

Objectifs et enjeux de l'intervention cognitive en psychologie

MARJOLAINE MASSON¹, PH. D., NICOLAS FRANCK², M. D., PH. D., & CAROLINE CELLARD¹, PH. D.
Laboratoire de Neuropsychopathologie Cognitive : Évaluation et Traitement (NCET), Université Laval¹
Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, Université Lyon, France²

L'intervention cognitive est une pratique émergente de plus en plus utilisée par les professionnels en psychologie. Cependant, la place de l'intervention cognitive en psychologie demeure à l'heure actuelle assez ambiguë. L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) propose une définition de la psychothérapie dans laquelle le terme « cognition » apparaît. Cependant, cette définition ne permet ni de positionner l'intervention cognitive comme étant une psychothérapie, ni de l'insérer dans la liste des interventions non psychothérapeutiques. Le titre de psychothérapeute étant requis pour pratiquer la psychothérapie, ceci amène les psychologues à se questionner au sujet de l'intervention cognitive. Une proposition de définition de l'intervention cognitive et de réponse quant à sa réglementation est examinée dans une perspective neuropsychologique.

Mots-clés : intervention cognitive, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, neuropsychologie, remédiation cognitive

Cognitive intervention is an emerging treatment increasingly used by professionals in psychology. However, the status of cognitive intervention in psychology currently remains equivocal. "L'Ordre des psychologues du Québec" (OPQ) suggested a definition of psychotherapy in which the term cognition appears. However, this definition does not consider cognitive intervention as a psychotherapy, neither does it consider it to be a non-psychotherapeutic intervention. The qualification of psychotherapist is now required to practice psychotherapy. As a result, the scientific and clinical communities have questions regarding the practice of cognitive intervention. The current article highlights a definition of cognitive intervention and suggests new answers from a neuropsychological perspective.

Keywords: cognitive intervention, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, neuropsychology, Cognitive remediation

La loi québécoise modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (aussi appelée « projet de loi 21 ») redéfinit les champs d'exercice de plusieurs professions du domaine de la santé mentale et des relations humaines. Parmi les changements importants apportés par la loi, il faut compter l'encadrement de la psychothérapie. En effet, celle-ci définit et réserve la pratique de la psychothérapie, ainsi que le titre de psychothérapeute. Ainsi, seuls les psychologues, les médecins et les détenteurs d'un permis de psychothérapeute sont désormais autorisés à l'exercer. Toutefois, même si la loi a permis d'atténuer l'ambiguïté qui entourait la psychothérapie, certaines confusions demeurent, en raison de la complexité de l'opérationnalisation de la

définition et du fait que la distinction entre la psychothérapie et certaines interventions, comme l'intervention cognitive, n'est pas encore claire.

L'intervention cognitive englobe un ensemble de techniques initialement développées pour améliorer le fonctionnement cognitif des patients atteints de lésions cérébrales (Seron & Van der Linden, 2016). Son champ d'intervention s'est ensuite élargi à toutes les populations ayant des atteintes cognitives, dont des troubles mentaux. Elle permet de réduire l'impact des déficits cognitifs à travers la restauration des fonctions déficitaires ou le développement de nouvelles stratégies destinées à pallier ces déficits (Franck, 2014). La place de l'intervention cognitive au sein de la neuropsychologie ainsi que son appartenance à la psychothérapie ne sont pas clairement définies. Ceci s'explique par plusieurs raisons : 1) il n'y a pas de consensus quant à sa définition ; 2) elle recouvre des pratiques diverses et variées ; et 3) sa pratique n'est pas réglementée.

Les auteurs remercient Jean-Pierre Lindenmayer pour son apport concernant l'offre new-yorkaise. Merci d'adresser toute correspondance concernant cet article à Marjolaine Masson (courriel : marjolaine.masson@gmail.com).

La gestion du permis de psychothérapeute est assurée par l'OPQ, qui délivre ce permis en appliquant le Règlement de l'Office des professions du Québec. Celui-ci stipule que la conservation du titre de psychothérapeute nécessite une mise à jour tous les cinq ans, par le biais d'une formation de 90 heures. Par conséquent, un questionnement a émergé quant à la nécessité de conserver ce titre de psychothérapeute, et donc d'effectuer ces heures de formation, chez les psychologues qui pratiquent exclusivement l'évaluation neuropsychologique et l'intervention cognitive. L'objectif du présent article est de proposer des pistes de réflexion afin de sensibiliser les cliniciens à cette position et aux répercussions que pourrait avoir la reconnaissance de l'intervention cognitive comme une psychothérapie.

L'OPQ (<http://www.ordrepsy.qc.ca/>) définit la psychothérapie comme « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux

difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. ». À l'extérieur du Québec, la définition classique de la psychothérapie est celle citée par Strupp (1978, p.3) : « c'est un processus interpersonnel désigné pour apporter des modifications au niveau des sentiments, de la cognition, des attitudes et comportements qui sont reconnus comme pénibles par la personne qui recherche de l'aide d'un professionnel qualifié ». Quelle que soit la définition de référence, la notion de cognition y est intégrée en tant que cible d'intervention. Cependant, la simple mention du concept de cognition n'est pas suffisante pour pouvoir identifier l'intervention cognitive comme appartenant au champ de la psychothérapie.

En effet, selon l'OPQ, il existe quatre grandes écoles de pensée dans le domaine de la psychothérapie, que l'on appelle communément « orientations théoriques » : l'orientation cognitive-comportementale, l'orientation existentielle-humaniste, l'orientation psychodynamique-analytique et l'orientation systémique-interactionnelle. Elles se distinguent les unes des autres de par leur origine, les techniques qu'elles emploient et les aspects du développement qu'elles privilégient. L'intervention cognitive ne fait pas partie de ses orientations théoriques et, à première vue, elle ne s'apparente à aucune de leur définition ou objectifs (voir Tableau 1).

Tableau 1
Orientations théoriques en psychothérapie selon l'OPO

Approches	Définition	Objectifs	Exemples
L'orientation cognitive-comportementale	Les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats	- Analyser ces comportements et pensées, ainsi que le milieu de vie de la personne - Apprendre de nouveaux comportements et remplacer ces pensées ou émotions non désirées par d'autres qui sont davantage adaptées	- La thérapie comportementale - La thérapie émotionnelle
L'orientation existentielle-humaniste	Capacité de l'être humain à diriger son existence et à se réaliser pleinement. L'accent est mis sur le moment présent	- Faciliter l'exploration de soi et la prise de conscience de ses difficultés actuelles - Comprendre et modifier sa façon d'être ou d'agir en fonction de ses difficultés	- L'approche rogorienne - La thérapie Gestalt - L'autodéveloppement
L'orientation psychodynamique-analytique	Lien établi entre les difficultés actuelles et les expériences, les conflits refoulés et non résolus de l'histoire personnelle	- Prendre conscience de l'influence des conflits inconscients sur son fonctionnement actuel - Comprendre ses conflits et s'en dégager graduellement	
L'orientation systémique-interactionnelle	Les problèmes personnels surgissent et se maintiennent à cause du genre d'interaction entre une personne et son entourage	- Modifier les relations entre la personne et son entourage	- La thérapie familiale - La thérapie brève

Parallèlement à la définition des quatre grandes approches en psychothérapie, l'OPQ donne une liste non exhaustive des interventions qui ne sont pas considérées comme de la psychothérapie. L'intervention cognitive ne figure pas dans cette liste, mais elle est étroitement liée à la réadaptation, qui, elle, est considérée comme n'étant pas de la psychothérapie. La réadaptation, telle que définie par l'OPQ, « est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement [...], elle peut intégrer par exemple l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales ».

Pour certains professionnels, le partage d'une cible d'intervention commune – la cognition – avec la thérapie cognitive comportementale implique que l'intervention cognitive pourrait être considérée comme une psychothérapie à part entière. Pour d'autres, l'intervention cognitive se rapprocherait plutôt de la réadaptation, qui est listée parmi les interventions non psychothérapeutiques de l'OPQ.

