

# Cahiers de Neuropsychologie clinique

Juin 2018 • n° 5

e-ISSN : 2429-2079

*La revue des psychologues spécialisés en neuropsychologie*

## Au cœur de la pratique clinique



### Sommaire :

Éditorial

Pratique clinique

Actualité association



deboeck  
SUPÉRIEUR B

## COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION



**Raphaëlle AMENDOLA**

**Rédacteur en chef**

Psychologue spécialisée  
en neuropsychologie.

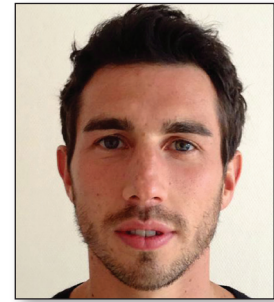
Consultation mémoire  
du Centre Gérontologique Départemental  
des Bouches-du-Rhône, Marseille (13).  
Membre des associations NeuroPsy13  
et Neuropsy-PACA.



**Laurence ARNAUD**

Psychologue spécialisée  
en neuropsychologie et docteur  
en psychologie.

Profession libérale.  
Formatrice et Chargée de cours  
à l'université d'Aix-Marseille.



**David MOREAU**

Psychologue spécialisé  
en neuropsychologie.

Foyer d'Accueil Médicalisé pour adultes  
avec troubles du spectre autistique (59).  
Association Autisme 59-62.



**Lise MALVY**

Psychologue clinicienne spécialisée en  
neuropsychologie. CHU Louis Mourier,  
Colombes (92). Chargée de cours  
universitaires. Membre du conseil  
d'administration de l'OFPN



**Julie STÉPHAN**

Psychologue spécialisée  
en neuropsychologie.  
CRF PASORI, Cosne-Cours-Sur-Loire (58).  
Membre du conseil d'administration  
de l'OFPN



**Amélie PONCHEL**

**Directrice de publication**

Psychologue spécialisée  
en neuropsychologie et docteur  
en psychologie.

Unité de NeuroPsychiatrie  
Comportementale, Hôpital La Pitié-  
Salpêtrière, Paris (75).  
Vice-présidente et membre du conseil  
d'administration de l'OFPN

## RELECTEURS

Le comité d'édition et de rédaction remercie les relecteurs qui ont contribué à vous proposer des articles de la meilleure qualité possible. Dans l'ordre alphabétique: Emmanuelle Arnoux, Mireille Bastien, Dominique Cazin, Armonie François, Catherine Franconie, Florent Gros-Balthazar, Brigitte Nevers Patrick Perret, Dorothee Saily, Annie Stocker.

<b>CRÉDITS</b>	<b>2</b>
<b>RELECTEURS</b>	<b>2</b>
<b>ÉDITORIAL</b>	<b>4</b>
<b>PRATIQUE CLINIQUE</b>	
BEARNI : un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool. Illustration avec le cas de M. S.	<b>5</b>
L'alliance thérapeutique : modèles, enjeux et perspectives en neuropsychologie clinique	<b>15</b>
Enquête sur les stages en neuropsychologie : point de vue des responsables universitaires	<b>27</b>
« Reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise non évolutive » : une recommandation de bonne pratique labellisée par la Haute Autorité de Santé en janvier 2016	<b>37</b>
L'interprétation des scores en neuropsychologie : la tour de Babel ?	<b>42</b>
<b>ACTUALITÉ ASSOCIATIVE</b>	
Troisième édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique : rendez-vous les 4 et 5 octobre 2018 à Amiens	<b>57</b>

Chers collègues,

Ce nouveau numéro des *Cahiers de Neuropsychologie Clinique* s'est particulièrement fait désirer ; l'ensemble de l'équipe éditoriale et de rédaction vous remercie pour votre patience, que vous soyez fervents lecteurs ou bienveillants auteurs.

La vie évolue pour chacun d'entre nous, les projets professionnels et personnels changent et les disponibilités également. Malgré l'intérêt évident de ce support privilégié et l'envie de vous fournir une revue de qualité, l'achèvement de ce numéro marquera un nouveau départ : c'est avec beaucoup d'émotion que le comité éditorial et de rédaction (CER) a pris sa décision de passer le flambeau à une nouvelle équipe pour les prochaines éditions.

Les *Cahiers de Neuropsychologie Clinique* sont votre revue. Afin de pouvoir communiquer sur votre pratique, partager votre expérience, vos connaissances mais aussi vos interrogations, vos doutes et vos réflexions, la revue a besoin de vous. Si vous êtes intéressés pour rejoindre la nouvelle équipe, n'hésitez pas à vous manifester. Si vous avez des thèmes d'intérêt à partager, n'hésitez pas à les soumettre.

Pour cette cinquième édition, le CER a choisi de mettre la pratique clinique au cœur de ce numéro. Les auteurs y ont abordé différentes facettes de notre pratique, telles que la psychométrie, le cadre clinique, les stages et les recommandations de bonnes pratiques. Ces auteurs démontrent, une fois encore, la richesse de notre beau métier et la place centrale de la pratique clinique dans le dialogue avec les acteurs de poids : les universitaires et la HAS par exemple.

Vous souhaitant une agréable lecture et l'émergence de nouveaux questionnements,

Le comité d'édition et de rédaction  
*Raphaëlle Amendola, Laurence Arnaud, David Moreau,  
Lise Malvy, Julie Stéphan et Amélie Ponchel.*

## Pour citer cet article

Amendola, R., Arnaud, L., Moreau, D., Malvy, L., Stéphan, J. et Ponchel, A. (2018). Éditorial. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 5, 4.



# BEARNI: un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool. Illustration avec le cas de M. S.



### Céline BOUDEHENT

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Service d'addictologie, CHRU de Caen

[boudehent-c@chu-caen.fr](mailto:boudehent-c@chu-caen.fr)



### Ludivine RITZ

Docteur en Psychologie  
INSERM U1077,  
Université de Caen Normandie



### Coralie LANNUZEL

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, INSERM U1077



### Francis EUSTACHE

Professeur de psychologie, Directeur de l'Unité INSERM U1077, Laboratoire de Neuropsychologie



### François VABRET

Professeur d'addictologie, Chef du service d'addictologie, CHRU de Caen



### Anne-Lise PITEL

Maître de Conférence Universitaire, Université de Caen Basse-Normandie, Unité INSERM U1077



### Hélène BEAUNIEUX

Professeur de psychologie, Unité INSERM U1077

### Mots-clés

- Repérage des troubles neuropsychologiques,
- Trouble de l'usage de l'alcool

### Résumé

L'impact des troubles cognitifs liés à l'alcool sur les prises en charge addictologiques est de plus en plus considéré. La résistance aux changements observée chez certains patients peut être secondaire à des troubles neuropsychologiques. Ces derniers vont entraver l'engagement dans les soins en contrariant les modifications comportementales. Le repérage de troubles cognitifs auprès des patients alcool-dépendants semble ainsi une étape primordiale des soins addictologiques nécessitant un outil spécifiquement conçu pour répondre à cette question. C'est notamment pour cette raison que BEARNI (Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment) a été développé, permettant le repérage des troubles cognitifs liés à la consommation chronique d'alcool et l'orientation des soins du patient en cas de confirmation d'altérations neuropsychologiques. En effet, une récupération cognitive est fréquemment observée avec le maintien de l'abstinence permettant ainsi secondairement une approche motivationnelle et cognitivo-comportementale auprès de ces patients.

### Conflits d'intérêts

Aucun

### Pour citer cet article

Boudehent, C., Ritz, L., Lannuzel, C., Eustache, F., Vabret, F., Pitel, A.L., Beaunieux, H. (2018). BEARNI: un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool. Illustration avec le cas de Mr S. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 5, 5-14.

## NEUROPSYCHOLOGIE ET ALCOOLO-DÉPENDANCE

### SÉMIOLOGIE DES TROUBLES COGNITIFS LIÉS AU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

Depuis plusieurs années, les services de soins spécialisés en addictologie s'intéressent à la question de la présence de troubles cognitifs chez les patients dépendants à l'alcool ou présentant un trouble de l'usage de l'alcool (selon les nouvelles nomenclatures du DSM V, 2013). En dehors des complications neurologiques sévères telles que le syndrome de Korsakoff, il existe en effet des perturbations neuropsychologiques fines et infracliniques liées aux consommations chroniques d'alcool (Pitel *et al.*, 2013). Les publications scientifiques documentant ces répercussions sont nombreuses et permettent de définir une sémiologie d'atteintes spécifiques qui concerne les fonctions exécutives (Danel *et al.*, 2007 ; Bechara *et al.*, 2001), la mémoire épisodique (Pitel *et al.*, 2007), la mémoire de travail (Noel *et al.*, 2012), les capacités visuo-constructives (Oscar-Berman, 2014) et l'équilibre (Sullivan *et al.*, 2000). Toutefois, une grande hétérogénéité concernant tant la nature que l'intensité de ces troubles neuropsychologiques est observée chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. En effet, tous ne présentent pas de troubles et, lorsque les atteintes sont confirmées par une évaluation neuropsychologique, tous ne présentent pas les mêmes types d'atteintes : altération globale ou altération ciblée sur un ou plusieurs processus cognitifs principalement le fonctionnement exécutif et la mémoire épisodique (Ihara *et al.*, 2000). Les hypothèses à l'origine de cette hétérogénéité concernent principalement la présence de facteurs aggravants tels que la comorbidité psychiatrique (Uekermann *et al.*, 2003), les carences en thiamine et la dénutrition (Pitel *et al.*, 2011), l'histoire de la consommation d'alcool et notamment le nombre de sevrages (Duka *et al.*, 2003), les antécédents familiaux (Lovallo *et al.*, 2006) ou encore les atteintes hépatiques (Schafer *et al.*, 1991). Globalement, la présence d'altérations cognitives semble concerner environ 50 % des patients présentant au premier plan un trouble de l'usage de l'alcool hospitalisés en service d'addictologie (Vabret *et al.*, 2013).



*Une grande hétérogénéité concernant tant la nature que l'intensité de ces troubles neuropsychologiques est observée chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool.*



### IMPLICATION NEUROPSYCHOLOGIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

Depuis que les soignants ont abandonné les stratégies centrées sur la confrontation à la réalité, les prises en charge en addictologie sont de type motivationnelles. Elles se concentrent dans un premier temps sur l'accompagnement à l'évolution de la motivation du patient à modifier son comportement de consommation d'alcool (Lécallier et Michaud, 2004). Puis, lorsqu'il a pris la décision d'un changement, l'accompagnement est centré sur le développement de stratégies de maintien d'abstinence ou de modération de ces consommations (Tison, 2002). Ces deux étapes, qualifiées respectivement d'entretien motivationnel et de prévention de la rechute, impliquent des capacités cognitives particulières telles que la mémoire épisodique, nécessaire à la remémoration des événements passés motivant le changement et les fonctions exécutives impliquées dans l'anticipation des situations à risque de rechute (Blume *et al.*, 2005). Les fonctions exécutives interviennent également dans le quotidien du patient qui doit inhiber des envies de consommer ou d'anciennes habitudes de consommation et faire preuve de flexibilité afin de mettre en place de nouvelles alternatives de non consommation d'alcool ou de réduction (Boudehent *et al.*, 2012 ; Beaunieux *et al.*, 2013). Enfin, la mémoire de travail semble également avoir un rôle dans le contrôle du « craving » (c'est-à-dire, l'envie irrépressible de consommer ; Noel *et al.* 2013).



*Ces deux étapes, qualifiées respectivement d'entretien motivationnel et de prévention de la rechute, impliquent des capacités cognitives particulières telles que la mémoire épisodique, nécessaire à la remémoration des événements passés motivant le changement et les fonctions exécutives impliquées dans l'anticipation des situations à risque de rechute.*



## INDICATIONS DE L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE EN ADDICTOLOGIE

La présence de troubles cognitifs étant susceptible d'entraver le travail psychothérapeutique et le maintien du projet addictologique du patient, leur évaluation devrait être proposée soit systématiquement au préalable à toute prise en charge addictologique (ce qui semble peu réalisable en pratique), soit lorsque des difficultés apparaissent lors de celle-ci ; idéalement à distance du sevrage, après l'arrêt des traitements de type benzodiazépines. Ces difficultés peuvent être de différentes natures : une mauvaise intégration des informations données, des tâches non réalisées d'un rendez-vous à l'autre, peu d'évolution motivationnelle observée malgré un environnement favorable ou bien encore le maintien impossible de l'objectif thérapeutique. Une évaluation est également pertinente lorsque le thérapeute suspecte lors de l'entretien la présence de troubles mnésiques (difficulté à se remémorer le passé, informations fluctuantes et non fiables, etc.). Toutefois, la présence de psychologues spécialisés en neuropsychologie fait encore défaut dans la plupart des structures addictologiques et l'accès à une évaluation neuropsychologique se révèle souvent complexe, survenant tardivement dans le parcours de soin du patient, souvent après sa sortie des services hospitaliers.

## REPÉRAGE DES TROUBLES COGNITIFS EN ADDICTOLOGIE

Certaines structures ont donc cherché à s'appuyer sur des outils de repérage des troubles cognitifs existants tels que le MMSE (Mini Mental State Examination ; Folstein *et al.*, 1975) ou le MoCA (Montreal Cognitive Assessment ; Nasreddine *et al.*, 2005) orientant les patients vers une évaluation complète seulement lorsque l'outil semblait détecter la présence de troubles. La principale limite des outils d'évaluation cognitive rapide existants concerne leur manque de spécificité à la sémiologie des troubles liés à l'usage de l'alcool puisqu'ils investiguent des domaines non altérés par le trouble de l'usage d'alcool. **BEARNI (Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment, Ritz *et al.*, 2015) a donc été conçu comme un outil de repérage des troubles neuropsychologiques spécifique au trouble de l'usage**

**de l'alcool investiguant la mémoire épisodique, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, les capacités visuo-spatiales et l'équilibre.**

## PRÉSENTATION DE L'OUTIL

- BEARNI débute par l'évaluation de la *mémoire* épisodique auditivo-verbale, par l'intermédiaire de l'apprentissage d'une liste de douze mots appartenant à trois catégories sémantiques différentes. Deux lectures immédiatement suivies de deux rappels libres sont proposées (une minute par rappel) : les conditions sont donc celles d'un encodage libre, non contrôlé et sans rappel indicé. Elles ne participent pas à la cotation du score final mais permettent d'apprécier les éventuelles stratégies d'encodage et de récupération des informations. Un rappel libre différé est réalisé en fin d'épreuve permettant d'évaluer la consolidation des informations.
- Un subtest *d'équilibre* permet ensuite d'appréhender la présence d'une éventuelle ataxie cérébelleuse (c'est-à-dire, une perte de l'équilibre consécutive aux lésions du cervelet). Il s'agit de maintenir l'équilibre sur chaque jambe pendant 30 secondes les yeux ouverts puis les yeux fermés.
- Le fonctionnement exécutif est évalué par le subtest des *fluences alternées*, nécessitant de fournir un maximum de mots en alternant les catégories des noms de villes et des couleurs pendant deux minutes, investiguant ainsi les stratégies de recherche en mémoire et le processus de flexibilité.
- La mémoire de travail est examinée par un subtest *d'ordination alphabétique* : il s'agit d'une série de lettres à maintenir et à manipuler afin de les restituer dans l'ordre alphabétique.
- Les capacités visuo-spatiales sont évaluées au moyen du subtest des *figures cachées* qui nécessite d'identifier deux figures dans l'enchevêtrement d'une plus grande figure parmi des distracteurs (1 minute par item).

Le temps de passation de BEARNI varie de 20 à 30 minutes. Cet outil peut être utilisé par tout soignant. Il est toutefois recommandé que les professionnels non familiers de l'utilisation de tests de

repérage cognitifs soient sensibilisés à la passation de l'outil par un psychologue-neuropsychologue afin de favoriser une bonne fiabilité inter-juge.

Les consignes de passation, le matériel et les recommandations d'utilisation sont disponibles gratuitement via le site de l'Université de Caen : <http://www.unicaen.fr/recherche/mrsh/BEARNI>

Cet outil a été validé par comparaison avec des épreuves neuropsychologiques standardisées et publiées, permettant de s'assurer de ses qualités psychométriques (Ritz *et al.*, 2015). Les subtests de mémoire épisodique et de mémoire de travail se sont révélés corrélés aux performances des sujets aux épreuves de mémoire épisodique et de mémoire de travail classiquement utilisées en neuropsychologie. Le subtest des fluences alternées est corrélé aux capacités de stratégies de recherche en mémoire et de flexibilité. Le subtest visuo-spatial quant à lui est principalement corrélé aux capacités de mémoire de travail visuo-spatiale, d'inhibition, de flexibilité graphique avec une tendance pour la visuo-construction. Enfin, le subtest d'équilibre est corrélé aux performances des sujets à une batterie d'ataxie.

La normalisation de l'outil a permis de définir différents *cut-off scores*.

Le premier *cut-off score* concerne le score global de BEARNI prenant en compte l'ensemble des subtests (score global maximal de 30). Le *cut-off score* global diffère selon le niveau socio-culturel et permet de repérer l'existence de « troubles cognitifs légers » ou « modérés à sévères ».

Un second *cut-off score* cognitif (ne tenant pas compte du subtest d'équilibre) existe, lorsque pour différentes raisons le subtest d'équilibre ne peut être passé ou interprété (en cas de troubles de l'équilibre pouvant résulter d'une autre origine telles que fracture des membres inférieurs, anorexie, obésité, etc.). Le score cognitif maximal est de 22.

Enfin, des *cut-off scores* ont été déterminés pour chacun des subtests permettant un repérage de la nature des troubles cognitifs suspectés.

L'analyse de la sensibilité et de la spécificité de l'outil auprès d'une population présentant un trouble de l'usage de l'alcool révèle une très bonne sensibilité pour le repérage des troubles légers et modérés à sévères pour le score global et pour le score cognitif (Ritz *et al.*, 2015). En revanche, la spécificité pour le repérage des troubles légers s'est révélée faible: trop de patients auprès desquels des troubles légers sont suspectés ne présentent

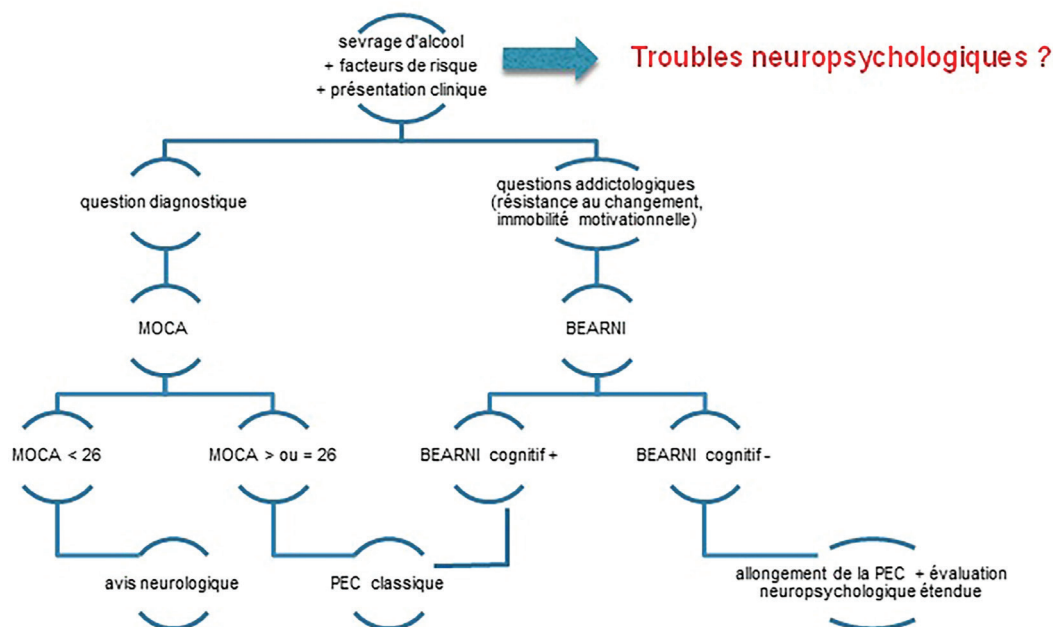


Figure 1. Organisation des soins addictologiques en cas de question d'ordre neuropsychologique.

PEC: prise en charge; BEARNI +: résultat supérieur au cut-off score « modéré à sévère » au regard du niveau socio-culturel; BEARNI -: résultat inférieur au cut-off « modéré à sévère » au regard du niveau socio-culturel.



finalement pas de troubles cognitifs. Cette observation semble nécessiter d'orienter en priorité les patients vers une évaluation neuropsychologique en présence de troubles modérés à sévères uniquement au regard du score cognitif (**Figure 1**). En effet, certains patients échouant le subtest d'équilibre alors qu'ils ne présentent aucune difficulté aux autres subtests peuvent être identifiés «troubles modérés à sévères», sans qu'une évaluation neuropsychologique ne semble pourtant préconisée. C'est, dans ce cas, uniquement la présence d'une ataxie cérébelleuse qui pénalise leur score global sans que des troubles cognitifs indépendants ne soient suspectés, ne justifiant donc pas une évaluation du fonctionnement cognitif.



*La haute sensibilité de BEARNI semble en revanche en faire un outil idéal pour des questionnements d'ordre addictologique en cas de difficultés d'évolution motivationnelle ou de mise en place de changements comportementaux.*



Une analyse comparative est en cours concernant les qualités psychométriques respectives de MoCA et BEARNI auprès de la population alcoolodépendante. Le MoCA, initialement conçu pour dépister les troubles cognitifs liés au vieillissement pathologique, est un outil parfois utilisé auprès des patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool. Néanmoins, le MoCA n'évalue que partiellement les atteintes neuropsychologiques liées à l'alcool (mémoire épisodique, mémoire de travail, fonctions exécutives et visuo-spatiales) tout en considérant d'autres sphères cognitives peu sensibles au trouble de l'usage de l'alcool (langage et orientation temporo-spatiale notamment, voir la sémiologie des troubles cognitifs liés à l'alcoolodépendance). Cette polyvalence lui donne de l'intérêt auprès des patients alcoolodépendants lorsque différents facteurs (âge, antécédents traumatiques, antécédents familiaux de maladie neurodégénérative, perte d'autonomie persistante à l'arrêt de l'alcool) orientent vers un questionnement diagnostique entre troubles cognitifs liés à l'alcool et maladie neurodégénérative ou séquelles de traumatismes antérieurs (Ritz *et al.*, 2012 pour revue). La haute sensibilité de BEARNI semble en revanche en faire un outil idéal pour des questionnements d'ordre addictologique en cas de difficultés d'évolution mo-

tionnelle ou de mise en place de changements comportementaux. Le cas de M. S. illustre l'utilisation de BEARNI dans ce cadre.

