



Non-Pharmacological
Intervention Society

Le Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses

Protocol : Programme de réhabilitation cognitive spécialisée dans la maladie d'Alzheimer ou apparentée

Problème de santé : Réduction du trouble cognitif



Psychosociales

Code de la fiche
NPIS-00000005

Désignation

Programme de réhabilitation cognitive

Catégorie

Psychosocial

Objectif principal de santé

- Réduction du trouble cognitif [<http://data.esante.gouv.fr/atih/cim10/F06.7>] causé par une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.
- CIM10: F67

Explication

Amélioration de l'apprentissage et de la mémorisation prouvée par 27 essais randomisés ayant inclus 2177 participants d'un âge moyen de 76 ans (Yang, 2018).

Test de routine

- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- Mini-Mental State Examination (MMSE)

Seuil

- MoCA >26
- MMSE < 27

Seuil individuel de changement clinique

- MoCA > 5
- MMSE < 27

Bénéfice secondaires

- Amélioration des stratégies de reconnaissance (Thivierge, 2014).
- Amélioration de la mémoire de travail et de la mémoire verbale (Xiang, 2024).
- Amélioration de la fluidité verbale (Xiang, 2024).
- Amélioration de la désignation par confrontation (Xiang, 2024).
- Amélioration de l'attention (Xiang, 2024).
- Amélioration de l'état dépressif (Brunelle-Hamann, 2015).
- Amélioration de l'autonomie dans la vie quotidienne et une meilleure performance dans les activités de la vie quotidienne (Amieva, 2016; Kudlicka, 2023).
- Amélioration de la qualité de vie (Xiang, 2024).
- Économie de 3000 euros par an et par patient en frais de soin et d'aide à la personne (Clare, 2019).

Risques directs

Une compréhension limitée de son propre niveau de fonctionnement peut provoquer des réticences à se confronter à ses difficultés de mémoire à court terme et affecter la motivation à faire des efforts pour les résoudre.

Risques d'interaction

Aucun constaté à ce jour.

Mécanismes biologiques et psychosociologiques

Bien que la mémoire à court terme s'altère progressivement chez les personnes malades avec une évolution plus ou moins rapide, des apprentissages cognitifs demeurent possibles. Ils s'appuient sur d'autres fonctions cognitives relativement préservées, comme le langage, les capacités visuo-spatiales, la mémoire procédurale et la mémoire à long terme. La réhabilitation cognitive repose sur des mécanismes et processus combinés qui permettent de créer un environnement propice à l'amélioration cognitive et au maintien des capacités fonctionnelles chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs sévères :

- Neuroplasticité, le cerveau a la capacité de se réorganiser en réponse à des stimulations. L'INM exploite cette neuroplasticité pour renforcer les réseaux neuronaux existants et créer de nouvelles connections entre neurones, améliorant ainsi les fonctions cognitives (Van Paasschen, 2013).
- Stimulation cognitive, les exercices cognitifs ciblés aident à stimuler les fonctions mentales telles que la mémoire, l'attention et la résolution de problèmes. Cette stimulation régulière peut ralentir la progression des symptômes de la démence et leurs effets sur le quotidien.
- Compensation des déficits, l'INM enseigne des stratégies pour compenser les déficits cognitifs comme l'utilisation d'aides mnémotechniques, de routines ou de dispositifs d'aide à la mémoire pour aider la gestion des tâches quotidiennes.
- Renforcement des compétences préservées en se concentrant sur les compétences cognitives qui sont encore intactes.
- Soutien psychosocial, l'INM inclut la participation d'un proche lors de certaines séances et des activités sociales qui peuvent améliorer le bien-être émotionnel et réduire l'isolement social.
- Personnalisation des interventions, l'INM est personnalisée en fonction des besoins spécifiques de chaque patient, ce qui augmente son efficacité en ciblant les domaines cognitifs les plus affectés.

Public répondeur

Adulte ayant un diagnostic de trouble neurocognitif majeur de léger à modéré, et en particulier une maladie d'Alzheimer à un stade précoce (Talassi, 2012).

Public non répondeur

Contre-indiquée en cas de troubles cognitifs sévères, de déficit auditif et/ou visuel sévères.

