



LA REMÉDIATION COGNITIVE EN TANT  
QU'ADJUVANT À LA PSYCHOTHÉRAPIE :

EXEMPLE D'UN PROGRAMME POUR PERSONNES  
AVEC TROUBLES SUBJECTIFS DE LA MÉMOIRE

Version 2023: offerte le 20 JAN au 1200 McGill College par Dre Genevieve Gagnon

Slides par Gagnon & Masson 2023

# Plan de la formation

- **30 min**
  - Accueil et rapide tour de table
- **2 hrs**
  - Introduction à la remédiation cognitive
  - Présentation du programme Synapse
- **30 min**
  - Mise en situation et jeux de rôles
- **30 min** (durée flexible)
  - Bases scientifiques et ouverture

# Plan détaillé

- **9 h 00 - 9h 30** : Accueil- Présentation des intervenantes et rapide tour de table (1 minute par personne, svp)
  - Quelle est votre rôle/profession?
  - Quelles sont vos attentes envers ce programme?
  - Quelles sont les difficultés que vous avez observées chez vos patients?
  - Quelles sont les aides mises en place ou programmes déjà utilisés dans votre pratique?
- **9 h 30 - 11 h 30** : la remédiation cognitive et le programme synapse
  - La remédiation cognitive : définition, contexte
  - Présentation du programme Synapse
    - Origine du programme
    - Modifications apportées dans la version québécoise
    - Présentation du contenu
    - Présentation de deux sessions (session 4 et 7)
  - Réponses aux questions et commentaires
- **11 h 30 - 12 h 00** : Mise en situation et jeux de rôles
- **12 h 00 - 12 h 30** : Bases scientifiques et ouverture (durée flexible)
  - Références aux documents d'origine: le cogsmart
  - Bases scientifiques du CCT
  - Résultats : faisabilité, acceptabilité pour SYNAPSE
  - Discussion de groupe
  - FAQ
  - Pour en savoir plus.. Recommandations de lectures et references



**9 h 00 - 9h 30** : Accueil- Présentation des intervenantes et rapide tour de table (1 min par personne SVP)

- Quelle est votre **profession**, quel est votre rôle?
- Quelles sont vos **attentes** envers ce programme de formation?
- Quelles sont les difficultés observées chez vos **patients**?
- Quelles sont les aides mises en place ou **programmes** déjà utilisés dans votre pratique?

## 9h30 - 11h30 : la remédiation cognitive et le programme synapse

- La remédiation cognitive : définition, contexte
- Présentation du programme Synapse
  - Origine du programme
  - Modifications apportées dans la version québécoise
  - Présentation du contenu
  - Présentation de deux sessions (session 4 et 7)
- Réponses aux questions et commentaires

# Question

- Pouvez vous nommer d'autres termes qui réfèrent au concept de remediation cognitive ?



# Question / débat..

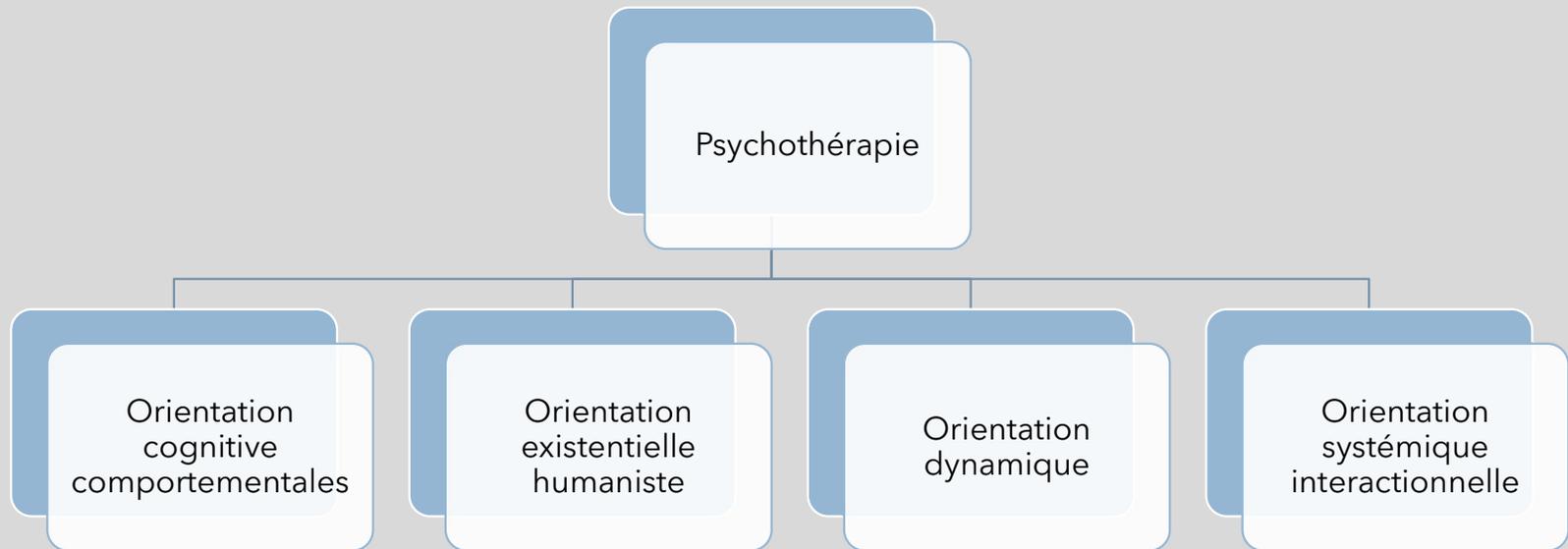
- La remediation cognitive est-elle une forme de psychothérapie?
- Pas de réponse officielle à cette question avant 2018





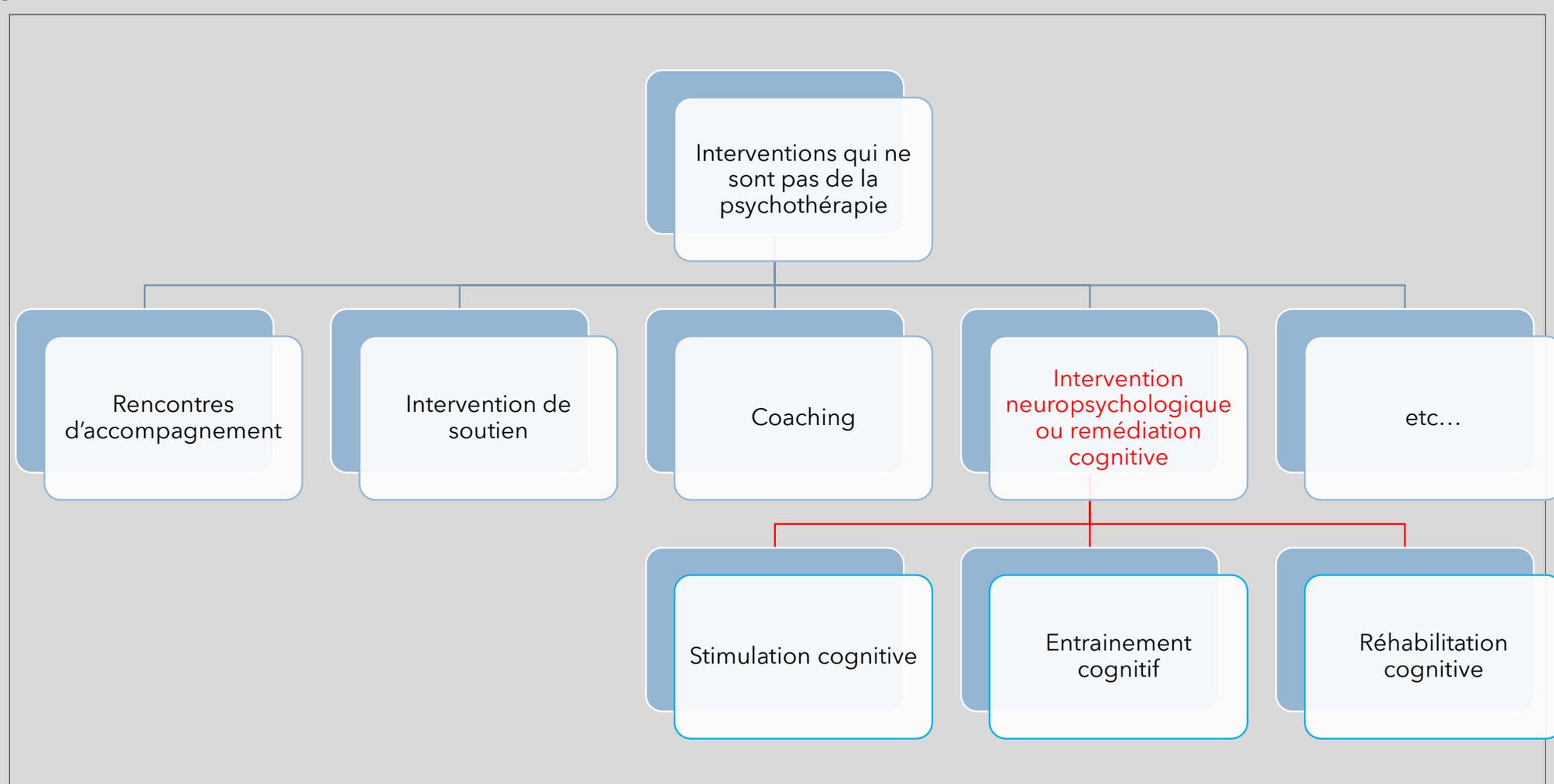
# INTRODUCTION À LA REMÉDIATION COGNITIVE (DÉFINITION, SA PLACE EN PSYCHOLOGIE)

Résumé de nomenclature et positions de l'OPQ



<https://www.ordrepsy.qc.ca/les-orientations-theoriques>

Gagnon & Masson 2023



Selon le document signé par l'OQP, la remédiation est un type d'intervention neuropsychologique

<https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/>

## Intervention neuropsychologique

L'intervention neuropsychologique a pour objet le *fonctionnement cognitif* de la personne. Or le *fonctionnement cognitif* est partie intégrante du *fonctionnement psychologique et mental* de la personne. À cet égard, on pourrait croire que se centrer sur le *fonctionnement cognitif* implique de travailler sur ce qui organise et régule le *fonctionnement psychologique et mental*, comme élaboré dans ce document, mais ce n'est pas nécessairement le cas. En effet, les paradigmes de la neuropsychologie et des neurosciences sont distincts de ceux de la psychothérapie, et il serait plus juste de parler dans le premier cas du *fonctionnement neurocognitif*, celui-ci renvoyant au cerveau et à son intégrité structurelle et fonctionnelle<sup>15</sup>. Ainsi, le travail ne porte pas sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne (voir le tableau 2),

mais bien sur des fonctions cérébrales, dites fonctions mentales supérieures, fonctions cognitives ou neurocognitives, responsables de la saisie et du traitement de l'information, de même que de son utilisation. Le travail se centre ainsi sur le dysfonctionnement ou l'altération desdites fonctions cérébrales qui peuvent être regroupées de la manière suivante :

- les fonctions réceptives (capacités de sélectionner, de saisir, de classer et d'intégrer de l'information) ;
- la mémoire et les apprentissages (capacité d'emmagasiner l'information et de la récupérer) ;
- la pensée (capacité d'organiser ou de réorganiser de l'information) ;
- les fonctions expressives (capacités de communiquer l'information et d'agir en conséquence).

