Apprendre & Réapprendre

Manuel de remédiation cognitive de la métacognition de l'adulte

Troubles d'origine neurologique et psychiatrique

Karine **MERCERON** & Mélanie **PERREAU-MARTINEAU**

deboeck SUPÉRIEUR

Manuel de remédiation cognitive de la métacognition de l'adulte

Karine Merceron
Mélanie Perreau-Martineau

Manuel de remédiation cognitive de la métacognition de l'adulte

deboeck SUPÉRIEUR

De Boeck Supérieur
5 allée de la 2e Division Blindée
75015 Paris

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web :

www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur SA, 2018
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.
Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque royale de Belgique : DL 2020/13647/036
Bibliothèque nationale, Paris : avril 2020
ISBN : 978-2-8073-2736-8

Sommaire

Remerciements 7

Avant-propos 9

Introduction : les fondements théoriques 11

Présentation du programme : de la théorie à la pratique 17

Conduite du programme : conseils d'utilisation 21

Le programme « Questionnement Métacognitif » 29

1. Préparer un repas 39
2. Faire le ménage 44
3. Faire les courses 49
4. Gérer son budget 55
5. Rester concentré 61
6. Décrire un environnement visuel 66
7. Suivre un horaire 71
8. Préparer un itinéraire 77
9. Prévoir des activités 83
10. Raconter un film 89
11. Parler de soi 94
12. Maintenir des relations sociales 99
13. Passer un appel 104
14. Initier un échange en situations inhabituelles 109
15. Organiser une sortie avec quelqu'un 115
16. Défendre son point de vue 120

Annexes 133

Remerciements

Les autrices tiennent à remercier…

Le Dr Michel Monlun et Jean-Philippe Duperier – respectivement médecin chef de service et cadre de santé du Centre de Réhabilitation Psycho-sociale de La Tour de Gassies (Bruges, 33) au moment de la création de ce programme – pour leur confiance immédiate, leurs encouragements et leur intérêt sans relâche.

L'équipe du Centre de Réhabilitation Psycho-sociale de La Tour de Gassies (Bruges, 33), pour son soutien régulier et précieux.

Le Dr Clélia Quiles, pour ses conseils avisés.

Ainsi que tous les participants pour ce qu'ils ont apporté au programme et à notre pratique.

Karine Merceron tient particulièrement à remercier…

Sigrid Lozes Boudillon, pour avoir, la première, transmis l'intérêt d'aborder cette dimension auprès des usagers.

Antoinette Prouteau, pour son amitié, toujours porteuse d'échanges stimulants.

Damien Zanon, pour la richesse de sa contribution.

Avant-propos

Cet ouvrage présente un programme thérapeutique de groupe ciblé sur l'amélioration de la métacognition chez des personnes adultes présentant un handicap psychique ou cognitif. Il met à disposition l'ensemble du matériel nécessaire pour conduire un tel programme thérapeutique. L'originalité de celui-ci réside dans son ancrage dans des situations de la vie quotidienne à travers la notion de handicap. En effet, les programmes thérapeutiques ciblant les processus cognitifs sont souvent critiqués pour leur faible contenu écologique. Partir de la question du handicap des personnes permet en outre une approche transnosographique.

Ce livre est destiné avant tout aux psychologues et ergothérapeutes qui veulent s'engager dans un travail de ce type auprès des personnes qu'ils accompagnent, mais il peut plus largement s'adresser à tous les professionnels de la relation d'aide sensibilisés à la question du handicap.

Le programme thérapeutique décrit ici est le fruit d'un travail qui a débuté en 2011, lors de notre rencontre au Centre de Réhabilitation Psychosociale de La Tour de Gassies à Bruges. Nous étions engagées à favoriser l'autonomie d'adultes souffrant de troubles psychiatriques. Notre constat était que ces personnes étaient gênées pour évaluer et donner du sens à leur situation de handicap. Nos recherches sur la métacognition nous ont amenées à considérer que ce domaine pouvait être un facteur du mauvais ajustement des processus cognitifs en situation de vie réelle, et donc constituer une cible thérapeutique. Nous avons alors choisi de développer un programme thérapeutique en groupe visant à aider les patients à prendre conscience de l'impact de leurs difficultés cognitives sur des tâches de la vie quotidienne, afin de favoriser la mise en place de stratégies palliatives.

