

Auclain, M.<sup>1,2</sup>; Nique, S.<sup>2</sup>; Acuna-Vargas, S.<sup>3</sup>; Lamharaz, I.<sup>2</sup>; Defieux, E.<sup>2</sup>; Farina, C.<sup>2</sup>; Younès, N.<sup>2</sup>; Bazin, N.<sup>2</sup>; Boumendjel M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Auteur référent (contact : maucain@ch-versailles.fr)

<sup>2</sup> Service de Psychiatrie et Addictologie du Centre Hospitalier de Versailles - 177, Rue de Versailles 78150 LE CHESNAY

<sup>3</sup> CSAPA Centre Cassini, Centre Hospitalier Cochin, Paris 14<sup>e</sup>, France

### État des lieux de la remédiation cognitive en addictologie :

- Maintien ou amélioration dès 1 mois (mémoire, attention, inhibition, décision, vitesse de traitement) (Stavro et al., 2013)
- Bénéfice sur qualité de vie et bien-être (régulation émotionnelle et des consommations) (Houben et al., 2011; Brooks et al., 2017; Marceau et al., 2017) ...

### Mais à ce jour :

- Majorité des protocoles en hospitalisation résidentielle ou de jour (alcool, schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles neurodéveloppementaux) Ex: 70% de la remédiation cognitive se pratique en hôpital de jour (Moualla et al., 2018)
- Pas de consensus sur le format à appliquer (durée, nombre de séances, contenu).

## OBJECTIF

Evaluer les bénéfices de la remédiation cognitive chez des patients suivis en addictologie ambulatoire (CSAPA) (variété des consommations, des objectifs et de l'adhésion régulière au soin).

## MÉTHODE DE L'ATELIER

### ❖ 6 patients/groupe + 2 animateurs.

- Plainte cognitive confirmée par un soignant
- Abstinence > 1 mois ou usage contrôlé
- Suivi au CSAPA

Critères  
d'inclusion

- Traitement par BZD
- Décompensation psychiatrique
- Troubles du comportement
- Démence

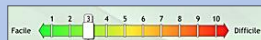
Critères  
d'exclusion

### ❖ BILAN PRÉ- ET POST-ATELIER

- Dépistage des troubles cognitifs : MOCA, BIS-11 (impulsivité), SSTICS (auto-évaluation de la plainte cognitive) avec adaptation pour le soignant, échelle d'auto-évaluation des compétences cognitives.
- Bilan neuropsychologique :
  - Fonctions mnésiques, attentionnelles, exécutives et de vitesse de traitement.
  - Fonctions intellectuelles (WAIS IV) : calcul de l'Indice d'aptitude général.
- Consommations de substances : ASSIST, AUDIT
- Bien-être : HAD, Estime de soi, AQOLS (qualité de vie)

### ❖ ATELIER : 2 x 2 heures par semaine pendant 3 mois

- ✓ Entraînement sur ordinateur (logiciel HappyNeuron, fiche de suivi)



- ✓ Psychoéducation : Fonction cognitive, impact des addictions, stratégies en vie quotidienne

## RÉSULTATS

### 1) Evaluation clinique (n=15) :

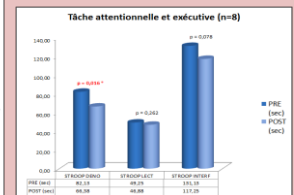
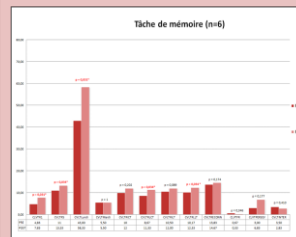
	Effectif n (N=15)	Moyenne pré-atelier	Moyenne post-atelier	P-value
MOCA	14	23.071	24.857	0.059
SSTICS Auto	15	31.267	24.200	0.016*
SSTICS Hétero	15	33.067	23.400	0.029*
ASSIST Alcool	15	15.200	13.333	0.285
ASSIST Cannabis	13	4.923	5.846	0.539
ASSIST Tabac	15	9.667	10.2	0.900
ASSIST Autres	6	10.500	3.500	0.058
AUDIT	15	14.333	11.133	0.200
AQOLS	15	34.333	28.267	0.010*
BIS-11 Planification	15	25.000	24.267	0.342
BIS-11 Impulsivité motrice	15	21.867	21.333	0.636
BIS-11 Impulsivité cognitive	15	19.000	18.467	0.721
HAD Anxiété	15	11.200	8.867	0.032*
HAD Dépression	15	7.933	6.533	0.146
Estime de soi	13	27.692	28.769	0.325

#### Améliorations significatives :

- Plainte cognitive selon le sujet et le soignant (SSTICCS)
- Anxiété (HAD)
- Qualité de vie (AQOLS)

Test de Wilcoxon, seuil de preuve de significativité à p=.05.

### 2) Evaluation neuropsychologique (n=8) :



#### Améliorations significatives :

- Mémoire (encodage, rappel) (California Verbal Learning Test)
- Attention (test de Stroop)

## DISCUSSION

- Bénéfice significatif de l'atelier sur la qualité de vie = objectif validé.
- Bénéfices significatifs sur la cognition et l'anxiété = ↘ recours aux substances.
- Participation à ≥ 50% du cycle = adhésion + bénéfice déjà apparent !
- Enquête de satisfaction : satisfaction du logiciel, de la supervision (métacognition) et de la psychoéducation (acquisition de connaissances).
- Limites : effectif faible (N=15), pas de groupe contrôle, nombre inégal de bilans neuropsychologiques.

## CONCLUSION

→ Etude pilote aux résultats encourageants montrant le bénéfice d'un groupe de remédiation cognitive sur la qualité de vie de patients suivis en addictologie ambulatoire et l'amélioration des fonctions cognitives (principalement la mémoire et l'attention).

→ Perspectives : Augmenter l'effectif, réévaluer le maintien des bénéfices dans le temps (+ 6 mois et + 1 an), comparaison à un groupe contrôle.

**BIS-11** : Barratt Impulsiveness Scale

**SSTICS** : Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia

**AUDIT** : Alcohol Use Disorders Identification Test

**ASSIST** : The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

**AQOLS** : Alcohol Quality of Life Scale

**MOTS CLÉS** : remédiation cognitive, cognition, métacognition, qualité de vie, addictions, troubles cognitifs, groupes thérapeutiques, soin ambulatoire.

Les auteurs déclarent ne pas détenir de liens d'intérêt.  
Sources des illustrations : sites [happyneuron.fr](http://happyneuron.fr); [ordissinaute.fr](http://ordissinaute.fr); [scientificbraintrainingpro.fr](http://scientificbraintrainingpro.fr); Powerpoint réalisé pour l'atelier