



HAL
open science

Que peut apporter la santé mentale positive en remédiation cognitive ?

Christophe Gauld

► **To cite this version:**

Christophe Gauld. Que peut apporter la santé mentale positive en remédiation cognitive?. 2019.
hal-02175870

HAL Id: hal-02175870

<https://hal.science/hal-02175870>

Preprint submitted on 6 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Que peut apporter la santé mentale positive en remédiation cognitive ?

Christophe Gauld*
*MD

RÉSUMÉ

La remédiation cognitive appliquée au spectre du trouble de l'autisme apporte de grandes espérances face à l'espoir de rétablissement. Cependant, pour des raisons contextuelles, le rapport de celle-ci avec le champ de la « santé positive » n'a encore été que peu étudiée. Chacune de ces approches possède en effet des outils communs, dont le rapprochement ne pourrait être que bénéfique.

Les adultes porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme possèdent de nombreux moyens de compensation de leur trouble, acquis tout au long de leur vie, qui rendent relativement acceptable leur quotidien. Le transfert des compétences établies lors des séances de remédiation cognitive semble partiellement entravé par ces méthodes préexistantes. Pourtant, la souffrance attachée à la complexité des relations sociales subsiste. Nous avons fait l'hypothèse que les compensations fonctionnelles (neurocognitives mais aussi sociales) pouvaient être réutilisées si elles étaient cadrées par 1) les outils de remédiation cognitive (transfert écologique classique) et 2) de santé positive (transfert écologique positif).

Nous présentons ici l'application des concepts formels de santé positive lorsqu'ils sont ajoutés aux séances de remédiation cognitive, à travers l'exemple du trouble du spectre de l'autisme.

Les résultats obtenus devraient montrer une amélioration de la cognition sociale et de la neurocognition (étape propre au programme de remédiation), ainsi que des facteurs subjectifs (par exemple, qualité de vie, estime de soi, bien-être) (étape propre à la santé mentale positive). En conclusion, il s'avère qu'un tel programme de remédiation cognitive peut pleinement associer les concepts de la santé positive avec la prise en charge des difficultés de cognition social. L'utilisation et l'efficacité de cette association ont peut-être été mésestimées dans la clinique de la remédiation cognitive.

MOTS-CLÉS : remédiation cognitive ; transfert ; généralisation ; facteurs subjectifs ; trouble du spectre de l'autisme ; santé positive ; relation thérapeute-patient.

Introduction

Les politiques de réhabilitation psychosociale qui se développent actuellement sur le territoire français promettent avant tout une approche centrée sur les besoins du patient, tout en

déclarant garantir son autonomie et son rétablissement dans la cité. Elles sont issues de mouvements de usagers (par exemple, WANA pour « We Are Not Alone ») (Dincin, 1975), et ont progressivement été institutionnalisés (par exemple via le Comité français pour la réhabilitation psychosociale ou les centres ressources de Réhabilitation Psychosociale et Remédiation Cognitive) (Franck, 2017). La démarche de réhabilitation fournit une réponse adaptée et individualisée aux besoins des sujets confrontés à une maladie psychiatrique, afin qu'ils bénéficient d'une insertion socioprofessionnelle et dans la cité, avec des objectifs motivants et plausibles. Ce modèle redonne actuellement une certaine vitalité au soin psychiatrique, en permettant l'association d'une volonté d'empowerment (émanant de la part des usagers) à un dégageant de la conception biomédicale ou paternaliste classiques du soin institutionnel (Greacen et Jouet, 2012). Cette volonté d'empowerment correspond à un processus social par lequel une personne accroît son pouvoir d'agir sur sa propre situation. Les conceptions paternalistes et biomédicales renvoient à la typologie décrite par Guibet-Lafaye (2017) sur l'éthique médicale ; l'auteur décrit en effet des typologies humanistes et centrées sur le désir du patient, qui correspondent mieux à l'approche théorique proposée par la réhabilitation psychosociale. Au sein de la réhabilitation psychosociale, le désir du patient est mis en avant. Pourtant, plusieurs méta-analyses montrent que les facteurs subjectifs, qui comprennent le bien-être, l'estime de soi, la motivation au progrès ou plus généralement la métacognition influencent largement la qualité de la réponse à la remédiation (Medalia et al., 2005 ; Velligan et al., 2006).

Pourquoi utiliser les facteurs subjectifs en remédiation cognitive ?