Plusieurs années après, face aux bénéfices de ce programme thérapeutique auprès des usagers, nous avons choisi de le partager. Nous avons également proposé de l'élargir à destination des personnes cérébrolésées, puisque nos expériences antérieures auprès de ce public nous permettent d'identifier des similarités dans l'implication des troubles cognitifs et métacognitifs sur les situations de handicap chez ces deux populations.

Une prudence s'impose toutefois. En effet, ce programme thérapeutique n'a fait l'objet d'aucune validation à l'heure actuelle, seuls nos observations cliniques et les témoignages des bénéficiaires nous confortent dans la pertinence de ce travail.

Cet ouvrage présente dans un premier temps le cadre théorique de référence dans la construction de ce programme thérapeutique. Il en décrit ensuite ses modalités et fournit enfin l'ensemble du matériel nécessaire pour la conduite du groupe.

Précisons que ce programme thérapeutique s'inscrit dans une démarche de réhabilitation psychosociale. À ce titre, il propose de favoriser l'autonomie des personnes en fournissant des leviers concernant la métacognition. Cependant il ne peut pas strictement être considéré comme un programme de remédiation cognitive (entraînement à l'amélioration des fonctions cogni-

tives), il se situe davantage au niveau de l'adaptation (changement de l'environnement) et de la recherche de stratégies de compensation (contournement des difficultés). Il intervient en complément des programmes de remédiation cognitive. L'approche écologique est privilégiée, le focus est mis sur la notion de mise en place de stratégies.

Introduction : les fondements théoriques

Préambule : clarifications terminologiques

Le concept de métacognition est fréquemment associé à de nombreux autres concepts utilisés en clinique. Pour situer notre propos, il est important de clarifier les différentes dimensions contenues dans les concepts connexes.

La **métacognition** peut se définir étymologiquement comme la « cognition sur la cognition » : il s'agit d'opérer une activité cognitive sur les processus cognitifs. Nous reviendrons plus loin sur une définition plus précise et une modélisation de ce concept. Cependant, soulignons déjà que le programme thérapeutique décrit dans cet ouvrage se situe dans une perspective neuropsychologique, à savoir que la métacognition est considérée comme un processus cognitif. Cette précision est importante, car elle se différencie d'une acceptation cognitivo-comportementale de la métacognition. Dans ce cas, le terme « métacognition » recouvre davantage le processus de réflexion sur les contenus de pensées. En effet, selon Lysaker, Erickson, Buck et Dimaggio (2012), « le terme métacognition désigne l'aptitude globale d'un individu à développer une pensée à propos de sa propre pensée ». La perspective de ce programme se situe dans la connaissance des troubles cognitifs et sa prise en compte dans la réalisation d'une activité. Il ne vise pas l'autocritique des symptômes par exemple, ce qui peut être la cible thérapeutique d'autres programmes existants, comme le *Metacognitive Training* (MCT ; Moritz et Woodward, 2007).

Dans les affections cérébrales, le terme d'**anosognosie** est souvent employé. Il a initialement été décrit en 1914 par Babinski pour désigner la méconnaissance par le patient du déficit ou de la maladie dont il est atteint. Dérouesné (2009) précise que ce terme renvoie à un symptôme neurologique d'ordre cognitif. Cliniquement, il associe des dimensions métacognitives au concept de troubles de la conscience de soi. Comme le souligne Dérouesné (2009), l'anosognosie est à distinguer du déni qui, lui, constitue un mécanisme de défense, ce qui renvoie donc à une perspective psychopathologique. Pour déterminer les manifestations cliniques qui rendent compte d'un mauvais ajustement aux conséquences du trouble, cet auteur propose l'expression « méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences ». Plus largement, les termes les plus utilisés en clinique neuropsychologique, et qui se distinguent d'une approche neurologique ou psychopathologique, sont « conscience du trouble » et « prise de conscience ».