	<b>PSYCHOTHÉRAPIE</b>	<b>REMÉDIATION COGNITIVE</b>
Paradigme	Psychologie	Neuroscience / neuropsychologie
Nature	Intervention psychologique	Intervention neuropsychologique
Son objet	Fonctionnement psychologique et mental	Fonctionnement neurocognitif
Sa finalité	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	Réadaptation, rééducation des fonctions neurocognitives. Apporter des changements d'ordre fonctionnel ayant un impact concret sur la vie au quotidien. Exemples : rétablissement, réorganisation, aménagement.

L'intervention neuropsychologique comme adjuvant à la psychothérapie

- La remédiation cognitive n'est pas un acte protégé comme la psychothérapie

### Remédiation cognitive

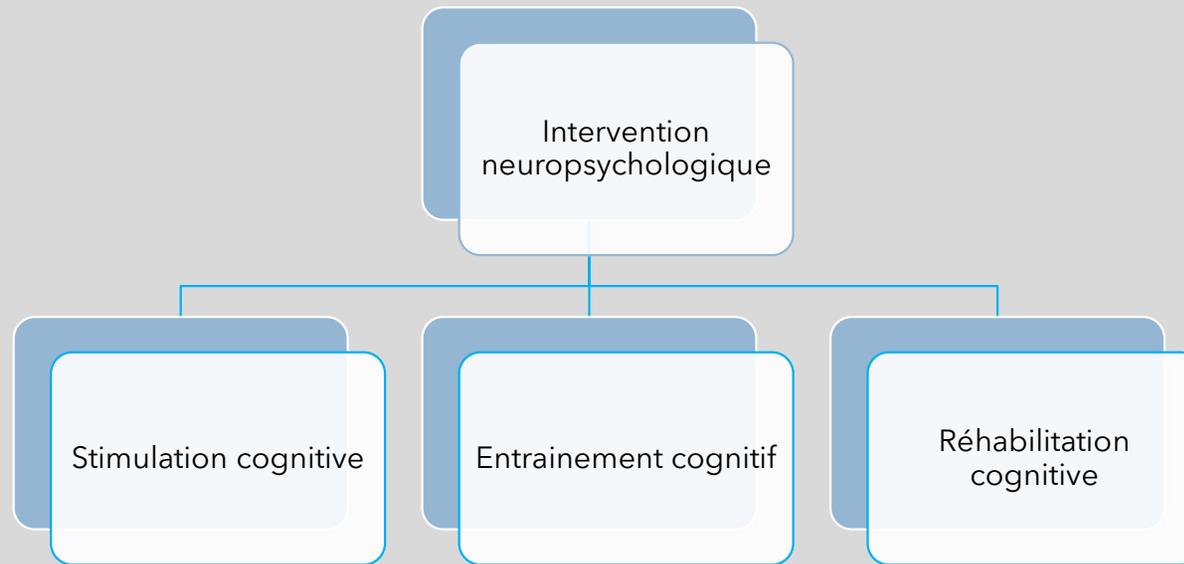
L'expression *remédiation cognitive* est fréquemment utilisée pour recouvrir des interventions qui sont de l'ordre de la réadaptation ou de la rééducation des fonctions cognitives ou *neurocognitives*, interventions qui ne sont pas de la psychothérapie. Ces interventions reposent notamment sur les théories qui soutiennent l'existence de la plasticité cérébrale. À noter que ce n'est pas la seule expression utilisée. On peut aussi utiliser des expressions comme *rééducation* ou *réhabilitation cognitive* et *revalidation neuropsychologique* pour désigner ces interventions qui ont pour but d'apporter des changements d'ordre fonctionnel ayant un impact concret sur la vie au quotidien, soit :

- le rétablissement de la *fonction cognitive* ou *neurocognitive* altérée ou dysfonctionnelle, par un réentraînement intensif ;
- une réorganisation de la *fonction cognitive* ou *neurocognitive*, par un recours à des procédures que la personne n'utilisait pas auparavant ou qu'elle utilisait, mais de manière peu fréquente et non systématique ;
- une meilleure exploitation de *fonctions cognitives* ou *neurocognitives* demeurées intactes ;
- un aménagement des conditions d'exercice de la *fonction cognitive* ou *neurocognitive* par la modification de certains paramètres de la situation ou de certaines dimensions des conduites, ou par l'évitement de certaines situations problématiques.



# RÉSUMÉ DES APPROCHES EN INTERVENTION NEUROPSYCHOLOGIQUE

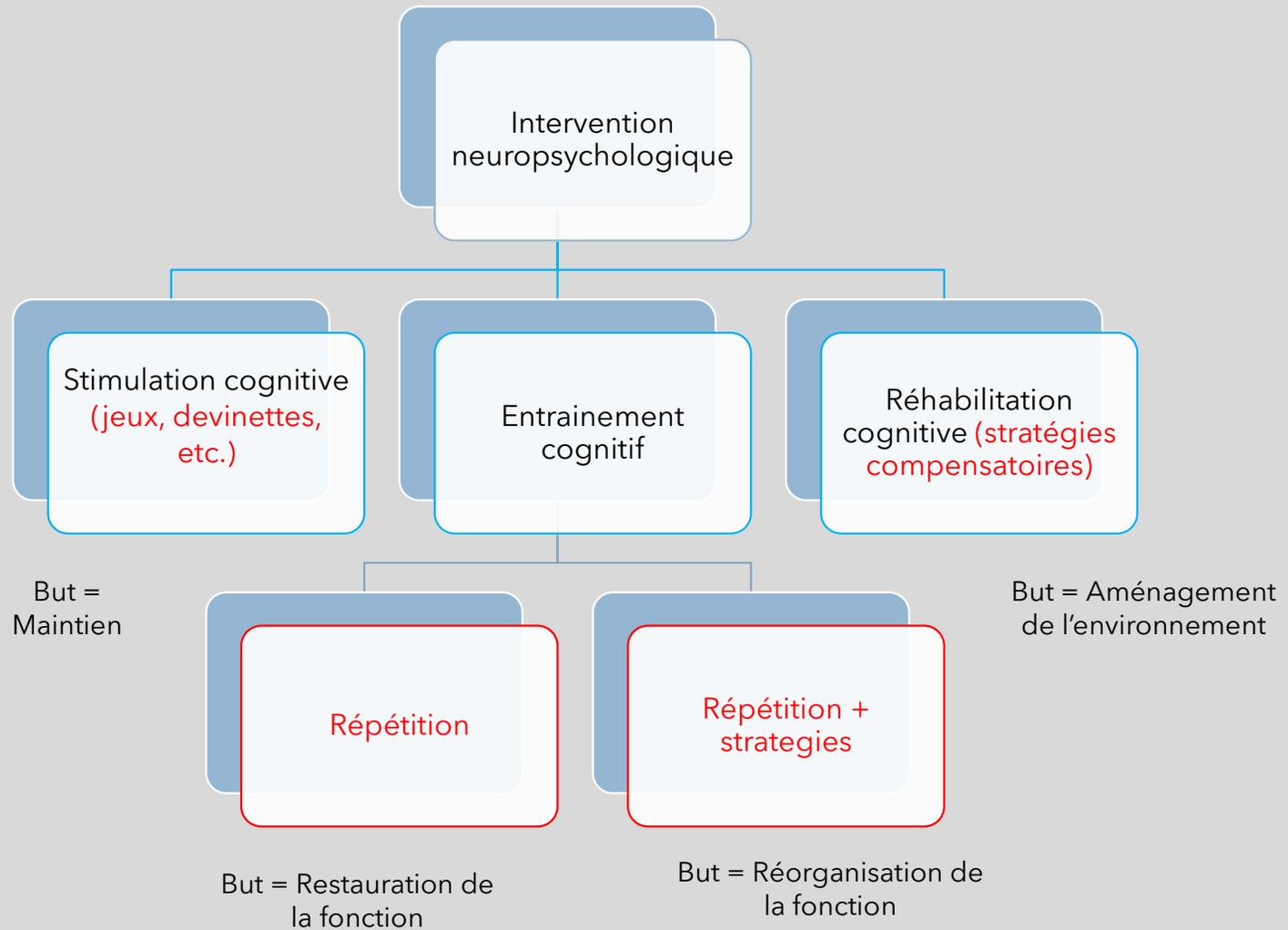
Selon Clare & Woods (2004), Jean et al (2010) et autres sources scientifiques, 3 modalités d'intervention existent