## BEARNI EN PRATIQUE DANS UN SERVICE HOSPITALIER D'ADDICTOLOGIE

### LE PARCOURS DE M. S.

M. S. est un patient de 39 ans. Il est célibataire, sans enfant et vit chez sa mère. Sur le plan professionnel, il est en recherche d'emploi depuis bientôt six mois du fait de discopathies lombaires empêchant la reprise de son activité de mécanicien poids lourds (absence de diplôme, 9 années de scolarité). Il a pour projet de retrouver une activité professionnelle adaptée à ses problèmes de santé pour accéder ensuite à un logement personnel. Il ne présente aucune autre comorbidité sur le plan psychiatrique ou somatique.

M. S. débute une consommation irrégulière d'alcool vers l'âge de 9 ans, dans un contexte familial rapidement associé à un usage nocif avec des amis. Une dépendance physique s'installe progressivement, avec signes de sevrage à l'arrêt des consommations. Il rentre dans la filière de soin addictologique par le biais de consultations spécialisées organisées par son médecin traitant, orientant rapidement vers une hospitalisation du fait de la dépendance physique et en raison de l'échec d'un sevrage ambulatoire. Cette première hospitalisation en juin 2013 permet de faire le point sur la sévérité du trouble de l'usage d'alcool : consommation d'alcool évaluée à 15 unités par jour en moyenne, syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation, tolérance, présence de répercussions judiciaires (conduite en état d'alcoolisation), difficultés relationnelles (violence verbale vis-à-vis de sa mère) et professionnelles (remarques de l'employeur) sans modification du comportement de consommation. Alors qu'il perçoit ses difficultés, M. S. semble résistant à l'idée d'un réel changement de ses habitudes vis-à-vis de l'alcool. Il sort rapidement du service avec des rendez-vous infirmiers et médicaux demandés par le patient dans le cadre de son obligation de soins en rapport avec sa conduite en état d'alcoolisation, seul élément qui motive alors un projet d'abstinence. Il reprend rapidement son activité professionnelle. Une reprise des consommations d'alcool selon les modalités antérieures est

rapportée un mois après la sortie. Le patient interrompt alors son suivi et augmente progressivement la fréquence et les quantités des consommations. Il reprend contact avec le service un an plus tard en raison de l'alourdissement du suivi judiciaire dans un contexte de récurrence de conduite en état d'alcoolisation. La nouvelle hospitalisation se déroule de la même manière que la précédente avec un patient semblant peu enclin à modifier des habitudes de vie dans un projet d'abstinence. Les examens réalisés font état de perturbations hépatiques (stéatose : agression du foie du fait de l'accumulation de lipides), conséquences dans le cas de M. S. de sa consommation d'alcool. Après la sortie du service et une période d'abstinence de 2 mois, il reprend une consommation d'alcool dans un contexte de conflit professionnel ayant conduit à un licenciement. Il revient en consultation de nouveau un an plus tard. Une hospitalisation est alors rapidement proposée en raison d'une aggravation du bilan somatique : consommations d'alcool augmentées aux alentours de 25 unités par jour, perte d'appétit importante, ralentissement idéo-moteur durant l'entretien.

En résumé : sur les deux dernières années, le parcours de M. S. est marqué par le peu d'évolution au plan motivationnel (évaluée par le biais d'une évaluation addictologique clinique) malgré d'importantes conséquences liées aux alcoolisations. Des difficultés à modifier des habitudes comportementales sont relevées. Ces éléments questionnent sur la présence d'éventuelles perturbations cognitives empêchant le travail addictologique, pouvant être favorisées par la présence de différents facteurs de risque (précocité de l'alcoolisation, sévérité du trouble de l'usage, dénutrition probable, stéatose).

Une nouvelle hospitalisation est donc proposée en août 2015. Le sevrage révèle toujours la présence d'une dépendance physique et confirme les perturbations sur le plan hépatique. Une dénutrition modérée est également relevée.

BEARNI est proposé à M. S. une fois son sevrage terminé, c'est-à-dire après disparition de la symptomatologie associée (tremblements, sueurs, etc.) et l'arrêt des benzodiazépines classiquement prescrites pour limiter les risques associés au sevrage (crises convulsives, delirium tremens), soit 13 jours après son entrée dans le service.

## BEARNI ET ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

Les performances de M. S. au BEARNI (score global [7,5/30 pour un *cut-off* à 16] et cognitif [7,5/30 pour un *cut-off* à 11,5]) le situent dans la catégorie des troubles modérés à sévères (les deux scores se trouvant identiques du fait d'un résultat de 0 obtenu au subtest d'équilibre). L'analyse par subtests semble détecter la présence de troubles exécutifs (fluences alternées = 2 ; capacités visuo-spatiales = 1), de troubles en mémoire de travail (ordination alphabétique = 1,5) et de l'équilibre (ataxie = 0) alors que la mémoire épisodique semble efficiente (mémoire = 3).

Ce profil justifie l'orientation vers une évaluation neuropsychologique, qui confirme la présence de troubles principalement exécutifs et attentionnels concernant la récupération et le stockage des informations en mémoire, l'inhibition, la flexibilité, la vitesse de traitement et l'attention sélective. Une atteinte de la mémoire de travail est également retrouvée alors que l'encodage en mémoire épisodique se révèle effectivement préservé (**Tableau 1**).

La présence d'un syndrome dysexécutif semble ici participer aux difficultés d'évolution addictologique de M. S. : son trouble de flexibilité peut notamment favoriser le maintien de fausses croyances, telle que l'idée qu'il est en mesure de modérer ses consommations d'alcool alors même qu'il a fait l'expérience de nombreuses reprises que ce projet n'est pas compatible avec sa dépendance physique importante. La nature de ses troubles cognitifs nécessite donc un ajustement de sa prise en charge, justifiant notamment un allongement des soins, conformément aux recommandations du COPAAH (Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière, 2014). La réversibilité des troubles neuropsychologiques avec l'abstinence d'alcool est en effet démontrée (Pitel *et al.*, 2009) et pourrait, en restaurant ses capacités cognitives, permettre à M. S. d'évoluer sur le plan addictologique en augmentant sa sensibilité aux soins (entretien motivationnel et prévention de rechute). Il est donc orienté vers un SSR polyvalent (Service de Soins de Suite de Réadaptation) dans lequel il bénéficie d'un environnement protecteur (abstinence passive) et structurant (rythme de vie, alimentation équilibrée).

**Tableau 1. Résultats aux différentes évaluations neuropsychologiques de M. S.**

	<b>Épreuves</b>	<b>17/08/2015</b>	<b>18/08/2015</b>	<b>18/09/2015</b>	
<b>Fonctionnement cognitif global</b>	<b>BEARNI</b> <i>Total</i> <i>Cognitif</i>	7,5* 7,5*			
<b>Mémoire épisodique</b>	<b>BEARNI</b> <i>Mémoire</i>	3			
	<b>RL-RI 16</b> <i>Rimm</i> <i>RL1/RT1</i> <i>RL2/RT2</i> <i>RL3/RT3</i> <i>RLd/RTd</i> <i>Reconnaissance</i>		Version A 12* 7/15 9/14 8*/16 11/14 15*	Version B 14 8/13 9/15 9/16 11/14 16	
	<b>Figure de Rey/Taylor</b> <i>Copie (score/type)</i> <i>Rappel</i>		35/ III 16*	36/ I 19	
	<b>Mémoire de travail</b>	<b>BEARNI</b> <i>Ordination alphabétique</i>	1,5*		
		<b>Empans verbaux</b> <i>endroit/envers</i>		5/3 (NS=5*)	5/4 (NS=6)
	<b>Fonctions exécutives</b>	<b>BEARNI</b> <i>Fluences alternées</i> <i>Figures cachées</i>	2* 1*		
<b>Fluences verbales</b>			P: 7 Animaux: 22		
<b>TMT A</b> <b>B</b>			52"/0 e 243"/2 e*		
<b>MCST</b> <i>Catégories</i> <i>Nombres d'erreurs</i> <i>Nombre de persévérations</i>			5 10 3*	6 4 0	
<b>Stroop</b> <i>Dénomination</i> <i>Lecture</i> <i>Interférence</i>			77"/0 e 72"/0 e 153"/ 2 ec, 3 enc*	72"/1ec 56"/0 e 109"/ 1 ec	
<b>Fonctions attentionnelles</b>		<b>D2</b> <i>GZ</i> <i>KL</i> <i>%F</i> <i>SB</i>		196* 57* 15* 10	322* 92* 1,55 11

Rimm: rappel immédiat; RL: rappel libre; RT: rappel total; Rdiff.: rappel différé; TMT: Trail Making Test; MCST: Modified Card Sorting Test; NS= note standard; e: erreur; ec: erreur corrigée; enc: erreur non corrigée; \*: résultat pathologique (z score  $\leq$  ou  $\geq$  à 1.65, centile  $< 5$ , NS  $\leq 5$ ).

RL-RI/16 items: normes de Van der Linden (2004); figures de Rey et Taylor: normes de Delbecq-Derouesné (1989); empans verbaux: normes de la WAIS III (2000); Fluences, TMT, MCST et Stroop, versions et normes de Godefroy et GREFEX (2008); D2: version et normes de Brickenkamp (2007).

## ÉVOLUTION ET SUIVI DU PATIENT

À son retour, un mois plus tard, il bénéficie d'une nouvelle évaluation neuropsychologique qui met en évidence une amélioration du fonctionnement exécutif, un effet re-test pouvant également contribuer à l'évolution des performances, et des difficultés qui subsistent sur le plan attentionnel (**Tableau 1**). Une évolution motivationnelle est relevée avec une meilleure perception des conséquences liées aux alcoolisations. M. S. se projette dans un projet d'abstinence et sa motivation principale semble la reprise de l'activité professionnelle. Toutefois, les stratégies d'abstinence restent peu développées et cet élément, couplé à la persistance de perturbations neuropsychologiques, justifie la poursuite de l'accompagnement par le biais d'ateliers de remédiation cognitive auxquels le patient participe deux jours par semaine à sa sortie du service pour une durée de trois mois. Depuis sa sortie du service, il y a quatre mois, il maintient son abstinence.

## CONCLUSION

La conception de BEARNI vient directement répondre à la demande des cliniciens concernant la nécessité d'un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques auprès de patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Cet outil peut s'inscrire dans un bilan addictologique initial en vue de guider le parcours de soin du patient (**Figure 1**). Il peut, avec une lecture plus fine, permettre une meilleure compréhension du fonctionnement cognitif des patients, éclairant parfois leurs difficultés rencontrées dans le parcours de soin. Il peut enfin représenter une amorce motivationnelle en abordant l'impact des consommations d'alcool sur la cogni-



**BEARNI reste un outil de dépistage et d'orientation, il ne s'agit pas d'un outil diagnostique.**



tion et l'impact des troubles cognitifs sur le maintien de l'abstinence. Toutefois, BEARNI n'exclut pas l'utilisation d'autres outils de dépistage auprès de la population alcoolo-dépendante. Les éléments à l'origine de la question des troubles cognitifs peuvent permettre de guider le choix du test de repérage. Dans le contexte du diagnostic différentiel d'ordre neurologique, l'utilisation du MoCA nous semble appropriée du fait de son exploration du langage, de la mémoire sémantique et de l'orientation (**Figure 1**). Une utilisation conjointe de ces outils peut également être envisagée.

Enfin, l'existence d'une version parallèle de BEARNI permet d'apprécier l'évolution neuropsychologique des patients avec l'abstinence ou la réduction de leurs consommations.

**BEARNI reste un outil de dépistage et d'orientation, il ne s'agit pas d'un outil diagnostique.** Son utilisation ne remplace donc pas les résultats d'une évaluation neuropsychologique étendue qui permet seule de qualifier précisément la nature et l'intensité des troubles cognitifs et qui reste le préalable de toute prise en charge à visée de remédiation cognitive. D'autre part, le repérage des troubles cognitifs et l'évaluation neuropsychologique ne sont qu'un des outils améliorant la connaissance et la compréhension du fonctionnement global du patient. La vulnérabilité au risque de rechute reste multifactorielle, il serait donc dangereux de ne considérer celle-ci que sous l'angle des troubles cognitifs.

## Références

Beaunieux, H., Ritz, L., Segobin, S., Le Berre, A.P., Lannuzel, C., Boudehent, C., Vabret, F., Eustache, F., Pitel, A.L. (2013). Troubles neuropsychologiques dans l'alcoolo-dépendance : l'origine de la rechute ? *Revue de Neuropsychologie Neurosciences Cognitives et Cliniques*, 5 (3) : 159-65.

Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S.W., Nathan, P.E. (2001). Decision-making Deficits, Linked to a Dysfunctional Ventromedial Prefrontal Cortex, Revealed in Alcohol and Stimulant Abusers. *Neuropsychologia*, 39 : 376-389.

Brickenkamp, R. (2007). *Test d2. Test d'attention concentrée*. Éditions Hogrefe France : Paris.



- Boudehent, C., Beaunieux, H., Pitel, A.L., Eustache, F., Vabret, F. (2012). Contribution de la neuropsychologie à la prise en charge de l'alcool-dépendance : Compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales. *Alcoologie et Addictologie*, 34, 121-127.
- Blume, A.W., Schmalig, K.B., Marlatt, G.A. (2005). Memory, Executive Cognitive Function, and Readiness to Change Drinking Behavior. *Addictive Behaviors*, 30, 301-314.
- COPAAH - Groupe de travail ; Trouble de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs — (2014) Question 7. Quel parcours de soin en cas de trouble de l'usage de l'alcool avec troubles cognitifs ? *Alcoologie et Addictologie*, 36 (4), 370-373.
- Danel, T., Karila, L., Mézerette, C. (2007) Syndrome dysexécutif et addictions. *Alcoologie et Addictologie*, 29 (1), 27-32.
- Dawson, L.K., Grant, I. (2000). Alcoholics' Initial Organizational and Problem-solving Skills Predict Learning and Memory Performance on the Rey-Osterrieth Complex Figure. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 12-19.
- Delbecq-Derouesné, J., Beauvois, M. (1989) Memory Processes and Aging : A Defect of Automatic Rather Than Controlled Processes ? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1(Suppl.), 121-150.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM V)*. (2013). Washington D.C. : American Psychiatric Association.
- Duka, T., Townshend, J.M., Collier, K., Stephens, D.N. (2003). Impairment in Cognitive Functions After Multiple Detoxifications in alcoholic Inpatients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(10), 1563-72.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975) "Mini-mental state". A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Godefroy, O. et le GREFEX. (2008). *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques*. Marseille: Solal.
- Ihara, H., Berrios, G.E., London, M. (2000). Group and Case Study of the Dysexecutive Syndrome in Alcoholism Without Amnesia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 68, 731-7.
- Lécallier, D., Michaud, P. (2004). L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*, 26 (2), 129-134.
- Lovallo, W.R., Yechiam, E., Sorocci, K.H., Vincent, A.S., Collins, F.L. (2006). Working Memory and Decision-making Biases in Young Adults with a Family History of Alcoholism: Studies from the Oklahoma Family Health Patterns Project. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 763-773.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 53, 695-699.
- Noël, X., Van der Linden, M., Brevers, D., Campanella, S., Hanak, C., Kornreich, C., & Verbanck, P. (2012). The Contribution of Executive Functions Deficits to Impaired Episodic Memory in Individuals With Alcoholism. *Psychiatry Research*, 198(1), 116-22.
- Noel, X., Brevers, D., Bechara, A. (2013). A Neurocognitive Approach to Understanding the Neurobiology of Addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 632-8.
- Oscar-Berman, M., Valmas, M.M., Sawyer, K.S., Ruiz, S.M., Lumar, R.B., & Gravitz, Z.R. (2014). Profiles of Impaired, Spared, and Recovered Neuropsychologic Processes in Alcoholism. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, 183-210.
- Pitel, A.L., Beaunieux, H., Witkowski, T., Vabret, F., Guillery-Girard, B., Quinette, P., Desgranges, B., Eustache, F. (2007). Genuine Episodic Memory Deficits and Executive Dysfunctions in Alcoholic Subjects Early in Abstinence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(7), 1169-1178.
- Pitel, A.L., Rivier, J., Beaunieux, H., Vabret, F., Desgranges, B., Eustache, F. (2009). A Six-month follow-up Study of Episodic Memory and Executive Functions Changes in Alcoholic Subjects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(3), 490-498.
- Pitel, A.L., Zahr, N. M., Jackson, K., Sassoon, S.A., Rosenbloom, M.J., Pfefferbaum, A., & Sullivan, E.V. (2011). Signs of Preclinical Wernicke's Encephalopathy and Thiamine Levels as Predictors of Neuropsychological Deficits in Alcoholism without Korsakoff's Syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 36(3), 580-588.

- Pitel, A.L., Lannuzel, C., Viader, F., Vabret, F., Eustache, F., Beaunieux, H. (2013). Alcoolodépendance et syndrome de Korsakoff : un continuum ? *Revue de Neuropsychologie Neurosciences Cognitives et Cliniques*, 5 (3), 179-86.
- Ritz, L., Lannuzel, C., Boudehent, C., Vabret, F., Bordas, N., Segobin, S., Eustache, F., Pitel, A.L., Beaunieux, H. (2015). Validation of a Brief Screening Tool for Alcohol-Related Neuropsychological Impairments. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(11), 2249-2260.
- Ritz, L., Pitel, A.L., Vabret, F., Eustache, F., Beaunieux, H. (2012). Alcoolodépendance : atteintes neuropsychologiques et diagnostics différentiels. *Revue de Neuropsychologie Neurosciences Cognitives et Cliniques*, 4 (3), 196-205.
- Schafer, K., Butters, N., Smith, T., Irwin, M., Brown, S., Hanger, P., Grant, I., Schuckit, M. (1991). Cognitive Performance of Alcoholics : A Longitudinal Evaluation of the Role of Drinking History, Depression, Liver Function, Nutrition and Family History. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15, 653-660.
- Sullivan, E.V., Rosenbloom, M.J., Pfefferbaum, A. (2000). Pattern of Motor and Cognitive Deficits in Detoxified Alcoholic Men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 611-621.
- Tison, P. (2002) Les thérapies comportementales et cognitives dans les conduites d'alcoolisation. *Alcoologie et Addictologie*, 24 (4), 345-358.
- Uekerman, J., Daum, I., Schlebusch, P., Wiebel, B., Trenckmann, U. (2003) Depression and Cognitive Functioning in Alcoholism. *Addiction*, 98, 1521-1529.
- Vabret, F., Boudehent, C., Blais Lepelleux A.C., Lannuzel, C., Eustache, F., Pitel, A.L., Beaunieux, H. (2013). Profil neuropsychologique des patients alcoolodépendants : identification dans un service d'addictologie et intérêt pour leur prise en charge. *Alcoologie et Addictologie*, 35 (3), 215-223.
- Van der Linden, M., Adam, S. (2004). *L'évaluation des troubles de la mémoire*. Marseille : Solal.
- Weschler, D. (2000). WAIS III : Échelle de l'intelligence de Weschler pour adultes. Troisième édition. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.

# L'alliance thérapeutique : modèles, enjeux et perspectives en neuropsychologie clinique



### Stéphane RAFFARD

Psychologue spécialisée  
en neuropsychologie.

Service universitaire de psychiatrie adulte,  
Montpellier (34)

Laboratoire Epsilon, EA4556, Montpellier (34)

[s-raffard@chu-montpellier.fr](mailto:s-raffard@chu-montpellier.fr)

### Mots-clés

- Alliance thérapeutique
- Neuropsychologie
- Échelle de réalisation d'objectif
- Séance de restitution

### Résumé

Si l'alliance thérapeutique a été particulièrement étudiée dans le cadre des psychothérapies, il existe peu d'études sur ce sujet dans le cadre de la réhabilitation neuropsychologique. Pourtant des données solides montrent que la qualité de l'alliance thérapeutique entre un patient et un thérapeute est un prédicteur de l'efficacité d'une psychothérapie et ce au-delà des techniques spécifiques propres à telle ou telle psychothérapie. Globalement, les données de la littérature mettent en évidence que 1) les comportements du thérapeute plus que ceux du patient apparaissent déterminants pour la qualité de l'alliance thérapeutique et que 2) celle-ci émerge de l'accord réciproque entre patient et thérapeute concernant les buts et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces buts. Nous discutons dans cette revue des outils d'évaluations de l'alliance thérapeutique et proposons une traduction avec rétro-traduction de l'outil le plus utilisé dans la littérature, le Helping Alliance Questionnaire 2 – HAQ-II. Enfin, nous discutons des spécificités de la mise en place de l'alliance thérapeutique au sein de la pratique neuropsychologique. Des recommandations de bonnes pratiques pour le psychologue spécialisé en neuropsychologie sont proposées au regard des outils existant dans la littérature scientifique. Une traduction en langue française de l'échelle de réalisation d'objectifs (Goal Attainment Scale, GAS) est proposée à l'usage des cliniciens dans le supplément de ce numéro.

### Conflits d'intérêts

Aucun

### Pour citer cet article

Raffard, S. (2018). L'alliance thérapeutique : modèles, enjeux et perspectives en neuropsychologie clinique. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 5, 15-26.

## ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIES

Il n'existe pas une définition unique de ce qu'est l'alliance thérapeutique. On retrouve cependant plusieurs définitions très proches dans la littérature spécialisée: par exemple Greenson définit l'alliance thérapeutique comme « la capacité d'un patient et d'une personne de conseil à travailler ensemble de manière à atteindre les objectifs convenus » (« The ability of the client and counselor to work together purposefully to achieve agreed upon goals », Greenson, 1971).

« L'expérience qu'a le patient de son traitement ou de sa relation avec le thérapeute comme utile dans l'achèvement de ses buts » (« The patient's experience of treatment or the relationship with the therapist as helpful in achieving the patient's goals », Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983).

« La réponse mutuelle d'un patient avec un thérapeute, incluant des perceptions non faussées, une appréciation authentique, de la confiance et du respect » (« The mutual human response of patient and therapist to each other, including undistorted perceptions and authentic liking, trust, and respect », Safran & Muran, 2000).

Il est important de préciser que l'alliance thérapeutique (AT) est un concept transthéorique et ne se revendique d'aucun courant théorique spécifique. En cela les différents auteurs ayant écrit sur le sujet s'accordent pour considérer que l'alliance thérapeutique comprend différents ingrédients fondamentaux, que nous développerons au cours de cette revue, et qui constituent des variables incontournables à considérer dans la mise en place d'une alliance thérapeutique satisfaisante en pratique clinique.

### PETIT HISTORIQUE

Le but de cet article n'étant pas de prétendre à une revue complète et exhaustive de l'historique de ce concept, nous renvoyons le lecteur à plusieurs articles de revues, francophones ou anglo-saxones (par exemple, Gaston, 1990 ; Rodgers *et al.*, 2010). Il s'avère néanmoins important de pointer que Freud et le courant psychanalyste dans son ensemble ont contribué de manière conséquente et originale à son développement. On trouve chez

Freud non pas le concept d'alliance thérapeutique mais celui de transfert. Selon *le vocabulaire de psychanalyse* de Laplanche et Pontalis, la notion de transfert (*Übertragung* en allemand, *transference* en anglais) désigne « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué ». Après Freud, un certain nombre de théoriciens psychanalytiques ont souligné l'importance de la relation « réelle » entre le patient et le thérapeute dans le processus thérapeutique (par exemple, Greenson, 1971 ; Safran & Muran, 2000). Ces auteurs ont suggéré que ce lien positif pouvait reposer sur des éléments de la réalité (et non inconscients uniquement), de grande importance pour la facilitation du processus de la thérapie. Ils ont appelé ce lien « alliance de travail » ou alliance thérapeutique.

