0	0	0
	if	1,62	1,42	1,36	1,07	1,27	1,62	1,21	1,13
	IP	2,77	2,5	2,73	1,87	2,4	3,08	2,36	2,19

Légende couleurs :
■ Diminution significative des scores
■ Diminution des scores
■ Stabilité des scores
■ Amélioration des scores
■ Déterioration significative des scores

Tableau n°2 ergo (comparaison bilans d'ergothérapie pré- et post-PEC) : amélioration pour les 4 au test des priorités (hétérogène pour le test des commissions).

Patients		1		2		3		4	
		1	2	1	2	1	2	1	2
Bilans pré- (1) et post-(2) ateliers	Exécution /17	10	11	17	16	5	6	4	7
	Efficacité /32	10	22	18	22	10	12	7	13
priorités	Total /49	20	33	35	38	15	18	11	20
	Total /100	86	82	91	70	52	60	67	91

Légende couleurs :
■ Diminution des scores
■ Stabilité des scores
■ Amélioration des scores

Tableau n°3 échelles (comparaison échelles d'autoévaluation pré- et post-PEC) : pas d'amélioration franche sauf pour 1. Souhait de participer à d'autres ateliers sauf pour 1. Stabilité de l'estime de soi selon la cotation.

Echelle des répercussions fonctionnelles		1		2		3		4	
		1	2	1	2	1	2	1	2
Bilans pré- (1) et post-(2) ateliers	MÉMOIRE EPISODIQUE VERBALE /16	8	6	9	12	8	8	5	6
	MÉMOIRE VERBALE	2,75	2,75	1	0,6	1,85	0,9	0,9	2,9
Conversation (moy. 6)	Conversation (moy. 6)	3,5	3,5	0,3	1	1	0,5	0,5	2,5
	Télévision, radio, lecture (moy. 6)	2	2	1,7	0,2	2,7	1,3	1,3	3,3
MÉMOIRE ET ATTENTION VISUO-SPATIALES	Mémoire visuo-spatiale (moy. 6)	1,3	1,2	0,6	0,9	0,5	0,45	0,9	0,45
	Attention v-s et orient. spatiale (moy. 6)	1	0,8	0,2	0,5	0	0,4	0,8	0,4
MÉMOIRE DE TRAVAIL (moy. 6)	Mémoire de travail (moy. 6)	1,7	2,3	0,5	0,3	1	1	1,7	2
	ATTENTION SELECTIVE (moy. 6)	4,4	3,2	0,6	0,1	1,6	0,4	1,2	1,2
FONCTIONS EXECUTIVES	Fonctions exécutives	2,7333333	2,3	0	0	**	0	1	0,81667
	Organisation/Planification (moy. 6)	4	2,8	0	0	**	0	1,5	0,75
Prise de décision/Prise d'initiative (moy. 6)	Prise de décision/Prise d'initiative (moy. 6)	2,3	2	0	0	**	0	0	0,7
	VITESSE DE TRAITEMENT	1,9	2,1	0	0	**	0	1,5	1
VITESSE DE TRAITEMENT	Vitesse de traitement	2,05	2,15	0,35	0,05	0	0	0,6	0,125
	Vitesse d'exécution motrice (moy. 6)	2,5	2,2	0,7	0	**	0	0,7	0
COGNITION SOCIALE (moy. 6)	Vitesse de traitement cognitif (moy. 6)	1,6	2,1	0	0,1	0	0	0,5	0,25
	Cognition sociale (moy. 6)	1,1	1,4	1,3	1,1	1,5	0,5	2	2

Discussion :

L'évaluation subjective de la satisfaction a montré la difficulté des patients à faire le lien entre la stimulation de groupe au sein du Centre et leur vie quotidienne. Malgré la stabilité voir l'amélioration des scores aux épreuves proposées lors des bilans neuropsychologiques, nous n'avons pu vérifier si l'évolution des performances était significative (absence d'analyse statistique sur les performances et échantillon trop petit) et si elle avait eu un impact sur leur quotidien. Par ailleurs, il serait nécessaire d'inclure un apprentissage complémentaire de stratégies de mémorisation et d'optimisation des performances attentionnelles, ainsi que l'élaboration collective d'un référentiel de prothèses environnementales pouvant être mises en place au quotidien. Il nous paraît également plus pertinent de proposer l'évaluation et la prise en charge d'ergothérapie essentiellement à domicile afin d'optimiser la réadaptation individuelle.

Il nous semble nécessaire d'évaluer l'humeur et l'anxiété avant l'inclusion en atelier afin de proposer une prise en charge adaptée et éviter d'accroître les troubles thymiques en lien avec le renforcement de la prise de conscience des troubles cognitifs.

Malgré l'absence d'amélioration de l'estime de soi, la forte adhésion au groupe et le souhait de participer à un autre programme laissent penser que les patients en tirent un bénéfice qui reste à mieux définir. Trois patients sur quatre ont d'ailleurs réinvesti une activité de loisir à la suite de cette prise en charge.

Enfin, la prise en charge en CATTP spécifique aux CHS favorise l'accessibilité au soin.

Ouverture :

Est-ce que le fait de proposer une stimulation multimodale contribue à réduire significativement les difficultés ressenties au quotidien ?

Y-a-t-il un intérêt à intégrer un atelier d'éducation thérapeutique et/ou une activité physique ?

Il serait nécessaire d'élaborer et de standardiser des programmes communs de stimulation en consultation mémoire afin d'améliorer la pertinence de la prise en charge.

Dr Jouanne Monique*; **Fréguelin Chanèle*** neuropsychologue; **Leménorel Catherine*** ergothérapeute; **Ridet Florian***

*Centre hospitalier spécialisé de l'Yonne (Auxerre) le 30/11/2018