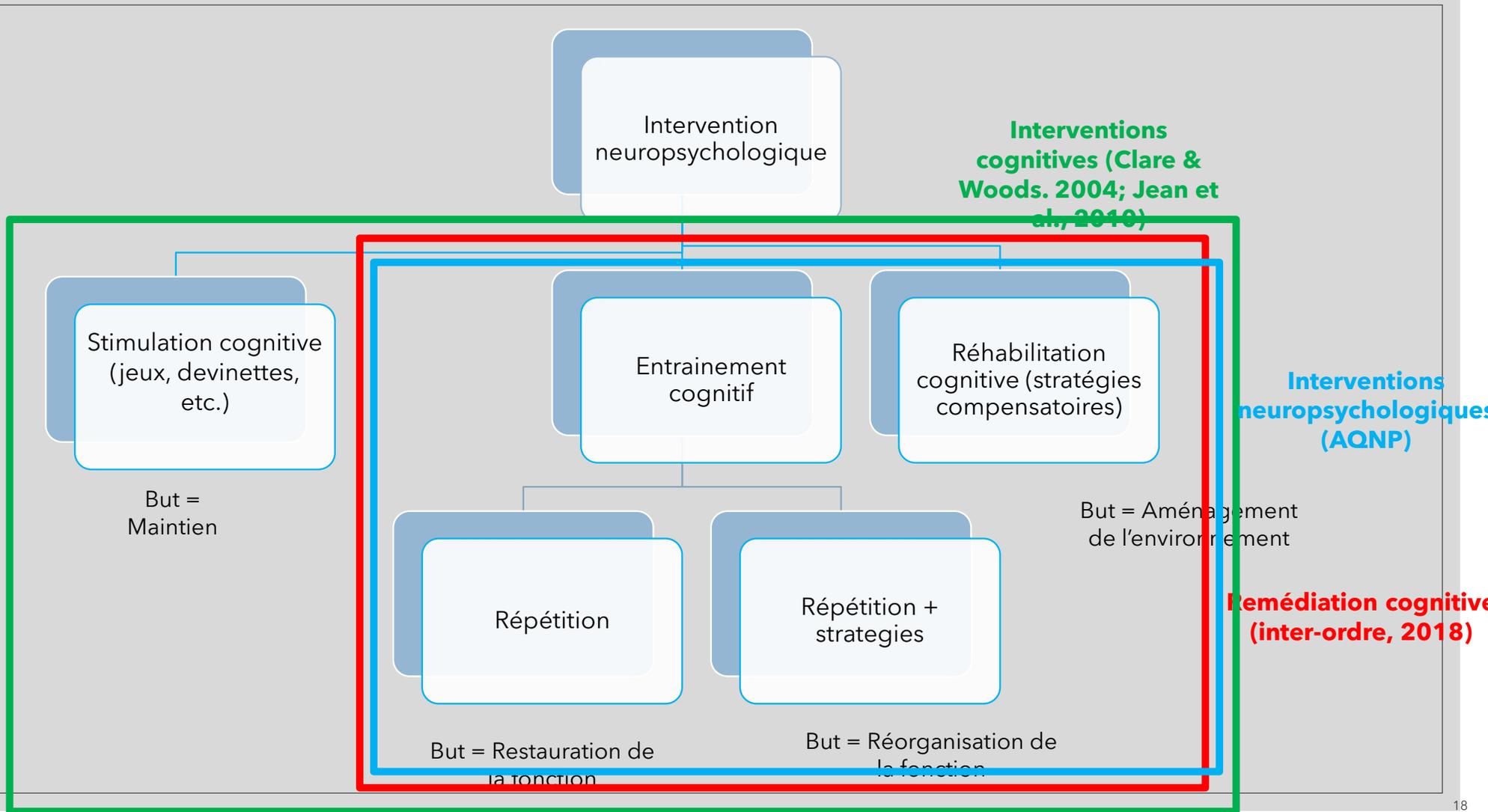
# L'intervention neuropsychologique comme adjuvant à la psychothérapie

- **Selon Clare & Woods (2004), 3 modalités d'intervention existent :**
  - la stimulation cognitive : activités/discussions pour amélioration générale du fonctionnement cognitif (ex : faire des jeux). concept devenu populaire et dont s'est emparée l'industrie pour vendre des logiciels de santé cérébrale.
  - l'entraînement cognitif/remédiation cognitive : tâches standardisées pour entraîner des processus cognitifs particuliers. Répétition d'exercice et enseignement de stratégies (ex : méthode des Loci, apprentissage sans erreur)
  - réhabilitation cognitive : objectif : réinsertion sociale. Plan personnalisé pour répondre à des objectifs liés à la vie quotidienne. Méthode compensatoire. Aménagement, Modification de l'environnement. Stratégies palliatives, supports.

Selon Clare & Woods (2004), Jean et al (2010) et autres sources scientifiques, 3 modalités d'intervention existent



Selon Clare & Woods (2004), Jean et al (2010) et autres sources scientifiques, 3 modalités d'intervention existent



**Intervention neuropsychologique**

la stimulation cognitive

jeux, devinettes, etc.

l'entraînement cognitif

pratique et répétitions fréquentes

Tâches répétées

jeux, devinettes, etc.  
pratique, mise en place de stratégies et répétitions fréquentes

Tâches répétées avec apprentissage de stratégies

la réhabilitation cognitive

mise en place de stratégies

Stratégies compensatoires

**Restauration de la fonction**

**Réorganisation de la fonction**

**Aménagement de l'environnement**

**Interventions cognitives (Clare & Woods. 2004; Jean et al., 2010)**

**Interventions neuropsychologiques (AQNP)**

**Remédiation cognitive (inter-ordre, 2018)**



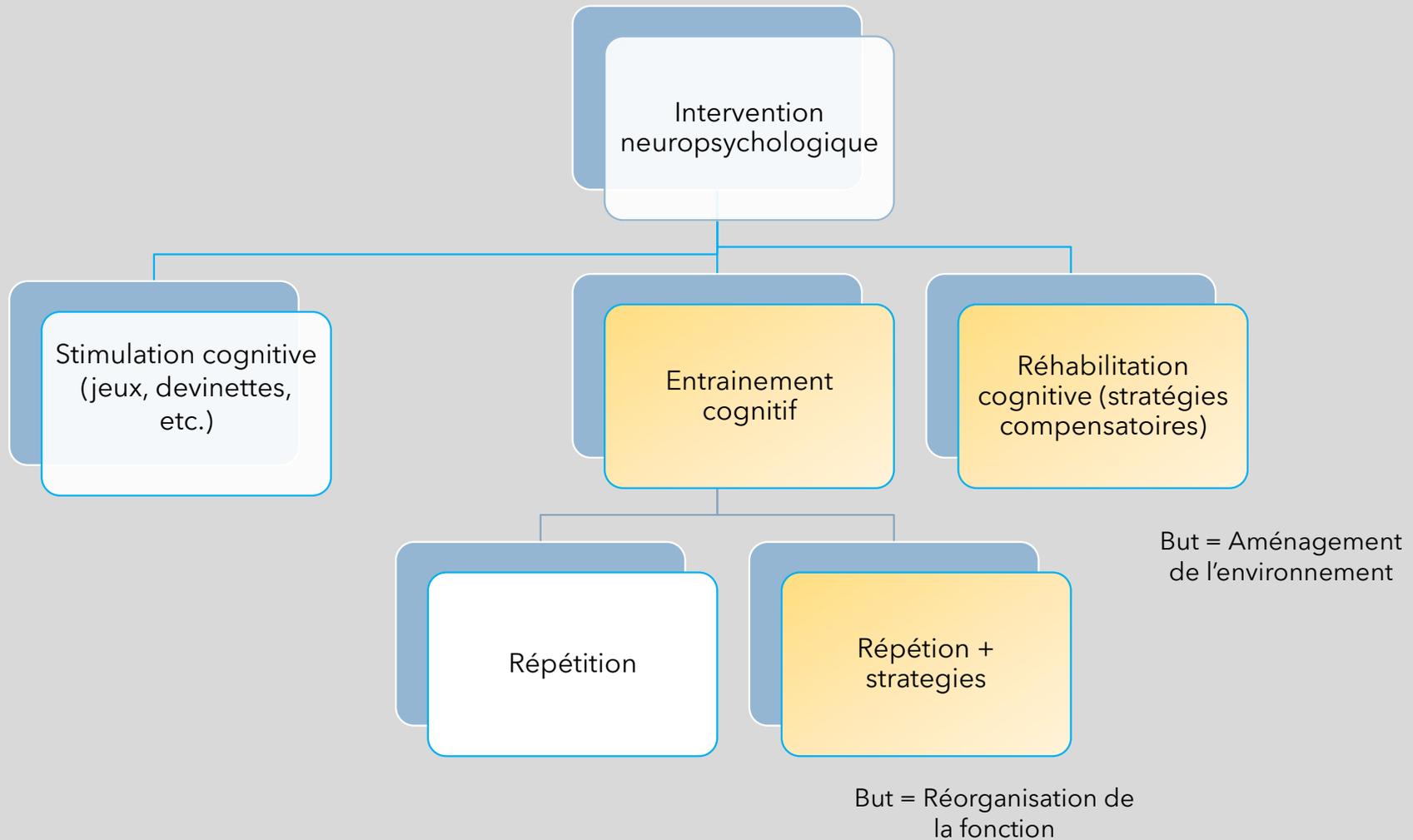
## Questions/commentaires/discussions

- Aviez-vous déjà lu ces textes de références ?
  - Nous en avons mis une copie dans votre cahier de participant à la présente formation
- Est-ce que ces définitions sont claires / pertinentes selon vous?
- Êtes-vous en accord ou en désaccord avec la position de l'OPQ?
  - Selon le document co-signé par l'OPQ, la remédiation est un type d'intervention neuropsychologique mais il n'est pas un acte réservé au neuropsychologue
  - Avantages / inconvénients / craintes ?