Un autre auteur, de référence non psychodynamique mais humaniste, Carl Rogers, a permis des avancées significatives et originales de la conceptualisation de l'AT. Pour Carl Rogers (1951), l'alliance thérapeutique consiste en la relation réelle entre le « conseiller » (*counselor*) et le patient (*client*), et constitue un élément fondamental favorisant le processus de changement au cours de la psychothérapie. Rogers suggère que 3 principes permettent au thérapeute d'instaurer une alliance de qualité au cours de la relation thérapeutique :

- (1) le thérapeute doit avoir un comportement orienté sur la relation, à savoir, l'empathie, un regard positif inconditionnel, et la congruence, afin de faciliter la capacité naturelle du patient à changer,
- (2) les comportements dans la relation du thérapeute sont au cœur de changement thérapeutique dans toutes formes de thérapie,
- (3) Le thérapeute est chargé de créer les conditions de la relation qui permettent les changements du patient.

Élément important, c'est au thérapeute de respecter les 3 principes énoncés précédemment. Pour Rogers, le thérapeute est l'acteur principal de la mise en place d'une AT de qualité.

Enfin pour Bordin (1979), l'alliance de travail est un concept transthéorique: celui-ci a proposé que l'alliance thérapeutique consiste en un processus relationnel réel, dans « l'ici et le maintenant », entre



le patient et le thérapeute, commun à toutes les formes de traitement psychothérapeutique, indépendamment de l'orientation du traitement ou de l'approche. Il considère qu'elle se développe à travers la participation à la fois du patient et du thérapeute, et qu'elle est composée de trois éléments de base :

- (1) le lien positif qui se développe entre le patient et le thérapeute ;
- (2) l'accord sur les tâches de traitement ;
- (3) l'accord sur les objectifs du traitement.

Ce modèle notamment va permettre le développement d'outils de mesure. Nous présenterons dans le chapitre suivant les principaux outils développés afin de mesurer les différentes dimensions de l'alliance thérapeutique.



*L'alliance thérapeutique est composée de trois éléments de base :*

- *Un lien positif se développant entre le patient et le thérapeute,*
- *l'accord sur les tâches de traitement ;*
- *l'accord sur les objectifs du traitement.*



## MESURES DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Différentes mesures de l'AT existent mais il n'y a cependant pas de consensus clair qui se soit dégagé sur la meilleure façon d'opérationnaliser et de la mesurer. Parmi les outils les plus utilisés, on trouve le *Working Alliance Inventory* (WAI) développé par Horvath et Greenberg (1986), et le *Helping Alliance questionnaire* (HAQ-I) (Alexander & Luborsky, 1986) qui se basent tous les deux sur le modèle théorique de Bordin (1979) présenté précédemment, c'est-à-dire l'accord quant aux buts du traitement, l'attribution d'une série de tâches permettant d'atteindre ces buts et le développement d'objectifs communs entre le patient et le thérapeute. Concernant le WAI, trois versions sont proposées : une version patient, une version thérapeute et une version observateurs extérieurs. Le WAI a l'avantage d'être facile à administrer et, surtout, de pouvoir être utilisé par une patientèle souffrant de troubles mentaux sévères. La version initiale comporte 36 items mesurés sur une échelle de type Likert à sept points d'ancrage (1 = jamais, 7 = toujours). Le WAI a été validé en



langue française par Corbière *et al.* (2004) dans sa version courte à 12 items et plus récemment dans sa version longue par Alix (2015).

Le *Helping Alliance questionnaire* (HAQ-I) (Alexander & Luborsky, 1986) correspond à un des outils les plus anciens et les plus utilisés pour mesurer l'AT. Les limites de cet outil, notamment le fait que tous les items soient formulés positivement, ont donné lieu à une version révisée HAQ-II (Luborsky *et al.*, 1996) permettant de gommer ces limites de la version initiale de l'outil. Le HAQ-II a été validé en français (Le Bloc'h Y *et al.*, 2006) et possède des qualités psychométriques similaires à la version anglaise. Nous présentons en **Annexe 1** une version traduite (avec rétro-translation) de l'outil, les auteurs francophones n'ayant pas répondu à nos demandes d'obtention de l'échelle. Il est à noter que ces outils sont tout à fait utilisables dans le cadre de la réhabilitation neuropsychologique et constituent donc des outils pouvant être intégrés au sein de celle-ci.

## ASSOCIATIONS ENTRE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET RÉSULTATS D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE

De nombreuses données mettent en évidence que l'AT est un fort prédicteur de l'efficacité d'une psychothérapie, au-delà des techniques spécifiques propres à telle ou telle école de psychothérapie, et ce, dans la plupart des troubles mentaux (dépression, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire ou de la personnalité (Del Re *et al.*, 2012). Il nous semble en cela important de discuter brièvement les débats récents sur les facteurs prédicteurs de l'efficacité des psychothérapies, efficacité qui n'est plus à prouver (Huhn *et al.*, 2014), et dont l'AT constituerait un élément déterminant. En effet quelles que soient les méthodes psychothérapeutiques, l'alliance thérapeutique est un prédicteur significatif de l'efficacité d'un traitement que ce soit chez les individus adultes (Martin *et al.*, 2000) ou chez les enfants (Karver *et al.*, 2006). Ces données ont conduit à un débat scientifique au sein des chercheurs portant sur les ingrédients efficaces des psychothérapies que l'on peut résumer à deux modèles dominants : le modèle contextuel (« the contextual model », Wampold, 2001) qui soutient que les facteurs communs aux psychothérapies et notamment l'AT sont les mieux à même d'expliquer l'efficacité des psychothérapies, et le modèle concurrent (« the Methodological Prin-

ciples and Skills (MPS) Model) ») qui prône quant à lui l'importance des procédures spécifiques à chaque psychothérapie, tout en prenant en compte l'importance de l'AT dans l'efficacité d'une psychothérapie.

 **De nombreuses données mettent en évidence que l'alliance thérapeutique est un fort prédicteur de l'efficacité d'une psychothérapie, au-delà des techniques spécifiques propres à telle ou telle école de psychothérapie.** 

Enfin, il nous semble important de préciser que l'alliance thérapeutique apparaît être une variable fondamentale dans tout traitement psychologique ou non psychologique. Par exemple, il a été montré que l'alliance thérapeutique avec l'équipe soignante ou le médecin prescripteur était un important prédicteur de l'observance à un traitement médicamenteux (Czobor *et al.*, 2015 ; Santone *et al.*, 2008 ; Weiss *et al.*, 2002).

## VARIABLES ASSOCIÉES À L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Si initialement la qualité de l'AT a été associée avec des caractéristiques propres au patient, les données de la littérature suggèrent qu'elle dépend aussi de certaines caractéristiques propres aux thérapeutes mais aussi au type de psychothérapie :

*Chez le patient :* on retrouverait l'importance de certains traits de personnalité notamment la dimension agréabilité qui favoriserait l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute (Hirsh *et al.*, 2012). Une méta-analyse récente mettrait aussi en évidence le rôle déterminant du style d'attachement. Les patients avec un style d'attachement *secure* auraient une meilleure alliance thérapeutique alors que les patients avec un style d'attachement *évitant* auraient une plus mauvaise AT avec le thérapeute (Mallinckrodt & Jeong, 2015).

Suivant la pathologie, on retrouve l'importance de l'intensité symptomatologique ou le type de symptômes (Horvath & Symonds, 1991). Par exemple on retrouverait une association négative entre symptômes d'hostilité, d'excitation et l'alliance thérapeutique dans la schizophrénie (Johansen *et al.*, 2012). D'autres auteurs ont aussi mis en évidence

l'importance de la conscience des troubles, les effets secondaires des traitements et la qualité de vie sur l'alliance thérapeutique (Bourdeau *et al.*, 2009) dans cette population. Enfin, les attentes positives du patient envers la thérapie ainsi que la perception des compétences du thérapeute ont aussi été montrées comme déterminantes pour la qualité de l'AT (Patterson *et al.*, 2014).

*Chez le thérapeute :* globalement, les données de la littérature montrent que les qualités personnelles du thérapeute et les techniques qu'il utilise

**Tableau 1. Comportements et stratégies du clinicien pour améliorer la confiance, la communication et le rapport avec le patient (Leach, 2005)**

<b>Maintenir :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le confort du patient</li> <li>La confidentialité et la confiance</li> <li>L'enthousiasme</li> <li>Une relation collaborative</li> <li>L'intérêt pour les préoccupations du patient</li> <li>Une objectivité</li> <li>L'écoute</li> <li>Le contact visuel</li> <li>Une posture ouverte</li> </ul>
<b>Éviter :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De porter un jugement</li> <li>Le jargon et le langage technique</li> <li>Un comportement autoritaire</li> <li>D'interrompre</li> </ul>
<b>Être :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelqu'un sur qui on peut compter</li> <li>Ouvert d'esprit</li> <li>Flexible</li> <li>Réconfortant &amp; soutenant</li> <li>Sûr</li> <li>Amical</li> <li>Sincère</li> <li>Chaleureux</li> <li>Honnête</li> <li>Valorisant</li> <li>Impliqué et interactif</li> <li>Respectueux des besoins et souhaits du patient</li> <li>Délicat</li> <li>Empathique</li> <li>Altruiste</li> </ul>
<b>Utiliser :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions ouvertes</li> <li>Des explications/précisions pour les techniques, les procédures thérapeutiques et les choix</li> </ul>

sont des variables qui contribuent positivement à l'AT. Ainsi, un clinicien faisant preuve de la flexibilité, d'honnêteté, de respect, de chaleur, d'intérêt envers autrui, d'ouverture et d'empathie sera plus à même de mettre en place une bonne alliance thérapeutique (Ackerman & Hilsenroth, 2003) (**Tableau 1 pour un résumé**).

On retrouve aussi dans la littérature sur le sujet, une association entre traits de personnalité du thérapeute, notamment la dimension agréabilité du *big five*, et une meilleure alliance thérapeutique. Donnée importante, la contribution du thérapeute à faire émerger et maintenir l'alliance thérapeutique semblerait supérieure à la contribution provenant du patient (Del-Re *et al.*, 2012). Autrement dit, l'acteur déterminant de l'AT serait le thérapeute, plus que le patient, certains thérapeutes arrivant mieux que d'autres à mettre en place une alliance thérapeutique de qualité, laquelle contribue en retour à une efficacité accrue de la prise en charge.

## L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN NEUROPSYCHOLOGIE

### GÉNÉRALITÉS

Comme nous l'écrivions au début de cet article, l'alliance thérapeutique est reconnue comme un facteur essentiel de l'efficacité des thérapies mais a été remarquablement peu étudiée dans la réhabilitation neuropsychologique même si des auteurs recommandent de la considérer dans tout travail de réhabilitation auprès des patients cérébrolésés (Kinssinger, 2008). En effet, il n'existe que très peu d'articles sur le lien entre prises en charge neuropsychologiques et AT. Cependant les quelques études existantes semblent suggérer que, de façon similaire aux psychothérapies, une alliance thérapeutique est un facteur favorisant l'efficacité de la réhabilitation neuropsychologique, que ce soit dans la sclérose en plaques (Rosti-Otajärvi *et al.*, 2014), la schizophrénie (Huddy *et al.*, 2012) ou chez des patients souffrant de lésions cérébrales acquises (Klonoff *et al.*, 2010).

Cette absence de travaux sur le lien entre succès de la réhabilitation et l'alliance thérapeutique est d'autant plus surprenante que l'alliance thérapeutique semblerait peu associée avec les déficits cognitifs (Schönberger *et al.*, 2007) et son amélioration ne serait que peu sinon pas entravée par ces mêmes déficits. Une autre étude de Schönberger *et al.*,

(2006) précise les liens entre conscience des déficits, adhésion aux soins (ces deux variables étant mesurées par le thérapeute) et l'alliance thérapeutique (mesurée par la WAI). Les auteurs montrent ainsi que la conscience des déficits prédit l'adhésion aux soins, mais que l'alliance thérapeutique est un médiateur de cette relation. En d'autres mots, ce lien entre conscience et adhésion s'explique en partie par l'AT établie entre patient et thérapeute, et les déficits de conscience des troubles ne constitueraient ainsi donc pas une barrière pour une prise en charge neuropsychologique dans le cas où une alliance de qualité se met en place.

## COMMENT AMÉLIORER L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN PRATIQUE NEUROPSYCHOLOGIQUE ?

### Proposer une évaluation neuropsychologique respectant une approche centrée sur la personne

Il a été proposé par un certain nombre d'auteurs que l'évaluation neuropsychologique constitue un moment privilégié pouvant favoriser la mise en place d'une AT de qualité entre le clinicien et le patient (voir Gorske & Smith, 2009 pour une revue). On peut ici remarquer que dans cette perspective, l'AT concerne un contexte qui ne relève pas uniquement de la prise en charge. On doit à Gorske et Smith (2009) le développement d'un cadre pratique et théorique visant à l'instauration d'une alliance thérapeutique dans le contexte de l'évaluation neuropsychologique. Ce cadre (*Collaborative Therapeutic Neuropsychological Assessment*) propose que le clinicien adopte une approche dite centrée sur la personne lors de l'évaluation neuropsychologique. Cette approche consiste à proposer une alternative à l'approche médicale classique dans lequel l'individu est perçu comme un objet d'observation et de soin par le médecin (*man-as-object*), afin d'adopter une approche dans laquelle l'individu est acteur et collaborateur de la rencontre clinique (*man-as-co-constitutor*). D'un point de vue pratique, Gorske et Smith (2009) proposent de se baser lors de l'évaluation neuropsychologique sur les principes généraux de l'approche motivationnelle (Miller & Rolnick, 2002): non confrontation, collaboration et viser à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle du patient (Bandura, 1986), approche qui devrait constituer la base de travail des personnels travaillant dans la réhabilitation neuropsychologique avec des

individus ayant un déficit de prise de conscience des troubles (Medley & Powell, 2010). La communication avec le patient est en cela considérée comme directive, centrée sur celui-ci et se basant au niveau des habiletés verbales sur le modèle OUVÉR (Poser des questions OUvertes – Valoriser le patient – Écoute réflexive – Résumé). Nous renvoyons les lecteurs à la lecture de l'ouvrage de Charlie Cungi sur l'alliance thérapeutique (Éditions Retz), pour avoir des exemples précis et filmés des techniques citées précédemment.

Tout au long de l'évaluation neuropsychologique initiale, les principes STS (Solliciter/Transmettre/Solliciter) sont appliqués :

- (S), demander à la personne sa connaissance de la raison, des objectifs et du déroulement de la consultation ;
- (T), lui proposer de lui expliquer le déroulement, ce que permettent (et ne permettent pas) les tests neuropsychologiques, la possibilité d'une consultation de feedback ;
- (S), demander si elle a compris, si elle a des questions, si elle est d'accord.

Une originalité supplémentaire de l'approche de Gorske & Smith (2009) est de considérer l'évaluation neuropsychologique indissociable d'une séance de restitution. Cette séance de restitution a pour but de fournir au patient les éléments suivants :

- (1) une évaluation du fonctionnement cognitif en termes de forces et de faiblesses ;
- (2) une relation entre les résultats des tests, les compétences évaluées, la vie quotidienne, les problèmes et comportements préoccupants ;
- (3) les moyens d'utiliser les résultats des tests afin de développer des objectifs de prise en charge les plus réalisables et réalistes possibles, et qui traitent des domaines de vie préoccupant pour le patient.



Nous fournissons en **Annexe 2** un questionnaire permettant d'évaluer la perception du patient concernant l'évaluation neuropsychologique dont il a bénéficié (Gorske & Smith, 2009). Ce questionnaire apporte au clinicien des repères précis sur les principes à adopter lors d'une évaluation neuropsychologique et sa séance de restitution.

Cette approche a plusieurs implications pratiques pour les psychologues spécialisés en neuropsychologie. Premièrement, une AT de qualité est possible dès l'évaluation neuropsychologique.

Deuxièmement, l'évaluation doit être centrée sur la personne et non pas sur la mise en évidence de déficits ou de diagnostics qui n'ont que peu d'intérêt pour le patient. Enfin, cette évaluation permet d'engager une réflexion avec le patient sur des adaptations nécessaires à envisager, en fonction de ses forces et faiblesses et être potentiellement le point de départ à une prise en charge éventuelle en réhabilitation neuropsychologique.

### **Durant la réhabilitation neuropsychologique : établir des buts communs, centrés sur les buts personnels du patient et constituant un handicap perçu par celui-ci**

Comme nous le rappelions précédemment, deux des trois éléments essentiels de l'alliance thérapeutique consistent en un double accord entre patient et thérapeute sur les tâches et les objectifs du traitement. Or, comment engager un patient dans un processus de réhabilitation si celui-ci ne reconnaît pas ses troubles ? Si comme le suggère Deaton (1986) tout traitement doit jouer sur une balance entre des éléments positifs (attitude de soutien) et négatifs (attitude visant à la confrontation des déficits), la réhabilitation neuropsychologique doit viser un accord entre les deux parties portant sur les tâches et les objectifs à atteindre. Ainsi, il apparaît qu'une collaboration efficace entre patient et thérapeute est liée à la capacité du thérapeute à créer une compréhension et une conceptualisation partagée (*shared understanding and conceptualization*) de la réhabilitation et la négociation de buts et objectifs communs. Ces objectifs communs doivent respecter les principes SMART, c'est à dire être Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Relevants (pertinents) cliniquement pour le patient et être définis dans le Temps. Le concept d'objectifs SMART est issu de la théorie de la fixation des objectifs énoncée par Locke (« goal setting theory », Locke, 1968). Cette théorie a pu montrer que ces 4 principes permettaient sous certaines conditions d'augmenter la motivation des personnes à réaliser certains objectifs (dans le cadre de la réhabilitation neuropsychologique, des handicaps en vie quotidienne).

 *L'alliance thérapeutique avec un patient dans la prise en charge neuropsychologique s'établit dès l'évaluation neuropsychologique. Elle se fonde sur la mise en place d'objectifs communs centrés sur les buts du patient.* 



Des outils fondés sur ces approches théoriques de la motivation ont été récemment développés en réhabilitation neuropsychologique comme le *Client-Centredness of Goal Setting (C-COGS) Scale* (Doig *et al.*, 2015) ou le *Goal Attainment Scaling (GAS, Grant & Ponsford, 2014)*. Ces outils visent à déterminer des buts centrés sur des activités de vie quotidienne et ayant du sens pour le patient, fournissant des mesures SMART permettant d'évaluer écologiquement l'efficacité des programmes de réhabilitation neuropsychologique. Il existe une littérature importante démontrant l'utilité de cette approche, tant au niveau de la communication et du processus de prise de décision, que sur les attentes du patient concernant la réhabilitation (Hurn, Kneebone, & Cropley, 2006). Nous renvoyons les lecteurs au manuel traduit par notre équipe dans le supplément de ce numéro. Il s'agit bien ici d'un changement complet des paradigmes d'évaluation de l'efficacité des prises en charges neuropsychologiques utilisées fréquemment à la fois en clinique courante et en recherche qui se basent sur les performances aux tests cognitifs. L'objectif n'est plus ici d'améliorer des tests en pré-post lors de prises en charge, amélioration en général très peu associée avec une généralisation en vie quotidienne (Leung *et al.*, 2015 ; Wykes *et al.*, 2011). Il s'agira ici de se centrer sur des buts pertinents propres aux patients, spécifiques et centrés sur leur vie quotidienne dans

un but de généralisation et de meilleure adhésion à la prise en charge du fait d'une meilleure AT.

En résumé, l'alliance thérapeutique avec un patient dans la prise en charge neuropsychologique s'établit dès l'évaluation neuropsychologique, se fonde sur la mise en place d'objectifs communs centrés sur les buts du patient. Il nous semble important en cela de rappeler certains principes. Le but d'une réhabilitation ne saurait être d'améliorer la mémoire épisodique ou les fonctions exécutives. Un but doit être SMART : spécifique (*specific*, oubli de rendez-vous et pas déficit d'encodage par exemple), mesurable (*measurable*), atteignable (*attainable*), pertinent pour le patient (*relevant*) et basé sur des échéances (*time based* ou *timely*). Ces buts peuvent être établis avec certains outils (C-COGS, par exemple), mesurés au cours de la prise en charge (par exemple par le GAS), et le psychologue spécialisé en neuropsychologie doit respecter les principes de non confrontation, collaboration et viser à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle chez le patient (Bandura, 1986). Ces différentes stratégies et postures du psychologue permettront en cela d'établir et de maintenir une bonne AT et ainsi accompagner efficacement le patient dans son processus de rétablissement. Sans cela les résultats des méta-analyses sur l'efficacité des prises en charges neuropsychologiques se situeront toujours dans des fourchettes d'effets nuls à faibles. Au psychologue d'affirmer cette spécificité qui est de se centrer à la fois sur la relation et sur les techniques, en vue de proposer des prises en charges permettant au patient d'avancer sur ses propres objectifs et qui ont pour lui un réel sens pour son rétablissement.