Ces facteurs subjectifs pourraient favoriser deux mouvements à la fois nécessaires et sous-tendant l'efficacité de la remédiation. Dans un premier temps, ils permettent d'améliorer la généralisation, du moins le transfert écologique des tâches

au domicile. Dans le parcours de réhabilitation, ces facteurs doivent intervenir au niveau du premier bilan, lors du recueil des objectifs, et au cours d'une action intégrative au cours des séances, en mettant en valeur les forces du patient (Roussel et al., 2011). L'évaluation de ces facteurs permet de cibler les items à travailler le plus précisément. Si certains de ces facteurs individuels peuvent être pris en compte au sein de programmes spécifiques de remédiation (par exemple, basés sur la métacognition), il ne semble pas y avoir de considération globale du sujet en question. Ceux-ci se confronteraient d'ailleurs aux mêmes difficultés que les exercices existants, difficultés mêlées aux déficits des capacités fonctionnelles elles-mêmes (par exemple, la flexibilité cognitive, le manque de motivation, le manque de caractère écologique de l'exercice, ou tout autre paramètre objectivable permettant la généralisation). Afin de créer la possibilité de transférer les acquis, nous pouvons émettre l'hypothèse, basée sur la littérature, qu'un renforcement de ces facteurs subjectifs pourrait contribuer à l'efficacité de la remédiation cognitive et à son renforcement écologique, avec la généralisation que cela amène.

Dans un second temps, il semble qu'un détachement du patient et de son thérapeute, appuyé par le développement des facteurs subjectifs, pouvait constituer un facteur important de réussite du programme. Si le transfert est une composante essentielle de la remédiation, le rôle du thérapeute tient également une place centrale dans ce soin. La notion de transfert a longuement été travaillée lors de l'élaboration chronologique de la discipline (voir par exemple, dès 1996, les discussions de Wykes et Reeder). Le champ de la psychologie du développement, au sein de laquelle la remédiation s'est développée initialement (par exemple, Paour, 1985, 1988, 1991), il était clairement exposé combien le transfert reposait sur un ensemble de caractéristiques cognitives et émotionnelles qui permettaient de favoriser l'épanouissement de la personne. Il semble en effet que la réapplication d'un exercice dans une « tâche à domicile », lors du transfert, se fonde sur l'envie de retranscrire les ac-

quis obtenus de manière médiatisée (en prenant pour base « l'expérience d'apprentissage médiatisée » de Feuerstein et al., 1980), de manière autonome et libre, au sein de la vie quotidienne. Ce désir, qui peut être nommé motivation sur un plan neurocognitif, peut être augmenté dans le cadre de l'amélioration des facteurs subjectifs (Velligan et al., 2006). Autrement dit, la définition d'un objectif et le développement des mécanismes permettant de l'atteindre (séances avec le thérapeute) demande également que le patient développe une forte « santé positive ». Non seulement la santé positive conceptualise un ensemble de facteurs subjectifs capables de soutenir le patient dans sa volonté de transférer ses acquis à son quotidien (par exemple, WHO, 2001 ; Compas, 1993 ; Sirgy, 2019 ; Randolph, 2018), mais elle permet au patient de « se détacher » de l'exercice médiatisé et du thérapeute pour désirer, de lui-même, appliquer ses acquis à la vie quotidienne. L'idée n'était donc pas de s'appuyer sur de nouveaux outils pour améliorer ce « détachement » écologique du patient avec son thérapeute. Il convient plutôt de créer (ou stimuler) l'envie de transférer les compétences acquises en séance dans la vie du patient.

Étudier les facteurs subjectifs : utiliser les outils de la santé mentale positive

Au sujet des facteurs subjectifs, Prouteau (2011) a bien décrit que « si l'évaluation objective se centre sur la réduction des symptômes et l'optimisation des activités et du travail, la définition subjective a trait au bien-être et à la qualité de vie subjective, et peut-être encore davantage à obtenir une place dans la société qui soit reconnue et valorisante ». Elle rappelle que « peu de travaux ont pris en compte les facteurs subjectifs dans l'étude d'efficacité d'une remédiation cognitive » (2012). Elle donne pour définition de ces facteurs subjectifs ceux qui :

« ont globalement trait à la perception, la représentation qu'un sujet a de lui-même. Cette représentation peut être plus ou moins consciente. Il

s'agit de la perception de soi en tant que personne, avec ses attributs, ses qualités, sa valeur, et par extension logique, de soi en tant que personne malade, avec la connotation négative que cela suppose ».

L'auteure relie ces facteurs à la métacognition, et convoque alors les notions de self-monitoring, de motivation ou de mémoire autobiographique pour expliquer l'efficacité de la remédiation cognitive. En accord avec d'autres chercheurs, comme Lecomte et al. (2006) qui les insère en réhabilitation, les facteurs subjectifs sont intégrés à la remédiation : ils servent à créer du lien entre l'intervention clinique et son application écologique (il faut donc créer des outils de remédiation pour favoriser la métacognition). En cela, ils doivent être utilisés pour favoriser le transfert. Mais comment les manipuler sans les faire entrer dans un nouvel entraînement de remédiation cognitive ? Au lieu d'intégrer les facteurs subjectifs conçus comme éléments de la métacognition, et donc sujets eux-mêmes à être développés dans des exercices, ils peuvent être étudiés sous le prisme de la santé positive. De plus, cet ensemble conceptuel d'outils et de valeurs permettrait au sujet de favoriser le transfert, en le « libérant » du thérapeute par l'augmentation des facteurs subjectifs, tels que l'optimisme, la confiance et l'estime de soi, le bien-être, etc. À la lumière de ces clarifications, on lit différemment de telles définition de la réhabilitation « augmenter les capacités de la personne jusqu'à ce qu'elle puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix avec, idéalement, un minimum d'intervention professionnelle. » (Anthony, 2004).