# PROGRAMME SYNAPSE

Selon Clare & Woods (2004), Jean et al (2010) et autres sources scientifiques, 3 modalités d'intervention existent



# SYNAPSE : une traduction et adaptation du CCT de Twamley & Huckans (2013)

- Outil initialement développé et validé par les Dres Twamley & Huckans (aux USA)
  - Développé et validé pour des patients psychotiques, programme CCT (Twamley et al., 2012)
  - Adapté pour des patients avec traumatisme crânio-cérébral (Storzbach et al., 2016; Twamley, Jak, Delis, Bondi, & Lohr, 2014; Twamley et al., 2015)
  - Adapté pour les aînés avec MCI
  - ME-CCT = *Motivationally enhanced - Compensatory cognitive training* → intègre des stratégies de compensation
- 8 sessions de 2h

# CCT (Twamley & Huckans, 2013)

- **Thèmes abordés dans le programme :**

- Stratégies d'hygiène de vie,
- Utilisation de l'agenda,
- organisation, priorisation,
- Mémoire prospective (i.e. mémoire des futurs événements),
- Attention,
- Mémoire de travail,
- Apprentissage et mémoire à long terme,
- Prise de décision, résolution de problème, planification,
- Intégration des habiletés

- **Avantages du programme :**

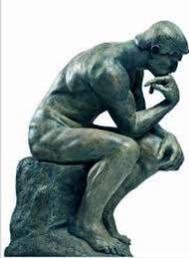
- Programme de réhabilitation cognitive facilement implantable, de faible coût et ne nécessitant pas de matériel technologique.
- Peut être administré par la plupart des professionnels paramédicaux
- Peut facilement être intégré au cours typiques de santé mentale ou de soins offerts par de nombreux systèmes de santé.

# SYNAPSE : traduction et adaptation du CCT

- Traduction de l'anglais au Français
- Adaptation
  - Diminution de 30-40% du contenu
    - Réduction de la charge cognitive du matériel d'apprentissage,
    - Suppression de tout langage scientifique,
    - Simplification du contenu et des formulations
  - Diminution de la densité des sessions
    - 8 sessions → 10 sessions
    - Les sujets de l'attention et de la mémoire comportent 2 sessions
  - Adaptation des exemples à notre population clinique
    - Exemple en lien avec les plaintes subjectives de la mémoire
    - Exemples en lien avec la culture Canadienne
    - Ajout d'exemples plus proches de la vie quotidienne pour supporter la compréhension et le faciliter le transfert des stratégies,

## Adaptation (suite)

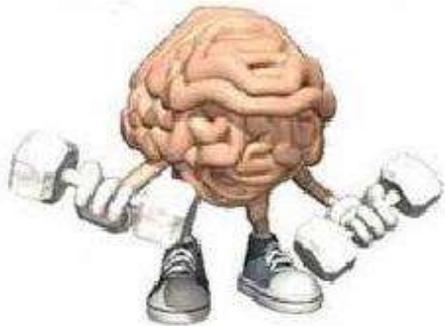
- Ajout d'images et de pictogrammes qui servent d'indices visuels à propos des activités à suivre,



Quelle est, pour vous, l'importance de faire de l'exercice physique plus régulièrement que ce que vous faites actuellement ?

### Exercice en Classe :

- En équipe de 2
- Une personne va parler à l'autre personne p (dessous)
- La personne qui écoute doit bien porter attent d'info possible
- Utiliser les stratégies P.A.R.L. pour améliorer vo écouter Activement, Reformulez et Limitez les c
- La classe et l'animateur pourront ensuite nécessaire.



Gagnon & Masson 2023

Quel type d'agenda serait le plus utile pour vous ?

Agenda papier

- Quel type et quelle taille (format de poche ou plus large) ? Pesez les pour et les contre selon la place dont vous avez besoin pour écrire



Agenda électronique



- Quel type ? Quelles applications Outlook, iCalendar, Google Calendrier, Yahoo Calendrier ?
- Voulez-vous utiliser la fonction « rappel » / « alarme automatique » ?

## Adaptation (suite)

### Session 1 : Guide pour l'intervenant

1. Avant de débiter le point 6, faire une pause de 10 min

2. **Activité en classe** : l'intervenant anime l'activité. Il doit avoir pris connaissance au préalable de la parabole afin de proposer de faire l'activité du bocal et des cailloux en classe.

L'intervenant fera seul la démonstration.

Chaque participant aura à sa disposition des cailloux et des feutres pour écrire dessus. Ils pourront alors écrire directement sur les gros cailloux qu'est-ce qui a le plus d'importance pour eux et les ramener ensuite chez eux.

3. **Remarque** : Souvent, la santé et l'auto-administration des soins n'est pas priorisé. Or, si vous prenez soin de vous-même, vous aurez plus d'énergie pour les autres sphères de votre vie. Notre santé devrait être notre plus gros « cailloux ».

### 6. Déterminez vos priorités – Les Choses Importantes D'abord!



**Activité en classe** : La parabole des gros cailloux

Page pour l'intervenant (le verso n'est pas imprimé pour le cahier du participant, seulement le cahier du thérapeute)

Page pour le cahier du participant

- Ajout de recommandations et d'instructions claires pour le thérapeute sur les pages gauches du manuel (augmentation du nombre de pages),

## Adaptation (suite)

### Session 1 : Guide pour l'intervenant



La relation entre la **dépression** et les troubles cognitifs n'est pas encore claire. Dans certains cas, la dépression est un facteur de risque associé à de mauvaises habitudes de vie, alors que dans d'autres cas, qu'il s'agit d'un symptôme précoce. Dans tous les cas, il est important de la prévenir ou de la traiter, pour diminuer les risques et éviter les souffrances inutiles.

#### RÉFÉRENCES

- [Devanand DP](#), Sano M, Tang MX, Taylor S, [Gurland BJ](#), et al. (1996) *Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community*. Arch Gen Psychiatry 53: 175-182.
- [Modrego PJ](#), [Ferrandez J](#) (2004) *Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study*. Arch Neurol 61: 1290-1293.

L'**inactivité physique** augmente aussi le risque de développer un trouble cognitif en vieillissant. De plus, l'obésité et le manque d'activité physique sont des facteurs de risque importants pour le diabète et l'hypertension artérielle, et devraient donc faire l'objet de prévention! En fait, les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont également des facteurs de risque pour la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs vasculaires.

#### RÉFÉRENCES

- [Hamer M](#), [Chida Y](#) (2009) *Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence*. Psychol Med 39: 3-11.
- [Rolland Y](#), [Abellan van Kan G](#), [Vellas B](#) (2008) *Physical activity and Alzheimer's disease: from prevention to therapeutic perspectives*. J Am Med Dir Assoc 9: 390-405.

Les personnes qui subissent des **traumatismes crâniens** graves ou répétées sont plus à risque de développer la maladie d'Alzheimer. Certaines études suggèrent les dépôts qui se forment dans le cerveau à la suite d'une lésion soient liés à l'apparition de la maladie. Voir la littérature sur *[Chronic Traumatic Encephalopathy](#)*.

#### RÉFÉRENCES

- [Lee YK](#), [Hou SW](#), [Lee CC](#), [Hsu CY](#), [Huang YS](#), [Su YC](#). Increased risk of dementia in patients with mild traumatic brain injury: a nationwide cohort study. *PLoS One*.
- [Nordstrom P](#), [Michaelsson K](#), [Gustafson Y](#), [Nordstrom A](#). Traumatic brain injury and young onset dementia: a nationwide cohort study. *Ann Neurol*. 2014;75:374-381.
- [Wang HK](#), [Lin SH](#), [Sung PS](#), et al. Population based study on patients with traumatic brain injury suggests increased risk of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012;83:1080-1085.

- Ajout de références scientifiques pour expliquer et supporter les concepts et stratégies dans le manuel du thérapeute.

## Adaptation (suite)

### Ce qu'il faut retenir

**Attention** = Se concentrer, se focaliser

**Recommandations générales pour améliorer l'attention :**

- Pratique fréquente de pleine conscience/relaxation
- Exercice physique
- Exercice mental
- Prendre soin de soi
- Dormir suffisamment
- Respecter ses limites
- Etre ouvert à l'entraide

**Stratégies spécifiques d'attention :**

- Se préparer
- Conserver son énergie
- Prendre des pauses
- Eviter les interruptions
- Limitez les distractions
- Evitez les multitâches
- Attention active (garder du temps, se vérifier)
- Se « parler à soi-même »

**Stratégie d'attention pendant les conversations (PARL) :**

- Poser des questions
- écouter Activement
- Reformuler
- Limiter les distractions

- Ajout d'une section à la fin de chaque session pour résumer les informations pertinentes,

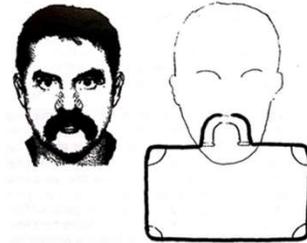
## Adaptation (suite)

### **4.8. Stratégie d'imagerie Mentale :**

Transformez une information verbale en

- Une image bizarre ou drôle
- Un film ou une histoire visuelle
- Une comédie
- Un graphique ou schéma

Exemple : Dr Falize



**Exercice en Classe :** Griffonnez une image qui vous aidera à vous souvenir des infos suivantes :

Une image pour retenir les mots suivants : <u>tartine-brosse</u>	Une image pour retenir les mots suivants : <u>cigare-piano</u>
--	--

- Ajout d'activités manuelles (ex. dessins - mise en application d'une stratégie mnésique)

## Adaptation (suite)

### 6. Planification en fonction des objectifs de vie.

Lors de votre planification de la semaine, il est aussi important de garder en tête vos objectifs de vie, vos priorités.



Retour sur la page 18



**Exercice en Classe :** Réévaluez vos priorités (« gros cailloux »). Avez-vous besoin de les réviser ?



---

---

---

---



**Exercice en Classe :** Réviser votre agenda avec vos priorités en tête

- Ajout d'activités manuelles (ex: écrire leurs valeurs sur des objets qu'ils peuvent ensuite ramener à la maison)

## Synapse : traduction et adaptation du CCT

- Ajout de jeux de rôles,
- Plus de fluidité dans la progression dans le manuel et suppression des va-et-vient entre thématiques,
- Ajout de nouvelles stratégies mnésiques efficaces pour notre population (ex : stratégie de la récupération espacée)
- Changement dans la formulation, les pronoms, le temps des verbes pour être moins directif.