En clinique psychiatrique, nous retrouvons fréquemment la notion d'**insight** associée à la métacognition. Ce concept complexe renvoie de manière très générale à la conscience par le malade de son trouble mental. Cependant, comme le soulignent Jaafari et Markovà (2011), ce concept est multidimensionnel et renvoie autant au phénomène observé qu'aux facteurs qui l'influencent. Ces facteurs varient suivant le concept d'insight utilisé par le clinicien (clinique,

cognitif ou somatosensoriel), les outils d'évaluation et l'objet de l'évaluation de l'insight (symptômes, maladie, dysfonctionnements neuropsychologiques, troubles neurologiques, etc.) Il devient alors clair que des troubles au niveau de la métacognition peuvent participer à un mauvais insight, mais ne rendent pas entièrement compte de ce phénomène.

La perspective adoptée par le questionnement métacognitif se situe donc au niveau neuropsychologique. La métacognition peut être considérée comme participant à des phénomènes plus étendus, tels que l'anosognosie ou le défaut d'insight, mais ces derniers concepts ne se réduisent pas seulement à un défaut métacognitif. Cependant, notons qu'un accompagnement thérapeutique de la métacognition participe à un travail plus large sur l'anosognosie ou l'insight.

Le handicap : présentation et modélisation

Le point de départ de ce programme thérapeutique est la notion de handicap. Cette notion renvoie à une situation de la vie réelle dans laquelle une personne peut éprouver des difficultés en lien avec des déficiences spécifiques pour participer à la vie sociale, dans un environnement donné.

Le cadre de référence pour aborder la notion de handicap est proposé par l'OMS en 2001, à travers la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui propose un modèle compréhensif des situations de handicap.

Au sein de ce modèle, il apparaît clairement que, pour aborder le handicap psychique ou cognitif, trois niveaux de complexité sont distingués (Prouteau *et al*., 2012) : les **déficiences** (toute perte de substance ou altération d'une fonction résultant de la détérioration d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique), les **limitations d'activité** (ce que la personne est capable ou non de faire du fait de ses déficiences) et les **restrictions de participation** (ce que la personne fait effectivement dans son environnement de vie habituel).

Par exemple, une déficience telle que des troubles cognitifs, en particulier au niveau des fonctions exécutives, peut engendrer des limitations d'activité (comme des difficultés pour anticiper des dépenses par exemple), et donc des restrictions de participation (comme une gêne pour gérer un budget, qui peut entraîner des dégradations de la situation financière de la personne).

De plus, ce modèle permet de rendre compte de la singularité de chaque situation de handicap en définissant deux types de **facteurs contextuels** ayant une incidence sur l'activité ou la participation de la personne (facilitatrice ou faisant obstacle) : les **facteurs environnementaux** (qui correspondent à « l'environnement physique, social et attitudinal », que ce soit au niveau des lieux de vie et de l'entourage ou au niveau sociétal) et **les facteurs personnels** (caractéristiques de la personne qui ne font pas écho à un problème de santé, par l'exemple l'âge, le sexe, l'origine sociale, l'expérience passée et présente, les traits psychologiques, etc.).

Ainsi, dans l'exemple cité précédemment, la mise en place d'une mesure de protection (facteur environnemental facilitateur) peut venir favoriser la participation sociale, en « limitant » la limitation d'activité (difficultés à anticiper les dépenses), et évite ainsi la dégradation de la situation financière de la personne.

