

Auclain, M.^{1,2}; Nique, S.²; Acuna-Vargas, S.³; Lamgharaz, I.²; Defieux, E.²; Farina, C.²; Younés, N.²; Boumendjel M.²

¹ Auteur référent (contact : maucain@ch-versailles.fr)

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

³ CSAPA Centre Cassini, Centre Hospitalier Cochin, Paris 14^e, France

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

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 un format (durée, nombre de séances, contenu).

OBJECTIF

Evaluer les bénéfices de la remédiation cognitive chez des patients suivis en addictologie ambulatoire (CSAPA) (fluctuation des consommations actives, des objectifs et de la régularité du soin, comorbidités, exposition à la vie quotidienne).

MÉTHODE DE L'ATELIER

Adaptation à la thématique des addictions du programme COGREMED du CMP de Versailles (schizophrénie, bipolarité) (Bulut et Bazin, 2017; Amado, 2018)

❖ 6 patients/groupe + 2 animateurs formés au programme.

- 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
- Maladie neurodégénérative

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 (non-validé), 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 (Rosenberg), 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

* Preuve de significativité, au seuil p = 0,05

Échelle	n	Moyenne pré-atelier	Moyenne post-atelier	P-value
MOCA	20	23,650	25,450	0,057*
SSTICS Auto	21	23,524	22,476	<0,001*
SSTICS Hétéro	22	27,637	27,429	<0,001*
ASSIST Alcool	21	15,574	13,381	0,183
ASSIST Cannabis	10	12,888	14,111	0,566
ASSIST Tabac	21	10,810	12,457	0,174
AUDIT	21	14,810	13,000	0,295
AQOLS	22	31,716	34,967	0,002*
BIS-11 Planification	21	36,333	34,429	0,095
BIS-11 Impulsivité émotionnelle	21	22,324	21,000	0,054
BIS-11 Impulsivité cognitive	21	18,524	18,000	0,101
HAD Anxiété	21	11,524	9,524	0,005
WALD Dépression	21	8,712	5,905	0,004*
Estime de soi	19	26,911	29,579	0,006*



Figure 1

Figure 2

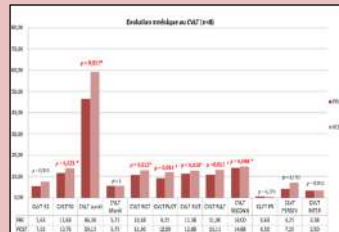


Figure 3

Figure 4

Variable	Corrélation	Standard Error	Standardized	p
HL (Intercept)	-0,002	0,246	-0,000	0,993
HL (Attention)	-0,113	0,107	-1,002	0,325
NCR MOCA	-0,139	0,123	-0,140	0,329
NCR SSTICS AUTO	0,016	0,086	0,240	0,246
NCR SSTICS HÉTÉRO	0,199	0,128	0,174	0,179
NCR ASSIST MOY	-0,075	0,151	-0,072	0,592
NCR ASSIST CANNIS	-0,284	0,154	-0,262	0,108
NCR ASSIST TABAC	0,146	0,128	0,169	0,239
NCR AUDIT	-0,003	0,152	-0,002	0,993
NCR HAD	0,138	0,188	0,130	0,482
NCR EDG	0,212	0,162	0,209	0,232
NCR ESTIME	0,278	0,178	0,283	0,001

Figure 5

Améliorations significatives :

- Bilan clinique (n=21) : Plainte cognitive (SSTICS auto- et hétéro-questionnaire); qualité de vie (AQOLS); dépression (HAD); estime de soi (Rosenberg) (figure 1);
- Bilan neuropsychologique (n=8) : Mémoire (encodage, stockage, rappel) (figure 3); attention, inhibition et flexibilité (figures 2 et 4).

Prédicteurs significatifs de l'amélioration à l'AQOLS (régression linéaire multiple) (Figure 5) : Améliorations de la plainte cognitive (t = 2,365; p = 0,05), de l'anxiété (t = -2,927; p = 0,022) et de l'usage d'alcool (t = 6,514; p < 0,001); modèle explicatif de la variance à 93% (R² = 0,933; R² Ajusté = 0,838; F(10,7) = 9,807; p = 0,003).

DISCUSSION

- Bénéfices significatifs sur la qualité de vie = objectif validé; la cognition et sa plainte; la dépression; l'estime de soi → Quelle influence sur le recours aux substances ?
- Satisfaction du logiciel, de l'association métacognition/psychoéducation (acquisition de connaissances), amélioration de situations quotidiennes et gain de confiance.
- Participation à ≥ 50% du cycle = adhésion + bénéfice déjà apparent !
- Limites : Effectif faible (N=21), absence de groupe contrôle, nombre inégal de bilans neuropsychologiques.

CONCLUSION

**Favoriser la remédiation cognitive en addictologie ambulatoire :
Pour des soins pluridisciplinaires et intégratifs.**

- Programme de remédiation cognitive « hybride » et complet (entraînement multimodal, métacognition, psychoéducation, transfert en vie quotidienne, dynamique de groupe).
- Bénéfices multiples observés : amélioration de la qualité de vie (estime de soi, bien-être, autonomie, inclusion sociale) et de la gêne cognitive objective et subjective (mémoire, attention, fonctions exécutives) = traitement cognitif, thyémique et addictologique conjoint.
- Perspectives : Augmenter l'effectif, réévaluer le maintien des bénéfices dans le temps (+ 6 mois et + 1 an), comparaison à un groupe contrôle.