*L'échelle de réalisation d'objectifs est un outil permettant de proposer des objectifs centrés sur les buts et vie quotidienne du patient en collaboration avec celui-ci.*



## Références

- Alexander, L.B., Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales, in *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, eds Greenberg (L.S., Pinsoff W. M., editors). New York: Guilford Press, 325-366.
- Ackerman, S.J. & Hilsenroth M.J. (2003). A Review of Therapist Characteristics and Techniques Positively Impacting the Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33
- Alix, Y. (2015). Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delph. *Sciences du Vivant*. [q-bio].
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

- Bourdeau, G., Thérout, L., & Lecomte, T. (2009). Predictors of Therapeutic Alliance in Early Psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 300-303.
- Burns, J.W., & Evon, D. (2007). Common and specific Process Factors in Cardiac Rehabilitation: Independent and Interactive Effects of the Working Alliance and Self-efficacy. *Health Psychology*, 26, 684-692.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial Validation of a French Short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 15, 36-45.
- Czobor, P., Van Dorn, R.A., Citrome, L., Kahn, R.S., Fleischhacker, W.W., & Volavka, J. (2015). Treatment Adherence in Schizophrenia: A Patient-level Meta-analysis of Combined CATIE and EUFEST Studies. *European Neuropsychopharmacology*, 25, 1158-1166.
- Deaton, A.V. (1986). Denial in the Aftermath of Traumatic Head Injury: Its Manifestations, Measurement, and Treatment. *Rehabilitation Psychology*, 31, 231-240.
- Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A.O., Symonds, D., & Wampold, B.E. (2012). Therapist Effects in the Therapeutic Alliance-outcome Relationship: a Restricted-Maximum Likelihood Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649.
- Gaston, L. (1990). The Concept of the Alliance and its Role in Psychotherapy: Theoretical and Empirical Considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153
- Gorske, T.T., & Smith, S.R. (2009). *Collaborative Therapeutic Neuropsychological Assessment*. New York: Springer Science + Business Media.
- Grant, M., & Ponsford, J. (2014). Goal Attainment Scaling in Brain Injury Rehabilitation: Strengths, Limitations and Recommendations for Future Applications. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 661-677.
- Greenson, R. (1971). The Real Relationship Between the Patient and the Psychotherapist. In M. Kanzer (Ed.), *The unconscious today* (pp. 213-232). New York, NY: International Universities Press.
- Hirsh, J.B., Quilty, L.C., Bagby, R.M., & McMinn, S.F. (2012). The Relationship Between Agreeableness and the Development of the Working Alliance in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26, 616-627.
- Horvath, A., & Greenberg, L., (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hurn, J., Kneebone, I., & Cropley, M. (2006). Goal Setting as an Outcome Measure: A Systematic Review. *Clinical Rehabilitation*, 20, 756-772.
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V.C., & Hestad, K. (2013). Personality Traits, Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance in Early Schizophrenia Spectrum Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1169-1176.
- Kissinger, D.B. (2008). Traumatic Brain Injury and Employment Outcomes: Integration of the Working Alliance Model. *Work*, 31, 309-317.
- Klonoff, P.S., Olson, K.C., Talley, M.C., Husk, K.L., Myles, S.M., Gehrels, J.A., & Dawson, L.K. (2010). The Relationship of cognitive Retraining to Neurological Patients' Driving Status: the Role of Process Variables and Compensation Training. *Brain Injury*, 24, 63-73
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- Le Bloc'h Y., De Roten Y., Drapeau M., Despland J.N. (2006). New, But Improved? Comparison Between First and Revised Version of the Helping Alliance Questionnaire. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 157, 23-28.
- Leung, I.H., Walton, C. C., Hallock, H., Lewis, S.J., Valenzuela, M., & Lampit, A. (2015). Cognitive Training in Parkinson Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neurology*, 85, 1843-1851.
- Locke, E.A. (1968). Toward a Theory of Task Motivation and Incentives. *Organization Behavior and Human Performance*, 3, 157-189.
- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L.M. et al. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ II): Psychometric Properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two Helping Alliance Methods for Predicting Outcomes of Psychotherapy. A Counting Signs vs. a Global Rating Method. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 171, 480-491.

- Lundh, L.G. (2014). The Search for Common Factors in Psychotherapy: Two Theoretical Models with Different Empirical Implications. *Psychology and Behavioral Sciences*, 5, 131-150.
- Maisto, S.A., Roos, C.R., O'Sickey, A.J., Kirouac, M., Connors, G.J., Tonigan, J.S., & Witkiewitz, K. (2015). The Indirect Effect of the Therapeutic Alliance and Alcohol Abstinence Self-efficacy on Alcohol Use and Alcohol-related Problems in Project MATCH. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39, 504-513.
- Mallinckrodt, B., & Jeong, J. (2015). Meta-Analysis of Client Attachment to Therapist: associations with Working Alliance and Client Pretherapy Attachment. *Psychotherapy*, 52, 134-139.
- Medley, A.R., & Powell, T. (2010). Motivational Interviewing to Promote Self-Awareness and Engagement in Rehabilitation Following Acquired Brain Injury: A Conceptual Review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20, 481-508.
- Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthøj, C., Jepsen, J.R., Thorup, A., & Nordentoft, M. (2015). The association Between Working Alliance and Clinical and Functional Outcome in a Cohort of 400 Patients with First-episode Psychosis: A Cross-sectional Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 83-90.
- Patterson, C.L., Anderson, T., & Wei, C. (2014). Clients' Pretreatment Role Expectations, the Therapeutic Alliance, and Clinical Outcomes in Outpatient Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 673-680.
- Rodgers, R.F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010). Therapeutic Alliance in Psychotherapy: the Contribution of Empirical Research. *Encephale*, 36, 433-438.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable.
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-15.
- Rosti-Otajärvi E, Mäntynen A, Koivisto K, Huhtala H, & Hämäläinen P. (2014). Predictors and Impact of the Working Alliance in the Neuropsychological Rehabilitation of Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Neurological Science*, 338, 156-161.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York, NY: Guilford Press.
- Santone, G., Rucci, P., Muratori, M.L., Monaci, A., Ciarafoni, C., & Borsetti, G. (2008). Attitudes Toward Medication in Inpatients with Schizophrenia: a Cluster Analytic Approach. *Psychiatry Research*, 158, 324-334.
- Schönberger, M., Humle, F., & Teasdale, T.W. (2006). The Development of the Therapeutic Working Alliance, Patients' Awareness and Their Compliance During the Process of Brain Injury Rehabilitation. *Brain Injury*, 20, 445-454.
- Schmidt, J., Fleming, J., Ownsworth, T., & Lannin, N.A. (2013). Video feedback on Functional Task Performance Improves Self-awareness After Traumatic Brain injury: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27, 316-324.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah, N.J.; Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold B.E. (2015). How Important are the Common Factors in Psychotherapy? An Update. *World Psychiatry*, 14, 270-277.
- Weiss, K.A., Smith, T.E., Hull, J.W., Piper, A.C., & Huppert, J.D. (2002). Predictors of Risk of Nonadherence in Outpatients with Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 341-349.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R., & Czobor, P. (2012). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168, 472-485.

ANNEXES

**1. QUESTIONNAIRE D'ALLIANCE AIDANTE (QAA). TRADUCTION FRANÇAISE AVEC RÉTRO-TRADUCTION PAR S. RAFFARD ET A. MACGREGOR (2016)**

**Consignes :** Il existe différentes façons de se sentir ou de se comporter par rapport à une autre personne – un thérapeute. Étudiez attentivement la relation que vous avez avec votre thérapeute, et ensuite indiquez combien vous êtes en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. S'il vous plaît n'omettez aucun énoncé.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1. Je sens que je peux compter sur mon thérapeute						
2. Je sens que le thérapeute me comprend						
3. Je sens que le thérapeute veut que j'atteigne mes buts						
4. Parfois, je ne fais pas confiance au jugement du thérapeute						
5. Je sens que nous travaillons ensemble avec le thérapeute dans un effort commun						
6. Je crois que nous avons des idées similaires sur la nature de mes problèmes						
7. Je respecte généralement les avis du thérapeute à mon sujet						
8. Les méthodes utilisées dans ma thérapie ne sont pas bien adaptées à mes besoins						
9. J'apprécie le thérapeute en tant que personne						

10. Dans la plupart des séances, le thérapeute et moi-même trouvons une façon pour travailler ensemble sur mes problèmes						
11. Le thérapeute interagit avec moi d'une façon qui ralentit la progression de la thérapie						
12. Il s'est établi une bonne relation avec mon thérapeute						
13. Le thérapeute semble avoir de l'expérience dans l'aide aux personnes						
14. J'ai très envie de travailler sur mes problèmes						
15. Le thérapeute et moi-même avons des échanges riches						
16. Le thérapeute et moi-même avons parfois des échanges infructueux						
17. De temps en temps, nous parlons tous les deux des mêmes évènements importants de mon passé						
18. Je crois que le thérapeute m'apprécie en tant que personne						
19. Parfois le thérapeute me semble distant						

Chaque item est coté de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord).

Les items 4, 8, 11, 16, 19 sont des items inversés au niveau de la cotation.

Un score inférieur à 86 reflète une alliance thérapeutique faible d'après Luborsky.



## 2. QUESTIONNAIRE PATIENT CONCERNANT L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE ET LA SÉANCE DE FEEDBACK (GORSKE & SMITH, 2009)

**Instructions :** L'objectif de l'évaluation neuropsychologique est d'évaluer vos capacités à utiliser certaines compétences se basant sur votre manière de penser, vos émotions et votre personnalité. Ces capacités comprennent votre capacité à vous concentrer, fixer votre attention, résoudre les problèmes ou rappeler certaines choses. Une partie importante de l'évaluation neuropsychologique comprend le retour/feedback que vous recevez concernant vos performances aux tests qui vous sont proposés. Ce *feedback* doit permettre d'identifier vos forces et vos faiblesses et de travailler avec l'évaluateur afin de développer des objectifs de traitement compréhensibles et applicables pour vous. Afin de nous assurer que cette séance de feedback a été utile et compréhensible pour vous, nous aimerions que vous nous donniez un retour sur comment l'évaluation neuropsychologique et le feedback qui ont été fait vous ont été utiles.

**Entourez la réponse qui correspond le mieux à la question**

<p>1. Dans l'ensemble, quelle fut votre expérience de l'évaluation neuropsychologique et de la séance de restitution.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Très négative</li> <li>2. Négative</li> <li>3. Neutre</li> <li>4. Positive</li> <li>5. Très positive</li> </ol>	<p>5. Les résultats de l'évaluation neuropsychologique et de la séance de restitution concernent-ils les tâches quotidiennes ou les problèmes que vous rencontrez de votre vie ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout</li> <li>2. Très peu</li> <li>3. Un peu</li> <li>4. Beaucoup</li> </ol>
<p>2. Après la séance de restitution, vous semble-t-il que vous comprenez mieux vos difficultés ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout</li> <li>2. Très peu</li> <li>3. Un peu</li> <li>4. Beaucoup</li> </ol>	<p>6. Avez-vous compris le feedback que l'on vous a fourni ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout</li> <li>2. Très peu</li> <li>3. Un peu</li> <li>4. Beaucoup</li> </ol>
<p>3. Avez-vous l'impression que la séance de restitution et le bilan neuropsychologique ont identifié avec précision vos forces ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout</li> <li>2. Très peu</li> <li>3. Un peu</li> <li>4. Beaucoup</li> </ol>	<p>7. Pensez-vous que les résultats qui vous ont été donnés vont vous motiver davantage à participer à un programme de prise en charge.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout</li> <li>2. Très peu</li> <li>3. Un peu</li> <li>4. Beaucoup</li> </ol>
<p>4. Avez-vous l'impression que la séance de restitution et le bilan neuropsychologique ont identifié avec précision vos faiblesses et ce qui nécessite d'être amélioré ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout</li> <li>2. Très peu</li> <li>3. Un peu</li> <li>4. Beaucoup</li> </ol>	

# Enquête sur les stages en neuropsychologie : point de vue des responsables universitaires



**Véronique QUAGLINO**

Professeur des Universités, docteur en neuropsychologie, psychologue. Responsable du parcours « Neuropsychologie » de la spécialité de master « Psychologie, Handicap et Déficiences », Université de Picardie Jules Verne, Amiens (80).



**François RADIGUER**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.  
APHP, Département Anesthésie Réanimation,  
CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre (94)  
[francois.radiguer@aphp.fr](mailto:francois.radiguer@aphp.fr)



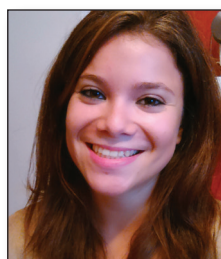
**Mathilde DESDOMAINES**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,  
Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents  
de Neufmoutiers-en-Brie (77).



**Raphaëlle AMENDOLA**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie Consultation  
Mémoire du Centre Gérontologique Départemental  
des Bouches-du-Rhône, Marseille (13)



**Lorine SPENA**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,  
Équipe Mobile Soins de Suite et Réadaptation Interaction 73,  
Saint Alban Leysse (73)



**Marie-Christine GÉLY-NARGEOT**

Professeur des universités, Docteur en neuropsychologie  
et psychopathologie, Psychologue.  
Responsable de la mention « Psychologie Clinique,  
Psychopathologie et Psychologie de la Santé »  
et du Parcours « Neuropsychologie Clinique et  
Psychopathologie Cognitive : Adulte et Personne Âgée »,  
Université Paul-Valéry, Montpellier 3 (34).



**Amélie PONCHEL**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie  
et docteur en psychologie.  
Unité de NeuroPsychiatrie Comportementale,  
Hopital La Pitié-Salpêtrière, Paris (75). Vice-présidente  
et membre du conseil d'administration de l'OFPN

### Mots-clés

- Stages
- Responsables universitaires
- Formation
- Pratique
- Enquête

### Résumé

Les stages sont au cœur de la formation pratique des psychologues et nécessaires à l'obtention du titre. Pour autant, ils demeurent relativement mal caractérisés et peu de données à leur sujet sont disponibles en France. Dans une enquête réalisée en 2014, nous avons interrogé deux des acteurs principaux des stages en neuropsychologie : étudiants et psychologues praticiens (Ponchel, Amendola et Radiguer, 2014). Le présent article rapporte les résultats d'une enquête réalisée auprès du troisième partenaire de la formation : les responsables universitaires. Seize universitaires ont répondu à un questionnaire interrogeant les pratiques autour des stages dans leurs formations. Cette enquête confirme une hétérogénéité des pratiques et montre un fort contraste entre la détermination déployée par les universitaires pour s'impliquer dans les stages et le ressenti des psychologues praticiens et des étudiants. Diverses propositions d'amélioration de la formation pratique ont été plébiscitées, telles qu'une année supplémentaire de formation consacrée aux stages ou un doctorat professionnel. Il existe une réelle demande de la part des universitaires pour un renforcement des liens entre tuteurs professionnels et académiques, demande qui fait écho à celle des psychologues praticiens. Ces constats devraient servir de base de réflexions afin d'améliorer la formation de nos futurs collègues.

### Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent des conflits d'intérêts : deux auteurs sont professeurs des universités et responsables de spécialités de masters et ont répondu à l'enquête. Cinq auteurs sont adhérents de l'OFPN, l'un d'eux est membre de son conseil d'administration et vice-présidente de son bureau.

### Pour citer cet article

Radiguer, F., Amendola, R., Gély-Nargeot, M.-C., Quaglino, V., Desdomaines, M., Spena, L., Ponchel, A. (2018). Enquête sur les stages en neuropsychologie : point de vue des responsables universitaires. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 5, 27-36.

## INTRODUCTION

Les stages en psychologie sont au cœur de la formation des étudiants. Ils leur permettent d'acquérir des compétences pratiques et de mettre en application les connaissances théoriques et méthodologiques enseignées à l'université. Ils les confrontent également à la réalité du terrain et contribuent au développement de leur identité professionnelle.

De rares études se sont intéressées à la formation pratique des étudiants en psychologie (Camus, Clément, Eyrolle et Guérin, 1999 ; Caron *et al.*, 1997 ; Gérin et Caron, 2013 ; FENEPSY, 2013). Elles montraient que les universitaires et les psychologues déploraient un manque d'échanges (Caron *et al.*, 1997), une hétérogénéité des pratiques et un manque de clarté de leurs objectifs (Camus *et al.*, 1999). Les psychologues praticiens soulignaient en outre un manque de prise en compte de leur avis dans la validation du diplôme (Caron *et al.*, 1997). Un constat identique a été retrouvé quinze ans plus tard, malgré l'évolution de la législation en vigueur (Gérin et Caron, 2013).

Plus récemment, une enquête nationale sur les stages en neuropsychologie a été menée, à l'attention des psychologues praticiens et des étudiants (Ponchel, Amendola et Radiguer, 2014 ; Radiguer et Ponchel, 2015). Au total, 550 psychologues spécialisés en neuropsychologie et 332 étudiants ont été interrogés. Concernant la formation professionnelle, les résultats témoignaient d'une situation ayant peu évolué depuis les précédents états des lieux, réalisés il y a plus de quinze ans. Ils mettaient à nouveau en évidence un manque de liens entre les psychologues maîtres de stage et les responsables universitaires, ainsi qu'une importante hétérogénéité d'application des règles entourant les stages. Afin de compléter le panorama sur les stages en neuropsychologie et avoir une vision plus globale de la situation, il est apparu nécessaire de recueillir également l'avis des responsables universitaires eux-mêmes.

## MÉTHODE

### ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire utilisé dans cette enquête a été élaboré sur la base de ceux utilisés dans notre précédente étude et adressés aux étudiants et psy-

chologues spécialisés en neuropsychologie (Ponchel *et al.*, 2014) afin de faciliter la comparaison des données issues de ces deux études.

Quatre-vingt-dix questions étaient posées. Les deux tiers étaient des questions fermées afin de faciliter le traitement et l'analyse des réponses. Des champs libres étaient proposés pour laisser la place à d'éventuels commentaires et compléments d'informations. La structure du questionnaire proposé est détaillée dans le **tableau 1**.

**Tableau 1. Structure détaillée du questionnaire**

Thèmes abordés	Nombre de questions
Informations générales	7
Formation proposée	13
Conventions de stage	7
Organisation des stages	7
Recherche de stage	12
Attente vis-à-vis du stage	6
Les professionnels maîtres de stage	10
Suivi/déroulement du stage	9
Évaluation du stage	8
Difficultés/problèmes	8
Pistes d'amélioration	2

## DIFFUSION

Ce questionnaire s'adressait aux responsables de masters en neuropsychologie en France. Il a été diffusé par voie électronique du 5 au 26 mars 2014 auprès d'une vingtaine de responsables universitaires.

## ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 2010. Des statistiques descriptives ont été utilisées. Les données issues des variables quantitatives sont présentées sous la forme de moyennes ( $\pm$  écart-types), médianes ou fréquences en pourcentages. Une analyse qualitative a été appliquée sur les questions ouvertes (commentaires).

Lorsque plusieurs réponses étaient récoltées pour la même formation, les réponses du responsable de la formation ont été utilisées pour l'analyse quantitative et les réponses du co-responsable ont permis de guider l'analyse qualitative et l'interprétation.

Par ailleurs, dans un souci de synthèse, les résultats du présent article ne suivent pas l'ordre des items du questionnaire.

## RÉSULTATS

### PROFIL DES PARTICIPANTS

Au total, 16 universitaires relevant de 15 universités différentes ont participé à l'enquête (11 responsables de formation et 5 co-responsables). Ils représentaient 14 masters professionnels ou mixtes et un master recherche en neuropsychologie. 13 d'entre eux étaient psychologues spécialisés en neuropsychologie et 7 conservaient, en dehors de leurs responsabilités universitaires, une activité clinique (majoritairement en vacations).

### DURÉE DES STAGES

Actuellement, seul l'arrêté du 19 mai 2006 encadre la durée des stages de psychologie: «Le stage professionnel est d'une durée minimale de 500 heures» (article 2 de l'arrêté du 19 mai 2006). Cet arrêté apparaissait diversement interprété et appliqué dans les formations: 8 masters (57 %) demandaient à ce que les 500 heures soient intégralement effectuées en master 2 alors que 6 (43 %) considéraient les 500 heures comme le cumul des stages réalisés en master 1 et 2.



*Depuis la loi sur la gratification, 81 % des participants s'accordaient à dire que les étudiants avaient davantage de difficultés à trouver des lieux de stage, 31 % trouvaient que les stages étaient plus courts et 31 % déclaraient que le nombre de stage différent avait augmenté et que les étudiants réalisaient moins d'heures de stage.*



En plus de cette obligation légale, les universités appliquaient parfois des restrictions locales. Ainsi, 19 % ne validaient pas la réalisation d'un stage durant la période estivale, celui-ci n'étant alors pas rattaché à une unité d'enseignement; 81 % le validaient. En master 1, un minimum d'heures de stage était fixé entre 0 à 300 heures (médiane: 150 heures) et deux universités limitaient le nombre d'heures de stage à 200 et 250 heures maximum. En master 2,

la durée minimum des stages était fixée entre 250 à 700 heures (médiane: 500 heures). Deux universités limitaient le nombre d'heures à 500 maximum.

Par ailleurs, la récente obligation de gratification (loi n° 2006-396 du 31 mars 2006) s'est avérée avoir des conséquences sur la durée des stages. Ainsi, une université signalait répartir les 500 heures de stage en 220 heures en master 1 et 280 heures en master 2 afin de s'abstraire de l'obligation de gratification (qui s'applique au-delà de 2 mois/280 heures de stage [loi n° 2014-788 du 10 juillet 2014]). Dans cette section, les difficultés inhérentes au dispositif de la gratification ont été très largement commentées par les participants du questionnaire. Certains soulignaient le caractère aberrant de cette loi qui restreint, parfois significativement, la possibilité d'accéder à un stage. Certaines universités tentaient de se tourner vers les services juridiques pour essayer de résoudre les difficultés. Depuis la loi sur la gratification, 81 % des participants s'accordaient à dire que les étudiants avaient davantage de difficultés à trouver des lieux de stage, 38 % trouvaient que les stages étaient plus courts et 31 % déclaraient que le nombre de stages différents avait augmenté et que les étudiants réalisaient moins d'heures de stage.

Soulignons toutefois une application approximative de la loi dans certaines universités. Ainsi, au moment de la réalisation de cette enquête, 38 % déclaraient demander une gratification pour les stages de plus de deux mois calendaires. Or, la gratification est censée s'appliquer pour des stages de plus de deux mois au *pro rata temporis*, sans tenir compte du nombre de mois calendaires, ou du fait qu'ils soient consécutifs ou non (article L124-6 du code de l'éducation). De plus, notons que 56 % des participants déclaraient que leur université pouvait établir plusieurs conventions pour pouvoir réaliser un stage de plus de deux mois sans gratification et 19 % demandaient aux étudiants de signer une renonciation de gratification. Ces pratiques, contraires aux dispositions légales (voir Vichard, 2014 pour une synthèse des aspects législatifs et réglementaires autour des stages), ont cependant pu évoluer depuis 2014.

Face à cette réduction de la durée de la formation pratique, 82 % des participants se déclaraient favorables à l'instauration d'une sixième année de formation consacrée majoritairement aux stages et 69 % à la mise en place d'un doctorat professionnel. Par ailleurs, 63 % seraient favorables à rendre





*Face à cette réduction de la durée de la formation pratique, 82 % des participants se déclaraient favorables à l'instauration d'une sixième année de formation consacrée majoritairement aux stages et 69 % à la mise en place d'un doctorat professionnel.*



les stages obligatoires dès la licence bien que cela pose alors la question de la disponibilité des lieux de stage, trop peu nombreux en regard du nombre d'étudiants.

## UNIVERSITÉS ET ÉTUDIANTS

Concernant les stages, universitaires et étudiants sont liés principalement par les questions de la recherche d'un lieu de stage, le suivi du stage à l'université et son évaluation.

### La recherche de stage

Sur une échelle de 1 (très facile) à 5 (très difficile), les responsables de master situaient la recherche de stage à une médiane de 3,5 en master 1 et 3 en master 2. Ils estimaient ainsi la recherche de stage comme plus facile en master 2 et globalement ne l'évaluaient pas comme étant difficile.

En pratique, 9 cursus parmi les 15 représentés proposaient en master 1 ou 2 des cours permettant de conseiller les étudiants sur la manière d'effectuer leurs demandes de stage.

De plus, toutes les universités sauf une (soit 93 %) possédaient un listing de lieux de stage en neuropsychologie. Toutefois, seules 38 % le proposaient aux étudiants de master 1 et 69 % le mettaient à disposition des étudiants de master 2. Lorsqu'un étudiant ne trouvait pas de stage, les responsables disaient majoritairement être en mesure de proposer un accompagnement individualisé pour sa recherche, que l'étudiant soit en master 1 (75 %) ou en master 2 (94 %). Une minorité d'universités (31 %) avait formalisé un partenariat avec des lieux de stage pour accueillir des étudiants. Toutefois, pour 31 % des formations, de tels engagements existaient de façon non officielle, basés sur les réseaux de professionnels ou en lien avec les services hospitaliers ayant des thèmes de recherche en adéquation avec ceux du laboratoire auquel était rattaché le master. Notons que les trois quarts des universitaires exprimaient le souhait que les psychologues prati-

ciens se fassent connaître de l'université comme potentiels maîtres de stage et 82 % d'entre eux étaient favorables à l'idée d'établir un partenariat officiel entre université et lieux de stage à l'avenir.