## SYNAPSE : Objectifs

- Enseigner des stratégies compensatoires pour aider les patients âgés à mieux s'organiser, à mieux mémoriser, à mieux porter attention aux choses pertinentes dans leur quotidien.
- Ce programme comprend aussi une section importante sur la prévention et les facteurs de risques de déclin cognitif et de la maladie d'Alzheimer via la mise en place de saines habitudes de vie - seule forme de prévention présentement validée.
- Enseigner des « mini-cours vulgarisés » sur les processus cognitifs qui peuvent leur poser problème et qui ont tendance à décliner avec l'âge (e.g. les différents types de mémoire, le fonctionnement de la mémoire, les fonctions exécutives...).
- Créer un cahier du participant où toute l'information sera simplifiée et les données scientifiques vulgarisées. Ce cahier sera un véritable outil de travail pour eux et chaque participant pourra repartir avec le cahier à l'issue de la remédiation avec toutes les informations nécessaires.
- Pratiquer des exercices de relaxation (e.g., relaxation musculaire progressive, pleine conscience, respiration abdominale) à chaque début de session, afin de leur apprendre et leur faire prendre l'habitude de relaxer avant de débiter une tâche importante ou difficile pour eux.
- Faire des exercices à la maison afin de transférer les connaissances/stratégies vues en cours dans leur quotidien.

# SYNAPSE : approche multifactorielle

- Ce programme incorpore différentes techniques d'intervention :
  - **Réhabilitation cognitive compensatoire:**
    - pour outiller les patients face à leur problème de mémoire, d'attention, et au niveau des fonctions exécutives
  - **Enseignement des facteurs de protection:**
    - hygiène de vie
  - **Techniques de réduction du stress :**
    - techniques qui ont montré son efficacité pour améliorer les fonctions cognitives et neuropsychiatriques dans plusieurs populations cliniques
  - **Techniques d'entretien motivationnel bref**
    - pour améliorer l'adoption de nouveaux comportements en lien avec de saines habitudes de vie et associées à une diminution du risque d'un déclin cognitif, MCI et démence.



## Pour les troubles neurodégénératifs, donc progressifs, que faire?

Comme les profils cognitifs peuvent décliner avec le temps, la mise en garde suivante doit être faite:

*" Research suggests these treatment approaches may have a chance at improving or stabilizing cognition in patients with mild cognitive impairment. Moreover, it seems cognitive intervention would be most efficient with patients who are aware, motivated and able to remember and apply the learned skills. Indeed, data from recent literature suggests cognitive intervention should begin before the onset of manifest memory impairment and should be implemented as a form of cognitive prevention where patients are educated about the modifiable risk factors for Alzheimer's while performing cognitive training and learning new strategies. "*

pour plus d'information, voir chapitre 26

Gagnon et Masson (2019) Cognitive Intervention for Patients with Neurocognitive Impairments dans Carlos de Mendonça Lima, Ivbijaro (eds.), Primary Care Mental Health in Older People. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-10814-4\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-10814-4_26)

# Primary Care Mental Health in Older People

A Global Perspective

Carlos Augusto de Mendonça Lima  
Gabriel Ivbijaro  
Editors

 Springer

35

Gagnon & Masson 2023

## 10h50 - 11h00 : Questions et commentaires

- Que pensez vous des ajustements fait au CCT pour devenir Synapse?
- Trouvez vous que la planification et la progression sont réaliste?
- Trouvez-vous que les objectifs de Synapse sont pertinents?
- Que pensez vous des approches intégrant plusieurs techniques d'intervention?
- Craintes / commentaires ?



## **11 h 00 - 11h30** : Présentation du programme Synapse (suite)

- Contenu
- Exemple : session 4
- Exemple : session 7
- Questions et commentaires

# Programme SYNAPSE : contenu

- **Le programme est composé de :**
  - un manuel du thérapeute (les pages paires contiennent les informations pour guider le thérapeute + des références scientifiques pour aller plus loin)
  - un manuel pour le client (même manuel : imprimer seulement les pages impaires)
  - 10 sessions de 2h
  - sessions structurées avec des objectifs clairs
  - agenda établi en début de rencontre

# Programme SYNAPSE : contenu

- **Structure de chaque session :**

- Rappels des stratégies de la session précédentes + retour sur les devoirs
- Exercice de réduction du stress
- Un brin de théorie
- Pause
- Exercices pratiques
- Question d'engagement motivationnel
- Section "Ce qu'il faut retenir" - résumé de la session
- Devoirs à la maison (pratique, exercices d'intégration du matériel)

# Programme SYNAPSE : contenu

- Session 1 : Présentations, Stratégies de Santé, Objectifs de vie
- Session 2 : Organisation, Priorisation et Mémoire Prospective (1)
- Session 3 : Organisation, Priorisation et Mémoire Prospective (2)
- Session 4 : Attention (1)
- Session 5 : Attention (2)
- Session 6 : Apprentissage et Mémoire (1)
- Session 7 : Apprentissage et Mémoire (2)
- Session 8 : Prise de Décision et Brainstorming
- Session 9 : Planification et Ajustements des objectifs
- Session 10 : Intégration des Compétences, Bilan et Étapes Ultérieures

# Matériel à préparer par sessions

Toutes les sessions :	Session 1 :	Session 2 :	Session 3 :	Session 4 :	Session 5 :	Session 6 :	Session 7 :	Session 8 :	Session 9 :	Session 10 :
<ul style="list-style-type: none"><li>• Post-it, stylos, surligneur, crayon de papier</li><li>• Corbeille avec agenda</li><li>• Tableau blanc + feutres</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pour les participants : prévoir des cailloux de plusieurs tailles et des feutres</li><li>• Pour l'animateur : cailloux, gravier, sable, eau et bocal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agenda</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imprimer fiche « Techniques de réduction de tension »</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Jeu du UNO</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• créer des cartes de support visuel et les apporter pour cette session</li></ul>				<ul style="list-style-type: none"><li>• un sac avec des items à l'intérieur</li><li>• un bandeau pour les yeux</li><li>• un plateau + un drap pour le couvrir</li></ul>

# SYNAPSE

## Session 4

### Attention

**Plan de la session :**

1. Pratique de la Réduction de Tension/Pleine Conscience
2. Retour sur les Exercices faits à la Maison

*Pause de 2 min*

3. Stratégies d'attention

3.1 Recommandations générales pour améliorer l'attention

3.2 Concrètement, quoi faire devant une tâche ?

*Pause de 10 min*

4. Stratégie d'attention pendant les conversations

*Pause de 2 min*

Résumé de la séance et exercices à faire à la maison

Problème	Stratégies
Distractions Internes : Faim, soif, fatigue, douleur.	<input type="checkbox"/> Soyez sûr d'avoir suffisamment mangé, prenez un verre d'eau et allez à la salle de bain. <input type="checkbox"/> Prenez les médicaments prescrits. Avez-vous besoin de médicaments pour la douleur ou l'inconfort ? <input type="checkbox"/> Reposez-vous suffisamment chaque nuit. <input type="checkbox"/> Si vous êtes fatigué, jetez-vous un peu d'eau sur le visage, faites quelques petits sauts, ou une marche dynamique.
Distractions Internes : mémoire, stress.	<input type="checkbox"/> Respirez profondément. <input type="checkbox"/> Faites des exercices de pleine conscience. <input type="checkbox"/> Notez rapidement les choses que vous voulez faire plus tard (pour éviter de continuer à y penser) et revenez ensuite à la tâche en cours.
Oublier de ce que vous êtes censé être en train de faire.	<input type="checkbox"/> Utilisez votre calendrier pour prioriser et planifier des tâches. Référez-vous à votre calendrier pour vous assurer que vous êtes à jour. <input type="checkbox"/> Avant de commencer une tâche importante, mettez une note près de vous pour vous rappeler quelle tâche vous êtes en train de faire. Par exemple, «Factures.»
Difficultés en multitâches	<input type="checkbox"/> Si vous vous rendez compte que vous ne parvenez pas à terminer une des tâches, ou que vous échouez à faire les tâches correctement, alors faites une tâche l'une après l'autre !
Distractions externes, interruptions	<input type="checkbox"/> Eteignez les bruits non nécessaires comme la TV ou la radio. <input type="checkbox"/> Utilisez un ventilateur ou une machine à bruit blanc pour couvrir le bruit de la rue ou des conversations avoisinantes. <input type="checkbox"/> Utilisez des bouchons d'oreilles. <input type="checkbox"/> Supprimer les distractions visuelles comme l'écran de veille de l'ordinateur ou des magazines ou des images. <input type="checkbox"/> Installez-vous dans une pièce calme et fermez la porte. <input type="checkbox"/> Réfléchissez à créer un « lieu calme » chez vous ou un cadre de travail que vous pourrez utiliser régulièrement. <input type="checkbox"/> Essayez d'être seul, ou bien demandez aux autres d'être calmes. <input type="checkbox"/> Utilisez une pancarte « NE PAS DÉRANGER ». <input type="checkbox"/> Demandez aux autres de ne pas vous interrompre. <input type="checkbox"/> Décidez de ne pas répondre au téléphone ni aux courriels avant d'avoir terminé votre tâche.
Perte de concentration/ épuisement	<input type="checkbox"/> Prenez des pauses de manière régulière ! Si vous en avez besoin fréquemment alors faites-en des courtes (ex. faites trois sauts ouverture-fermeture ou un rapide étirement). <input type="checkbox"/> Divisez la tâche en plusieurs petites étapes et prenez des pauses entre les étapes.
Perte du fil conducteur quand vous lisez	<input type="checkbox"/> Utilisez une carte, une règle ou un papier pour savoir à quelle ligne vous êtes rendu. <input type="checkbox"/> Utilisez un surligneur pour souligner les points importants. <input type="checkbox"/> Prenez des notes ou faites un plan quand vous lisez. Rendez la lecture plus interactive.
Perte du fil des conversations	<input type="checkbox"/> Posez des questions <input type="checkbox"/> Écoutez Activement <input type="checkbox"/> Reformulez <input type="checkbox"/> Limitez les distractions