L'intervention cognitive et la psychothérapie n'étant pas clairement définies, il n'est actuellement pas possible de déterminer la place de l'intervention cognitive, ni de manière générale en psychologie ni de manière spécifique en neuropsychologie. De cette problématique découlent plusieurs questions : Dans les faits, qui pratique l'intervention cognitive à l'heure actuelle? Quels professionnels sont en mesure de la pratiquer? Quel impact sur la pratique aurait une reconnaissance de cette intervention en tant que psychothérapie? Celles-ci peuvent susciter l'intérêt de nombreux professionnels de la santé, tels que les psychologues, les neuropsychologues, les psychothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les psychoéducateurs.

Les questionnements relatifs à l'intervention cognitive ont, d'une part, un intérêt théorique, soit l'établissement d'une définition commune, de son champ d'appartenance et de son éventuelle place en psychologie et, d'autre part, un intérêt pratique, en fonction de sa distinction, ou non, de la psychothérapie. L'implication de l'OPQ pourrait donner lieu à des répercussions importantes au niveau de la législation et de la réglementation de l'intervention cognitive. En effet, comme la pratique de la psychothérapie requiert la possession du titre de psychothérapeute, il en serait de même pour l'intervention cognitive si elle y était associée. Actuellement, aucun titre n'est nécessaire pour pratiquer l'intervention cognitive, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur la qualité des interventions et sur la santé des patients. Toutefois, le fait que l'intervention cognitive ne soit pas considérée comme une psychothérapie peut aussi avoir comme

conséquence positive de permettre à un plus grand nombre de professionnels de la santé de la pratiquer. Ainsi, il s'agirait d'un avantage pour la société, puisque plus de services seraient offerts aux patients.

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces questionnements, le concept d'intervention cognitive sera d'abord détaillé (les différentes approches, les caractéristiques clés), puis la question de l'appartenance de l'intervention cognitive aux domaines de la psychologie et de la neuropsychologie sera abordée. Ensuite, une nouvelle définition de l'intervention cognitive sera proposée, afin d'orienter les psychologues sur la place de l'intervention cognitive en tant que méthode thérapeutique. Finalement, plusieurs scénarios seront proposés en tant que pistes.

État actuel des connaissances théoriques et pratiques

Qu'est-ce que l'intervention cognitive ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) selon un modèle biopsychosocial (World Health Organization, 2001) : lorsque l'atteinte concerne le fonctionnement du point de vue du corps (organisme), on parle de déficience ; lorsqu'elle concerne le fonctionnement du point de vue de la personne (capacités individuelles), on parle d'incapacité ; et lorsqu'elle concerne le fonctionnement du point de vue de la personne en tant qu'être social, on parle plutôt de handicap. Ces trois types d'atteintes sont en interaction étroite, mais peuvent également s'observer de manière indépendante.

L'intervention cognitive s'adresse aux personnes ayant une déficience (dysfonctionnement du mécanisme cognitif) et/ou une incapacité (difficulté à accomplir une tâche spécifique) et/ou un handicap (limitation sociale engendrée, répercussions dans la vie quotidienne). L'objectif final de toute intervention est de pallier le déficit et l'incapacité, de manière à obtenir un effet bénéfique sur le handicap : c'est l'autonomie fonctionnelle du patient qui est visée. Pour y parvenir, trois modalités d'intervention cognitive peuvent être proposées, selon la définition de Clare et Woods (2004) : la stimulation cognitive, l'entraînement cognitif et la réhabilitation cognitive.

La stimulation cognitive. La stimulation cognitive est l'engagement dans une série d'activités et de discussions, souvent en groupe, dans le but d'obtenir une amélioration générale du fonctionnement cognitif et social (Clare & Woods, 2004). L'animateur peut provenir de différents milieux professionnels et son intervention peut être mise en œuvre en suivant un manuel (Clare & Woods, 2004).

Ainsi, il n'est pas nécessaire que l'animateur de ce type d'intervention soit un thérapeute (Clare & Woods, 2004).

L'entraînement cognitif. L'entraînement cognitif, aussi appelé « remédiation cognitive » (Bahar-Fuchs, Clare, & Woods, 2013a) est la réalisation (en groupe ou individuelle) de tâches standardisées conçues pour impliquer des processus cognitifs particuliers, comme la mémoire, l'attention, le langage ou les fonctions exécutives, guidée par un thérapeute (Clare & Woods, 2004). Ces tâches sont généralement proposées selon des niveaux croissants de difficulté. L'entraînement cognitif avec apprentissage de stratégies fait également partie de ce type d'intervention (Gates & Valenzuela, 2010). Celui-ci consiste en la répétition d'exercices ainsi qu'en l'enseignement et la pratique de stratégies, dans le but de minimiser les troubles cognitifs et d'améliorer la performance grâce à des moyens mnémotechniques (p. ex., l'imagerie visuelle, l'apprentissage sans erreur, la méthode des loci). Ainsi, selon la distinction émise par l'OMS : l'objectif de l'entraînement cognitif est de pallier la déficience, puisqu'il cible l'amélioration du processus cognitif ; alors que celui de l'entraînement cognitif avec apprentissage de stratégies est de pallier l'incapacité, puisqu'il cible l'amélioration de tâches spécifiques.

Réhabilitation cognitive. Lorsque le clinicien estime que le fonctionnement déficitaire ne peut être ni restauré ni réorganisé ou que les deux premiers types d'intervention cognitive (i.e. la stimulation et l'entraînement cognitif) n'ont pas fonctionné, l'intervention s'oriente vers la réhabilitation cognitive ou « réhabilitation cognitive compensatoire » (Gates, Sachdev, Singh, & Valenzuela, 2011). La réhabilitation cognitive a pour objectif la réinsertion sociale des personnes ayant une atteinte cognitive (Bahar-Fuchs et al., 2013a). C'est une approche individualisée qui a pour but d'aider la personne atteinte de troubles cognitifs à identifier, avec la collaboration de sa famille et des professionnels de la santé, des objectifs pertinents et à concevoir des stratégies pour pallier ces troubles (Wilson, 2002). Dans une optique de soins plus centrés sur la personne, le thérapeute élabore avec le patient et ses proches des stratégies visant à atteindre ces buts, et ce, en exploitant ses capacités préservées, les facteurs d'optimisation et les moyens de compensation. L'implantation d'un plan personnalisé permettra de répondre aux objectifs. Contrairement à l'approche d'entraînement cognitif, qui met l'accent sur l'amélioration de la performance à des tâches cognitives, ce plan cible des situations en lien avec la vie quotidienne, en contexte réel. Ainsi, la réhabilitation cognitive n'implique pas d'attente implicite en ce qui concerne la généralisation à d'autres situations non ciblées (Clare & Woods, 2004), puisque l'objectif est d'améliorer le

fonctionnement général dans un contexte quotidien (Bahar-Fuchs, Clare, & Woods, 2013b). On parle d'ailleurs d'aménagement ou de modification de l'environnement, grâce à la mise en place de stratégies palliatives ou de supports (Seron & Van der Linden, 2016). Le principe est de compenser le trouble avec des aides externes (prothèses mentales) ou de structurer l'environnement du patient. Cette approche est souvent utilisée pour rééduquer les personnes atteintes de troubles mnésiques (Van der Linden, 1997), et elle recourt alors à la mise en place d'aide-mémoire, comme le carnet mémoire (Van der Linden & Coyette, 1995). Sa maîtrise par les patients exige, le plus souvent, la mise en place d'un programme d'apprentissage (Van der Linden, 1995). En considérant la distinction de l'OMS, l'objectif de la réhabilitation cognitive est de réduire le handicap, puisqu'elle cible la réinsertion sociale et les difficultés de la vie quotidienne. La réhabilitation cognitive et la réadaptation ciblent toutes deux la réinsertion sociale, à la différence qu'il s'agit de prendre en charge les conséquences d'un trouble cognitif dans le premier cas, alors que ce sont celles d'un trouble de santé mentale qui sont ciblées dans le deuxième.

