

REEDUCATION DU SYNDROME DYSEXECUTIF

EN ERGOTHERAPIE

(Chantal Taillefer)

le 8 mai 2004

1. La spécificité de l'ergothérapie

La spécificité de l'ergothérapeute en tant que rééducateur est de proposer une rééducation et une réadaptation qui reposent sur l'utilisation d'activités au sens large.

Ceci dans le but de permettre au patient d'améliorer son indépendance dans les actes de la vie quotidienne mais aussi de favoriser une adaptation à son environnement social, familial voire professionnel.

A l'inverse, dans le cadre de la réadaptation nous pourrions aussi être amenés à aménager l'environnement du patient en fonction des capacités de ce dernier.

C'est donc tout à fait compréhensible que la place de l'ergothérapie en neuropsychologie se soit affirmée et notamment en ce qui concerne la prise en charge du syndrome frontal et plus spécifiquement des fonctions exécutives étant données les conséquences de ces déficits sur la réalisation des activités de la vie quotidienne. .

Un dysfonctionnement frontal se caractérise globalement par un trouble de l'inhibition et des difficultés à sélectionner les réponses pertinentes.

On constate alors, des troubles attentionnels, un apragmatisme, un défaut d'initiative, une impulsivité, la présence de persévérations et de phénomènes d'adhérences, une non prise en compte de l'ensemble du contexte qui vont gêner les situations fonctionnelles assez routinières :
respect des règles d'hygiène corporelle et alimentaire,
d'un emploi du temps,
réalisation de courses et des repas,
prise des médicaments etc.

Le système exécutif est lui, sollicité en dehors des routines d'action, pour les tâches qui nécessitent des capacités

- d'organisation,
- de planification
- d'anticipation
- d'adaptation
- de flexibilité

La sélection et la hiérarchisation des actions, un contrôle systématique éventuellement un réajustement permettront d'atteindre le but recherché :

- gestion financière
- organisation d'un voyage
- respect du planning scolaire de ses trois enfants avec ses aléas
- réalisation d'un bon de commande

Apparaissent aussi associés, des troubles de la mémoire de travail et de la mémoire prospective.

En ergothérapie, nous proposerons une approche globale, dite écologique ou pragmatique de ces troubles.

L'espace de rééducation ne sera donc pas limité au service ; les moyens mis en œuvre seront multiples, adaptés au sujet, à sa personnalité et dépendants de l'évaluation.

Les domaines d'expertise varient d'un sujet à l'autre, il faut en tenir compte (ex : cuisine) quand on propose une tâche et quand on analyse les résultats.

De même il faut vérifier que la présence des troubles instrumentaux associés ne soit une gêne à la réalisation de la tâche et que le sujet dispose des capacités de base nécessaires .

2. Les activités proposées

La rééducation n'est mise en place qu'après avoir confronté les résultats des bilans neuropsychologiques et nos observations du patient en situation de vie quotidienne, lors de la réalisation d'un jeu de stratégie (réussite sur ordinateur) et lors de la réalisation d'une tâche non routinière (gâteau au chocolat-omelette, menuiserie, peinture sur soie).

Les situations de rééducation impliquent une gestion simultanée de plusieurs actions, en respectant des délais et les contraintes de l'environnement.

Souvent plusieurs stratégies de réponses sont possibles, les prises d'initiative sont indispensables, notre encadrement étant le plus discret possible en ce qui concerne le déroulement de la tâche.

Les activités nécessiteront une intervention volontaire, adaptée et contrôlée en faisant intervenir l'aspect motivationnel et affectif dans un premier temps si cela nous paraît nécessaire.

Quelques exemples :

- ◆ Réalisation d'un foulard en soie pour l'anniversaire de la conjointe du patient.
- ◆ Réalisation d'un film documentaire pour un jeune technicien vidéo (difficultés pour inhiber l'attrance au stimulus prégnant du moment).
- ◆ Réalisation d'un repas pour lequel nous sommes invités, le patient ayant un budget à sa disposition pour les courses.
- ◆ Réalisation d'une maquette de l'hôpital.
- ◆ Réalisation d'une jupe pour une patiente tapissière et couturière
- ◆ Fabrication d'un jeu d'échec pour un passionné.

On peut considérer que ces activités représentent des problèmes de vie quotidienne à résoudre qui nécessitent donc :

1. une analyse des données, de leur lien ainsi que des contraintes temporelles, matérielles ou financières
2. l'identification des différentes étapes nécessaires à la tâche
3. la réalisation d'un plan d'action
4. une phase d'exécution dont le terme est concrétisé par un objet et un aboutissement qui seront révélateurs de l'échec ou de la réussite du plan d'action.

L'exécution de l'activité nécessite plusieurs séances, avec l'aide de l'ergothérapeute qui guide sans être directif.