- . Pleine Conscience : pour aider à porter attention
  - . Mindfulness is awareness of one's internal states and surroundings. (APA)
  - . Voir aussi 'absent mindedness': a state of apparent inattention marked by a tendency to be preoccupied with one's own thoughts and not with external conditions
- . Les recommandations générales pour améliorer l'attention (session 4 et 5) sont basées sur la littérature scientifique.
  - . Pour en savoir plus, voir les explications et références scientifiques dans le manuel du thérapeute. Références non exhaustives.
- . Les stratégies sont concrètes et sont pratiquées en groupe, pour aider l'implantation et le transfert vers la réalité
  - . Many studies using cognitive stimulation or cognitive training have failed to find a transfer of benefit to real life situation (Bahar-Fuchs et al 2013). This was hypothesized to be related to the lack of similarities between the practiced tasks and the reality of the patients. Moreover, patients with executive difficulties might have a hard time transferring these learnings to real-life, personal situations. Indeed, to recognize which situation is appropriate for which strategy takes good reasoning / executive functioning. Similarly, taking the initiative of applying the learned strategies to new situations that arise also requires preserved executive skills. cognitive rehabilitation, a slightly more recent approach, addresses this problem more directly by teaching patients strategies that would be closer to their reality. An additional assumption about the difficulty of transfer is that tasks were not tailored enough to the patient's level in many cognitive programs (Jaeggi et al 2011) . tire de Gagnon et Masson (2019)
- . Prendre des pauses fréquentes lors des sessions = modeling (les pauses sont présumées efficaces à rétablir l'attention des participants)
  - . A technique used in cognitive behavior therapy and behavior therapy in which learning occurs through observation and imitation alone, without comment or reinforcement by the therapist. (APA)



# SYNAPSE

## Session 7

### Apprentissage et Mémoire

**Plan de la session :**

1. Pratique de la Réduction de Tension / Pleine Conscience
2. Retour sur les Exercices faits à la Maison et les Stratégies d'Attention

*Pause de 2 min*

3. Exercices d'Apprentissage d'une Liste de Mots

*Pause de 10 min*

4. Stratégies Internes de Mémoire : La Récupération

4.1. Stratégie : Relaxer

4.2. Stratégie : Retracer mentalement

4.3. Stratégie : Recréer le contexte

4.4. Stratégie : Recherche Alphabétique

5. Stratégies Externes de Mémoire

*Pause de 2 min*

6. Activité en classe

Résumé de la séance et exercices à faire à la maison

- . Pleine Conscience : pour aider à porter attention, ce qui aide la mémoire (profondeur de traitement et effet sur la trace mnésique)
- . Les stratégies d'encodage (apprentissage) sont présentées séparées des stratégies de récupération
  - . Ceci afin de faciliter le transfert vers la réalité (l'efficacité des stratégies est 'context-dépendant')
  - . Session 6 : stratégies d'apprentissage / encodage
  - . Session 7 : stratégies de récupération
- . On fait la différence entre les stratégies internes et externes
  - . Interne : celles qui font travailler les méninges car les participants doivent apprendre cette nouvelle stratégie
  - . Externe: utilisation d'aides extérieures. Quand ce n'est pas vraiment important de mémoriser cette information Permet de réduire l'effort, l'énergie et l'exigence temporelle.



### Stratégies internes de Mémoire : L'Encodage

- Stratégie d'association
- Stratégie : les Acronymes
- Stratégie de Catégorisation ou regroupement
- Stratégie : travailler sur l'information
- Stratégie des cartes mentales
- Stratégie de sur-apprentissage
- Stratégie de récupération espacée
- Stratégie d'imagerie Mentale

### Stratégies internes de Mémoire : La Récupération

- Stratégie : relaxez
- Stratégie : retracer mentalement
- Stratégie : recréez le contexte
- Recherche Alphabétique

### Stratégies Externes de Mémoire

- Routine
- Calendriers
- Prise de note et classement
- Enregistreur Vocal
- Indices Visuels : Post-it, ficelle sur votre doigt, etc.
- Minuteurs, Alarmes, et autres indices Sonores
- Indices Automatiques/Informatisés
- Systèmes de Navigation

## Résumé des stratégies de Mémoire (contenu des sessions 6 et 7)

Les stratégies sont **mise en pratique** afin d'encourager les participants à **réaliser l'effet des stratégies** et **tirer leur conclusions sur leur pertinences**

- generation effect: the finding that memory for items to be remembered in an experiment is enhanced if the participants help to generate the items. (APA)

Résumé de la séance et exercices à faire à la maison

- repetition effect : repeated presentation of information or items typically leads to better memory for the material. The repetition effect is a general principle of learning, although there are exceptions and modifiers. (APA)

- Practice: n. repetition of an act, behavior, or series of activities, often to improve performance or acquire a skill. (APA)

Retour sur les devoirs

- distributed practice : a learning procedure in which practice periods for a particular task are separated by lengthy rest periods or lengthy periods of practicing different activities or studying other material, rather than occurring close together in time. In many learning situations, distributed practice is found to be more effective than massed practice. first described in 1885 by Hermann Ebbinghaus. (APA)





## 11 h 30 - 12 h 00 : mise en situation

- Activité en équipe de deux
- Choisir une session parmi les 10 sessions du programme
- Étudier le contenu (temps d'étude suggéré 10 minutes)
- 10 minutes de pratique : personne 1 = patient, personne 2 = thérapeute
- 10 minutes de pratique : personne 1 = thérapeute, personne 2 = patient
- Retour en grand groupe et discussion

## 12 h 00 - 12 h 30 : Bases scientifiques et ouverture

- Références aux documents d'origine: le cogsmart
- Bases scientifiques du CCT
- Résultats : faisabilité, acceptabilité pour SYNAPSE
- Discussion de groupe
- FAQ
- Pour en savoir plus.. Recommendations de lectures et references



AU DÉBUT DE TOUT : LE COGSMART  
(*COGNITIVE SYMPTOM MANAGEMENT AND  
REHABILITATION THERAPY*) PAR DR  
TWAMLEY

Elizabeth W. Twamley

- Elizabeth W. Twamley
- Professor at UCSD
- Offre le fruit de son travail gratuitement (voir photo)
- [www.cogsmart.com/](http://www.cogsmart.com/)
- Le CCT est né d'une adaptation de son travail pour les MCI
- Synapse est né d'une adaptation du CCT pour les SMI francophones

The screenshot shows the CogSMART website with a dark blue header containing the logo and navigation links: HOME, ABOUT, FAQs, MANUALS and RESOURCES, and LOGIN/REGISTER. Below the header is the title "CogSMART Manuals and Resources" and a message: "You will be asked for your email address to download the manuals. We will only use this email address to send you updated manuals as they become available." The main content is organized into three columns:

- Manuals for clients with psychiatric illness**
  - [Arabic CCT Handbook](#)
  - [Chinese CCT Handbook](#)
  - [Compensatory Cognitive Training](#)
- Manuals for clients with brain injuries**
  - [CogSMART for TBI Manual](#)
  - [Compensatory Cognitive Training Facilitator Manual](#)
  - [Compensatory Cognitive Training](#)
- Additional materials**
  - [6 step problem solving worksheet](#)
  - [Cognitive Problems and Strategies Assessment](#)
  - [CogSMART Feedback Form](#)



# CCT

Pour des références scientifiques sur le CCT original ainsi que des recommandations pour guider vos projets de recherche sur le CCT, voir la liste de références (PDF fourni avec le matériel de formation)

Gagnon & Masson 2023

## Compensatory Cognitive Training (CCT) – Research Guidelines

Marilyn Huckans, PhD.  
Elizabeth Twamley, Ph.D.

### CCT HISTORY AND BACKGROUND

***Grants, publications, presentations and other scholarly material should accurately convey the following history of the development of CCT and related interventions:***

[2001 – present]: As Lead Author, Dr. Elizabeth Twamley developed and collected efficacy data on a manualized cognitive rehabilitation program called Compensatory Cognitive Training (CCT) for Clients with Psychiatric Illness at the University of San Diego California (UCSD) and Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) at the VA San Diego Healthcare System (VASDHS). CCT has been used with adults with psychotic disorders and other conditions; CogSMART has been used primarily with Veterans with a history of traumatic brain injury (TBI).

The full references for these treatment manuals are:

1. Twamley, E.W. (2011). Compensatory Cognitive Training for Clients with Psychiatric Illness. Unpublished treatment manual.
2. Twamley, E.W., Noonan, S.K., Savla, G.N., Schiehser, D., & Jak, A. (2010). Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for Traumatic Brain Injury. Unpublished treatment manual.

Suggested publications on CCT for Clients with Psychiatric Illness include:

1. Twamley, E.W., Savla, G.N., Zurhellen, C.H., Heaton, R.K., & Jeste, D.V. (2008). Development and pilot testing of a novel compensatory cognitive training intervention for people with psychosis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 144-163.
2. Twamley, E.W., Zurhellen, C.H., (co-first authors) & Vella, L. (2010). Compensatory cognitive training (pp 50-60). In V. Roder and A. Medalia, eds., *Understanding and Treating Neuro- and Social Cognition in Schizophrenia Patients*. Basel, Switzerland: Karger.
3. Burton, C.Z., Vella, L., & Twamley, E.W. (2011). Clinical and cognitive insight in a cognitive training intervention. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14, 207-220.

# Conclusions de notre expérience Clinique avec SYNAPSE

## Satisfaction

- Les patients étaient généralement satisfaits du programme (CQS)
- Les participants ont rapportés être satisfaits par toutes les modalités de SYNAPSE (CSQ) :
  - le format de groupe, la durée du programme (10 sessions), la durée des sessions (2 heures), les pauses fréquentes, le matériel, le matériel et le leader du groupe.
- Les participants ayant complétés le programme ont rapportés avoir atteints leur objectifs personnels

## Abandons

- Raisons des abandons :
  - Manque de motivation,
  - Fatigue excessive,
  - Programme ne rencontrait pas les attentes
- Les participants qui ont abandonné avaient moins de plaintes mnésiques que ceux qui ont terminé le programme
  - Le manque d'insight par rapport à ses propres difficultés cognitives et de leur impact fonctionnel est un facteur de risque de progresser vers une démence (Tabert et al., 2002).
- Selon nous, les patients SMC qui ont abandonné dans notre étude ont plus de risque de progresser vers un MCI ou une démence parce qu'ils avaient ce problème d'insight qui ne leur permettait pas de prendre conscience de leurs difficultés et donc de s'engager suffisamment vers une recherche de solution.