En somme, la stimulation cognitive cible la cognition en général ; l'entraînement cognitif vise un processus cognitif ou une tâche cognitive spécifique ; et la réhabilitation cognitive a pour cible la vie quotidienne. Cette nomenclature (Clare & Woods, 2004) ne précise pas si la pratique de ces trois types d'interventions cognitives est réservée aux psychothérapeutes, aux psychologues ou aux neuropsychologues. La seule information pertinente à ce sujet concerne l'entraînement cognitif, qui, selon cette nomenclature, doit être fait par un thérapeute. Cependant, le type de thérapeute n'étant pas précisé, il pourrait tout aussi bien s'agir d'un psychothérapeute que d'un ergothérapeute. Ainsi, divers corps de métier pourraient pratiquer l'intervention cognitive.

Caractéristiques de l'intervention cognitive

Selon Ducarne de Ribaucourt (1997), les premiers à s'être intéressés à l'intervention cognitive sont les neurologues, lesquels se sont penchés sur la rééducation du langage chez les patients aphasiques. Ils ont mis en valeur la notion de plasticité cérébrale et ont montré que le cerveau peut bénéficier de modifications structurales et fonctionnelles. Progressivement, l'intérêt s'est porté sur les troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels. Initialement destinés aux patients cérébrolésés, les programmes de rééducation se sont ensuite diversifiés pour s'étendre à d'autres populations cliniques souhaitant améliorer leur efficacité cognitive : les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, celles souffrant d'une maladie neurodégénérative ou encore celles atteintes

d'un trouble neurodéveloppemental. Les méthodologies se sont alors développées pour s'adapter à chacune de ces populations. Beaucoup plus tard, le domaine de la psychiatrie s'est emparé de ces méthodes de soin de manière très systématique (notamment pour les personnes atteintes de schizophrénie). Considérant les enjeux de santé publique liés à la prévalence importante des troubles mentaux sévères et persistants, ils ont favorisé le développement et la validation de méthodes standardisées susceptibles d'être adaptées au profil de chaque patient (Franck, 2012).

Les approches et les stratégies d'intervention cognitive sont variées et les populations qui en bénéficient le sont également. Ainsi, la mise en place d'une intervention cognitive requiert une connaissance préalable approfondie des données scientifiques, afin de pouvoir recourir à la méthodologie la plus adaptée à la population d'intérêt. La mise en place d'une intervention cognitive nécessite aussi du temps, car elle implique beaucoup de mesures annexes au programme d'intervention, telles que des évaluations permettant d'objectiver les bénéfices de l'intervention cognitive. Le programme d'intervention cognitive implique des décisions importantes de la part du thérapeute : le choix de l'approche et de la stratégie, le type de processus entraîné, l'outil utilisé, la durée et l'intensité de l'intervention, la fréquence des sessions et le choix des évaluations pré- et post-test (Masson, 2011). Dans les cas de traumatisme crânio-cérébral et d'accident vasculaire cérébral, il est recommandé que l'intervention cognitive soit individualisée, précoce, intensive et de durée suffisante afin d'augmenter son efficacité (Cicerone et al., 2000).

Divers outils peuvent être utilisés lors de l'intervention cognitive. Les principaux sont les exercices papier-crayon, les exercices informatisés et la réalité virtuelle. Les premiers professionnels qui ont pratiqué l'entraînement cognitif utilisaient des exercices requérant comme simple support une feuille de papier et un crayon. Le développement de l'informatique a permis un gain de précision, entre autres pour l'enregistrement des temps de réponse, et une diminution de la charge du thérapeute. Parmi les pionniers, Sohlberg et Mateer (1987) ont développé un programme clinique d'entraînement de l'attention, nommé Attention Process Training (APT), fondé sur une conception multidimensionnelle de l'attention. D'autres programmes informatisés d'intervention cognitive de type entraînement cognitif ont été conçus par la suite, et certains ont été soutenus par une promotion commerciale plus ou moins importante (p.ex. CogMed®, RéhaCom®, ReCoS®). Enfin, avec le développement des nouvelles technologies, l'intervention cognitive reposant sur la simulation informatisée ou sur la réalité virtuelle a fait son

apparition. Ainsi, des programmes d'entraînement cognitif ont par exemple été conçus sur simulateur pour aider à une reprise de la conduite automobile plus sécuritaire (Akinwuntan et al., 2005; Masson, 2011). D'autres programmes ont été développés pour améliorer les capacités sociales de patients en les confrontant à des environnements numérisés qui correspondent à des situations de la vie courante et dans lesquelles ils doivent interagir avec des avatars (programme RC2S-Remédiation de la Cognition Sociale dans la Schizophrénie, Peyroux & Franck, 2016).

Critique de l'état actuel des connaissances

Le premier enjeu auquel on se retrouve confronté de manière assez notable est la grande variabilité des terminologies utilisées dans les écrits scientifiques pour référer à l'intervention cognitive. Les notions de rééducation, de stimulation, d'entraînement, de remédiation, de thérapie, de traitement, de réadaptation, de réhabilitation et de revalidation sont les plus usitées. Il en découle la critique majeure que les définitions sur lesquelles reposent les écrits de l'OPQ et de toute autre organisation manquent de clarté ou sont inexistantes. Comme il n'y pas de convention au niveau de la terminologie, un même terme peut renvoyer à des pratiques distinctes. À l'inverse, des termes distincts peuvent désigner la même pratique, ce qui complexifie considérablement la comparaison de l'efficacité entre les programmes d'intervention cognitive pour les chercheurs. À titre d'exemple, Cicerone et al. (2011) emploient le terme « réhabilitation cognitive » dans leur recension des écrits scientifiques comme terme générique qui englobe plusieurs types d'interventions, alors que Seron & Van der Linden (2016) emploient le terme générique « revalidation ». Notons que pour Clare & Woods (2004), la réhabilitation cognitive est une intervention spécifique et non un terme générique. L'expression « intervention cognitive », pour laquelle nous avons opté dans cet article, permet de référer à toutes ces pratiques de manière générale.

En plus du grand nombre de terminologies se rapportant à l'intervention cognitive, des définitions très variées y sont associées, selon le champ de recherche considéré. Par exemple, dans le domaine de la schizophrénie, la réunion d'un groupe d'experts a permis d'obtenir une définition commune de la remédiation cognitive (*Cognitive Remediation Experts Workshop - CREW*, Florence, April 2010). Cependant, cette définition ne concerne que le champ des psychoses. La définition de Clare et Woods (2004), pour laquelle nous avons opté dans le présent article, est la plus utilisée dans les écrits scientifiques.

Cette définition (Clare & Woods, 2004) comporte néanmoins deux limites. Premièrement, elle ne permet

pas d'exclure les stimulations cognitives à visée ludique. En effet, le concept de stimulation cognitive (au sens large du terme) est devenu très populaire et l'industrie s'en est emparée pour développer des produits technologiques de santé cérébrale (*brain fitness technology industry*), dont l'efficacité est loin d'être démontrée (George & Whitehouse, 2011). Ainsi, des applications sur téléphone portable, des jeux vidéo ou des programmes informatiques ont été conçus pour accroître la santé cérébrale. Ceux-ci représentent une extension de l'intervention cognitive, à faire chez soi, sans thérapeute et à visée ludique. Ainsi, il faut être vigilant quant à l'utilisation de l'expression « stimulation cognitive », destinée à favoriser la vente des produits en question. Deuxièmement, cette définition n'inclut pas les interventions cognitives à visée préventive. Il apparaît pourtant de plus en plus pertinent de mettre en place des programmes de prévention dont l'objectif est de réduire et/ou de différer les expressions problématiques du vieillissement cognitif en ciblant les principaux facteurs de risque du déclin cognitif (Van der Linden & Juillerat Van der Linden, 2014). Ce type d'intervention s'adresse en particulier aux personnes âgées qui sont soucieuses de prévenir l'apparition d'un trouble cognitif léger – TCL (*mild cognitive impairment*) – ou des premiers stades de démence de type Alzheimer. Ainsi, un programme de prévention doit cibler en priorité les facteurs de risque d'une démence (Ritchie et al., 2010). Cette intervention de prévention pourrait rejoindre la catégorie de la stimulation cognitive au sens de Clare & Woods.