L'enjeu principal de toute démarche d'accompagnement est de limiter les situations de handicap. Ce modèle propose ainsi plusieurs leviers aux personnels de soin et d'accompagnement pour réduire les situations de handicap, en axant la démarche d'accompagnement sur chacune des dimensions citées : les restrictions de participation, les limitations d'activité, les déficiences et les facteurs personnels et environnementaux.

> Le Questionnement Métacognitif cible l'impact des **déficiences** cognitives et métacognitives sur les **limitations d'activité** afin de favoriser la **participation**.[1]

1. De fait, ce choix expose à un écueil principal : celui de mettre de côté d'autres facteurs, non cognitifs ou métacognitifs, responsables de limitations d'activité, comme des déficiences connexes ou des facteurs environnementaux.

Lien entre cognition et handicap cognitif et psychique : la métacognition comme variable modératrice

Les troubles cognitifs sont fréquemment identifiés comme prédicteurs du handicap dans les pathologies consécutives à une atteinte cérébrale (Mazaux, Masson, Levin, Alaoui, Maurette et Barat, 1997). De plus, l'impact de ces troubles cognitifs sur l'insertion dans la vie quotidienne semble majoré par l'anosognosie (Gilles, Lancelot, Sellier, Le Haye, Kerloc'h et Le Gall, 2014). Celle-ci perturbe l'anticipation des difficultés résultant des déficits cognitifs, ainsi que la mise en place de stratégies de compensation. En outre, la méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux entraverait la rééducation et la réinsertion socioprofessionnelle, influencerait la capacité d'élaboration de projets réalistes, l'issue de la réhabilitation à long terme et l'employabilité (Gilles, Lancelot, Sellier, Le Haye, Kerloc'h et Le Gall, 2014).

Au sein des troubles du spectre schizophrénique (TSS), les troubles cognitifs sont également identifiés comme responsables de difficultés d'insertion, et donc d'un handicap psychique (Prouteau et Verdoux, 2011). Cependant, les troubles cognitifs ne suffisent pas, à eux seuls, à rendre compte de l'étendue des situations de handicap rencontrées par les sujets. Selon Prouteau (2010), des variables modératrices telles que les facteurs subjectifs viennent accentuer l'impact des troubles neurocognitifs sur le fonctionnement en situation de vie réelle. Parmi ces facteurs subjectifs, la métacognition est identifiée comme ayant un rôle important. En effet, la manière dont une personne évalue ses forces et faiblesses cognitives va influencer la manière dont elle va mobiliser ses processus cognitifs lors d'une activité donnée. Il est clairement établi que les personnes souffrant de TSS se plaignent de déficits cognitifs, mais ces plaintes corrèlent faiblement leurs difficultés objectivées aux tests neuropsychologiques (Potvin, Pelletier et Stip, 2014), soulignant ainsi des troubles métacognitifs au sein de cette population. Ces troubles seraient responsables de difficultés fonctionnelles telles que le fonctionnement professionnel ou social (Quiles, Prouteau & Verdoux, 2013).

Ainsi, quelle que soit l'étiologie, la présence de troubles cognitifs implique des répercussions dans les activités de la vie réelle et peut générer des situations de handicap. La prise en compte de ces difficultés cognitives est donc un enjeu important dans le processus de réhabilitation. De plus, la manière dont la personne qui présente des troubles cognitifs se représente ses difficultés et en tient compte dans la conduite d'une activité va également avoir une influence sur son fonctionnement quotidien et va permettre de moduler la manière dont les déficiences vont se traduire en limitations d'activité ou restrictions de participation. La métacognition devient donc une dimension à prendre en compte dans le processus de réhabilitation des personnes qui présentent des troubles cognitifs.

> Le questionnement métacognitif cible donc à la fois des **activités de la vie quotidienne** et la manière dont elles sont influencées par des **variables cognitives**.