Participants

Groupe

Minimum : 3

Maximum : 8

Durée

8 semaines

Nombre de séances par semaine

2 séances supervisées

Procédure

- Chaque séance inclue de 40 à 60 minutes incluant des temps de relaxation.
- La réhabilitation cognitive est une thérapie axée sur les stratégies de mémorisation en vue d'optimiser l'autonomie et la capacité à réaliser des tâches de la vie courante. Elle travaille sur l'identification d'éléments à mémoriser en s'assurant qu'ils soient spécifiques, mesurables, réalisables et limités dans le temps. Le professionnel propose des exercices développant des stratégies de mémorisation et de rappel (apprentissage sans erreur, récupération espacée...).
- Elles peuvent s'appuyer sur des points mnémotechniques ou une sélection de l'information, mais également utiliser des techniques spécifiques, comme le rappel du nom d'un visage, d'un numéro, d'une histoire ou d'une liste d'objet (Bäckman, 1998). Des routines peuvent être mises en place. D'autres exercices cherchent à mobiliser plus

particulièrement la mémoire procédurale (qui gère nos automatismes de façon implicite) et la mémoire sémantique (qui regroupe toutes nos connaissances générales).

Composants

- Exercices de mémoire: Activités visant à améliorer la mémoire à court et à long terme.
- Entraînement à l'attention: Tâches conçues pour renforcer la concentration et l'attention.
- Résolution de problèmes: Exercices pour améliorer les capacités de raisonnement et de prise de décision.
- Stratégies de compensation: Techniques pour aider à gérer les déficits cognitifs, comme l'utilisation de mnémotechniques, de routines ou de rappels visuels.

Matériel

- Fiches d'exercices spécifiques de travail de la mémoire, de l'attention, du langage et des fonctions exécutives.
- Jeux de société et puzzles pour la stimulation de la mémoire, de la résolution de problèmes et des compétences sociales.
- Assistance par ordinateur avec le programme GRADIOR qui inclut des exercices interactifs (exercices d'orientation, d'attention, de calcul, du langage, de mémoire, de perception, de raisonnement, d'entraînement de la fonction exécutive) et des modules de suivi des progrès.
- Supports visuels et auditifs pour les exercices de mémoire et de langage.
- Objets du quotidien utilisés pour la cuisine, le jardinage ou les tâches ménagères afin de travailler sur les compétences de vie quotidienne.
- Carnets de notes, post-it et agendas pour aider à la planification et à l'organisation, ainsi qu'à la mise en place de stratégies de compensation.
- Matériel de relaxation pour les exercices de gestion du stress et de relaxation, comme des balles anti-stress ou des coussins de relaxation.

Lieu de pratique

En intérieur de préférence dans un établissement de santé, d'hébergement, une résidence, un cabinet ou une association.

Bonnes pratiques de mise en œuvre

- Garder en tête que les effets les meilleurs effets été obtenus par des programmes de plus de 8 séances avec une fréquence soutenue (Panerai, 2016).
- Perfectionner votre aptitude à définir des objectifs individuels, à vous servir de l'approche de résolution de problèmes et à ajuster les activités.
- Votre attitude et votre implication est fondamentale dans les effets obtenus (Warmoth, 2022).

Bonnes pratiques de pérennisation

Il est très utile qu'un aidant, ami proche ou membre de la famille, soit impliqué dans le quotidien et accompagne la personne malade dans son travail cognitif et de résolution de problème dans la vie quotidienne. A la fin du programme, il continuera cet accompagnement et les apprentissages. Souvent, des séances d'entraînement supplémentaires sont recommandées afin de maintenir une démarche proactive de réhabilitation cognitive.

Précautions

- S'assurer que chaque participant est capable de participer au programme de réhabilitation cognitive en évaluant ses capacités cognitives et fonctionnelles, et sa motivation avant de commencer.
- Répondre aux besoins et aux capacités individuelles pour éviter l'abandon en ajustant le programme de réhabilitation cognitive.
- Assurer la sécurité de chaque participant en fournissant un soutien adéquat et individualisé durant chaque séance.
- Éviter la surstimulation ou la fatigue en raccourcissant des exercices et en prévoyant des pauses (Kurz, 2012).
- Veiller à ce que chaque participant ne ressente pas de gêne physique ou émotionnelle durant les séances en étant attentifs aux signes verbaux et non-verbaux.
- S'intéresser à l'impact du programme en faisant un suivi post-programme.

Caractéristiques réglementaires

- Prescription médicale de l'INM notamment dans le cadre d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA).
- Libre de droit, mais le praticien doit se référer aux manuels de l'INM (Clare, 2008; Pool, 2018).

Initiateur principal

Lars Bäckman <https://orcid.org/0000-0002-4312-7357>, Karolinska Institutet, Stockholm.

Qualification requise

- Psychologue clinicien, neuropsychologue, ergothérapeute ou infirmier spécialisé.
- Professionnel formé à l'INM.