Pour plus de détails, voir le cahier qui vous est remis

# Discussion de groupe

- Discussion sur les études d'efficacité en remédiation cognitive et expériences cliniques, qu'est-ce qui marche et qu'est-ce qui ne marche pas?





# Discussion de groupe

- Comment pensez-vous utiliser le programme synapse?
  - Population Clinique?
  - Format de groupe ou individuel?
  - Approche manualisée ou ajustée?



# Discussion de groupe

- En fonction de vos expériences passées, selon votre jugement clinique ou vos connaissances, quels sont les avantages de Synapse par rapport à d'autres programmes?
- Selon vous, comment l'intervention neuropsychologique pourrait prendre place à côté de la psychothérapie?

# Questions / réponses

58

- Q: A qui offrir la remédiation cognitive?
- R: Lorsque les symptômes interfèrent avec le fonctionnement (voir livre Medalia 2018 ou le chapitre de Harvey et Keefe 2018) ou induisent une détresse significative. Nous recommandons d'utiliser son jugement clinique lorsque le client nous est référé par un autre professionnel.
- Leçon apprise de notre étude de faisabilité : la présence de déficits cognitifs est associée à de plus faibles bénéfices fonctionnels chez les patients psychiatriques (Bowie et al 2018). Il est alors possible que les patients aient de la difficulté à suivre et intégrer le contenu des sessions (Spaulding et al., 1999).

# Questions / réponses

59

- Q: Dans quel contexte offre t'on la remédiation cognitive?
- R: Cette approche peut s'offrir selon les ressources humaines et financières disponibles, en contexte hospitalier, communautaire, pratique privée, etc.
- Pour ceux qui travaillent en hôpital et considèrent utiliser la remédiation cognitive nous recommandons aussi cette lecture : Medalia, A., Saperstein, A. M., Erlich, M. D., & Sederer, L. I. (2019). Cognitive remediation in large systems of psychiatric care.
  
- Q: Est ce nécessaire d'avoir fait une évaluation neuropsychologique du patient avant?
- R: Idéalement oui, mais cela n'est pas obligatoire. Par exemple, le programme SYNAPSE se base sur la plainte du client (plainte de mémoire).
- Pour plus détails voir les recommandation de l'AQNP et lire Medalia, 2018.

Gagnon & Masson 2023

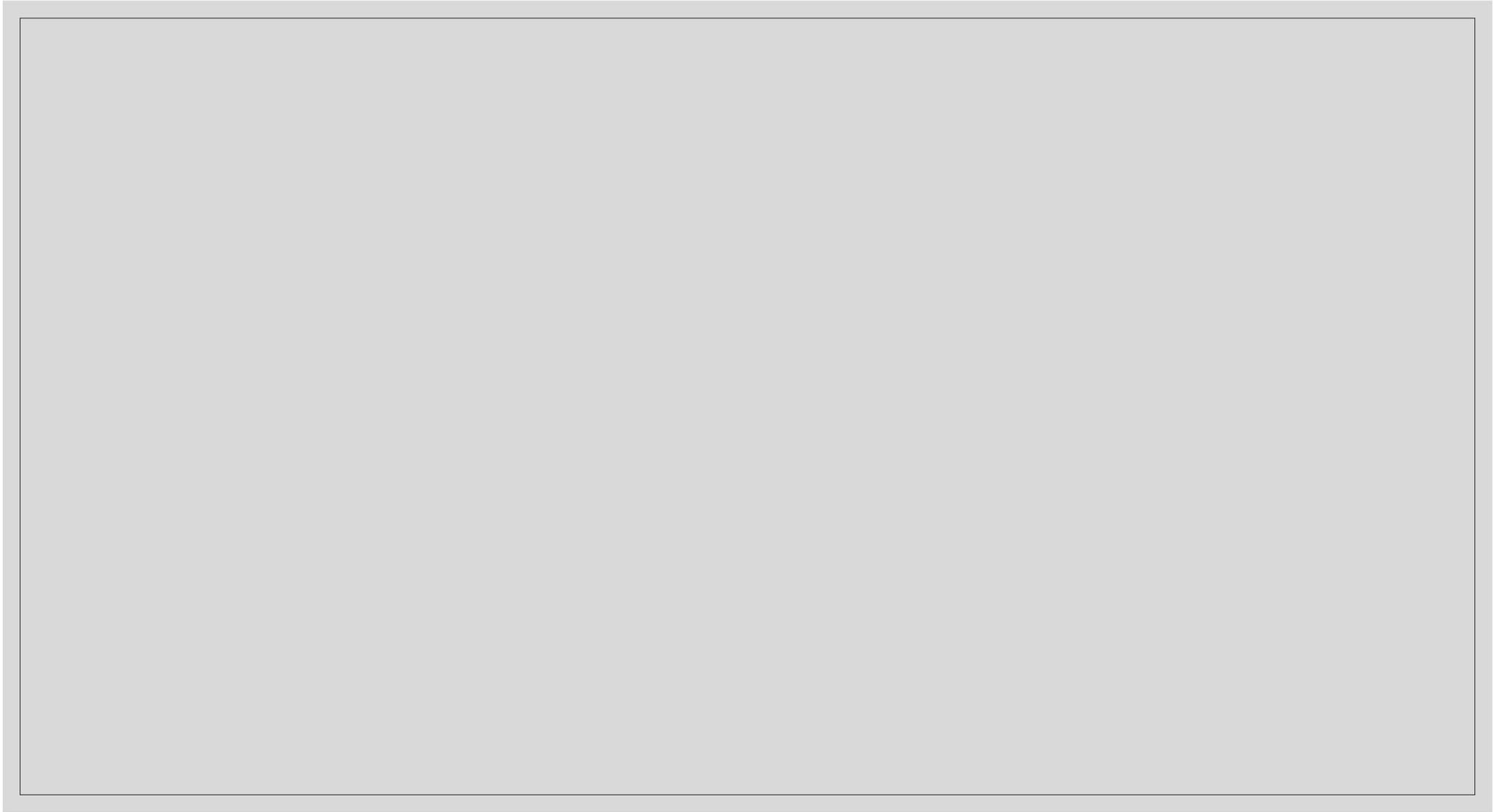
# Pour en savoir plus sur la remédiation cognitive

- Gagnon & Masson (2019). Neurocognitive rehabilitation for patients with cognitive impairments or dementia In Primary Care Mental Health in Older People - A Global Perspective by Mendonça Lima et al. Mendonça Lima, C.A., Ivbijaro, G (Eds.) 1st ed. 340 pages.
- Masson, M., Franck, N., Cellard, C. (2017). Objectifs et enjeux de l'intervention cognitive en psychologie. Neuropsychologie clinique et appliquée, vol.1, 22-35.
  - Medalia, A., & Bowie, C. R. (2016). *Cognitive remediation to improve functional outcomes*. Oxford University Press.
  - Medalia, A. (2018). *Cognitive remediation for psychological disorders : therapist guide* (Second, Ser. Treatments that work). Oxford University Press
  - <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/>
  - <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/ameliorer-la-sante-cognitive-des-aines-l-intervention-neuropsychologique/2.2>

# Autres références pertinentes

- Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. (2013) Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type: a review. *Alzheimers Res Ther.* 5(4):35.
- Bowie, C. R., Leung, W. W., Reichenberg, A., McClure, M. M., Patterson, T. L., Heaton, R. K., & Harvey, P. D. (2008). Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biological Psychiatry*,63(5), 505-511.
- Clare L, Woods RT. (2004) Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychol Rehabil.* ;14(4):385-401.
- Jean L, Bergeron M-È, Thivierge S, Simard M. (2010) Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *Am J Geriatr Psychiatry.* 18(4):281-96.
- Masson, Frank, Cellard 2017 (offert avec le manuel du participant à la présente formation)
- Medalia, A., Saperstein, A. M., Erlich, M. D., & Sederer, L. I. (2019). Cognitive remediation in large systems of psychiatric care.
- Spaulding, W.D., Flemming, S.K., Reed, D., Sullivan, M., Storzbach, D., & Lam, M. (1999). Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*,25, 275-289.

- 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. *Archive of Physical*
- 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.
- Ducarne de Ribaucourt, B. (1997). La naissance et le développement de la rééducation neuropsychologique. In F. Eustache, J. Lambert & F. Viader (Eds.), *Rééducations neuropsychologiques*
- Franck, N. (2012). Introduction. In N. Franck (Ed.), *Remédiation cognitive*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Gates, N. J., Sachdev, P. S., Singh, M. A. F., & Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia:
- 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.
- Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Shah, P. (2011). Short-and long-term benefits of cognitive training. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(25), 10081-10086.
- 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.
- Medalia, A., & Choi, J. (2009). Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 19, 353-364.
- 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.
- 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.
- Storzbach\*, D., Twamley\*, E.W., Roost, M.S., Golshan, S., Williams, R.M., O'Neil, M., Jak, A.J., Turner, A.P., Kowalski, H.M., Pagulayan, K.F. & Huckans, M. (2017). Compensatory Cognitive Training (CCT) for Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn (OEF/OIF/OND) Veterans with mild traumatic brain injury. *Journal of Head and Trauma Rehabilitation* 32(1), pp. 16-24.
- Twamley, E.W. (2011). *Compensatory Cognitive Training for Clients with Psychiatric Illness*. Unpublished treatment manual. 2.
- Twamley, E.W., Savla, G.N., Zurhellen, C.H., Heaton, R.K., & Jeste, D.V. (2008). Development and pilot testing of a novel compensatory cognitive training intervention for people with psychosis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 144- 163. 2.
- Twamley, E.W., Zurhellen, C.H., & Vella, L. (2010). Compensatory cognitive training (pp 50-60). In V. Roder and A. Medalia, eds., *Understanding and Treating Neuro- and Social Cognition in Schizophrenia Patients*. Basel, Switzerland: Karger. 3.
- Twamley, E.W., Noonan, S.K., Savla, G.N., Schiehser, D., & Jak, A. (2010). *Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for Traumatic Brain Injury*. Unpublished treatment manual.
- 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.