La diversité des terminologies employées et le manque de régularité des définitions engendrent des difficultés d'analyse de l'efficacité de ces pratiques. Cependant, plusieurs méta-analyses mettent en évidence l'utilité de l'intervention cognitive. Les principales études de grande ampleur et méta-analyses concernant l'efficacité de l'intervention cognitive ont été effectuées en traumatologie (Bowen, Hazelton, Pollock, & Lincoln, 2013; Cicerone et al., 2000; Cicerone et al., 2005; Cicerone et al., 2011) et en psychiatrie (Grynszpan et al., 2011; Krabbendam & Aleman, 2003; Kurtz, Moberg, Gur, & Gur, 2001; McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo, & Mueser, 2007; Szoke et al., 2008; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011b). Toutefois, d'autres travaux se sont intéressés aux démences (Bahar-Fuchs et al., 2013b; Sitzer, Twamley, & Jeste, 2006), à la sclérose en plaques (Brissart et al., 2011; das Nair, Ferguson, Stark, & Lincoln, 2012; O'Brien, Chiaravalloti, Goverover, & Deluca, 2008; Rosti-Otajarvi & Hamalainen, 2011) et même au vieillissement normal (Papp, Walsh, & Snyder, 2009). Enfin, certaines études concernant l'intervention cognitive portent sur les enfants ou les adolescents et s'intéressent

particulièrement au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité - TDAH (Cortese et al., 2015; Rapport, Orban, Kofler, & Friedman, 2013). Ces méta-analyses présentent des méthodologies nombreuses et diversifiées, en raison du grand nombre de variables qui entrent en jeu, et prennent des modalités qui diffèrent selon les études (ligne de base, post-test, durée de l'intervention cognitive, nombre de sessions, fréquence, etc.). Il serait nécessaire d'homogénéiser les mesures du retentissement (*outcomes*) de l'intervention cognitive avec pour directive la généralisation du bénéfice en situation de vie quotidienne (Cicerone et al., 2011).

Le manque de généralisation à l'issue de l'intervention cognitive est l'un des principaux obstacles à surmonter. En effet, plusieurs études concernant notamment l'intervention cognitive de la mémoire de travail indiquent des effets sur la fonction directement ciblée, mais peu d'effets sur les autres fonctions (p. ex., Cortese et al., 2015; Melby-Lervag & Hulme, 2013). Néanmoins, dans le domaine de la psychiatrie, l'impact de l'intervention cognitive sur la vie quotidienne des personnes atteintes de schizophrénie a été démontrée (McGurk et al., 2007; Medalia & Choi, 2009; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011a). Son utilisation est d'ailleurs fortement recommandée dès le premier épisode psychotique (Franck, 2012), bien que son effet soit moins fort durant cette phase de la maladie (Revell, Neill, Harte, Khan, & Drake, 2015). Son effet positif sur la vie quotidienne est également observé chez les patients avec lésions cérébrales et son utilisation est reconnue comme étant pertinente pour améliorer l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives (Cicerone et al., 2011). Chez des personnes atteintes de TCL, on observe une amélioration de 44% des mesures mnésiques après l'intervention cognitive (Jean, Bergeron, Thivierge, & Simard, 2010). Enfin, concernant la démence de type Alzheimer et les démences vasculaires, il n'y a pour le moment aucune preuve d'un bénéfice significatif de l'entraînement cognitif lorsque le trouble est dit léger à modéré (Bahar-Fuchs et al., 2013b; Clare, Woods, Moniz-Cook, Orrell, & Spector, 2003). En revanche, dans une méta-analyse qui inclue les troubles sévères, une taille d'effet moyenne a été observée (Sitzer et al., 2006). Concernant un trouble neurodéveloppemental comme le TDAH, les études montrent des effets significatifs de l'intervention cognitive, avec des limitations relatives au transfert de l'apprentissage et au maintien des bénéfices (Toplak, Connors, Shuster, Knezevic, & Parks, 2008). Les résultats de ces méta-analyses ne convergent pas vers des résultats similaires, en raison des diverses populations cliniques étudiées et possiblement du manque de cohésion dans la définition de l'intervention cognitive relatée précédemment.

Position du problème : la place de l'intervention cognitive en psychologie

À notre connaissance, il n'y a pas de données scientifiques traitant de la place de l'intervention cognitive en psychologie ou, autrement dit, de son appartenance à cette discipline. De plus, si le terme « psychothérapie » n'a jamais été employé pour référer à un programme d'intervention cognitive, un grand nombre d'auteurs s'accordent pour parler de « thérapie » (p. ex., Bahar-Fuchs et al., 2013a; Hodé & Willard, 2012; Wykes et al., 2007). L'entraînement cognitif, ou « remédiation cognitive », est une technique qui s'apparente aux méthodes thérapeutiques rééducatives (Franck, 2007). Depuis la mise en place du projet de loi 21, le titre de psychologue et l'exercice de la psychothérapie sont réservés dans le but d'assurer la compétence des personnes qui l'exercent. Actuellement, le thérapeute qui pratique l'intervention cognitive n'a nul besoin d'être psychologue au niveau de la législation.

Pour certains auteurs (Hodé & Willard, 2012), l'intervention cognitive peut s'apparenter à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui appartient aux psychothérapies. Selon ces auteurs, puisque les approches d'intervention cognitive adhèrent au modèle scientifique et ont largement intégré des outils de TCC, l'intervention cognitive devrait naturellement faire partie des TCC. En effet, parmi les quatre orientations théoriques de la psychothérapie, la TCC est la seule qui partage des caractéristiques avec l'intervention cognitive : le concept de cognition est présent dans les deux cas. Cependant, cette notion de cognition fait référence à des concepts bien différents selon son orientation (TCC ou intervention cognitive).

La cognition, au sens large du terme, est l'ensemble des processus mentaux relatifs à la connaissance. Cela comprend la discrimination et la sélection de l'information pertinente, l'acquisition d'information, la compréhension et la rétention, ainsi que l'expression et l'application de connaissances appropriées en situation (Cicerone et al., 2000). Hodé et Willard (2012) considèrent à juste titre que dans l'orientation cognitive et comportementale, la cognition évoque surtout le contenu de la pensée, alors que dans le cas de l'intervention cognitive, la cognition évoque avant tout les processus de traitement de l'information. Effectivement, l'intervention en TCC consiste à diminuer les fausses croyances et les pensées négatives ou encore à « décatropher » certaines situations de la vie quotidienne (Roth & Fonagy, 2005). L'intervention cognitive, quant à elle, consiste à améliorer des fonctions bien spécifiques, comme la mémoire de travail, la mémoire épisodique, l'attention sélective et divisée et les fonctions exécutives. Bien que chacune

de ces interventions disent traiter la « cognition », elles se distinguent cependant par leurs cibles : le contenu de la pensée (TCC) versus les processus cognitifs (intervention cognitive). Le sens du terme cognition est donc dépendant du contexte dans lequel il est utilisé. Afin de savoir si l'intervention cognitive est une psychothérapie ou non, il faut se demander à quel type d'intervention l'OPQ réfère dans sa définition lorsqu'il mentionne des changements dans le fonctionnement cognitif. S'il s'agit de diminuer les fausses croyances et les distorsions cognitives, alors l'OPQ fait référence à la TCC dans sa définition de la psychothérapie, et l'intervention cognitive n'en ferait donc pas partie. En revanche, si l'OPQ fait référence au fonctionnement cognitif au sens des processus cognitifs, alors l'intervention cognitive ferait partie des psychothérapies. À l'heure actuelle, il est impossible de répondre à cette question en se basant sur la définition de l'OPQ.

Pour d'autres auteurs (Cicerone et al., 2000; High Jr, Sander, Struchen, & Hart, 2005), dans un cas de lésion cérébrale, il est clair que l'intervention cognitive (qu'ils nomment *cognitive rehabilitation*) et la psychothérapie se distinguent de par leur cible principale : l'atténuation d'un trouble neurocognitif et du handicap pour l'intervention cognitive (Cicerone et al., 2000) ; et l'amélioration de la compréhension des effets du déficit cognitif pour la psychothérapie (High Jr et al., 2005).