### Le suivi de stage

Les travaux dirigés de supervision de stages étaient assez répandus dans les universités représentées dans cette étude. Cette pratique était retrouvée dans 63 % des formations de master 1 et 88 % en master 2. Reste toutefois que deux masters (12 %) ne proposaient pas de réunions de retour d'expérience de stage autour du vécu des étudiants des situations cliniques ou institutionnelles qu'ils rencontraient. Un lien peut être fait ici avec un temps et des moyens pour suivre les étudiants en stage jugés comme insuffisants par la majorité des participants (75 % en master 1 et 56 % en master 2).

Les supervisions étaient majoritairement animées par les responsables de la régulation des stages (64 %). Ces responsables étaient tous psychologues et 57 % étaient des psychologues spécialisés en neuropsychologie en exercice.

Les responsables universitaires étaient relativement fréquemment interpellés par les étudiants à propos des difficultés rencontrées en stage (69 % parfois et 12 % régulièrement). Tous déclaraient que dans de telles situations, l'université contactait alors le maître de stage.

### L'évaluation de stage

En master 1, trois modalités d'évaluation étaient utilisées : 38 % par des attestations libres, 38 % par des fiches d'évaluations obligatoires et 24 % par un carnet de stage. Un rapport de stage était demandé dans 93 % des formations renseignées. Ce rapport était noté dans 75 % des cas et s'accompagnait d'une soutenance orale pour 50 % des formations.

En master 2, la moitié des participants déclaraient faire remplir une fiche d'évaluation obligatoire, 31 % un carnet de stage et 13 % une attestation libre. Dans 81 % des formations, le rapport de stage était obligatoire, noté et avec une soutenance orale.



*Notons que la moitié des participants seraient favorable à l'instauration d'un carnet de stage.*



Notons que la moitié des participants serait favorable à l'instauration d'un carnet de stage national.

## **UNIVERSITÉS ET PROFESSIONNELS**

Le monde universitaire et les psychologues présents sur les lieux de stage sont amenés à collaborer autour de trois temps clés du stage : lors de l'établissement des conventions, durant le stage en cas de difficultés et lors de l'évaluation du stage.

### **Les conventions de stage**

Les conventions de stage sont une sorte de contrat établi entre l'université, le lieu de stage et l'étudiant. Son contenu est réglementé (Vichard *et al.*, 2014) et encadre en particulier les objectifs du stage.

Pour 88 % des participants au présent questionnaire, les objectifs de stage de master 1 étaient clairs. Et pour tous, ils l'étaient en master 2. Dans leurs commentaires, les responsables universitaires communiquaient toutefois un réel désir d'une collaboration plus importante avec les psychologues maîtres de stage sur la définition des objectifs de stage.

Notons que pour les conventions de stage, seules 67 % des universités rendaient obligatoire la signature du psychologue praticien référent. Nous pouvons nous interroger sur l'impact de l'absence de demande d'engagement sur l'implication des maîtres de stage.

La majorité des universitaires déclarait s'assurer que le stage serait bien supervisé (94 %), par un psychologue (88 %) et ayant plus de trois ans d'expérience (75 %), ainsi que cela est précisé dans l'arrêté du 19 mai 2006. Il semble toutefois que la spécialisation du maître de stage ne fasse pas autant l'objet de vérifications, puisque seule la moitié des participants s'assurait que le maître de stage était spécialisé en neuropsychologie.

Notons par ailleurs que certains responsables universitaires acceptaient que les étudiants fassent des stages professionnels encadrés par des non psychologues, davantage en master 1 (38 %) qu'en master 2 (13 %). Il s'agissait généralement de médecins : 56 % des participants acceptaient les stages encadrés par des neurologues, 50 % par des gériatres et 40 % par des psychiatres.

### **Le suivi des stages**

D'après les universitaires, les échanges avec les maîtres de stage étaient fréquents. Pour les stages de master 1 : 69 % des participants déclaraient avoir des contacts avec les psychologues maîtres de stage par courrier, téléphone ou mail. Cette proportion s'élevait à 81 % pour les stages de master 2.

Les responsables universitaires ont été interrogés, par une question ouverte, sur les moyens de communication mis en place pour échanger avec les professionnels maîtres de stage. Les réponses montraient une riche diversité de propositions. Citons notamment le carnet de stage, mais aussi un « contrat pédagogique » tripartite à remplir par le psychologue maître de stage à mi-parcours et en fin d'année ou encore la mise en place d'un moment d'échange convivial informel entre responsables universitaires et psychologues maîtres de stage.

Les universitaires étaient globalement satisfaits de l'implication des professionnels maîtres de stage : sur une échelle de Likert allant de 1 (très insatisfait) à 5 (très satisfait), la médiane était de 4. Dans les commentaires, ils soulignaient toutefois de grandes hétérogénéités d'implication parmi les maîtres de stage. Notons que 88 % se déclaraient favorables à mieux valoriser la place des professionnels maîtres de stage.

Par ailleurs, ils souhaiteraient pour 81 % d'entre eux que les psychologues maîtres de stage communiquent davantage lorsqu'ils rencontrent un problème avec un stagiaire. En effet, 44 % déclaraient que les maîtres de stage ne les interpellaient jamais ou presque jamais en cas de problème lors du stage. Tous déclaraient que suite à un problème rencontré par les professionnels, ils contactaient l'étudiant concerné.

### **Évaluation du stage**

L'implication du maître de stage dans l'évaluation était assez peu élevée pour la première année de master, puisque 75 % des participants déclaraient ne pas les impliquer dans la notation du rapport de stage. En master 2, ils étaient 56 % à noter le rapport sans les maîtres de stage.

Parmi les 15 formations qui organisaient une soutenance orale en master 2, 2 (13 %) ne sollicitaient pas la présence des maîtres de stage, 6 (40 %) la considéraient comme non obligatoire et

7 (47 %) la rendaient obligatoire. Notons toutefois ici que certains responsables déplorait le peu de réponses des maîtres de stages aux invitations qui leur étaient faites.

Au total, pour 81 % des participants, le stage était validé conjointement par l'université et le professionnel.

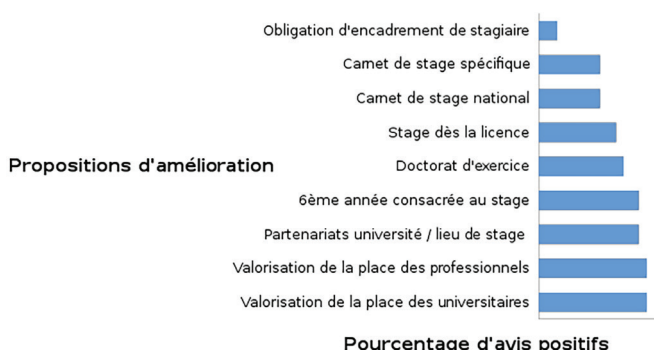
### PISTES D'AMÉLIORATION

Le détail des pistes d'amélioration est consultable dans la **Figure 1**. Parmi les pistes d'amélioration proposées, valoriser davantage la place des professionnels maîtres de stage et des universitaires sont les deux propositions ayant obtenu le plus d'avis favorables (88 % chacune). Par ailleurs, l'établissement d'un partenariat entre l'université et les lieux de stage obtient une majorité de réponses favorables (81 %), tout comme la proposition de l'instauration d'une sixième année de formation consacrée majoritairement aux stages (81 %).

D'autres propositions sont à souligner, comme l'instauration d'un doctorat d'exercice recevant 69 % de réponses favorables, ainsi que la mise en place de stages obligatoires dès la licence (63 % de réponses favorables).

L'instauration d'un carnet de stage, qu'il soit national ou spécifique à chaque université, obtient 50 % de réponses positives. Enfin, l'obligation d'encadrement d'un stagiaire obtient moins de 15 % d'avis favorables.

**Figure 1. Pourcentage d'avis positifs des universitaires pour les différentes pistes d'amélioration (n = 16)**



### DISCUSSION

La présente enquête, réalisée auprès de 16 universitaires dispensant une formation de neu-

ropsychologie, fait suite à une première enquête effectuée auprès de psychologues spécialisés en neuropsychologie et d'étudiants (Ponchel *et al.*, 2014). Ces deux études sont le fruit d'un besoin crucial de données concernant la formation pratique des étudiants et le déroulement des stages de neuropsychologie en France.

Ces deux enquêtes mettent en exergue le constat d'une importante hétérogénéité des pratiques entre les diverses universités, de la durée des stages à l'encadrement de ces derniers en passant par leur suivi. La présente étude renforce cette notion d'écart importants, d'une université à l'autre, pour la formation pratique des futurs psychologues spécialisés en neuropsychologie. Ce phénomène était déjà souligné dans un rapport de la commission de stage de l'Association des Enseignants-Chercheurs en Psychologie des Universités (AEPU) il y a plus de quinze ans (Camus *et al.*, 1999). Il persiste malgré la mise en place d'une législation encadrant les stages en psychologie (arrêté du 19 mai 2006). Assurément, un travail de fond mériterait d'être engagé au sein de la communauté universitaire afin de tendre vers une plus grande homogénéité et davantage de respects des règles législatives.

Au-delà des durées de stage très variables d'une université à l'autre, il semble que les difficultés d'application de la loi sur la gratification des stages, ainsi que certaines restrictions locales visant à contourner les difficultés pour trouver des lieux d'accueil pour tous les étudiants concourent à une réduction du nombre d'heures de stage. En effet, la généralisation de la gratification des stages de plus de deux mois (loi n° 2014-788 du 10 juillet 2014) génère une difficulté spécifique à la mise en place du stage professionnalisant de 500 heures. Cela pose évidemment question dans un contexte où certaines organisations proposent un allongement de la formation à un niveau doctorat (Le Maléfan, 2013) ou l'ajout d'une sixième année de formation dédiée à la pratique (Caron et Le Maléfan, 1999), propositions qui semblent remporter l'adhésion de la majorité des universitaires interrogés dans cette enquête. Allonger la durée de formation pourrait permettre aux étudiants en psychologie de réaliser plus de stages pratiques. Les étudiants eux-mêmes pourraient être en faveur de telles mesures, la majorité d'entre eux estimant qu'ils ne réalisent pas assez de stages durant leur formation (Ponchel *et al.*, 2014).

Cela pose toutefois la question des modalités pratiques d'application d'une telle mesure. En effet, ces stages réalisés durant une formation de niveau doctorat seraient-ils eux aussi limités, comme le sont les stages de master, à la fois au niveau local par des règles propres à chaque université et au niveau national par les difficultés d'application de la gratification par les lieux de stage ? Et dans l'attente de la mise en place d'un allongement de la formation des psychologues, ne pourrait-on pas envisager une première étape d'harmonisation des pratiques au niveau national ? Il reviendrait également au ministère en charge de l'enseignement supérieur d'appliquer une politique qui favoriserait plus la formation professionnelle et tendrait à permettre la réalisation de plus de stages.

Un arrêté encore récent au moment de cette enquête précise que la recherche et la préparation du stage doivent faire partie intégrante de la formation des étudiants (arrêté du 22 janvier 2014). Nous constatons dans cette étude que de manière générale, les responsables universitaires accomplissent cette mission d'accompagnement des étudiants dans la recherche de leur lieu de stage. La présente enquête met cependant en évidence une dissociation entre l'importante énergie déployée par les responsables universitaires pour accompagner les étudiants et le ressenti de ces derniers. En effet, les étudiants trouvaient majoritairement la recherche de stage difficile ou très difficile et déclaraient se sentir peu aidés par l'université (Ponchel *et al.*, 2014). Il est toutefois possible qu'ils n'osent pas faire appel à leurs responsables universitaires en cas de difficulté ou qu'ils pensent qu'ils ne seront pas aidés. Bien que les responsables universitaires disposent d'une panoplie de moyens pour accompagner leurs étudiants, cette étape de recherche de stage engage également les capacités motivationnelles et d'autonomie de l'étudiant et peut constituer un révélateur de l'attitude de l'étudiant comme acteur de sa formation. Le développement de partenariats étroits entre universités et lieux de stage est une piste à explorer. La mise en place d'un dispositif d'aide permettant de faciliter la recherche de stage par les étudiants devrait être envisagée. Ce type de système devrait toutefois être adapté au niveau de l'étudiant et ne pas se substituer à une implication active de sa part dans sa formation pratique, en le laissant mettre en action ses capacités d'autonomie dans sa recherche de stage.

Tout comme les écarts de ressentis entre étudiants et universitaires objectivés concernant la recherche de stage, nous retrouvons des dissociations



entre la perception des universitaires et des psychologues praticiens concernant la clarté des objectifs de stage (Ponchel *et al.*, 2014). L'AEPU notait déjà en 1999 (Camus *et al.*, 1999) la nécessité de clarifier les objectifs des stages au moyen d'un document contractuel. Ce point a d'ailleurs fait l'objet en juillet 2014 d'un article du code de l'éducation, qui précise que « les compétences à acquérir ou à développer au cours de la période de formation en milieu professionnel ou du stage » doivent être définies dans la convention en lien avec l'organisme d'accueil et le stagiaire (Article L124-2 du code de l'éducation). Cet aspect mérite d'être amélioré par une réflexion concertée entre les psychologues praticiens et les responsables de formations.

Selon les universitaires, les liens avec les professionnels maîtres de stage apparaissent comme un facteur incontournable du bon déroulement des stages. Toutefois, il est surprenant de constater une nouvelle divergence par rapport aux réponses des psychologues maîtres de stage, puisque seule une minorité d'entre eux déclaraient avoir des contacts avec les universitaires (17 % en master 1 et 31 % en master 2). Cette enquête indique de la part des responsables de formations une réelle volonté de collaborer avec les psychologues maîtres de stage pour mieux définir les objectifs de stage et de les impliquer davantage lors de la validation de l'unité d'enseignement correspondante. Si lors de notre précédente enquête plus de la moitié des professionnels interrogés déploraient un manque de lien entre l'université et les lieux de stage (Ponchel *et al.*, 2014), il est très encourageant de noter ici un réel désir de renforcer les liens, désir partagé par ces deux acteurs de la formation pratique des étudiants.

Concernant l'évaluation des stages, cette étude permet de constater un respect encore partiel de l'arrêté du 19 mai 2006. Rappelons qu'il rend obligatoire, pour validation du stage professionnalisant, le rendu d'un rapport de stage qui doit être soutenu oralement en présence du maître de stage. Parmi les formations de master 2 renseignées dans cette étude, deux ne rendaient pas obligatoire le rapport de stage et huit organisaient une soutenance orale sans la présence obligatoire du maître de stage. Ces informations sont en adéquation avec les résultats de notre précédente enquête (Ponchel *et al.*, 2014), qui montrait que 38 % des psychologues maîtres de stage avaient le sentiment de ne donner qu'un avis de principe sur l'évaluation des étudiants et que seuls 7 % des maîtres de stage déclaraient être invités à la soutenance orale du rapport de stage. Il



serait toutefois souhaitable d'approfondir les causes explicatives de cela pour y pallier : manque de disponibilité des professionnels maîtres de stage, manque de temps des responsables universitaires ou encore difficultés pour trouver des horaires communs pour constituer les jurys sont des pistes d'explication qu'il conviendrait de parvenir à contourner.



 Cette enquête indique de la part des responsables de formation une réelle volonté de collaborer avec les psychologues maîtres de stage pour mieux définir les objectifs de stage et les impliquer davantage lors de la validation de l'unité d'enseignement correspondante. 

## CONCLUSION

En 2014, l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN) recensait 21 masters professionnels ou mixtes spécialisés en neuropsychologie en France. Le dernier panorama des masters de l'AEPU en recensait 27 en 2015. Le taux de participation à notre enquête se révèle ainsi tout à fait satisfaisant, compris entre 55 et 67 %. Par ailleurs, cette enquête sur les stages est la première à mettre en lien les points de vue des responsables universitaires, des psychologues spécialisés en neuropsychologie et des étudiants. Elle est le fruit d'un véritable travail collaboratif sur cette question entre les trois acteurs de la formation pratique en neuropsychologie et permet ainsi de croiser les différentes perspectives. De plus elle permet d'obtenir un état des lieux assez complet des pratiques autour des stages de neuropsychologie en France.

Cependant, comme toute étude, la nôtre présente quelques limites à souligner. La première concerne la longueur de l'enquête : près de 30 minutes étaient nécessaires pour répondre au questionnaire. Ce temps de réponse relativement important a pu biaiser la représentativité de l'échantillon, en favorisant la participation des universitaires les plus impliqués sur ce sujet. Une autre limite est que cette étude ne prend pas en compte l'évolution possible des formations au fil des années. Les données ont été récoltées en 2014, or l'organisation de certaines

formations a pu évoluer depuis. Ainsi, depuis 2014, plusieurs universités ont renouvelé leur demande d'habilitation de masters et ont pu y apporter des modifications substantielles. Enfin, notre étude portait principalement sur le versant administratif et pratique des stages, sans interroger le contenu et les compétences à acquérir lors des stages. Ces aspects pourraient être traités plus spécifiquement dans une étude complémentaire.

 Cette enquête sur les stages est la première à mettre en lien les points de vue des responsables universitaires, des psychologues spécialisés en neuropsychologie et des étudiants. Elle est le fruit d'un véritable travail collaboratif sur cette question entre les trois acteurs de la formation pratique en neuropsychologie et permet ainsi de croiser les différentes perspectives. 

Quoiqu'il en soit, cette enquête a pour avantage d'impulser plusieurs pistes de réflexions. Il en est ainsi du développement de la formation pratique en neuropsychologie : les étudiants et leurs responsables universitaires, tout comme les psychologues praticiens, s'accordent pour souhaiter la réalisation d'un plus grand nombre de stages. Il nous semble également important d'harmoniser (selon la finalité professionnelle et/ou de recherche des masters) la formation pratique des psychologues spécialisés en neuropsychologie en France, tant au niveau de l'organisation que du contenu, et de contractualiser de manière plus cohérente et efficace. Pour cela, il sera intéressant de concrétiser le désir partagé de collaboration entre tuteurs pédagogiques et professionnels par l'ouverture plus soutenue d'espace de travaux à mener ensemble.

Nous souhaitons donc que ces enquêtes puissent être le point de départ de réflexions communes et concertées, afin de favoriser la communication entre les professionnels et l'université dans l'objectif de mieux répondre aux attentes des étudiants et de doter nos futurs collègues d'outils de formation et de compétences professionnelles solides.



## REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les responsables et co-responsables universitaires ayant participé à cette étude. Merci pour leur investissement et le temps qu'ils ont accordé à ce questionnaire,

qui témoignent de leur volonté de faire évoluer la formation pratique. Merci également aux différents relecteurs qui ont donné de leur temps afin d'améliorer la qualité de cet écrit.

Le questionnaire utilisé pourra être envoyé aux personnes intéressées sur demande aux auteurs.

## Références

[Arrêté du 19 mai 2006](#) relatif aux modalités d'organisation et de validation du stage professionnel prévu par le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 modifié, fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue. Version consolidée au 8 mars 2016. *JORF n° 147 du 27 juin 2006, page 9629, texte n° 11.*

[Arrêté du 22 janvier 2014](#) fixant le cadre national des formations conduisant à la délivrance des diplômes nationaux de licence, de licence professionnelle et de master. Version initiale. *JORF n° 0027 du 1<sup>er</sup> février 2014, page 1922, texte n° 25.*

Camus, J.-F., Clément, E., Eyrolle, H. et Guérin, C. (1999). Commission stage A.E.P.U: rapport. *Nouvelles de l'A.E.P.U, Numéro spécial stages.*

Caron, F., Gigandon, D., Samacher, R., Gérin, Y., Le Maléfan, P. et Foulard, A. (1997). Enquête nationale sur les stages dans le cursus des psychologues. *Psychologues et Psychologies, 140, 1-5.*

Caron, F. et Le Maléfan, P. (1999). Que disent les psychologues à propos des stages ? Ou comment se construit une identité professionnelle de psychologue ? *Bulletin de psychologie, 52 (441), 387-392.*

[Code de l'éducation](#), articles L124-2. Version modifiée au 26 février 2016.

FENEPSY. (2013). Contribution sur les stages des étudiants en psychologie : état des lieux, constats et propositions d'amélioration des conditions d'accès aux stages. Repéré à <http://fr.calameo.com/read/001242555c660915db229>

Gérin, Y. et Caron, F. (2013). Gratification des stages: les résultats de l'enquête. En ligne : <http://psychologues.org/la-profession/formation-et-universite/actualites/gratification-des-stages-resultats-enquete>

Le Maléfan, P. (2014). Le doctorat professionnel, entre réalités et perspectives. *Psychologues et Psychologies, 318, pages IV à X.*

[Loi n° 2006-396 du 31 mars 2006](#) pour l'égalité des chances (I). Version modifiée au 01 janvier 2016. *JORF n° 79 du 2 avril 2006, page 4950, texte n° 1.*

[Loi n° 2014-788 du 10 juillet 2014](#) tendant au développement, à l'encadrement des stages et à l'amélioration du statut des stagiaires. Version initiale. *JORF n° 0159 du 11 juillet 2014, page 11491, texte n° 1.*

Panorama des masters, AEPU, Association des Enseignants-chercheurs de Psychologie des Universités. En ligne : <http://www.aepu.fr/index.php/la-formation/panorama-des-masters>

Ponchel, A., Amendola, R., Radiguer, F. (2014). État des lieux des conditions et pratiques des stages en neuropsychologie en France. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 3 (Suppl.), 54-32.* En ligne : <http://cahiers-deneuropsychologieclinique.fr/wp-content/uploads/2015/01/CNC-3-Supplement.pdf>

Radiguer, F., et Ponchel, A. (2015). Enquête nationale sur les stages en neuropsychologie. *Psychologues et Psychologies, 238, 14-16.*

Vichard, H. (2014). Les stages professionnels en psychologie: aspects législatifs et réglementaires. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 3, 5-15.*

# « Reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise non évolutive » : une recommandation de bonne pratique labellisée par la Haute Autorité de Santé en janvier 2016



### Véronique BOURRAT-SALDUCCI

Psychologue spécialisée  
en neuropsychologie.