◆ Activités ludiques avec le thérapeute ou en groupe : jeux de société dont la règle peut être lue puis expliquée aux autres joueurs, il faut donc être informatif et synthétique pour être compris : réussites, master mind, jeux informatiques, rumericubes, triolet...

La mémoire de travail et la mémoire prospective, l'initiative, l'organisation, la flexibilité mentale, la capacité à traiter plusieurs données en même temps seront particulièrement sollicitées.

◆ Exercices moins spécifiques de l'ergothérapie :

exercices logico-déductifs, logix, tableaux à double entrée avec plusieurs données à traiter, commandes par correspondance, recherches via internet, organisation d'un voyage, abonnement à un programme de spectacles ...

3.Nos objectifs et moyens

3.1.Réguler le comportement, améliorer les conduites sociales inadaptées en favorisant la conscience de soi et des dysfonctionnements.

Les comportements régressifs, puérils, impulsifs, agressifs, provocants et désinhibés sont fréquents.

Souvent ces patients ne prennent pas conscience de l'inadaptation de leur comportement impulsif, de leur manque de tact, de leur réactions sociales inadéquates. Ils ne sont pas sensibles ou ne peuvent être sensibles aux réactions d'autrui, ni aux conséquences de leurs actes :

- ◆ Olivier et ses bisous papillon
- ◆ M.Pozo et son pantalon
- ◆ Didier qui prend un train en marche (conduites dangereuses : ne sait pas repérer la conduite périlleuse, gérer les priorités)
- ◆ François qui envoie ses deux raquetteurs à l'hôpital pour garder sa montre.
- ◆ M.D. qui après un accident de scooter ne s'inquiète pas de l'état de santé de sa fille mais téléphone à son assurance.

Le recadrage est systématique, sans infantiliser, le vouvoiement étant de rigueur.

Il est nécessaire de considérer l'autre comme un adulte responsable, lui redonner confiance en lui, en lui prouvant qu'on peut l'aider à gérer des débordements dont il n'a pas conscience.

On va dans un premier temps essayer d'obtenir une prise de conscience du trouble mais aussi de ses conséquences avant d'utiliser des techniques de renforcement positifs ou négatifs .

Exemple de M.F. avec un descriptif des conséquences de ses conduites alimentaires, financières et sexuelles qui l'ont conduit d'une situation très aisée à une situation catastrophique qui a abouti à une demande de C.M.U. La synthèse des bilans neuropsychologiques et écologiques a mis en évidence des troubles de l'inhibition avec la présence de difficultés en double tâche ou lors de la gestion d'évènements simultanés.

Ce patient a d'autre part des difficultés pour hiérarchiser les tâches lors de la réalisation d'un plan d'action.

Il n'y a plus d'anosognosie par rapport à l'existence des troubles et notamment des comportements impulsifs avec toutefois des difficultés à verbaliser sans aide les conséquences de ces derniers

Moyens utilisés :

1. Aides externes avec aménagement de son environnement

Intervention d'une tierce personne qu'il a choisie et sensibilisation de son entourage affectif et familial.

(apprentissage de l'utilisation efficace d'un agenda, d'un réveil, de l'alarme de la montre puis d'un minuteur, retrait de la T.V. de la chambre)

2. Renforcement positif

- Lors des bilans préalables à toutes séances par rapport aux évènements de la semaine précédente
- Lors des exercices réalisés au cours de la séance

On a aussi mis en place des stratégies de régulation des précipitations, des comportements d'utilisation par une intervention systématique de ma part dès leur apparition et une verbalisation de la tâche à réaliser pour modérer les précipitations : jeu du solitaire sur ordinateur

Mon premier objectif a été donc pour ce patient de modérer l'impulsivité.

Globalement, au niveau comportemental, on tente donc de les aider :

- à réguler les précipitations, l'adhérence aux stimuli, le défaut d'exploration...
- à inhiber un schéma d'action prépondérant
- à gérer les priorités
- à repérer les tâches périlleuses afin de générer les réponses les plus appropriées à la situation

3.2. Favoriser la planification des tâches, dirigées vers un but concret et souvent créatif, en exigeant un contrôle systématique

Moyens : stratégies structurantes et semi-structurantes pour les activités proposées.

L'activité est planifiée au préalable par oral puis écrite sur une sorte de carnet de bord par le patient si possible.

Ce programme devient une référence systématique de début et de fin de séance.

Le patient y retrouvera :

- la préorganisation de la tâche,
- les séquences réalisées,
- le projet pour la séance suivante mais aussi
- les remarques sur les dysfonctionnements constatés et
- les moyens mis en place pour les réguler.

Il est quelquefois nécessaire de ritualiser le marquage au crayon de l'étape qui vient d'être réalisée, pour éviter les omissions et les substitutions.

En fonction du degré d'évolution, l'ergo est de moins en moins directif, mettant en place un estompage progressif des aides.