# DIAPO SUPPLÉMENTAIRES: ETUDE DE FAISABILITE 1

Par Marjolaine Masson



# De CCT au projet SYNAPSE

- **Étapes nécessaires** à la réalisation de ce projet :
  - Utilisation du matériel original anglophone en clinique (**cohorte 0**)
  - **Traduction** en français du matériel
  - **Cohorte 1** : Utilisation de la version francophone en clinique
  - **Amélioration** de la version après interactions avec les animateurs et Meetings avec clinique de mémoire
  - Demande **d'approbation au comité éthique** du Douglas pour faire un projet de recherche avec la nouvelle version et la tester
  - **Cohorte 2** : version francophone dans **projet recherche** + réalisation de tous les pré-tests et post-tests
  - **Formation** d'une équipe de professionnels issue d'une clinique de 2<sup>nd</sup>e ligne pour l'utilisation du programme SYNAPSE
  - **Analyses statistiques** des résultats préliminaires
  - **Rédaction d'un article** de faisabilité sur l'implantation du programme au Douglas (en collaboration avec l'équipe US)



# Résultats : faisabilité, acceptabilité

- 8 participants ont commencé le programme (en contexte d'hôpital psychiatrique)
- 5 (62.5%) ont complété le programme
- 3 ont abandonné
  - Raisons de l'abandon : manque de motivation, fatigue excessive, ne rencontrait pas les attentes
  - Ils étaient généralement satisfaits du programme - Résultats du CSQ
- Acceptabilité - Résultats au questionnaire (Gagnon & Masson):
  - 3/4 participants ont répondu qu'ils étaient satisfaits par toutes les modalités de SYNAPSE : le format de groupe, la durée du programme (10 sessions), la durée des sessions (2 heures), les pauses fréquentes, le matériel. material and group leader.
  - À propos de l'efficacité de SYNAPSE : tous les participants ont répondu qu'ils ont atteints leur objectifs



# SYNAPSE : Résultats

- **Baseline (N=8):**
  - Cognition subjective (QAM): les thématiques pour lesquelles les participants ont eu le plus de plaintes : conversation, slips of attention and places.
  - Cognition objective (Cogstate): mémoire verbale : déficit, mémoire visuelle : intacte
  - Utilisation de stratégies basiques (CPSA): agenda, prise de notes
- **Changement entre baseline et le post-test :**
  - Mémoire subjective générale plus haute après SYNAPSE (auto-rapporté) (ES = -0.73),
  - Grande amélioration sur les mesures objectives de la mémoire verbale (ES = -0.92)
  - L'évaluation de la mémoire subjective semble plus résistante au changement que la performance mnésique (Floyd & Scogin, 1997).



# SYNAPSE : Résultats (baseline VS post-test)

- **Les plaintes mnésiques** des participants ont significativement diminuées après SYNAPSE (ES=0.73)
  - Grand changement pour les conversations
  - Grand changement pour les "slips" attentionnelles
  - Léger changement pour la mémoire des lieux
- Lien concret avec SYNAPSE : le programme inclut des stratégies spécifiques pour la rétention d'information durant une conversation et beaucoup de stratégies attentionnelles mais très peu de stratégies sur la mémoire des lieux.
- **Mesures cognitives**
  - Amélioration significative après SYNAPSE : mémoire verbale (immédiate et différée), mémoire de travail et fonctions exécutives.
  - Pas d'amélioration : attention visuelle, fonction psychomotrices, mémoire visuelle
- Amélioration générale sur l'utilisation de stratégies après SYNAPSE (Es=0.73)



# SYNAPSE : Résultats

69

- Les participants qui ont abandonné avaient moins de plaintes mnésiques que ceux qui ont terminé le programme (ES = -0.47).
  - En baseline, ceux qui ont abandonné rapportaient utiliser plus de stratégies que les autres (ES=-0.26)
  - Pourtant, ceux qui ont abandonné faisaient plus d'erreurs dans les tâches de MDT et de mémoire verbale que les autres
  - Hypothèse : ils avaient un moins bon "insight"
- Le manque d'insight par rapport à ses propres difficultés cognitives et de leur impact fonctionnel est un facteur de risque de progresser vers une démence (Tabert et al., 2002).
- Selon nous, les patients SMC qui ont abandonné dans notre étude ont plus de risque de progresser vers un MCI ou une démence parce qu'ils avaient ce problème d'insight qui ne leur permettait pas de prendre conscience de leurs difficultés et donc de s'engager suffisamment vers une recherche de solution.

**A compensatory cognitive rehabilitation therapy for individuals with subjective memory complaints**

**(unpublished manuscript)**

Masson, M.<sup>1</sup>; Huckans, M.<sup>2</sup>; Twamley, E.W.<sup>2,3</sup>; G. Gagnon<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Douglas Mental Health University Institute  
<sup>2</sup>VA Portland Health Care System  
<sup>3</sup>University of California  
<sup>4</sup>McGill University

Marjolaine Masson, Ph.D. (corresponding author)  
Institute Douglas, 6875 Boulevard Lasalle, H4H 1R2  
Verdun, QC, Canada  
Phone: (514) 761-6131, ext. 2160  
Email: [marjolaine.masson@gmail.com](mailto:marjolaine.masson@gmail.com)

Marilyn Huckans, Ph.D.  
VA Portland Health Care System, MHN  
3710 SW US Veterans Hospital Rd.  
Portland, OR 97239  
Phone: (503)220-8262 ext. 54689  
Email: [marilyn.huckans@va.gov](mailto:marilyn.huckans@va.gov)

Elisabeth W. Twamley, Ph.D.  
Department of Psychiatry, University of California, San Diego and Center of Excellence for  
Stress and Mental Health, VA San Diego Healthcare System  
140 Arbor Drive (0851)  
San Diego, CA 92104  
Phone: 619-543-6684  
Email: [etwamley@ucsd.edu](mailto:etwamley@ucsd.edu)

Geneviève Gagnon, Ph.D.  
Institute Douglas, 6875 Boulevard Lasalle, H4H 1R2  
Verdun, QC, Canada  
Phone: (514) 761-6131, ext. 2142  
Email: [genevieve.gagnon@douglas.mcgill.ca](mailto:genevieve.gagnon@douglas.mcgill.ca)

unpublished



# DIAPO SUPPLÉMENTAIRES: ETUDE DE FAISABILITE 2

Par Sebatién Bah

- Objectives
- look at the preliminary data generated from the French-Canadian version of the program, SYNAPSE. This intervention was initially developed in the States for an MCI population and was shown to be efficacious. Then it was translated to French and adapted for a population with subjective memory complaints (SMC) goals are to attempt to characterize participants, determine if there is an inter-site difference, to observe acceptability and possible effects of the program on the local population.
- We exported the program in Valleyfield and trained local staff then gathered data from 5 cohorts for a total of 44 participants
- Findings
- The outcome of the study is that participants at the Douglas site improved on objective measures of verbal memory and visual attention. Subjects report less memory complaints and more use of cognitive and external strategies. Groups from the two sites did diverge on a number of characteristics. Participants did note that they were content with the services that they obtained and would return if the need arose.

NSCI 420 Article:

Cognitive Rehabilitation Program for an Older Population  
with Subjective Memory Complaints

Sébastien Bah

Presented to:

Dr. Genevieve Gagnon

April 12, 2017



# DIAPO SUPPLÉMENTAIRES: HUCKANS REVISE LE CCT

Par Marilyn Huckans

**TABLE 1** *Summary of compensatory cognitive training curriculum by session*

<b>Session</b>	<b>Major concepts</b>	<b>Examples of strategies taught</b>	<b>Class activities</b>	<b>Home exercise</b>
1	Course intro and TBI psychoeducation	Creating a "home" for important items	Day planner use	Finding a home for the day planner
2	Managing physical symptoms associated with mTBI	Strategies for dealing with sleep problems	Progressive muscle relaxation	Practice progressive muscle relaxation 2 times
3	Organization and prospective memory, part I	Time management	Scheduling	Practice using the calendar
4	Organization and prospective memory, part II	Weekly planning session	Enter it into the calendar	Follow through with planning session
5	Attention and concentration	Paying attention during conversations	Practicing paying attention during conversations	Active listening once a day
6	Learning and memory, part I	Internal memory strategies	Practice chunking	Practice using a strategy everyday
7	Learning and memory, part II	Overlearning	Scheduling strategies in planner	Practice using a strategy everyday
8	Planning and goal setting	Goal setting	Planning out an important goal	Practice planning out a goal
9	Problem-solving and cognitive flexibility	Self-monitoring	6-step problem-solving method	Practice problem-solving with 2 life goals
10	Skill integration and review	Review	How to maintain skills	Provided with additional TBI-related resources

Abbreviations: mTBI, mild traumatic brain injury; TBI, traumatic brain injury.

[www.headtraumarchab.com](http://www.headtraumarchab.com)

# Programme CCT

## Révisé par Huckans

### Huckans, 2016

- 190 Veterans with history of mild traumatic brain injury participated at 3 sites, and 50 of the Veterans were randomized to CCT group, while 69 Veterans were randomized to the usual care control group. The CCT group participated in 10 weeks of CCT.
- Both CCT and usual care groups were assessed at baseline, 5 weeks (midway through CCT), 10 weeks (immediately following CCT), and 15 weeks (5-week follow-up) on measures of subjective cognitive complaints, use of cognitive strategies, psychological functioning, and objective cognitive performance.
- Results: Veterans who participated in CCT reported significantly fewer cognitive and memory difficulties and greater use of cognitive strategies. They also demonstrated significant improvements on neurocognitive tests of attention, learning, and executive functioning, which were 3 of the cognitive domains targeted in CCT. C