Bibliographie

Étude prototypique

Talassi E et al. Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44 Suppl 1:391-9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.055>

Étude mécanistique pivot

Van Paasschen J et al. Cognitive rehabilitation changes memory-related brain activity in people with Alzheimer disease. *Neurorehabil Neural Repair.* 2013 Jun;27(5):448-59. <https://dx.doi.org/10.1177/1545968312471902>

Études interventionnelles pivots

Amieva H et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr.* 2016 May;28(5):707-17. <https://dx.doi.org/10.1017/S1041610215001830>

Kurz A et al. CORDIAL: cognitive rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease: a multicenter, randomized, controlled trial. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2012 Jul-Sep;26(3):246-53. <https://dx.doi.org/10.1097/WAD.0b013e318231e46e>

Études interventionnelles sur les risques

Panerai S et al. Group intensive cognitive activation in patients with major or mild neurocognitive disorder. *Front Behav Neurosci.* 2016 Feb 29;10:34. <https://dx.doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00034>

Thivierge S et al. A randomized cross-over controlled study on cognitive rehabilitation of instrumental activities of daily living in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014 Nov;22(11):1188-99. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.008>

Étude d'implémentation en France

Amieva H et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr*. 2016 May;28(5):707-17. <https://dx.doi.org/10.1017/S1041610215001830>

Autres publications

Bäckman L et al. Influences of cognitive support on episodic remembering: tracing the process of loss from normal aging to Alzheimer's disease. *Psychol Aging*. 1998 Jun;13(2):267-76. <https://dx.doi.org/10.1037//0882-7974.13.2.267>

Brunelle-Hamann L et al. Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease. *Neuropsychol Rehabil*. 2015;25(5):677-707. <https://dx.doi.org/10.1080/09602011.2014.964731>

Clare L et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias: the GREAT RCT. *Health Technol Assess*. 2019 Mar;23(10):1-242. <https://dx.doi.org/10.3310/hta23100>

Clare L. *Neuropsychological rehabilitation and people with dementia*. Hove, UK: Psychology Press, 2008. <https://www.routledge.com/Neuropsychological-Rehabilitation-and-People-with-Dementia/Clare/p/book/9781138877603?srsltid=AfmBOorXs7FWWyf67dY3xeQmWkmTz8QSDWeBucRPQ-UmLVcpnlxUBd87>

Kudlicka A et al. Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Jun 29;6(6):CD013388. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013388.pub2>

Pool J. *A guide to personal cognitive rehabilitation techniques*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2018. <https://www.amazon.co.uk/Reducing-Symptoms-Alzheimers-Disease-Dementias/dp/1785925784>

Warmoth K et al. Reflections on a personalized cognitive rehabilitation intervention: Experiences of people living with dementia and their carers participating in the GREAT trial. *Neuropsychol Rehabil*. 2022 Mar;32(2):268-286.

<https://dx.doi.org/10.1080/09602011.2020.1820876>

Xiang C et al. Comparison of cognitive intervention strategies for individuals with alzheimer's disease: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2024 Jun;34(2):402-416. <https://dx.doi.org/10.1007/s11065-023-09584-5>

Auteur(s) de la fiche

Jean-Bernard Mabire 

Date de création : **14/10/2024**

Date de révision : **27/10/2025**

Version : **V02**

Programme de réhabilitation cognitive spécialisée dans la maladie d'Alzheimer ou apparentée, Référentiel NPIS des INM, Fiche code NPIS-00000005, Version V02, 2024.

Lien vers la fiche online : [cliquez-ici](#).

Suggérez une amélioration : Rendez-vous sur sa fiche numérique de la plateforme du Référentiel NPIS des INM [en cliquant-ici](#).

Contacteur la NPIS

5, rue des Reculettes, 75013 Paris - France

Tél. : +33 (0)1 56 79 17 91

Non Pharmacological Intervention Society - Société savante d'intérêt général à but non lucratif

Nos soutiens



Nos partenaires



clariane



Information réglementaire et précaution :

Toute exploitation ou reproduction nécessite une autorisation préalable de la NPIS. Toute référence et toute citation doit faire mention du Référentiel NPIS des INM.

Le lecteur reconnaît utiliser ces informations sous sa responsabilité exclusive.

La NPIS n'a pas vocation à répondre à des questions sur un cas personnel ou celui d'un proche. Celles-ci doivent être posées à un professionnel de santé. Rien ne remplace la consultation d'un médecin.

La fiche INM contient des liens bibliographiques vers d'autres sources dont la NPIS décline toute responsabilité quant à leur contenu.

Tous droits réservés © 2025 NPIS