Enfin, certains écrits tissent un lien étroit entre la réadaptation (intervention non psychothérapeutique) et l'intervention cognitive. C'est notamment le cas de Paquette (2009), qui assimile la réadaptation cognitive à la réadaptation en utilisant le terme « réadaptation cognitive » comme traduction littérale du terme anglophone *cognitive rehabilitation*. Certaines similitudes rapprochent la réadaptation de l'intervention de type réadaptation cognitive. Toutefois, si ces deux interventions ont une visée fonctionnelle, la réadaptation (telle que définie par l'OPQ) cible l'impact du trouble mental dans la vie quotidienne, alors que la réadaptation cognitive cible l'impact du trouble cognitif. En somme, l'intervention cognitive est étroitement liée à la réadaptation, mais elle en demeure nettement distincte.

Proposition de définition et de nomenclature

La définition de la psychothérapie proposée par l'OPQ ne permet pas de prendre position quant à la place de l'intervention cognitive en psychologie. Cependant, selon l'Association Québécoise des Neuropsychologues (AQNP ; <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/projet-de-loi-21/>), la remédiation cognitive serait un type d'intervention distinct de la psychothérapie. Ainsi, il semble que la cognition à laquelle fait référence l'OPQ dans sa définition de la

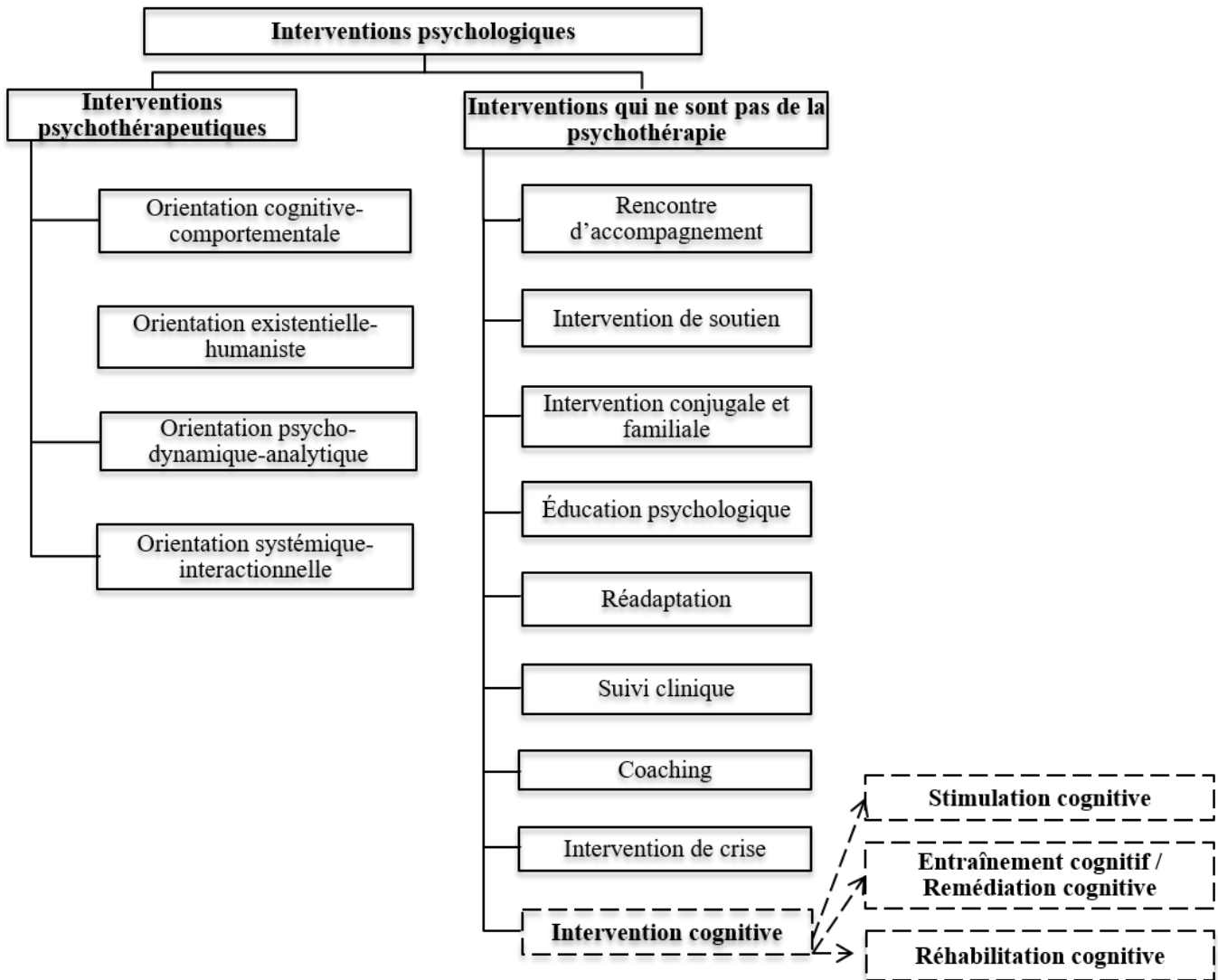


Figure 1. Classification des interventions psychologiques selon l'OPQ et proposition d'ajout de l'intervention cognitive.

psychothérapie désigne le contenu de la pensée et non les processus cognitifs en tant que tels. L'intervention cognitive, actuellement absente des classifications de l'OPQ, pourrait alors prendre place parmi les autres interventions ne faisant pas partie des psychothérapies. Ainsi, nous proposons d'ajouter à la nomenclature existante l'intervention cognitive en tant qu'intervention psychologique non psychothérapeutique (illustré par la Figure 1).

La pratique de l'intervention cognitive étant assez récente, elle ne fait pas l'objet d'une réglementation stricte. Ainsi, tout professionnel de la santé peut théoriquement la pratiquer à l'heure actuelle. Selon un sondage réalisé auprès d'institutions hospitalières américaines (Stringer, 2003), l'intervention cognitive (quel qu'en soit le type) est principalement offerte par les orthophonistes et les ergothérapeutes, les neuropsychologues n'arrivant qu'en troisième position. La majorité des patients à qui ces services ont été offerts avaient subi un traumatisme crânien ou

un accident vasculaire cérébral. À Montréal, un sondage a été effectué auprès de 74 ergothérapeutes travaillant auprès de personnes âgées avec démence de type Alzheimer (Robert, Gélinas, & Mazer, 2010). Les résultats montrent que 52,3% des ergothérapeutes offrent des services d'intervention cognitive avec cette population clinique, dont 82,4% en réhabilitation cognitive, 61,8% en stimulation cognitive et 50% en entraînement cognitif. Les résultats de ces deux sondages suggèrent qu'il serait nécessaire de déployer la pratique de l'intervention cognitive par les neuropsychologues et soulignent la nécessité d'une meilleure communication entre chercheurs et cliniciens.

Bien que l'intervention cognitive puisse être pratiquée par divers corps de métier, elle semble partager des caractéristiques spécifiques avec la psychologie. En effet, les sept compétences de base jugées essentielles à la pratique de la psychologie par l'organisme d'agrément des programmes de

psychologie au Québec (l'OPQ) sont les relations interpersonnelles, l'évaluation, l'intervention, la recherche, l'éthique et déontologie, la consultation et la supervision. Au vu de ce qui a été mentionné précédemment, l'intervention cognitive nécessite chacune de ces sept compétences. Puisque l'intervention cognitive implique la relation d'aide psychologique, la première étape paraissant essentielle à la régularisation de sa pratique serait de l'inclure parmi les interventions psychologiques non psychothérapeutiques (cf. Figure 1). Cette situation est comparable à celle de la pratique de la neuropsychologie qui, il y a peu de temps, n'était pas réglementée au Québec. Toutefois, en vertu du projet de loi 21, il est obligatoire, depuis le 20 septembre 2012, de détenir une attestation de formation délivrée par l'OPQ pour effectuer l'évaluation des troubles neuropsychologiques. Cependant, à l'heure actuelle, cette attestation concerne uniquement la dimension évaluative. Autrement dit, un professionnel n'ayant pas l'attestation reconnue pour évaluer les troubles neuropsychologiques peut quand même mettre en place un programme d'intervention cognitive pour y remédier.