Définition de la métacognition

Flavell (1976) définit la métacognition comme étant la « connaissance que l'on a de ses propres processus cognitifs, de leurs produits, et de tout ce qui y touche. La métacognition se rapporte, entre autres choses, à la surveillance active, à la régulation et à l'orchestration de ces processus en fonction des objets cognitifs ou des données sur lesquels ils portent habituellement pour servir un but ou un objectif concret. »

Après une revue des modèles qui rendent compte de ce concept, et dans un souci d'utilisation en pratique clinique de celui-ci, Quiles (2014) présente deux aspects distincts au sein de la métacognition :

- les **connaissances métacognitives**, qui recouvrent les « savoirs que nous possédons sur le fonctionnement de nos processus cognitifs ». Ces connaissances sont indépendantes de la tâche cognitive en cours (accessibles *off-line*) et permanentes. Flavell (1976) les répartissait en trois catégories : les connaissances relatives aux **personnes** (« propriétés de fonctionnement cognitif chez l'être humain et variations entre les individus »), aux **tâches** (« en lien avec la difficulté que représente une tâche cognitive donnée pour un individu ») et aux **stratégies** (« permettant de choisir la stratégie la plus pertinente en termes d'efficacité et d'effort quant au but à réaliser »).
- la **conscience métacognitive**, qui permet la régulation des processus cognitifs. Rappelons que l'enjeu de la mobilisation des processus cognitifs et métacognitifs est la qualité de la réponse ou l'adaptation aux exigences d'une situation. Cet aspect de la métacognition se déroule pendant la tâche cognitive, il est dit *on-line*. Il est par ailleurs composé de deux processus distincts :
  - la **surveillance** (ou le ***monitoring***), qui permet d'évaluer l'état actuel de l'activité cognitive. Il s'agit du flux d'informations provenant du niveau cognitif et s'adressant au niveau métacognitif.
  - le **contrôle** (ou la **régulation**) qui permet de réguler certains aspects de l'activité cognitive. Il s'agit du flux d'informations provenant du niveau métacognitif et s'adressant au niveau cognitif.

La métacognition permet donc l'ajustement aux situations en permettant, au cours d'une tâche particulière, de réguler l'activité grâce à l'évaluation que la personne peut faire de son niveau d'efficacité, et en mobilisant des savoirs indépendants de la tâche en cours (connaissances métacognitives).

Plus concrètement, une situation de handicap, déterminée par des troubles cognitifs, peut être modulée par l'évaluation que peut faire la personne de son niveau d'efficacité et par le contrôle qu'elle peut exercer sur le recrutement de ressources (internes, comme l'utilisation de ressources préservées, ou externes, comme l'utilisation de stratégies palliatives), ainsi que grâce à la mobilisation de connaissances acquises antérieurement. Les notions d'autoévaluation, d'autorégulation et de stratégies sont centrales dans ce processus.

Sur le plan clinique, cela implique que le travail sur la métacognition est un enjeu important dans l'accompagnement des personnes qui présentent un handicap en lien avec des difficultés cognitives. De plus, ce travail sur la métacognition doit cibler plusieurs processus en interaction.

Notons enfin, comme le souligne Frenkel (2014) à propos des situations d'apprentissage (mais cela peut s'envisager pour toute situation de la vie quotidienne), que les sphères cognitive, métacognitive et psychoaffective sont en constante interaction. La sphère psychoaffective inclut à la fois des variables motivationnelles (style attributif, sentiment d'efficacité personnelle, moteurs motivationnels, objectifs d'apprentissages) et émotionnelles (stress et autres affects).

Le questionnement métacognitif cible donc plusieurs aspects de la métacognition : les **connaissances métacognitives** et la **conscience métacognitive**, à travers les processus de **surveillance** et de **contrôle**.