En début de prise en charge, nos interventions verbales sont fréquentes très structurantes et nous évitons les situations d'échec, les plans d'action écrits sont toujours présents.

La planification constitue ensuite une auto-régulation, sans intervention de l'ergo.

En fin de prise en charge, le projet mis en place, nous n'intervenons que sur demande du patient avec simplement l'exigence d'une planification verbale au préalable du patient et d'un compte rendu régulier.

Le patient doit alors démarrer son activité seul, chercher ses affaires, les ranger, faire preuve d'un maximum d'initiatives.

Petit à petit, c'est lui qui doit interrompre sa tâche en fonction de son emploi du temps. Il doit s'adapter aux personnes qui l'entourent, à son environnement, au matériel mis à sa disposition, changer de stratégie en fonction de l'évolution de la situation.

A ce stade-la, le thérapeute n'intervient qu'en cas de problème insurmontable, il arrive que notre présence muette suffise à mettre en place un contrôle.

Ainsi, un de mes patients était complètement bloqué par le fait que nous n'ayons plus de peinture rose en réserve pour peindre des étagères destinées à la chambre de sa fille alors qu'il avait planifié l'utilisation de cette couleur. Il était complètement démuni, je l'ai donc aidé à verbaliser les alternatives possibles et à faire un choix, avec une aide verbale semi directive (je l'ai aidé à inhiber la réponse prépondérante qui était « je dois trouver un pot de peinture rose »).

Nous demandons d'autre part, de noter, en fin de séance, ce qui a été fait et ceci de façon informative et synthétique sur un agenda qu'il pourra consulter à tout moment.

(les notes insuffisantes formulées ainsi sont fréquentes : ergo, menuiserie ou couture jupe).

3.3.Réadaptation : mise en place de moyens et de stratégies de compensation

Nous proposons des aides externes quand c'est nécessaire ; elles doivent être acceptées et même proposées parfois par le patient lui-même .

- ◆ Agenda (électronique quelquefois) : visualisation de la semaine
- ◆ Carnet de bord

Le carnet de bord est un outil de travail sur lequel les planifications, les moyens mis en place, les dysfonctionnements, les contraintes imprévisibles, les stratégies de réajustement sont notées.

Pour certains patients un sevrage par rapport à ce carnet est quelquefois nécessaire.

- ◆ Montre-alarme et minuteur
- ◆ Listes diverses : pour les courses et achats divers, planning des réveils des différents enfants
- ◆ Tableau velleda dans la cuisine par exemple, placé près d'un calendrier éphéméride
- ◆ Block- notes près du téléphone

Aménagement de l'environnement :

Nous allons aussi encourager la rigueur pour le rangement des affaires personnelles : agenda rangé toujours au même endroit, papiers administratifs dont ordonnances, clefs.

Nous pouvons aussi utiliser l'imagerie mentale pour mémoriser les numéros de téléphone, du digicode (T).

Parfois pour améliorer l'autonomie du patient, nous sommes obligés de passer par une sorte de conditionnement, une ritualisation qui ne permet pas un transfert pour d'autres situations mais l'acquisition d'une autonomie pour une activité fonctionnelle spécifique : Antoine et son menu stéréotypé afin qu'il gère deux repas par jour en respectant son budget ; ritualisation de la prise de médicaments.

4. Conclusion

Pour conclure, en ergothérapie nous favorisons une approche holistique, à visée réadaptative avec une finalité très pragmatique

Elle doit bien sûr être complétée par une rééducation en orthophonie.

L'évaluation en neuropsychologie et ergothérapie aura déterminé les dysfonctionnements et le niveau d'indigence de l'ergothérapeute.

La collaboration multidisciplinaire me paraît indispensable.

La prise de conscience des dysfonctionnement et de leurs conséquences, la collaboration des proches permettant une généralisation des stratégies, sont des éléments déterminants pour la bonne évolution de ces troubles.

- **L'aménagement de l'environnement,**
- **l'entraînement de certaines habiletés** qui deviennent routinières voire rituelles,
- **l'utilisation d'aides externes** et
- **la stimulation des processus exécutifs déficitaires**

correspondent aux moyens utilisés par l'ergothérapeute pour prendre en charge un patient souffrant d'un syndrome dysexécutif.

Ses objectifs sont de faciliter les capacités fonctionnelles du patient et l'adaptation à son environnement.

C'est une prise en charge qui est longue et difficile, exigeant un accompagnement constant du patient et de sa famille.

Je pense que ce type de rééducation évoluera vers des prises en charge au domicile du patient, pour une plus grande efficacité et tout particulièrement pour les atteintes les plus sévères. Chaque prise en charge est individualisée ; elle tient compte bien sûr des déficits mais s'adapte aussi à l'environnement familial et social du patient, son passé professionnel et ses domaines d'expertise.