En se basant sur la nomenclature de Clare et Woods (2004), nous proposons une nouvelle définition de l'intervention cognitive afin de clarifier son appartenance au domaine de la psychologie. L'intervention cognitive peut être définie comme un traitement (neuro)psychologique à visée thérapeutique qui inclut trois types de prestations : la stimulation cognitive, l'entraînement cognitif et la réhabilitation cognitive. Elle consiste à stimuler les processus cognitifs afin 1) d'améliorer leur fonctionnement, 2) de prévenir leur dysfonctionnement, ou 3) de compenser les déficits cognitifs et, ainsi, de réduire leur impact sur la vie quotidienne. Par souci de précision, nous proposons également de définir chaque variable importante composant cette définition :

- Traitement (neuro)psychologique : intervention psychologique, mais non psychothérapeutique, qui pourrait être offerte sous la supervision des psychologues spécialistes de la cognition, soit les neuropsychologues.
- Visée thérapeutique : activité qui nécessite la présence d'un thérapeute pour pouvoir être pratiquée ; activité qui exclut les interventions à visée ludique de type brain fitness.
- Processus cognitifs : regroupent différentes facultés, dont l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives, le langage et la cognition sociale.
- Améliorer le fonctionnement cognitif : grâce aux procédés de restauration, de réorganisation et/ou d'apprentissage de stratégies.

- Prévenir un dysfonctionnement cognitif : intervention mise en place avant que l'altération du processus cognitif se fasse ressentir ; intervention de prévention.

- Déficit cognitif : détérioration de courte ou longue durée d'un ou plusieurs processus cognitifs due ou associée à différents facteurs pouvant être, par exemple, un trouble neurologique, un trouble en santé mentale, le vieillissement ou encore une maladie physique.

L'apport de cette nouvelle définition par rapport à la littérature actuelle s'explique en plusieurs points : 1) nous avons spécifié la nature de la pratique de l'intervention cognitive (traitement psychologique) ; 2) nous avons précisé la visée de ce type d'activité (thérapeutique *versus* ludique) ; 3) nous avons nommé les types d'interventions qu'elle regroupe et nous avons inclus les aspects préventifs qu'elle peut revêtir ; 4) nous avons mentionné son objectif final (la généralisation au quotidien).

Cette nouvelle définition permet également de répondre aux critiques de la littérature, en proposant une restriction des termes employés *stricto sensu* à intervention, stimulation, entraînement et réhabilitation ; en proposant une homogénéisation des mesures d'efficacité de l'intervention avec pour directive la généralisation du bénéfice en situation de vie quotidienne ; en identifiant l'intervention comme n'étant pas une TCC et ne faisant pas partie des interventions psychothérapeutiques ; en lui proposant une place en (neuro)psychologie aux côtés des interventions qui ne sont pas psychothérapeutiques. Par conséquent, cette nouvelle définition répond à la question de départ concernant les objectifs, les modalités et les limites de l'intervention cognitive.

Discussion / Orientations futures

L'objectif principal du présent article était d'engager une réflexion en psychologie quant au flou qui demeure autour de la pratique de l'intervention cognitive dans le cadre de la loi 21. Afin d'élaborer cette réflexion, différents modèles de conceptualisation de l'intervention cognitive provenant de plusieurs pays seront introduits. Ces modèles seront ensuite discutés comme des exemples dont le Québec pourrait s'inspirer. Enfin, différents scénarios seront exposés.

Depuis la fin des années 2000, l'intervention cognitive fait l'objet d'un développement systématique en France pour tenir compte du besoin de santé publique dans ce domaine et pour que tous les patients qui en ont besoin puissent en bénéficier, sur l'ensemble du territoire national. Une nouvelle organisation a ainsi pu voir le jour, d'abord grâce à la

création conjointe du Diplôme Universitaire (DU) Remédiation cognitive et de l'association francophone de remédiation cognitive (AFRC) en 2009, puis de centres référents en réhabilitation psychosociale et en remédiation cognitive à partir de 2013 et, finalement, d'un centre ressource en 2015. Les thérapeutes formés par le DU sont des psychologues spécialisés en neuropsychologie, des psychologues cliniciens, des psychiatres, des infirmiers et des ergothérapeutes. La pratique de l'intervention cognitive repose donc sur la transmission de compétences et de savoir-faire spécifiques à des professionnels appartenant à plusieurs disciplines. Le diplôme, qui leur permet de devenir des thérapeutes en remédiation cognitive, comprend une centaine d'heures d'enseignement théorique (fondement et principes de la remédiation cognitive, conduite des séances, articulation avec le reste de la prise en charge, spécificité de la prise en charge de certaines populations) et pratique (stage de 20 heures auprès d'un thérapeute confirmé). Les professionnels formés, qui interviennent sous la supervision de psychologues spécialisés en neuropsychologie s'ils ne le sont pas eux-mêmes, constituent le socle du réseau de remédiation cognitive porté par l'AFRC. Ce réseau, basé sur l'engagement spontané de professionnels et d'établissements dans la formation continue, comprend actuellement plus d'une quarantaine de structures – (www.remediation-cognitive.org) réparties de manière inhomogène sur le territoire. Ce premier niveau de structuration de l'offre d'intervention cognitive ne permettait pas un accès égalitaire aux soins. Afin de surmonter cet obstacle, une structuration par territoires de santé a commencé à être mise en place dès 2013. Des cahiers des charges, conçus en partenariat avec les agences régionales de santé, définissent les missions des centres référents en réhabilitation et en remédiation cognitive et des centres de réhabilitation de proximité (Franck, 2017). Les cinq centres référents qui existent à ce jour (Bordeaux, Grenoble, Limoges, Lyon et Saint-Etienne, d'autres devant être créés progressivement) organisent la réhabilitation et la remédiation cognitive sur le territoire dont ils sont responsables, en lien avec les centres de proximité qu'ils forment et accompagnent. L'action des centres référents est coordonnée par le Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, qui met en œuvre des actions de communication, de formation, de sensibilisation et de cueillette de données (cohorte systématique de réhabilitation). En France, il n'y a pas d'ordre professionnel des psychologues. Ainsi, l'intervention cognitive peut en théorie être pratiquée par tout type de professionnel, sans obligation d'obtention du DU de remédiation cognitive. Celle-ci est toutefois vivement encouragée.

La France est le seul pays à s'être engagé dans un déploiement d'une telle ampleur. Dans ce dispositif,

l'intervention cognitive – qui repose sur le recours à plusieurs programmes de remédiation cognitive dans le cadre d'une approche individualisée découlant du retentissement fonctionnel des troubles cognitifs et des objectifs personnels – est conçue comme un moyen de renforcer les ressources personnelles, au même titre que l'entraînement des compétences sociales, la thérapie cognitive-comportementale et la psychoéducation. D'autres offres systématiques d'intervention cognitive ont été développées. Citons en particulier le CR2PR (*Cognitive Remediation to Promote Recovery*) de l'Office of Mental Health (OMH) de l'état de New-York (Medalia & Erlich, 2017), qui a permis l'implantation de trois programmes d'intervention cognitive dans 16 structures ambulatoires rattachées à 13 centres psychiatriques. Contrairement à l'organisation française, qui intègre l'intervention cognitive dans un dispositif plus global, le CR2PR est spécifiquement dévolu à l'évaluation et à la prise en charge cognitive. La situation actuelle au Québec correspond au statu quo en termes d'intervention cognitive. Autrement dit, il n'y a pas de réglementation, pas de définition officielle, pas de formation, ni d'acte réservé. La nouvelle définition et la nouvelle nomenclature proposées dans le présent article pourraient mener à la réalisation de plusieurs scénarios afin de favoriser l'essor de l'intervention cognitive au Québec. Chacun des scénarios envisagés aurait des répercussions différentes sur la pratique de l'intervention cognitive, en fonction du degré d'implication d'un ordre professionnel.