En neuropsychologie, les facteurs subjectifs ont donc été classiquement reliés à des entités métacognitives. Pourtant, ils font également partie d'un large champ de la recherche en santé mentale. En effet, ils ont été largement étudiés par la santé mentale dite « positive » (Antonovsky et al., 1996). Cette branche tient son nom de l'opposition avec la santé mentale

dite « négative », qui identifie les catégories de troubles (tel que le fait le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, DSM-5, 2013 / ou le Research Domain Criteria, Insel et al., 2010). La santé positive, qui cherche à caractériser le versant positif de la santé mentale, propose des mesures opérationnelles standardisées. Le diagnostic intégré centré sur la personne (Person-centered Integrative Diagnosis, ou PID) occupe une place centrale en santé positive : il a pour objectif de trouver un modèle de classification qui, contrairement aux classifications internationales actuellement dominantes, encourage la personne dans sa totalité et dans son contexte ; cette démarche a permis le lancement du Programme Institutionnel pour la psychiatrie de la personne lancé par la WPA en 2005 (Mezzich, 2007). Il est intéressant de noter que cette définition ressemble fortement à celle donnée par la réhabilitation. En trois points, nous pouvons résumer les valeurs de la santé positive qui, eux-aussi, semblent faire référence à la réhabilitation et à la remédiation cognitive :

- le bien-être : correspondant à la récupération, la rémission et à l'évaluation du fonctionnement (facteurs objectifs de la remédiation) ;
- l'expérience de la santé : évaluée à partir des données narratives idiosyncrasiques personnalisées (qualité de vie, formulation de valeurs) et de l'évaluation standardisée (facteurs subjectifs de la remédiation) ;
- les facteurs positifs de protection : facteurs internes de protection (comme la résilience, les mécanismes de défense protecteur et les modes de fonctionnement psychologiques protecteurs, cognitifs ou psychodynamiques), et facteurs externes de protection (comme le support social).

En pratique, nous pouvons nous centrer, sur 5 points de la santé positive directement utilisable lors des séances de remédiation cognitive. En effet, Shankland propose une « validation d'une classification des traits de caractères positifs afin de pouvoir ajouter un nouvel axe aux classifications internationales » (Shankland, 2014). Cette

désignation permettrait d'évaluer le niveau de fonctionnement positif et de bien-être des individus, et de travailler à perfectionner ces caractéristiques. Ces « traits » ont été standardisés par le biais d'échelles de mesure, validées et traduites en français. Ces cinq paramètres promoteurs de santé mentale positive sont :

- l'optimisme : étudiant les coûts et les bénéfices du réalisme (et de la dimension optimiste / réaliste), qui se rapproche du style attributionnel sur un versant holistique et subjectif (Bortolotti et Antrobus, 2015) ;
- le bonheur : la recherche actuelle en distingue trois dimensions, de plaisir (hédonisme), de sens (eudémonisme) et d'engagement (ou flow, voir Nakamura et Csikszentmihalyi, 2014) ;
- la gratitude dispositionnelle : correspondant à l'inclination à éprouver une reconnaissance pour les événements et les personnes, jouant un rôle médiateur dans la relation entre différents indicateurs de santé et bien-être (McCullough, Emmons et Tsang, 2002) ;
- la disposition au pardon : l'attitude 'vengeresse', à l'instar du stress et des émotions négatives, entraîne des conséquences psychiques et physiques négatives ; le pardon (pouvant être rapproché de la stratégie de coping) mobilise des processus neuropsychologiques du système de la motivation, de la cognition sociale, de l'empathie, etc. (Whorlinton et Scherer, 2004 ; Toussaint et al., 2014)
- la croyance en un monde juste : conférant du sens aux projets et aux objectifs et permettant de mieux s'y engager (Lipkus, Dalbert et Siegler, 1996).

Chacun de ces paramètres subjectifs peut être opérationnalisé au sein de questionnaires standardisés. Au-delà du fait qu'un large champ d'étude pourrait être développé sur le lien entre la neuropsychologie et ces paramètres de santé positive (Pimental, O'Hara et Jandak, 2018), ces derniers semblent à même de soutenir le patient dans un certain « bien-être ». Ce bien-

être, témoin de sa bonne santé (positive), le soutiendrait dans sa démarche de transfert autonome.