Centre de Rééducation Bouffard-Vercelli,  
Cerbère (66)

[vbourratsalducci@yahoo.fr](mailto:vbourratsalducci@yahoo.fr)

### Mots-clés

- Recommandation de bonne pratique
- Conduite automobile
- Lésion cérébrale
- Évaluation neuropsychologique

### Résumé

La Haute Autorité de Santé a accordé en janvier 2016 son label à la recommandation de bonne pratique « Reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise non évolutive ». L'objectif principal de cette recommandation de bonne pratique est de définir comment repérer, évaluer et accompagner les personnes qui souhaitent reprendre la conduite automobile après un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire ou après une autre lésion cérébrale acquise non évolutive (anoxie cérébrale, encéphalite, méningo-encéphalite). Cet article présente le contexte et les grandes lignes de la recommandation, et s'attarde plus précisément sur le rôle du psychologue spécialisé en neuropsychologie dans l'évaluation des capacités requises pour la reprise de la conduite automobile. Il ouvre également une réflexion sur les perspectives pour notre profession.

### Conflits d'intérêts

L'auteur a fait partie du groupe de travail ayant participé à l'élaboration de cette recommandation de bonne pratique

### Pour citer cet article

Bourrat-Salducci, V. (2018). « Reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise non évolutive » : une recommandation de bonne pratique labellisée par la Haute Autorité de Santé en janvier 2016. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 5, 37-43.



*La réglementation française impose à tout titulaire d'un permis B de faire contrôler son aptitude médicale à la conduite, dès lors qu'une ou plusieurs fonctions nécessaires à cette activité sont touchées.*



## INTRODUCTION

En France, près de 300 000 personnes par an sont nouvellement victimes de lésions cérébrales acquises non évolutives : traumatisme crânien (TC), accident vasculaire cérébral (AVC) et autres lésions cérébrales acquises non évolutives (encéphalite, anoxie cérébrale, méningo-encéphalite).

La réglementation française impose à tout titulaire d'un permis B de faire contrôler son aptitude médicale à la conduite, dès lors qu'une ou plusieurs fonctions nécessaires à cette activité sont touchées. Ce contrôle est réalisé par un médecin agréé par la préfecture, seul habilité à donner un avis d'aptitude qui est ensuite transmis au préfet pour décision.

Les textes réglementaires imposent l'obligation d'un contrôle médical après un AVC. Ils ne l'imposent aux TC et autres lésions cérébrales acquises non évolutives que dans le cas d'un retentissement sur les fonctions nécessaires à l'activité de conduite.

Or, si une réglementation existe concernant l'aptitude médicale à la conduite automobile (1), elle ne décrit pas précisément les moyens et modalités d'évaluation nécessaires à l'élaboration d'une réponse adaptée à cette problématique de santé publique. Le rapport du groupe de travail relatif aux contre-indications médicales à la conduite automobile, conduit par le Pr Domont en 2003 (2), proposait que soient sollicitées les sociétés savantes de médecine afin qu'elles élaborent ensemble un « référentiel de pratique médicale spécifiquement ciblé sur les modalités de gestion médicale des capacités/incapacités à la conduite ».

Co-promu par l'association Comète France, le Conseil national professionnel – Fédération française de médecine physique et de réadaptation (CNP – Fedmer), la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer) et l'Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (Ifsttar), c'est ce travail qui a été réalisé durant plus de deux ans et a permis d'aboutir à la recommandation de

bonne pratique « reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise non évolutive ».

Cette recommandation définit, pour les personnes victimes de lésions cérébrales acquises non évolutives qui souhaitent continuer à conduire, et au regard des impératifs réglementaires en lien avec l'aptitude médicale à la conduite automobile :

- les modalités de repérage ;
- les modalités d'évaluation ;
- l'accompagnement à mettre en place tout au long du parcours de soins.

Elle a reçu en janvier 2016 le label de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce label signifie que les recommandations ont été élaborées selon les procédures et règles méthodologiques préconisées par la HAS.

Cette recommandation permet de préciser les pratiques à mettre en œuvre tout au long du parcours du patient par les équipes effectuant le diagnostic et le suivi médical, ainsi que les évaluations spécialisées par une équipe pluridisciplinaire, dont la mise en situation sur route. Elle spécifie également que le médecin agréé, lorsque son avis est requis par la réglementation française, doit disposer de ces évaluations spécialisées.

Le texte de cette recommandation ainsi que la synthèse et l'argumentaire scientifique sont disponibles auprès des sociétés promotrices : l'association Comète, la Sofmer, le CNP – Fedmer, le laboratoire de Psychologie des comportements et des mobilités de l'Ifsttar. Cet article présente le contexte et les grandes lignes de la recommandation, et s'attarde plus précisément sur le rôle du psychologue spécialisé en neuropsychologie dans l'évaluation des capacités requises pour la reprise de la conduite automobile. Il ouvre également une réflexion sur les perspectives pour notre profession.

## CONTENU DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

La recommandation définit notamment ce que doit être l'évaluation pluri-professionnelle des capacités de conduite, qui comprend une évaluation approfondie médicale, fonctionnelle et cognitive (si jugée nécessaire après l'étape de repérage) ainsi qu'une évaluation en situation des capacités de conduite sur route. Elle en précise les modalités et les délais. Elle s'attache également à l'accompa-

gnement de la personne présentant une lésion cérébrale acquise non évolutive.

Cette évaluation pluriprofessionnelle concerne de manière systématique les personnes ayant subi une lésion cérébrale modérée à sévère. En cas de lésion dite « mineure », elle ne s'impose qu'en présence de séquelles cognitives repérées lors de la consultation médicale. La recommandation précise en outre les modalités de cette consultation médicale de repérage : « il s'agira d'effectuer un entretien, de préférence en présence d'un proche, orienté sur les fonctions cognitives à partir de situations de vie quotidienne ». En l'état actuel des connaissances, aucun outil spécifique n'a pu être recommandé. Cependant, après analyse des différents outils disponibles, « la Montreal Cognitive Assessment (MoCA), semble la plus adaptée pour une évaluation rapide et globale des fonctions cognitives utiles à la conduite automobile ».



*La recommandation définit notamment ce que doit être l'évaluation pluri-professionnelle des capacités de conduite, qui comprend une évaluation approfondie médicale, fonctionnelle et cognitive (si jugée nécessaire après l'étape de repérage) ainsi qu'une évaluation en situation des capacités de conduite sur route.*

Enfin, la recommandation de bonne pratique définit quels sont les professionnels requis pour réaliser cette évaluation :

- « un médecin, qui réalise l'évaluation clinique initiale, participe à la définition des aménagements du poste de conduite si nécessaire et participe à la synthèse pluridisciplinaire de restitution ;
- un(e) ergothérapeute, qui réalise l'évaluation fonctionnelle initiale, participe à la définition des aménagements du poste de conduite si nécessaire, est présent(e) lors de l'évaluation en situation de conduite sur route et participe à la synthèse pluridisciplinaire de restitution ;
- un(e) psychologue spécialisé(e) en neuropsychologie, qui évalue les fonctions cognitives mises en jeu lors de l'activité de conduite automobile, participe éventuellement à la définition des aménagements du poste de conduite si nécessaire ainsi qu'à

l'évaluation en situation de conduite sur route, et participe à la synthèse pluridisciplinaire de restitution ;

- enfin, un(e) enseignant(e) de la conduite qui réalise l'évaluation sur route et en garantit la sécurité, participe à la définition des aménagements du poste de conduite si nécessaire et participe à la synthèse pluridisciplinaire de restitution. Précisons qu'à ce jour les éléments de la littérature ne permettent pas de considérer que l'utilisation d'un simulateur de conduite puisse remplacer ou même précéder utilement cette mise en situation. »

Par ailleurs, le texte insiste également sur l'accompagnement psychologique du patient à toutes les étapes du processus.

## LE RÔLE DU PSYCHOLOGUE SPÉCIALISÉ EN NEUROPSYCHOLOGIE

En cas de séquelles cognitives repérées après lésion cérébrale acquise non évolutive avec séquelles globales mineures, ou pour toute lésion cérébrale modérée à sévère, un(e) psychologue spécialisé(e) en neuropsychologie devra donc intervenir pour l'évaluation cognitive.

Pour réaliser cette évaluation, aucun test ou batterie de tests spécifique ne peut être recommandé(e), en particulier en raison de la diversité des outils utilisés, de leur disponibilité et de leur corrélation imparfaite avec les capacités de conduite sur route.

Cependant, il est clairement recommandé d'utiliser des outils validés et normés pour la population concernée. De plus, l'analyse de la littérature incite à privilégier certains outils, considérés comme pouvant être utiles à l'évaluation des capacités cognitives requises pour la conduite automobile :

- des outils informatisés tels que la TAP (en particulier les subtests d'attention divisée, d'alerte phasique, de champ visuel, de balayage visuel et de Go/No go) ;
- des épreuves papier-crayon telles que le D2 (D2-R maintenant disponible), le TMT-A et B, le Stroop, la figure de Rey, le Benton VRT, etc.

Au-delà des outils à utiliser, la recommandation insiste sur l'importance de réaliser l'évaluation

neuropsychologique à partir de tests permettant d'explorer l'ensemble des fonctions cognitives nécessaires à la conduite, à savoir :

- « les fonctions attentionnelles, dans toutes leurs dimensions: temps de réaction simples et complexes, attention soutenue, attention sélective, attention divisée et attention visuo-spatiale ;
- les fonctions visuo-spatiales, avec une vigilance particulière pour le dépistage de la négligence spatiale unilatérale, considérée comme une contre-indication à la conduite (ce qui n'était pas le cas dans les textes législatifs) ;
- la vitesse de traitement de l'information et la résistance à la fatigue cognitive ;
- les fonctions exécutives : anticipation, planification, flexibilité, inhibition, mémoire de travail ;
- le raisonnement logique ;
- le langage dans sa composante lecture (chiffres, lettres) ;
- les fonctions mnésiques ».

Enfin, il est précisé que « la conscience des troubles, le contrôle des émotions, les comportements de prise de risque et d'adaptation à l'environnement doivent faire l'objet d'une attention particulière. Pour évaluer la conscience des difficultés rencontrées, il n'existe à ce jour aucun outil validé. Il est cependant recommandé de comparer l'auto-évaluation de la personne à l'issue de l'évaluation sur route à l'évaluation réalisée par les professionnels présents lors de celle-ci ».

À l'issue de l'évaluation cognitive, le/la neuropsychologue sera donc en mesure d'émettre un avis sur la faisabilité de la mise en situation sur route, mais également de préconiser certains aménagements du poste de conduite (boîte automatique pour limiter la charge cognitive par exemple).

Toutefois, son rôle ne s'arrête pas là. En effet, l'évaluation neuropsychologique va concourir à la compréhension des éventuelles difficultés rencontrées lors de l'évaluation sur route. Il s'agira alors d'apporter les éléments utiles à la mise en œuvre d'un programme individualisé de réentraînement.

Enfin, à l'issue du processus d'évaluation, le/la neuropsychologue participe à la synthèse des évaluations pluriprofessionnelles avec la personne et de préférence en présence d'un proche. Les objec-

tifs de cette restitution sont d'informer la personne sur les éléments favorables ou défavorables au projet de reprise de la conduite ainsi que sur les éléments utiles à la poursuite de sa prise en charge.

## CONCLUSION

Cette recommandation de bonne pratique représente un référentiel opposable et très attendu dans le cadre de la reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise. Outre le rôle important qu'elle accorde aux psychologues spécialisés en neuropsychologie, elle ouvre également de nombreuses perspectives pour notre profession.

Elle montre en effet qu'il est nécessaire d'encourager la réalisation de nouvelles études et de travaux de recherche, destinés par exemple à définir les meilleurs outils d'évaluation et de rééducation de la conscience des troubles, ou encore de mener des études multicentriques permettant d'avoir des cohortes plus importantes pour définir et comparer la valeur prédictive de batteries de tests cognitifs. De tels projets amèneraient une harmonisation – nécessaire – des pratiques d'évaluation des capacités de conduite automobile.



*Cette recommandation de bonne pratique représente un référentiel opposable et très attendu dans le cadre de la reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise. Outre le rôle important qu'elle accorde aux psychologues spécialisés en neuropsychologie, elle ouvre également de nombreuses perspectives pour notre profession.*



Par ailleurs, peu de structures proposent à ce jour des évaluations pluriprofessionnelles des capacités de conduite automobile, telles que définies dans la recommandation. Les délais d'accès à ces évaluations sont souvent très longs (parfois quatre à six mois après la demande), considérés comme « trop longs » au regard de l'importance de cette activité pour les personnes cérébrolésées. Il semble donc qu'une réflexion plus globale sur l'organisation de l'offre de soin (matérielle et humaine) sur le territoire national soit nécessaire afin d'éviter des inégalités d'accès à ces évaluations et donc des inégalités de chance de réinsertion sociale et/ou



professionnelle. En effet, l'objectif de ces recommandations de bonne pratique étant d'améliorer le repérage des personnes à risque et de leur proposer une évaluation, le nombre d'évaluations à réaliser devrait augmenter et les délais s'allonger.

La recommandation évoque donc, en perspective, la mise en place d'un système de labellisation des structures réalisant ces évaluations pluriprofes-

sionnelles des capacités de conduite automobile. Ceci permettrait d'assurer une homogénéisation des pratiques et serait un gage de qualité quant aux procédures mises en place pour les personnes cérébrolésées. La formation de professionnels et le développement d'une norme NF pourrait être un moyen de répondre à cette exigence.

## Références

Arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. (2015). *JORF n° 0301*, 29 décembre 2015, page 24474, texte n° 54

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. (2003). *Rapport du groupe de travail relatif aux contre-indications médicales à la conduite automobile*. Repéré à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000450.pdf>

### Sites des promoteurs où trouver les recommandations, la synthèse et l'argumentaire scientifique

<http://www.cometefrance.com/>

<http://www.sofmer.com/>

<http://www.ifsttar.fr/>

<https://sites.google.com/site/cnpdempr/>

# L'interprétation des scores en neuropsychologie : la tour de Babel ?



**Pierre LECLEF**

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, Cabinet de Neuropsychologie de Nevers (58)



**Amélie PONCHEL**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie et docteur en psychologie.

Unité de NeuroPsychiatrie Comportementale, Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris (75).  
Vice-présidente et membre du conseil d'administration de l'OFPN



**Sophie CHANCENOTTE**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, CRTLA et pédopsychiatrie CHU Dijon, activité libérale (21)



**Sandra MAREY**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, activité libérale et CHU Hôpital d'Enfants Pédiatrie, Dijon (21)



**Mathilde MUNEUX**

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, activité libérale et ADAPEI (04)

[mathildemuneux@gmail.com](mailto:mathildemuneux@gmail.com)

### Mots-clés

- Neuropsychologie clinique
- Psychométrie
- Statistiques
- Enquête nationale

### Résumé

Pour répondre au plus juste à la plainte du patient, l'évaluation neuropsychologique prend une importance croissante, que ce soit dans le domaine sanitaire, médico-social ou libéral. Pour être rigoureuse et objective, cette évaluation nécessite l'utilisation de tests standardisés. Cependant, il existe un nombre important de tests dont le choix varie en fonction de la population, des processus cognitifs ciblés, de la pathologie concernée et des étalonnages (i.e., transformations des scores bruts en notes étalonnées). Cette diversité pose la question de l'homogénéité de l'interprétation des résultats aux tests au sein de la profession. Dresser un état des lieux de ces pratiques est donc l'objectif de cet article. Cette démarche s'appuie sur une enquête menée à l'échelle nationale grâce au soutien de l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN). Les résultats montrent une hétérogénéité importante dans l'interprétation des données psychométriques en fonction du secteur d'intervention du psychologue (type de structure, type de population rencontrée) et du nombre d'années d'exercice. Cet article se propose alors de discuter non seulement des conséquences de cette hétérogénéité sur les réponses apportées au patient mais aussi des actions à mener pour la promotion d'une pratique consensuelle, scientifique et rigoureuse de la psychométrie en neuropsychologie clinique.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent un conflit d'intérêt : deux auteurs sont membres du conseil d'administration et du bureau de l'OFPN.

L'évaluation du comportement est une pratique incontournable pour le psychologue spécialisé en neuropsychologie. Pour évaluer ce comportement et le mettre en lien avec la plainte du patient, le professionnel s'appuie sur les éléments anamnestiques et les observations réalisées lors d'entretiens cliniques. Ces informations recueillies à travers le regard du praticien sont indispensables mais leur caractère subjectif les rend insuffisantes. En effet, le psychologue spécialisé en neuropsychologie doit mesurer de manière la plus objective possible plusieurs aspects du comportement du patient. L'utilisation de tests standardisés est un moyen rigoureux d'obtenir ces informations objectives. Ils donnent une mesure de l'importance et de la fréquence d'occurrence du comportement du patient (c'est-à-dire, score brut) en réponse à un stimulus (c'est-à-dire, une situation expérimentale). Cette démarche permet alors de situer objectivement ce comportement dans un groupe de référence (c'est-à-dire, échantillon de référence).

Il existe un nombre important de tests dont le choix varie en fonction de la population (par exemple, enfants, adultes, personnes âgées), des processus cognitifs ciblés (par exemple, mémoire, attention, planification) et de la pathologie concernée (par exemple, TDAH, troubles du spectre autistique, démence de type Alzheimer). La manière dont les scores bruts sont transformés en notes étalonnées différencie également les tests entre eux. Dans la pratique, il semblerait que les psychologues spécialisés en neuropsychologie aient tendance à préférer des tests où la distribution des scores est en accord avec la loi normale (**Encadré 1**). Dans ce cas, la majorité des scores se situe de part et d'autre de la moyenne (par exemple, 68 % des scores sont à  $\pm 1$  écart-type<sup>1</sup>  $\sigma$  de la moyenne  $\mu$ ).

1. Rappelons que l'écart-type est la racine carrée de la variance, calculé à partir de la somme des écarts à la moyenne divisé par le nombre de personnes présentes dans l'échantillon de référence.

## Pour citer cet article

Leclef, P., Ponchel, A., Chancenotte, S., Marey, S., Muneaux, M. (2018). L'interprétation des scores en neuropsychologie : la tour de Babel?. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 5, 42-56.

Le praticien peut alors tester l'hypothèse selon laquelle le score d'une personne dans un test donné ne dévie pas des scores auxquels on peut s'attendre chez des personnes exemptes de troubles neuropsychologiques (Jonin, 2013). Les tests les plus diffusés sont issus des batteries Wechsler (WAIS – Wechsler Adult Intelligence Scale; WISC – Wechsler Intelligence Scale for Children; WPPSI – Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence; Wechsler, 2011; Wechsler, 2005; Wechsler, 2014), du KABC II (*Kaufman Assessment Battery for Children*, Kaufman, 2004), de la NEPSY II (Korkman, Kemp & Kirk, 2012), de la MEM (Échelle Clinique de Mémoire de Wechsler, Wechsler, 2001) et de la CMS (*Children's Memory Scale*, Cohen, 2001). Cependant, même si ces tests reposent sur la même conception statistique de la loi normale, différentes transformations vont être appliquées pour transformer les scores bruts (par exemple, nombre de réponses correctes) en notes étalonnées. Quatre types de scores étalonnés sont majoritairement utilisés (Laveault & Grégoire, 2002) : (1) les notes standard, (2) les notes composites, (3) les rangs percentiles (ou rangs centiles) et (4) les scores T.

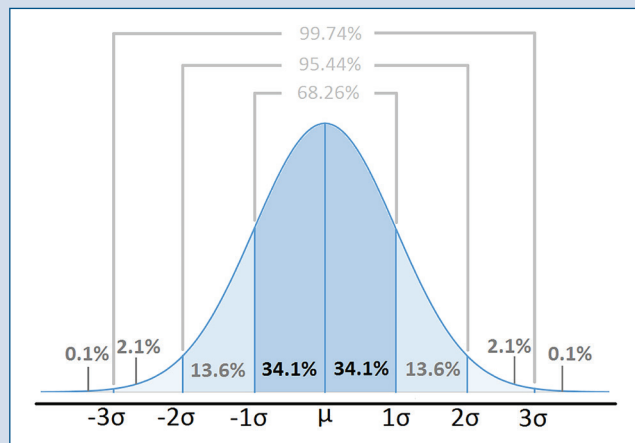
(1) **Les notes standard** reposent sur une transformation en échelle normalisée. Celle-ci consiste à convertir les scores bruts ne se distribuant pas normalement en scores étalonnés, dont la distribution s'appuie sur les caractéristiques de la courbe gaussienne. Dans les tests cités précédemment, la moyenne est alors de 10 et l'écart-type de 3.

(2) **Les notes composites** reposent sur une transformation de la somme de notes déjà étalonnées (par exemple, les notes standard) en une note unique, intégrant plusieurs notes étalonnées et dont la distribution est normale. Dans les tests cités précédemment, la moyenne est alors de 100 et l'écart-type est de 15. Cette transformation en notes composites est notamment utilisée pour l'expression du Quotient Intellectuel (échelles de Wechsler).

ENCADRÉ 1. La loi normale

Il est postulé que si l'on mesure un même comportement chez plusieurs personnes, les scores observés ne sont pas identiques. Ceux-ci diffèrent légèrement les uns des autres, traduisant la présence d'erreurs de mesure. En alignant la fréquence des scores obtenus, une distribution en forme de cloche apparaît (**Figure A**). Cette distribution des scores est également appelée loi gaussienne, loi de Gauss ou loi de Laplace-Gauss des noms de Laplace (1749-1827) et Gauss (1777-1855), deux mathématiciens, astronomes et physiciens qui étudiaient initialement les variations de luminosité des étoiles.

Figure A. Représentation de la distribution normale.



$\mu$  = moyenne de la population ;  $\sigma$  = écart-type de la population.

(3) **Les rangs percentiles** indiquent la proportion (c'est-à-dire, le pourcentage) de scores bruts qui sont égaux ou inférieurs au score observé. Dans ce cas, le praticien ne s'appuie ni sur la moyenne ni sur l'écart-type, mais prend directement en compte le pourcentage correspondant à la note observée.

(4) **La transformation en score T** est plus contraignante que les 3 transformations précédentes, puisqu'elle nécessite que les scores bruts se distribuent normalement. Pour cette transformation, une première étape consiste à calculer le score z pour chaque note brute. Le score z exprime, en nombre d'écarts-types, l'écart de la note brute par rapport à la moyenne. La note T est ensuite calculée en multipliant ce score z par 10 et en y ajoutant 50. La moyenne est alors de 50 et l'écart-type de 10.

Une évaluation neuropsychologique implique nécessairement le recours à plusieurs tests, eux-mêmes issus de batteries distinctes, pouvant utiliser des scores transformés différents. La diversité des

scores étalonnés utilisables en clinique pose la question de l'homogénéité des interprétations de ces scores au sein de la profession. À notre connaissance, seul un nombre réduit de travaux (Bowman, 2002 ; Guilmette, Hagan & Giuliano, 2008) s'est intéressé à cette problématique d'interprétation des scores transformés. L'étude de Bowman (2002) montre une hétérogénéité dans l'interprétation de ces scores transformés. Cependant, seule l'interprétation des rangs percentiles était analysée, chez 50 étudiants universitaires en 3<sup>e</sup> année de psychologie. Les travaux de Guilmette et collaborateurs (2008) pointent également des variations de cet ordre chez 110 psychologues spécialisés en neuropsychologie américains ; cette étude se limite quant à elle à l'interprétation de notes composites selon la classification de Wechsler (2005).