Le premier scénario n'implique pas d'ordre professionnel et pourrait être calqué directement sur le modèle de la France, en créant un diplôme universitaire en intervention cognitive. L'accès à l'inscription pour ce diplôme ne serait pas réservé exclusivement à un type de professionnel. Cependant, compte tenu du fait que certaines formations universitaires sont orientées vers l'apprentissage de la cognition et incluent des cours en intervention cognitive, on peut supposer que ces formations permettraient une meilleure préparation au diplôme universitaire en intervention cognitive. Ce serait, par exemple, le cas pour la formation en neuropsychologie ou en orthophonie. Le diplôme pourrait être créé dans une université spécifique, après collaboration entre professeurs issus de plusieurs champs disciplinaires ayant recours à cette pratique. Il s'agirait d'un consortium d'experts en intervention cognitive. Le contenu des cours ciblerait la cognition, mais également la pathologie, car lorsqu'on tente d'améliorer un processus cognitif déficitaire, il faut également connaître les symptômes et les répercussions de la pathologie du patient qui consulte. Ce diplôme permettrait d'assurer une certaine rigueur professionnelle, sans avoir besoin pour autant de

réguler sa pratique par l'intermédiaire d'un ordre professionnel. Ainsi, il n'y aurait pas de poursuite judiciaire, dans le cas où un professionnel pratiquerait l'intervention cognitive sans avoir obtenu le diplôme, mais la pratique serait forcément de meilleure qualité chez un professionnel l'ayant obtenu. Une telle proposition pourrait avoir une contribution sociale en permettant d'offrir plus de services aux patients, étant donné que l'intervention cognitive pourrait être offerte par tout professionnel ayant obtenu le diplôme en intervention cognitive et pas seulement par les psychologues. Ce scénario pourrait donc également avoir un impact sur la recherche, en permettant de comparer les services et l'efficacité de l'intervention cognitive en fonction de la formation académique (p. ex., psychologie, orthophonie, ergothérapie) des différents thérapeutes qui l'offrent.

Le deuxième scénario propose d'ajouter au premier une composante de supervision par un psychologue spécialisé en neuropsychologie. Ainsi, il serait recommandé que l'intervention cognitive soit donnée par un thérapeute ayant suivi le diplôme universitaire et que la mise en place de l'intervention se fasse sous la supervision d'un psychologue spécialisé en neuropsychologie. Tel que discuté précédemment dans la partie sur l'état des connaissances, un programme d'intervention cognitive comprend une ligne de base et un post-test, qui sont mesurés à l'aide d'évaluations neuropsychologiques essentielles à la mise en perspective de l'amélioration de l'état du patient. Selon l'OPQ, « l'évaluation des troubles neuropsychologiques consiste à porter un jugement clinique sur la nature des affections cliniquement significatives se caractérisant par des changements neurocomportementaux, de nature cognitive, émotionnelle et comportementale, reliés au dysfonctionnement des fonctions mentales supérieures à la suite d'atteintes du système nerveux central, et à en communiquer les résultats ». Autrement dit, ces évaluations ne peuvent être réalisées que par des psychologues détenteurs de l'attestation d'évaluation des troubles neuropsychologiques (délivrée par l'OPQ). Le neuropsychologue tiendrait donc une place essentielle à la pratique de l'intervention cognitive, puisque c'est le seul qui puisse se charger de l'évaluation des troubles neuropsychologiques avant et après l'intervention cognitive. Conséquemment, il semble logique que celui-ci soit le professionnel qualifié pour orienter la prise en charge et superviser l'intervention cognitive. Le psychologue spécialisé en neuropsychologie se doit d'être l'instigateur de ce mouvement, en proposant ses services de supervision facilitant l'implantation d'un programme d'intervention cognitive dans les institutions hospitalières. Cela permettrait d'offrir une intervention cognitive de qualité (grâce au diplôme) faite par des professionnels qualifiés (grâce à la

supervision du neuropsychologue). Cette nouvelle conceptualisation pourrait permettre de mieux cibler le rôle des professionnels cliniques, en mettant l'accent sur la position centrale du neuropsychologue dans la pratique de l'intervention cognitive, qui, jusqu'à présent, se classait derrière les orthophonistes et ergothérapeutes (selon les sondages cités précédemment) en termes de services offerts. Par conséquent, il serait nécessaire d'avoir l'attestation d'évaluation des troubles neuropsychologiques pour pouvoir superviser la mise en place d'un programme d'intervention cognitive. En ce sens, l'implication de l'OPQ dans ce scénario y serait modérée.

Le dernier scénario pourrait être mis en place dans le cas de la création du diplôme universitaire en intervention cognitive et de l'implication importante d'un ordre professionnel du Québec (p. ex., l'OPQ ou l'Ordre des ergothérapeutes du Québec). S'il y a un réel intérêt pour ce diplôme, alors certains ordres professionnels pourraient proposer de régulariser cette pratique, tout comme cela a été fait avec le titre de psychothérapeute. Il semble difficile de réglementer la pratique de l'intervention cognitive par la création d'une nouvelle attestation en neuropsychologie ou d'un permis spécifique. Ainsi, la pratique de l'intervention cognitive pourrait être réservée aux personnes ayant suivi avec succès la formation théorique et pratique qui mènerait à l'obtention du diplôme en intervention cognitive. Ladite formation pourrait être régulée par un ordre professionnel du Québec afin d'en faire un acte réservé et de protéger la clientèle. Des travaux inter-ordres pourraient être menés afin d'arriver à une compréhension commune concernant l'identification du moment où une intervention devient de la psychothérapie. En effet, les répercussions d'une mauvaise intervention cognitive pourraient être désastreuses pour un individu souffrant de troubles cognitifs et pour son entourage. Sturm et collaborateurs (1997) sont les premiers à avoir montré l'importance d'avoir des connaissances en psychologie cognitive lors de la pratique d'un entraînement cognitif. Dans cette étude, les auteurs montrent que l'entraînement des aspects sélectifs de l'attention chez un patient ayant subi un accident vasculaire cérébral peut mener à une dégradation de l'efficacité attentionnelle s'il a des troubles au niveau de l'intensité de l'attention. Le fait d'insérer la pratique de l'intervention cognitive parmi les actes réservés de la psychologie et/ou de la neuropsychologie a également des implications sociales. En effet, dans le cas d'une régularisation de la pratique de l'intervention cognitive, les professionnels ayant obtenu un diplôme en intervention cognitive délivré par une université obtiendraient le titre de « thérapeutes en intervention cognitive » et cet acte leur serait réservé. En plus de favoriser de meilleures pratiques, un autre avantage

serait de faciliter l'accès à ce type d'intervention. En effet, les thérapeutes en intervention cognitive pourraient être notifiés dans le répertoire des membres de l'OPQ, au même titre que les psychologues spécialisés en neuropsychologie. Il deviendrait alors facile pour un client de faire une recherche afin de vérifier le degré d'expertise du professionnel dans cette pratique. Enfin, il pourrait même être envisagé que certains professionnels de la santé ayant suivi une formation académique spécialisée en cognition (p. ex., neuropsychologie, orthophonie) obtiennent un passe-droit qui leur permettrait d'être détenteur du titre de thérapeute en intervention cognitive sans avoir obtenu le diplôme en intervention cognitive.

Cependant, il pourrait y avoir quelques obstacles à l'élaboration d'une telle formation dans un contexte québécois, comme une certaine lourdeur administrative ou encore la mise en place d'une évaluation des formations offertes sur les interventions cognitives. Il est donc souhaitable que les différents professionnels de la santé travaillent en collaboration.