Conclusion

La santé mentale positive apporte une vision novatrice de la psychiatrie, complémentaire avec celle portée par la remédiation cognitive (et donc par la réhabilitation psychosociale). Ces approches apportent la conviction que les trajectoires de vie ne sont pas figées, mais peuvent être maniées avec souplesse. De même, pour ces deux approches humanistes, le sujet du soin ne se limite pas à une entité pathologique, mais relève également d'un ensemble de potentialités. Ce sujet est le lieu d'un ensemble de compétences : dans cette volonté d'accueil d'une certaine neurodiversité (Pedemonte, 2019), l'accroche thérapeutique et l'alliance (para)médicale ne peuvent se réaliser qu'à travers la compréhension et le maniement de tous ces éléments. La plainte et les difficultés exprimées doivent être certes la priorité du praticien de santé mentale ; toutefois, l'évaluation et le renforcement des qualités subjectives sont des entités dont la maniabilité n'égale que le pouvoir thérapeutique. Chez la personne porteuse d'un trouble du spectre de l'autisme, a fortiori chez l'adulte, la démarche compensatoire (s'opposant classiquement à la démarche restauratrice qui s'appuie sur la plasticité cérébrale développée par la remédiation, Hernandez, 2016) pourrait être susceptible d'empêcher la volonté de transférer les acquis. Cette volonté est au contraire « enclenchée » par le renforcement positif. Comme la remédiation cognitive, la santé positive renforce l'estime de soi, le bien-être et l'émergence d'une motivation intrinsèque, ce qui affirme la naissance d'un nouveau regard sur le sujet : il devient capable de penser, de choisir, de vivre dans son environnement, indépendamment de son « trouble ». Mais la santé positive offre également une standardisation de ces paramètres, qui ne sont plus des facteurs résiduels et théoriques issus de l'aboutissement d'un programme, mais clairement intégré au sein de ce dernier. Les bénéfices de l'estime de soi et du

bien-être ne doivent-ils pas appeler tout le soutien du thérapeute ? En vérité, l'application des concepts de santé positive aux patients, lors des séances, ne pourrait-elle également être bénéfique à d'autres outils de remédiation (par exemple, sur l'apprentissage de stratégies alternatives, Medalia et al., 2005) ?

RÉFÉRENCES

Articles

Anthony, W. A. (2004). The principle of personhood: The field's transcendent principle.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.

Compas, B. E. (1993). Promoting positive mental health during adolescence. *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*, 159-179.

Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. Paris, De Boeck Supérieur.

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders.

Lecomte, T., et Leclerc, C. (2006). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Medalia, A., Richardson, R. (2005). What predicts a good response to cognitive remediation interventions? *Schizophrenia Bulletin*, 31, 942-953.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 112.

Mezzich JE. (2007). Psychiatry for the person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* ; 6 : 65-7.

Nakamura, J., Csikszentmihalyi, M. (2014). The concept of flow. In *Flow and the foundations of positive psychology*. Springer, Dordrecht.

Pedemonte, N. (2019). La neurodiversité et les droits des personnes autistes. *Médecine et Philosophie*, (1).

Prouteau, A. (2011). *Neuropsychologie Clinique de la schizophrénie*, Paris: Dunod.

Prouteau, A. (2012). Facteurs subjectifs et remédiation cognitive dans la schizophrénie, dans : Franck, N. (2012). *Remédiation cognitive*. Paris: Elsevier Masson.

Pimental, P. A., O'Hara, J. B., Jandak, J. L. (2018). Neuropsychologists as primary care providers of cognitive health: A novel comprehensive cognitive wellness service delivery model. *Applied Neuropsychology: Adult*, 25(4), 318-326.

Randolph, J. J. (2018). Positive neuropsychology: The science and practice of promoting cognitive health. *Applied Neuropsychology: Adult*, 25(4), 287-294.

Shankland, R. (2014). Chapitre 11. La psychologie de la gratitude. In *Introduction à la psychologie positive* (pp. 167-179). Paris, Dunod.

Shankland, R., et Martin-Krumm, C. (2012). Évaluer le fonctionnement optimal: échelles de psychologie positive validées en langue française. *Pratiques psychologiques*, 18(2), 171-187.

Sirgy, M. J. (2019). Positive balance: a hierarchical perspective of positive mental health. *Quality of Life Research*, 1-10.

Toussaint, L., Shields, G. S., Dorn, G., Slavich, G. M. (2016). Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *Journal of health psychology*, 21(6), 1004-1014.

World Health Organization. (2001). *World health report 2001: mental health* (No. EM/RC48/Inf. Doc. 1).

Wykes, S. T. Y. Z. T., Reeder, C. (1996). Group cognitive remediation therapy for chronic. *Psychiatry*, 30, 760-767.