En France, une forte augmentation du nombre des formations initiales en neuropsychologie et des professionnels diplômés est constatée ces 25 dernières années (Cazin, 2013). De plus, l'évaluation neuropsychologique prend une importance croissante, que ce soit dans le domaine sanitaire, médi-

co-social ou libéral. Dans cette perspective, dresser un état des lieux des pratiques relatives à l'interprétation des scores aux tests par les psychologues spécialisés en neuropsychologie nous apparaît indispensable. C'est l'objectif de cet article qui exploite une partie des résultats d'une enquête menée à l'échelle nationale grâce au soutien de l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN).

Dans un premier temps, nous exposerons la méthodologie utilisée pour construire cette enquête et en recueillir les données. Nous présenterons ensuite les analyses des résultats au regard de la population d'exercice (c'est-à-dire., secteur enfance/adolescence, secteur adulte, tous secteurs confondus) et du nombre d'années de pratique. Ces facteurs ont, a fortiori, un impact sur la pratique des psychologues spécialisés en neuropsychologie, puisqu'ils déterminent en partie le choix des tests habituellement utilisés et l'expérience clinique en psychométrie. Enfin, nous discuterons des implications possibles de cet état des lieux pour la promotion d'une pratique consensuelle, scientifique et rigoureuse de la psychométrie en neuropsychologie clinique.

## MÉTHODOLOGIE

### PARTICIPANTS

547 psychologues spécialisés en neuropsychologie ont participé à cette enquête. La diffusion du questionnaire a été réalisée en sollicitant l'OFPN (forum, mailing-list, lettre d'informations, Facebook) ainsi que l'ensemble des associations et regroupements locaux et régionaux recensés en 2015 par l'OFPN (Neuropsych77, ANC, NeuroPsy-PACA, CBPNM, NPdC, NeuroPsy 26-07, GNCE, ANCA, APNB, NEO, ANEPSYA, NeuropsychRhone, psyNmip, PMPN, ANFC, APCN47, APNG, A2PSN, Regroupement Isère, CPCN IdF, APN74, CPCN Atlantique, Regroupement des neuropsychologues de CM de l'Essonne). Le questionnaire de l'enquête (38 questions pouvant être réalisées en 30 minutes) a été rendu accessible durant 1 mois (du 23 janvier 2015 au 24 février 2015).

### ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

L'enquête, anonyme, s'adressait aux psychologues spécialisés en neuropsychologie en exercice

ou ayant exercé durant les trois dernières années. Sa diffusion a été faite par Internet, à l'aide de l'outil Google Forms®. Selon les questions (essentiellement formulées sous forme de questions à choix multiples, QCM, voir en **Annexe**), des champs de réponses optionnelles ont été prévus pour que les participants puissent apporter des remarques ou précisions par rapport à leurs réponses. Le remplissage de l'intégralité des QCM était obligatoire pour valider le questionnaire, afin de minimiser le nombre de données manquantes.

Préalablement à l'enquête proprement dite, un pré-test a été réalisé auprès d'un échantillon de huit psychologues spécialisés en neuropsychologie. La sélection de ces professionnels a été réalisée sur la base du volontariat, parmi les adhérents de l'OFPN. Ils ont été choisis sur la base de la diversité de leur profil (population rencontrée, structure sanitaire ou médico-sociale). Le pré-test a permis d'affiner la formulation de certaines questions et comprenait un recueil de critiques formulées par les différents participants.

Le questionnaire était organisé en trois parties.

**La première partie** (6 questions) concernait le profil professionnel général du participant : caractéristiques générales et particulières du lieu d'exercice (travail libéral ou salarié ; type de structure si travail salarié), âge, genre, population rencontrée (**Annexe, question 1**), nombre d'années de pratique (**Annexe, question 2**).

**La deuxième partie** (32 questions) ciblait les habitudes des psychologues spécialisés en neuropsychologie dans la pratique de la psychométrie. Elle était composée de deux ensembles de questions :

(1) *Le premier ensemble* comportait deux items sous forme de QCM, le reste étant sous forme de questions ouvertes. Il avait pour but d'évaluer (1) l'utilisation potentielle de synonymes pour désigner une même performance et (2) l'emploi ou non d'une explication des scores rapportés dans les comptes rendus.

(2) *Le second ensemble* comportait uniquement des QCM. Il avait pour objectif d'observer si une même performance pouvait être perçue comme différente d'un professionnel à un autre. Dans ces questions, il était demandé aux participants de catégoriser plusieurs types de notes étalonnées en trois grandes plages de performances : « dans la norme », « faible », « sous la norme ». Pour chacune des questions,



une option « Je ne sais pas » était disponible. Les types d'écart-types sélectionnés étaient ceux qui sont les plus souvent utilisés dans les tests francophones (Annexe, questions 6, 7, 8, 9) :

- **notes standard**, avec une moyenne de 10 et un écart-type de 3, un commentaire précisant ces informations accompagnait le QCM concernant ces notes standard ;
- **notes composites**, avec une moyenne de 100 et un écart-type de 15, un commentaire précisant ces informations accompagnait le QCM concernant ces notes composites ;
- **rangs percentiles**, on soulignera que dans la langue française, le terme exact est celui de « centile » ou de « rang centile ». Toutefois, l'anglicisme « percentile » est majoritairement utilisé dans la pratique clinique. À titre d'exemple, ce terme est utilisé dans de nombreux manuels de tests pourtant rédigés en français, à l'image de la Children's Memory Scale (Cohen, 2001) ou du WISC (Weschler, 2005). L'utilisation du terme « percentile » a donc été préférée pour que le questionnaire soit au plus près la pratique clinique habituelle des psychologues spécialisés en neuropsychologie ;
- **scores T**, avec une moyenne de 50 et un écart-type de 10.

Le choix des scores pour chaque note étalon-  
née a été fait afin d'obtenir des positions sembla-  
bles sur la courbe de Gauss (Encadré 2).

La dernière partie du questionnaire (13 ques-  
tions) demandait aux participants des informations  
sur la place qu'ils donnaient habituellement aux  
scores dans leurs comptes rendus. Le présent tra-  
vail a uniquement ciblé les deux premières parties  
du questionnaire, développées plus haut (profil des  
participants et interprétation des données psycho-  
métriques).

## RÉSULTATS

L'analyse des réponses des 547 participants a  
été réalisée en prenant en compte le type de popu-  
lation avec laquelle le psychologue spécialisé en  
neuropsychologie exerce (Annexe, question 1) et  
ses années d'expérience (Annexe, question 2).

Pour le type de population, trois classes de ré-  
ponses ont été constituées :

- celles fournies par les psychologues travail-  
lant uniquement avec une population d'adult-  
tes (A ■) ;
- celles fournies par les psychologues exer-  
çant auprès d'une population d'enfants et  
d'adolescents uniquement (E ■) ;

### ENCADRÉ 2. Positions semblables sur la courbe de Gauss

Le choix des scores pour chaque note étalon-  
née a été fait afin d'obtenir des positions sembla-  
bles sur la courbe de Gauss. Les classes constituées comprennent ainsi des notes étalon-  
nées représen-  
tant des positions voisines sur la courbe. Toutefois, il faut prendre en compte la variation du nombre  
de positions possibles sur la courbe de Gauss selon l'écart-type considéré. Ainsi, l'écart-type en  
notes standard permet de représenter une performance selon 19 positions possibles (de NS1 à NS19),  
tandis que les notes composites en offrent 120 (de NC40 à NC160) et les percentiles 100 (de C1  
à C100). De plus, l'écart entre les percentiles n'est pas équivalent, au contraire des notes standard  
et des notes composites. Le tableau A illustre les variations des écart-types à l'intérieur d'une même  
classe.

Tableau A.

Centiles	Notes composites	Score Z	Notes standard
P14	NC84	-1,07	NS6
P13	NC83	-1,13	NS6
P12	NC82	-1,2	NS6
P11	NC81	-1,27	NS6
P9	NC80	-1,33	NS6

- celles fournies par les psychologues pratiquant auprès d'enfants/adolescents et d'adultes (D ■).

Cette répartition met en évidence que les psychologues spécialisés en neuropsychologie exerçaient majoritairement en secteur adulte (66 %) comme l'indique la **figure 1a**. Pour la durée d'expérience, quatre classes de réponses ont été constituées :

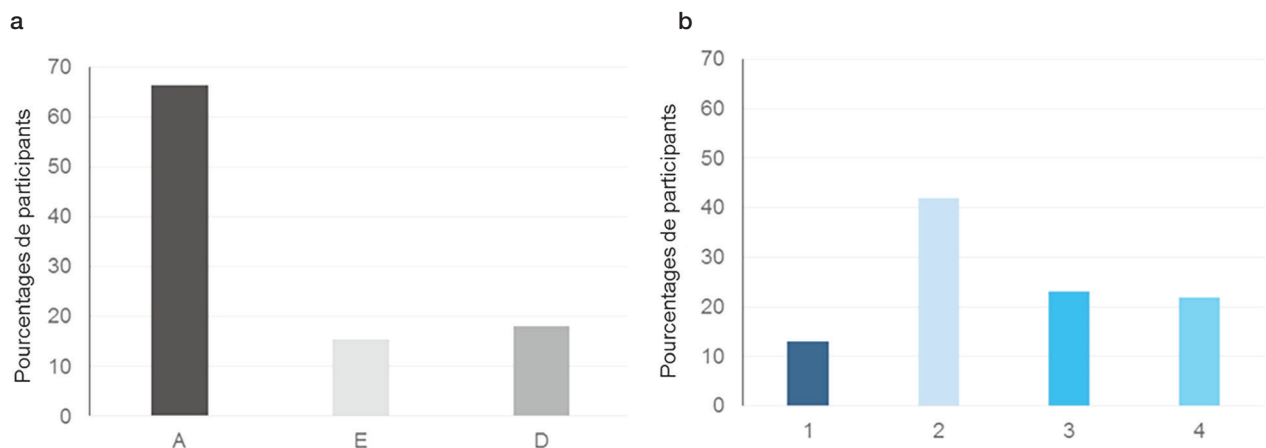
- celles fournies par les psychologues ayant une expérience inférieure ou égale à 1 an (1 ■),
- celles fournies par les psychologues ayant une expérience comprise entre 2 et 5 ans (2 ■),
- celles fournies par les psychologues ayant une expérience comprise entre 6 et 9 ans (3 ■) et
- celles fournies par les psychologues ayant une expérience supérieure ou égale à 10 ans (4 ■).

Cette répartition permet de constater que la majorité des participants exerçaient depuis moins de 5 ans (55 %), comme l'indique la **figure 1b**. Afin d'examiner l'influence du type de population et de la durée d'expérience, des analyses statistiques inférentielles de khi-2 ont été réalisées.

## QUAND LES PSYCHOLOGUES METTENT DES MOTS SUR DES CHIFFRES

Le traitement des résultats a consisté en premier lieu à considérer la pratique des psychologues spécialisés en neuropsychologie quant à l'emploi (1) d'interprétations des données chiffrées dans leurs écrits et (2) de clés de compréhension de celles-ci. Ces deux notions sont opérationnalisées en termes d'**interprétation** des scores (**Annexe, question 3**), d'**explication** de la catégorisation des performances (**Annexe, question 4**) et d'utilisation de **synonymes** (**Annexe, question 5**).

80 % des professionnels donnent une interprétation des scores dans leurs comptes rendus, quand 41 % en fournissent une explication. En outre, 82 % utilisent des synonymes pour qualifier ces interprétations. Les pourcentages d'interprétations, d'explications et d'utilisation de synonymes dans les comptes rendus ne semblent pas être influencés ni par la population que le psychologue côtoie (respectivement,  $\chi^2 [ddl = 2] = 4,55, p > .10$ ,  $\chi^2 [ddl = 2] = 5,99, p > .10$ ;  $\chi^2 [ddl = 2] = 2,07, p > .10$ ), ni par son expérience (respectivement,  $\chi^2 [ddl = 3] = 2,91, p > .10$ ,  $\chi^2 [ddl = 3] = 4,9, p > .10$ ;  $\chi^2 [ddl = 3] = 1,33, p > .10$ ) (**Figures 2a et 2b**).



**Figure 1. Pourcentage de psychologues ayant participé à l'enquête en fonction de la population avec laquelle ils travaillent (1a) ou de ses années d'expérience (1b).**

**A**, psychologues exerçant auprès d'une population d'adultes; **E**, psychologues exerçant auprès d'une population d'enfants et d'adolescents; **D**, psychologues exerçant auprès de tout type de population.

**1**, psychologues ayant une expérience inférieure ou égale à 1 an; **2**, psychologues ayant entre 2 et 5 ans d'expérience; **3**, psychologues ayant entre 6 et 9 ans d'expérience et **4**, les psychologues ayant une expérience supérieure ou égale à 10 ans.

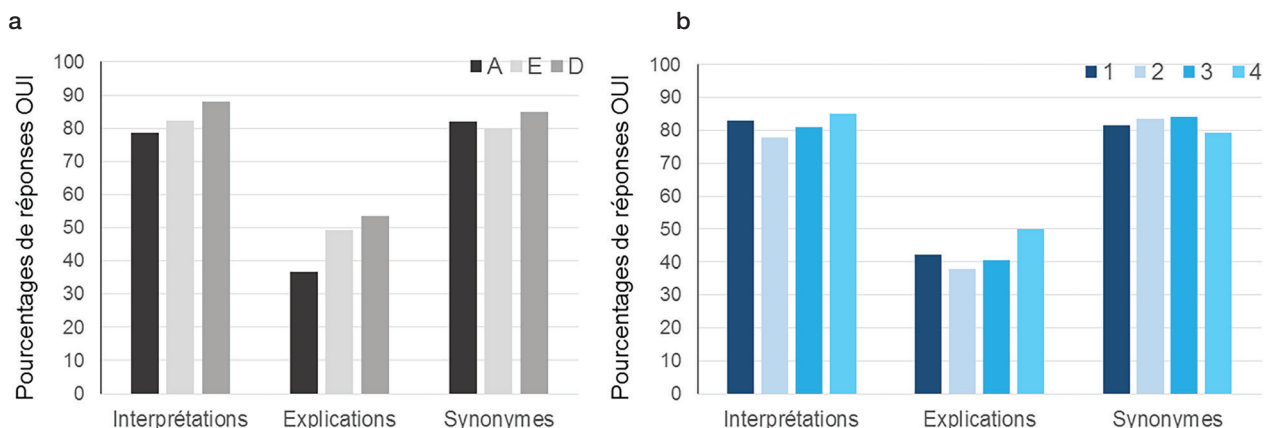


Figure 2. Pourcentages de réponses OUI aux questions n° 3, 4 et 5 du sondage en fonction de la population avec laquelle les psychologues exercent (2a) et de leur expérience (2b).

**A**, psychologues exerçant auprès d’une population d’adultes ; **E**, psychologues exerçant auprès d’une population d’enfants et d’adolescents ; **D**, psychologues exerçant auprès de tout type de population.

**1**, psychologues ayant une expérience inférieure ou égale à 1 an ; **2**, psychologues ayant entre 2 et 5 ans d’expérience ; **3**, psychologues ayant entre 6 et 9 ans d’expérience et **4**, les psychologues ayant une expérience supérieure ou égale à 10 ans.

### QUAND LES PSYCHOLOGUES DISENT NE PAS SAVOIR INTERPRÉTER LES SCORES AUX TESTS

Une deuxième étape de l’analyse des réponses a consisté à s’intéresser au taux de réponses « Je ne sais pas » dans l’interprétation des différents types de scores étalonnés. Pour ce faire, nous avons analysé les questions ciblant l’interprétation des notes étalonnées les plus couramment utilisées (c’est-à-dire, notes standard, notes composites, rangs percentiles et scores T) : « Comment interprétez-vous une note **s**tandard de... » (cf. **S**), « Comment interprétez-vous une note standard **c**omposite de... » (cf. **C**), « Comment interprétez-vous un **p**ercentile de... » (cf. **P**) et « Comment interprétez-vous une note **T** de... » (cf. **T**).

*On constate que plus de la moitié des participants déclarait ne pas savoir interpréter un score T (53 %) quelles que soient la population et la durée d'exercice. La méconnaissance de l'interprétation des autres notes étalonnées est plus faible, 5 % pour les notes standard et les rangs percentiles. Ces deux types de notes étalonnées semblent ainsi plus aisément interprétables, quelles que soient la population et la durée d'exercice.*

28 % des psychologues pratiquant en secteur adulte reconnaissent ne pas savoir interpréter des notes composites contre 3 % des psychologues exerçant dans le secteur enfant et adolescent. Les psychologues travaillant sur les deux secteurs sont 13 % à déclarer ne pas savoir interpréter une note composite. Aucun effet de la population d’exercice n’a été observé pour l’interprétation des notes standard, des rangs percentiles et des notes T (respectivement,  $\chi^2 [ddl = 2] = 5,21, p > .10$ ;  $\chi^2 [ddl = 2] = 2,15, p > .10$ ;  $\chi^2 [ddl = 2] = 0,08, p > .10$ ). Pour ces trois formats d’étalonnage, la population avec laquelle les psychologues exercent ne semble pas influencer leur méconnaissance de l’interprétation des scores aux tests. En revanche, on constate un effet significatif du type de population sur l’interprétation des notes composites ( $\chi^2 [ddl = 2] = 29,66, p > .05$ ).

Aucun effet de la durée d’expérience n’a été observé pour l’interprétation des notes standard, des notes composites, des rangs percentiles et des notes T (respectivement,  $\chi^2 [ddl = 3] = 1,83, p > .10$ ;  $\chi^2 [ddl = 3] = 1,21, p > .10$ ;  $\chi^2 [ddl = 2] = 3,11, p > .10$ ;  $\chi^2 [ddl = 2] = 1,39, p > .10$ ). Ainsi, quel que soit le format d’étalonnage, la méconnaissance de l’interprétation d’une note étalonnée ne semble pas être fonction de la durée d’exercice.

On constate que plus de la moitié des participants déclarait ne pas savoir interpréter un score T (53 %) quelles que soient la population et la durée

d'exercice. La méconnaissance de l'interprétation des autres notes étalonnées est plus faible, 5 % pour les notes standard et les rangs percentiles. Ces deux types de notes étalonnées semblent ainsi plus aisément interprétables, quelles que soient la population et la durée d'exercice. On note que 1 % des participants reconnaissent méconnaître l'interprétation d'une note étalonnée quel que soit son format. Les figures 3a et 3b montrent le pourcentage de réponses « je ne sais pas » aux questions 6, 7, 8 et 9 (Annexe).

### QUAND L'INTERPRÉTATION FOURNIE PAR LES PSYCHOLOGUES SPÉCIALISÉS EN NEUROPSYCHOLOGIE DÉPEND DU FORMAT D'ÉTALONNAGE

Pour cette dernière étape de l'analyse des résultats, nous avons cherché à savoir si le type d'étalonnage utilisé influençait l'interprétation que le psychologue pouvait en faire. Nous avons pour cela utilisé la classification décrite dans l'encadré 2 à partir des questions 6, 7, 8 et 9 (Annexe) : « Comment interprétez-vous une NS de.../une NC de.../un percentile.../une note T de... ».

Nous avons alors effectué quatre regroupements de réponses, comportant chacun des notes étalonnées appartenant à une classe commune,

située sur la même portion de la courbe de gauss (Encadré 2) :

- une classe où la note standard de 4, la note composite de 72 et le rang percentile de 3 se retrouvent (cf. **S4-C72-P3**) ;
- une classe comprenant la note standard de 6, la note composite de 82 et le rang percentile de 12 (cf. **S6-C82-P12**) ;
- une classe où la note standard de 9, la note composite de 95 et le rang percentile de 38 se retrouvent (cf. **S9-C95-P38**) ;
- une classe regroupant la note standard de 7, le rang percentile de 19 et le score T de 41 (cf. **S7-P19-T41**).

Nous avons ensuite comptabilisé le nombre de fois où ces notes étalonnées étaient interprétées de la même manière. Par exemple, pour la classe S4-C72-P3, nous avons comptabilisé le nombre de fois où une note standard de 4, une note composite de 72 et un rang percentile de 3 étaient interprétés identiquement, soit comme étant tous « dans la norme », tous « faible » ou tous « significativement sous la norme ». Autrement dit, nous avons évalué si des scores reflétant une position semblable sur la courbe de Gauss étaient effectivement interprétés comme tels chez les participants. Ensuite, le nombre d'interprétations identiques des trois notes éta-

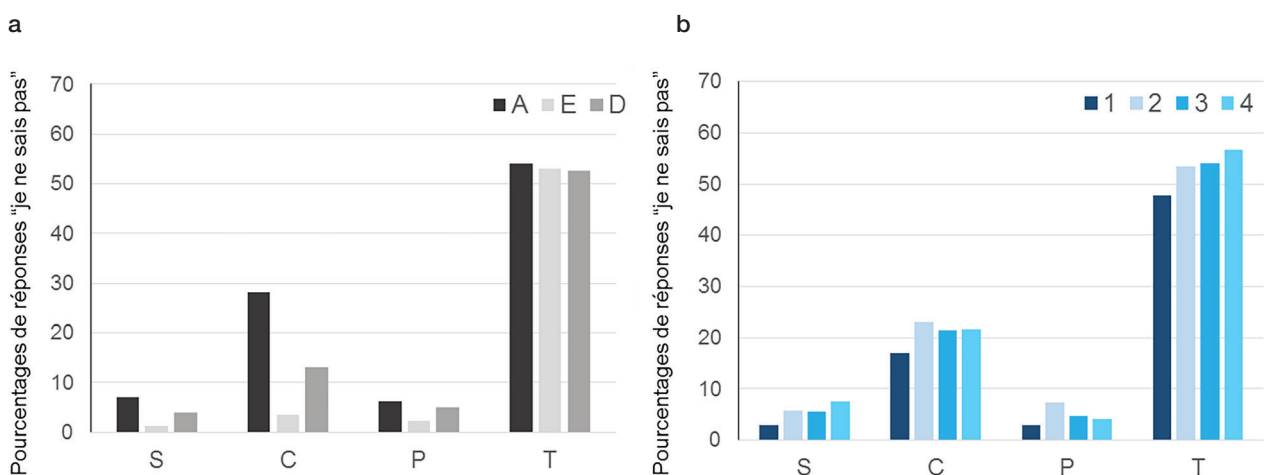
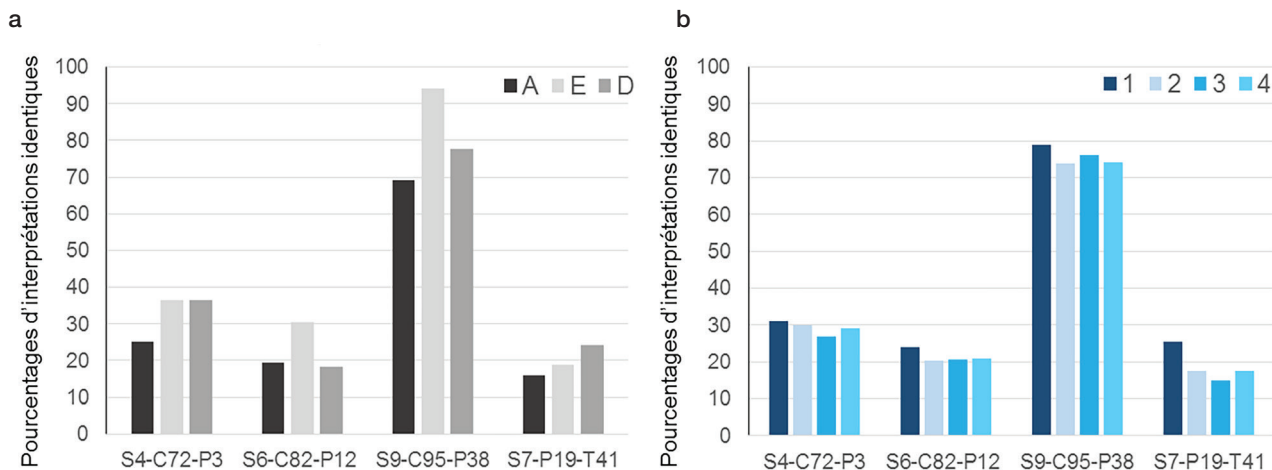


Figure 3. Pourcentages de réponses « Je ne sais pas » aux 4 questions du sondage portant sur l'interprétation d'une note étalonnée en fonction de la population avec laquelle le psychologue exerce (3a) et de son expérience (3b).