Conclusion

Actuellement, l'intervention cognitive est pratiquée par différents professionnels de la santé, sans aucune réglementation. Nous proposons de positionner l'intervention cognitive comme un traitement psychologique non psychothérapique, qui aurait tout intérêt à être offert par des thérapeutes formés en intervention cognitive et supervisés par des psychologues spécialisés en neuropsychologie. Ceci pourrait avoir des implications théoriques, cliniques, pratiques et sociales, comme le fait d'homogénéiser les pratiques, de favoriser la rigueur professionnelle et d'offrir ce service à un nombre plus important d'individus qui en ont besoin. De nouvelles recherches et réflexions sur l'intervention cognitive seraient bénéfiques, afin d'avoir une meilleure connaissance de l'efficacité de cette pratique en fonction de la population clinique ou du thérapeute qui l'offre et afin d'approfondir les conditions optimales de son instauration dans le milieu clinique.

Références

- Akinwuntan, A. E., De Weerd, W., Feys, H., Pauwels, J., Baten, G., Arno, P., & Kiekens, C. (2005). Effect of simulator training on driving after stroke: A randomized controlled trial. *Neurology*, *65*, 843-850.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013a). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*, CD003260.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013b). Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type: a review. *Alzheimer's Research & Therapy*, *5*, 35.
- Bowen, A., Hazelton, C., Pollock, A., & Lincoln, N. B. (2013). Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*, CD003586.
- Brissart, H., Daniel, F., Morele, E., Leroy, M., Debouverie, M., & Defer, G. L. (2011). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: a review of the literature. *Revue Neurologique (Paris)*, *167*, 280-290.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., ... Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*, 1596-1615.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Malec, J. F., Langenbahn, D. M., Felicetti, T., Kneipp, S., ... Catanese, J. (2005). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 1998 Through 2002. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *86*, 1681-1692.
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, ... Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *92*, 519-530.
- Clare, L., Woods, R., Moniz-Cook, E., Orrell, M., & Spector, A. (2003). *Cognitive rehabilitation and cognitive training interventions targeting memory functioning in early stage Alzheimer's disease and vascular dementia* (Cochrane Review). The Cochrane Library.
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, *14*, 385-401.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., ... Sonuga-Barke, E. J. (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*, 164-174.
- Das Nair, R., Ferguson, H., Stark, D. L., & Lincoln, N. B. (2012). Memory Rehabilitation for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*, CD008754.

- Ducarne de Ribaucourt, B. (1997). *La naissance et le développement de la rééducation neuropsychologique*. In F. Eustache, J. Lambert & F. Viader (Eds.), *Rééducations neuropsychologiques* (p. 9-38). Paris: De Boeck Université.
- Franck, N. (2007). Remédiation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie. Paper presented at the *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
- Franck, N. (2012). Introduction. In N. Franck (Ed.), *Remédiation cognitive*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Franck, N. (2014). Remédiation cognitive dans la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 36, 8.
- Franck, N. (2017). Introduction. In N. Franck (Ed.), *Remédiation cognitive*, deuxième édition (pp. 1-13). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Gates, N., & Valenzuela, M. (2010). Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults. *Current psychiatry reports*, 12, 20-27.
- Gates, N. J., Sachdev, P. S., Singh, M. A. F., & Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review. *BMC geriatrics*, 11, 1.
- George, D. R., & Whitehouse, P. J. (2011). Marketplace of memory: what the brain fitness technology industry says about us and how we can do better. *The Gerontologist*, 42.
- Grynszpan, O., Perbal, S., Pelissolo, A., Fossati, P., Jouvent, R., Dubal, S., & Perez-Diaz, F. (2011). Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychological Medicine*, 41, 163-173.
- High Jr, W. M., Sander, A. M., Struchen, M. A., & Hart, K. A. (2005). *Rehabilitation for traumatic brain injury*. New-York, NY : Oxford University Press.
- Hodé, Y., & Willard, M. (2012). Les thérapies de remédiation cognitive font-elles partie des thérapies cognitivo-comportementales? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 22, 92-96.
- Jean, L., Bergeron, M. E., Thivierge, S., & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 281-296.
- Krabbendam, L., & Aleman, A. (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*, 169, 376-382.
- Kurtz, M. M., Moberg, P. J., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2001). Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 11, 197-210.
- Masson, M. (2011). *Rééducation des processus attentionnels : Approche sur simulateur de conduite - Application au traumatisme crânien et au vieillissement normal*. Paris: Editions Universitaires Européennes.
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1791-1802.
- Medalia, A., & Choi, J. (2009). Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 19, 353-364.
- Medalia, A., & Erlich, M. (2017). Why Cognitive Health Matters. American Public Health Association. Retrieved from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2016.303544>
- Melby-Lervag, M., & Hulme, C. (2013). Is working memory training effective? A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, 49, 270-291.
- O'Brien, A. R., Chiaravalloti, N., Goverover, Y., & Deluca, J. (2008). Evidenced-based cognitive rehabilitation for persons with multiple sclerosis: a review of the literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 761-769.
- Papp, K. V., Walsh, S. J., & Snyder, P. J. (2009). Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions. *Alzheimer's & Dementia*, 5, 50-60.
- Paquette, C. (2009). *Guide des meilleures pratiques en réadaptation cognitive*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec
- Peyroux, E., & Franck, N. (2016). Improving social cognition in people with schizophrenia with RC2S: two single-case studies. *Frontiers in psychiatry*, 7.
- Piras, F., Borella, E., Incoccia, C., & Carlesimo, G. A. (2011). Evidence-based practice recommendations for memory rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 47, 149-75.
- Rapport, M. D., Orban, S. A., Kofler, M. J., & Friedman, L. M. (2013). Do programs designed to train working memory, other executive functions, and attention benefit children with ADHD? A meta-analytic review of cognitive, academic, and behavioral outcomes. *Clinical Psychology Review*, 33, 1237-1252.

- Revell, E. R., Neill, J. C., Harte, M., Khan, Z., & Drake, R. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive remediation in early schizophrenia. *Schizophrenia research, 168*, 213-222.
- Ritchie, K., Carriere, I., Ritchie, C., Berr, C., Artero, S., & Ancelin, M.-L. (2010). Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *British Medical Journal, 341*, c3885.
- Robert, A., Gélinas, I., & Mazer, B. (2010). Occupational therapists use of cognitive interventions for clients with Alzheimer's disease. *Occupational therapy international, 17*, 10-19.
- Rosti-Otajarvi, E. M., & Hamalainen, P. I. (2011). Neuropsychological rehabilitation for multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD009131.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Seron, X., & Van der Linden, M. (2016). Objectifs et stratégies de la revalidation neuropsychologique. In X. Seron & M. Van der Linden (Eds.), *Traité de Neuropsychologie Clinique de l'adulte. Tome 2 - Revalidation* (2e ed. pp. 3-12). Paris: De Boeck Supérieur.
- Sitzer, D. I., Twamley, E. W., & Jeste, D. V. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*, 75-90.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (1987). Effectiveness of an Attention-Training Program. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 9*, 117-130.
- Stringer, A. Y. (2003). Cognitive rehabilitation practice patterns: A survey of American Hospital Association. *The Clinical Neuropsychologist, 17*, 34-44.
- Strupp, H. H. (1978). Psychotherapy research and practice: An overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 3-22). New York: Wiley.
- Sturm, W., Willmes, K., & Orgass, B. (1997). Do specific attention deficits need specific training? *Neuropsychological Rehabilitation, 7*, 81-103.
- Szoke, A., Trandafir, A., Dupont, M. E., Meary, A., Schurhoff, F., & Leboyer, M. (2008). Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 192*, 248-257.
- Toplak, M. E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., & Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review, 28*, 801-823.
- Van der Linden, M. (1995). Prise en charge des déficits mnésiques chez les patients Alzheimer. In F. Eustache & A. Agniel (Eds.), *Neuropsychologie des Démences : évaluations et prises en charge* (pp. 267-282). Marseille: Solal.
- Van der Linden, M., & Juillerat Van der Linden, A.-C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles: Éditions Mardaga.
- Wilson, B. A. (2002). Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation, 12*, 97-110.
- World Health Organization. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF). Geneve: World Health Organization.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011a). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry, 168*, 472-485.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011b). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *The American Journal of Psychiatry, 168*, 472-485.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A., & Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 190*, 421-427.

Reçu le 28 octobre, 2016
 Révision reçue le 7 juin, 2017
 Accepté le 7 août, 2017 ■