Synthèse

Des difficultés cognitives, identifiées comme des déficiences au sein du modèle de la CIF (OMS, 2001), sont responsables de limitations d'activité et de restrictions de participation. Afin de réduire les limitations d'activités sources de handicap, il est important que les personnes ayant des troubles cognitifs puissent les identifier, en évaluer l'impact sur leur fonctionnement et mettre en place des stratégies afin de réduire cet impact. La métacognition, à travers ses différents processus, permet de connaître les diverses dimensions du fonctionnement cognitif (le sien et celui d'autrui), afin d'orienter la meilleure mobilisation cognitive possible lors de la réalisation d'une activité. Des troubles métacognitifs peuvent participer à un mauvais ajustement de ses ressources cognitives lors de la réalisation d'une activité, induisant ainsi des situations de handicap. Afin de favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap résultant de difficultés cognitives, la mobilisation des processus de métacognition devient une cible thérapeutique.

Le programme thérapeutique décrit par la suite a pour objectif de favoriser les processus de la métacognition chez des personnes qui présentent des difficultés cognitives. Il repose sur l'analyse métacognitive d'une activité à travers le Questionnement Métacognitif. Ainsi, ce questionnement engage chaque participant à analyser une activité écologique en identifiant les processus cognitifs qui sont en jeu et leur impact singulier sur la réalisation de l'activité. Plusieurs questions sont proposées avant, pendant et après la réalisation d'une activité écologique, ciblant différents processus métacognitifs. Plus concrètement, ce programme thérapeutique amène les participants à s'interroger sur la manière dont ils perçoivent leurs troubles cognitifs, la manière dont ils en tiennent compte lors de la réalisation d'une activité, et la manière dont ils mettent en place des stratégies particulières pour limiter l'impact de leurs déficiences cognitives singulières sur la conduite d'une activité.

Ce programme thérapeutique de groupe vise à améliorer la métacognition chez l'adulte présentant des troubles cognitifs d'origine psychiatrique ou neurologique.

L'enjeu est de favoriser l'autonomie des participants dans la réalisation des activités quotidiennes.

À partir d'exercices écologiques ciblant des situations sources de handicap, cet outil thérapeutique vise à encourager les participants :

- à identifier leurs **ressources et leurs difficultés cognitives** ;
- à prendre en compte **l'impact de leurs troubles cognitifs dans la réalisation d'activités concrètes** ;
- à élaborer des stratégies de compensation à partir de leurs ressources préservées.

Ce livre contient le matériel nécessaire à la mise en place complète du programme *Questionnement métacognitif*, à savoir :

- les **fondements théoriques de la métacognition** ;
- les **séances de présentation et de conclusion** ;
- **16 ateliers de mise en situation** sur des thèmes variés : vie domestique, communication, relation avec les autres, gestion du temps et de l'espace ;
- les supports nécessaires au bon déroulement du programme (tableaux, photographies, etc.).

Enfin, pour chaque séance sont fournies 1) **une fiche pour les animateurs** (qui reprend les questions posées aux participants et les types de réponses attendues) et 2) **une fiche pour les participants** (qui présente les activités et le questionnement métacognitif), afin que la mise en place et l'exécution de ce programme soient simples et intuitifs.

Les autrices

Karine Merceron est psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, diplômée de l'université de Bordeaux. Elle a exercé plusieurs années au Centre de Réhabilitation Psychosociale (CRPS) de la Tour de Gassies à Bruges, auprès d'un public d'adulte souffrant de troubles psychiques, et exerce actuellement en libéral.

Mélanie Perreau-Martineau est ergothérapeute et titulaire du DU « Handicap lié aux troubles psychiques ». Elle exerce au Centre de Réhabilitation Psychosociale de la Tour de Gassies à Bruges. Grâce à ses 15 ans d'expérience dans le rétablissement, elle a des compétences solides d'accompagnement des personnes présentant un trouble psychique dans la réalisation concrètes des activités quotidiennes.

Publics

- **Psychologues**
- **Neuropsychologues**
- **Professionnels de santé (ergothérapeutes, orthophonistes, infirmiers, médecins, etc.)**

ISBN 978-2-8073-2736-8

9 782807 327368

deboeck SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com