**A**, psychologues exerçant auprès d'une population d'adultes ; **E**, psychologues exerçant auprès d'une population d'enfants et d'adolescents ; **D**, psychologues exerçant auprès de tout type de population.

**1**, psychologues ayant une expérience inférieure ou égale à 1 an ; **2**, psychologues ayant entre 2 et 5 ans d'expérience ; **3**, psychologues ayant entre 6 et 9 ans d'expérience et **4**, les psychologues ayant une expérience supérieure ou égale à 10 ans.



**Figure 4. Pourcentages d'interprétations identiques quelle que soit la note étalonnée, en fonction de la population avec laquelle le psychologue exerce (4a) et de son expérience (4b).**

**A**, psychologues exerçant auprès d'une population d'adultes ; **E**, psychologues exerçant auprès d'une population d'enfants et d'adolescents ; **D**, psychologues exerçant auprès de tout type de population.

**1**, psychologues ayant une expérience inférieure ou égale à 1 an ; **2**, psychologues ayant entre 2 et 5 ans d'expérience ; **3**, psychologues ayant entre 6 et 9 ans d'expérience et **4**, les psychologues ayant une expérience supérieure ou égale à 10 ans.

lonnées (quelles soient « dans la norme », « faible » ou « significativement sous la norme ») a été totalisé et transformé en pourcentage par rapport au nombre total de participants. Les figures 4a et 4b rendent compte de ces résultats.

On constate que la majorité des participants (75 %) considèrent une note standard de 9, une note composite de 95 et un rang percentile de 38 comme appartenant à la même classe « dans la norme ».

Mais, pour les autres classes, on observe un changement de classification en fonction du format d'étalonnage. En effet, seulement 29 % des participants considèrent une note standard de 4, une note composite de 72 et un rang percentile de 3 comme appartenant à une même classe. Parmi eux, 94 % considèrent ces notes comme étant « significativement sous la norme ».

Seulement 21 % des participants considèrent une note standard de 6, une note composite de 82 et un rang percentile de 12 comme appartenant à

une même classe. 82 % d'entre eux les interprètent comme « faibles ». Seulement 17 % des participants considèrent une note standard de 7, un rang percentile de 19 et un score T de 41 comme appartenant à une même classe. 89 % d'entre eux interprètent ces notes comme « dans la norme ».

On observe un effet significatif du type de population avec laquelle le psychologue exerce pour les classes incluant des notes standard, des notes composites et des rangs percentiles (pour S4-C72-P3,  $\chi^2 [ddl = 2] = 9,89, p > .05$ ; pour S6-C82-P12,  $\chi^2 [ddl = 2] = 6,84, p > .05$ ; et S9-C95-P38,  $\chi^2 [ddl = 2] = 30,17, p > .05$ ). En effet, pour ces 3 classes (i.e., S4-C72-P3, S6-C82-P12 et S9-C95-P38), les participants exerçant en secteur adulte ont tendance à moins interpréter de la même manière des notes ayant un format d'étalonnage différent (respectivement, 25 %, 19 % et 65 %) que les participants exerçant en secteur enfant et adolescent (respectivement, 36 %, 30 % et 94 %) et ceux exerçant dans les deux secteurs (respectivement, 36 %, 18 % et 77 %). On ne retrouve pas d'influence de la population d'exercice lorsque les scores T sont pris en compte ( $\chi^2 [ddl = 2] = 4,72, p > .10$ ).

Enfin, le fait d'interpréter des scores équivalents de la même manière quel que soit le format d'étalonnage ne semble pas varier en fonction de l'expérience (pour S4-C72-P3,  $\chi^2 [ddl = 3] = 0,47, p > .10$ ;

*On observe un effet significatif du type de population avec laquelle le psychologue exerce pour les classes incluant des notes standard, des notes composites et des rangs percentiles.*



pour S6-C82-P12,  $\chi^2$  [ddl = 3] = 0,42,  $p > .10$ ; S9-C95-P38,  $\chi^2$  [ddl = 3] = 0,85,  $p > .10$  et S7-P19-T41,  $\chi^2$  [ddl = 3] = 3,41,  $p > .10$ ).



*On constate que la majorité des participants (75 %) considèrent une note standard de 9, une note composite de 95 et un rang percentile de 38 comme appartenant à la même classe "dans la norme". Par contre, pour les autres classes, on observe un changement de classification en fonction du format d'étalonnage.*



## DISCUSSION

L'objectif de cet article était de dresser un état des lieux des pratiques relatives à l'interprétation des scores aux tests par les psychologues spécialisés en neuropsychologie. Cette enquête met en lumière trois faiblesses dans les pratiques de la psychométrie : la variabilité des terminologies utilisées, la méconnaissance pour l'interprétation de certains scores et l'hétérogénéité des interprétations en fonction du type d'étalonnage.

## QUAND LES MOTS CHANGENT

Cette enquête révèle que la majorité des professionnels décrivent les données qu'ils recueillent à l'aide de termes précis dans leurs rapports. Cette tendance concerne quatre professionnels sur cinq, quels que soient la population rencontrée ou le nombre d'années d'expérience. En revanche, la plupart d'entre eux font varier ces termes au sein d'un même écrit en employant des synonymes. Ainsi, le sens d'un même mot peut varier au sein d'un même rapport. Son acception peut également être différente entre plusieurs professionnels.

Ces pratiques impactent fortement la compréhension des écrits professionnels. Elles questionnent la capacité même des psychologues spécialisés en neuropsychologie à échanger entre eux. Comment comprendre les écrits et les conclusions d'autres collègues quand leur langage diffère du nôtre ? Ces incohérences sont renforcées par le fait que plus de la moitié des professionnels ne fournissent pas dans leurs écrits une définition des termes ou de la classification utilisées pour décrire les performances mesurées aux tests.

Ces pratiques entraînent aussi un manque de clarté pour les lecteurs étrangers à l'interprétation des données issues des tests neuropsychologiques (par exemple, professionnels médicaux ou paramédicaux, structures sanitaires ou médico-sociales, Maison Départementale des Personnes Handicapées). Il nous semble indispensable d'insister sur cet aspect de la communication des psychologues à travers leurs écrits, ceux-ci s'adressant en priorité au patient, à son entourage ou à ses représentants légaux. La consultation en neuropsychologie est une situation particulière où le patient soumet une demande qui appelle une réponse éclairée de la part du professionnel. Le respect des possibilités d'information de la personne est de plus un des éléments centraux de la déontologie des psychologues : « Le psychologue présente ses conclusions de façon claire et compréhensible aux intéressés » (Article n° 16 du code de déontologie des psychologues<sup>2</sup>).



*Cette enquête met en lumière trois faiblesses dans les pratiques de la psychométrie : la variabilité des terminologies utilisées, la méconnaissance pour l'interprétation de certains scores et l'hétérogénéité des interprétations en fonction du type d'étalonnage.*



## QUAND LA PRATIQUE CLINIQUE NOUS ENSEIGNE L'INTERPRÉTATION DES SCORES

L'enquête montre que la connaissance des types d'étalonnage par les psychologues spécialisés en neuropsychologie est lacunaire. Par exemple, la majorité d'entre eux rapporte ne pas savoir interpréter un score T, quels que soit le lieu d'exercice et les années de pratique. En outre, le nombre de psychologues qui dit ne pas savoir interpréter un score à un test varie en fonction du type de note et de la population rencontrée.

Les tests utilisés par les professionnels s'appuient très peu sur des scores T (Colombo *et al.*, 2016). Interpréter ce type de note étalonnée n'est donc pas une pratique courante pour un professionnel. Les psychologues exerçant dans le secteur pédiatrique disent mieux maîtriser les notes composites que leurs pairs exerçant en secteur

2. [www.codededeontologiedespsychologues.fr](http://www.codededeontologiedespsychologues.fr)

adulte ou mixte. Ces résultats nous amènent à penser que la maîtrise de l'interprétation d'une note étalonnée pourrait être fonction de la pratique des tests.

Les notes composites, quant à elles, sont majoritairement utilisées dans le calcul du Quotient Intellectuel total à l'aide des échelles de Wechsler (WAIS, WISC, WPPSI, Wechsler, 2011 ; Wechsler, 2005 ; Wechsler, 2014). Dans le secteur adulte, l'estimation de l'efficacité intellectuelle est une information intéressante mais qui n'est pas jugée indispensable, les évaluations étant souvent organisées autour de nombreuses épreuves courtes et dont les normes sont souvent disparates. *A contrario*, avoir une mesure des capacités intellectuelles de l'enfant ou de l'adolescent est souvent nécessaire au cours de l'évaluation neuropsychologique. Par exemple, cette mesure permet d'aider au diagnostic (par exemple, un diagnostic de trouble spécifique des apprentissages exclut la présence d'une déficience intellectuelle, selon le DSM-5). Elle apporte des informations précieuses pour l'orientation des soins ou pour des aménagements pédagogiques spécifiques. En conséquence, il semblerait que la maîtrise de l'interprétation des scores étalonnés soit fonction des tests que le psychologue utilise habituellement.

### QUAND LE TYPE D'ÉTALONNAGE BIAISE L'INTERPRÉTATION : LA FORME DÉTERMINE-T-ELLE LE FOND ?

Les résultats de l'enquête révèlent que le type d'étalonnage utilisé peut influencer l'interprétation que le psychologue en fait. Ainsi, pour un score appartenant à une même classe de performance, selon que ce soit une note standard, une note composite, un rang percentile ou un score T, le professionnel émettra l'hypothèse que ce score soit déviant de la norme ou non.

En outre, dans le cas où les notes standard, les notes composites et les rangs percentiles sont comparés, on observe une variabilité de classification uniquement pour les scores hors normes (par exemple, les scores situés au-delà de -1 écart-type par rapport à la moyenne). Cette variabilité est d'autant plus marquée chez les participants exerçant avec la population adulte.

Ainsi, une mesure à un test pourrait être considérée comme reflétant une faiblesse ou un dysfonctionnement cognitif lorsqu'un type d'étalonnage

est utilisé (par exemple, une note standard de 6) mais pas dans le cas de l'utilisation d'un autre type d'étalonnage (par exemple, une note composite de 82). Cette variabilité de classification en fonction du type d'étalonnage influence donc directement la sensibilité d'un test (Cognet & Bachelier, 2016). En effet, changer de classification entraîne a fortiori une augmentation de la présence de faux positifs (c'est-à-dire détecter un score comme déviant alors qu'il ne l'est pas) et de faux négatifs (c'est-à-dire, détecter un score comme dans la norme alors qu'il ne l'est pas). Certains troubles peuvent alors passer inaperçus alors que d'autres seront perçus là où il n'en existe pas.



*Les résultats de l'enquête révèlent que le type d'étalonnage utilisé peut influencer l'interprétation que le psychologue en fait. Ainsi, pour un score appartenant à une même classe de performance, selon que ce soit une note standard, une note composite, un rang percentile ou un score T, le professionnel émettra l'hypothèse que ce score soit déviant de la norme ou non.*



### PERSPECTIVES: UN DÉFI COLLECTIF, ENTRE UNIVERSITÉ ET CLINIQUE

Cette enquête d'ampleur nationale conforte le mouvement actuel d'une remise en question de la pratique des tests en neuropsychologie clinique (Colombo *et al.*, 2016). Celle-ci doit s'engager sur plusieurs voies.

En priorité, un langage commun et une classification partagée par l'ensemble des psychologues spécialisés en neuropsychologie sont essentiels. Il existe déjà une littérature scientifique en psychométrie sur laquelle les professionnels pourraient s'appuyer. De nombreux ouvrages traitent des aspects théoriques et cliniques généraux (Laveault & Grégoire, 2002 ; Strauss, Sherman, & Spreen, 2006 ; Jonin, 2013) ou spécifiques à un test (Flanagan & Kaufman 2004 ; Kaufman, Lichtenberger, Fletcher-Janzen, & Kaufman, 2005 ; Grégoire, 2009). Des propositions de classification des performances existent également (Wechsler, 2005 ; Strauss *et al.*, 2006).



**En effet, un langage commun en psychométrie et le soin apporté à la clarté des écrits professionnels sont des pratiques acquises tant en stage clinique qu'au cours de l'enseignement académique. C'est donc ensemble que les professionnels et les universitaires doivent garantir des pratiques psychométriques de qualité pour tous les patients.**



Pour que ces classifications et interprétations soient accessibles, conformément au principe d'information éclairée, des réflexions sont à mener autour d'aides à la compréhension dans les comptes rendus. Des recommandations autour de telles pratiques sont déjà disponibles, comme celles proposées par la Conférence de consensus autour de l'examen psychologique et des mesures en psycho-

logie de l'enfant (à titre d'exemple, voir recommandations n° 2 et n° 30 ; Voyazopoulos, Vannetzel, & Eynard, 2011).

De telles réflexions nécessitent inévitablement la consultation de l'ensemble de la profession à une échelle nationale. Une démarche de ce type est réalisable dès à présent, à l'image de ce qui est déjà entrepris par l'OFPN.

Toutefois, ces réflexions ne peuvent se faire sans les institutions universitaires, garants de la formation initiale des psychologues spécialisés en neuropsychologie. En effet, un langage commun en psychométrie et le soin apporté à la clarté des écrits professionnels sont des pratiques acquises tant en stage clinique qu'au cours de l'enseignement académique. C'est donc ensemble que les professionnels et les universitaires doivent garantir des pratiques psychométriques de qualité pour tous les patients.

## Références

- Bowman, M.L. (2002). The Perfidy of Percentiles. *Archives of clinical neuropsychology*, 3, 295-303.
- Cazin, D. (2013). Regard critique sur la neuropsychologie clinique en France en 2012. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 2, 27-33.
- Cohen, M.J. (2001). *Échelle de mémoire pour enfants*. Paris: Les Éditions du Centre de Recherche Appliquée.
- Cognet, G. & Bachelier, D. (2016). *Clinique de l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Dunod.
- Colombo, F., Amieva, H., Lecerf, T., & Verdon, V. (2016). La norme en neuropsychologie, un concept à facettes multiples. *Revue de neuropsychologie*, 8 (1), 61-69.
- Flanagan, D. P., & Kaufman, A. S. (2004). *Essentials of WISC-IV assessment* (Vol. 46). John Wiley & Sons.
- Grégoire, J. (2009). *L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant: fondements et pratique du WISC-IV* (No. 2). Editions Mardaga.
- Guilmette, T.J., Hagan, L.D., & Giuliano, A.J. (2008). Assigning Qualitative Descriptions to Test Scores in Neuropsychology: Forensic Implications. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 122-139.
- Jonin, P.Y. (2013). Statistiques appliquées en neuropsychologie: le cas unique au quotidien! *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 2, 44-51.
- Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (2008). *KABC-II Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant* – deuxième édition. Paris: Les Éditions du Centre de Recherche Appliquée.
- Kaufman, A.S., Lichtenberger, E.O., Fletcher-Janzen, E., & Kaufman, N.L. (2005). *Essentials of KABC-II assessment* (Vol. 94). John Wiley & Sons.
- Korkman, M., Kemp, S., & Kirk, U. (2012). *Bilan neuropsychologique de l'enfant* – deuxième édition. Paris: Les Éditions du Centre de Recherche Appliquée.
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2002). *Introduction aux théories des tests: en psychologie et en sciences de l'éducation*. De Boeck Supérieur.
- Strauss, E., Sherman, E.M., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. Oxford University Press, USA.

Voyazopoulos, R., Vannetzel, L. & Eynard, L.A. (2011). *L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures* – conférence de consensus.

Weschler, D. (2001). *MEM-III Échelle clinique de mémoire* – troisième édition. Paris : Les Éditions du Centre de Recherche Appliquée.

Weschler, D. (2005). *WISC-IV Échelle d'intelligence de Weschler pour enfants et adolescents* – quatrième édition. Paris : Les Éditions du Centre de Recherche Appliquée.

Weschler, D. (2011). *WAIS-IV Nouvelle version de l'échelle d'intelligence de Weschler pour adultes* – quatrième édition. Paris : Les Éditions du Centre de Recherche Appliquée.

Weschler, D. (2014). *Échelle d'intelligence de Weschler pour la période préscolaire et primaire* – quatrième édition. Paris : Les Éditions du Centre de Recherche Appliquée.

## ANNEXES

### QUESTIONS UTILISÉES POUR L'ANALYSE DES RÉPONSES EXTRAITES DE L'ENQUÊTE

1. Avec quelle population travaillez-vous ?
  - Adulte (quel que soit l'âge)
  - Enfant ou adolescent
  - Les deux
  
2. Combien d'années de pratique en neuropsychologie possédez-vous ? *(Veuillez entrer uniquement un nombre entier ; par exemple, «25» pour 25 ans)*
  
3. Indiquez-vous une interprétation des scores dans vos comptes rendus ou leurs annexes ? Si oui, comment ?
  - Non, vous interprétez directement en termes de processus cognitifs
  - Vous utilisez une appréciation pour commenter le score (exemple : normal-faible, limite, ...)
  - Vous utilisez de la couleur pour différencier les performances du patient
  
4. Insérez-vous habituellement dans vos comptes rendus une explication de la catégorisation des performances que vous utilisez pour votre interprétation des scores ? *(Un score compris entre x et y est considéré comme normal, y et z pathologique, etc.)*
  - Oui
  - Non
  
5. Utilisez-vous dans vos comptes rendus des synonymes pour dénommer une même performance ?
  - Oui, j'utilise habituellement plusieurs termes pour dénommer le même score
  - Non, je dénomme toujours les mêmes performances avec les mêmes termes
  
6. Comment interprétez-vous une note standard de : *(Il est ici question d'un étalonnage dont les scores transformés se répartissent entre NS1 et NS19. Il peut par exemple s'agir d'une note à un subtest d'une échelle de Wechsler)*

	Dans la norme	Faible	Significativement sous la norme	Je ne sais pas
NS 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



7. Comment Interprétez-vous une note standard composite de : *(Il est ici question d'un étalonnage dont les scores transformés sont exprimés en notes standard composites (type échelles de Wechsler). Il peut par exemple s'agir d'une note composite d'une échelle de Wechsler)*

	Dans la norme	Faible	Significativement sous la norme	Je ne sais pas
NS 82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS 72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS 95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS 64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS 77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Comment Interprétez-vous un percentile/percentile de :

	Dans la norme	Faible	Significativement sous la norme	Je ne sais pas
P 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Comment dénommez-vous un score T de :

	Dans la norme	Faible	Significativement sous la norme	Je ne sais pas
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Troisième édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique : Pour une neuropsychologie de la singularité. Rendez-vous les 4 et 5 octobre 2018 à Amiens



Ce rendez-vous professionnel incontournable a pour objectif de répondre aux attentes spécifiques des psychologues spécialisés en neuropsychologie à travers des communications scientifiques, en leur permettant de :

- se tenir informés de l'évolution des connaissances dans le domaine de la neuropsychologie clinique ;
- mener une réflexion approfondie autour des pratiques professionnelles ;
- partager leur expérience clinique ;
- découvrir et intégrer de nouveaux éléments destinés à venir enrichir la pratique clinique ;
- partager des témoignages de collègues, leurs expériences singulières.

À l'image des éditions précédentes, les communications porteront sur les interventions à visée thérapeutique ou préventive auprès de différents publics, des thèmes plus transversaux (formation, statistiques, identité professionnelle, etc.) et les autres champs de la discipline, y auront également leur place. Nous espérons que ce rendez-vous sera à nouveau l'occasion de moment d'échanges et de réflexions de faire évoluer notre spécialité, pour une pratique clinique de haut niveau.

**L'appel à communication paraîtra au printemps 2018.**

Nous vous espérons nombreux ! Pour que vive la neuropsychologie clinique!

Retrouvez toutes les informations sur le site du congrès :

[www.cnncc.fr](http://www.cnncc.fr)

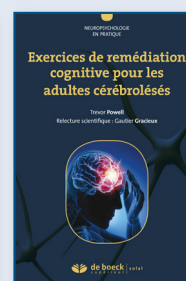
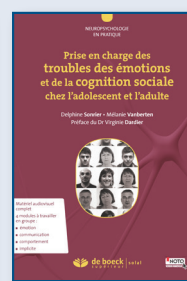
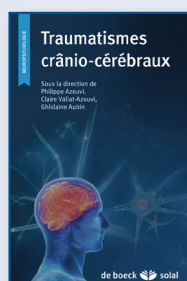
## Venez rejoindre l'OFPN !

Vous êtes psychologue spécialisé en neuropsychologie et souhaitez participer au développement de la profession ? Venez découvrir les projets menés par l'Organisation Française des Psychologues Spécialisés en Neuropsychologie ! Rendez-vous sur notre site internet : [www.ofpn.fr](http://www.ofpn.fr)

L'OFPN vise à porter la parole des psychologues spécialisés en neuropsychologie et de leurs regroupements au niveau national. Cette association se donne également pour objectifs de susciter, d'encourager et d'initier toute action de défense et de promotion de la pratique neuropsychologique par les psychologues. L'adhésion est possible en ligne, l'ensemble des modalités vous est expliqué sur la page « Adhésion » de notre site.

## Appel à publication des éditions De Boeck Supérieur

Vous êtes neuropsychologue et vous développez des tests ? Vous êtes auteur de matériel ou de textes en neuropsychologie ? Les éditions De Boeck Supérieur, riches d'un catalogue de neuropsychologie de plus de cinquante titres, cherchent à publier de nouveaux auteurs. Pourquoi pas vous ? Si vous portez un projet de publication, n'hésitez pas à nous écrire à [amaury.derand@deboecksuperieur.com](mailto:amaury.derand@deboecksuperieur.com)



## Nous vous attendons !

### Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique existent grâce à vous

N'oubliez pas que les *Cahiers de Neuropsychologie Clinique* sont votre revue. Si vous prenez plaisir à en lire les articles, il faut, pour que la revue perdure, soumettre vos écrits, que ce soit pour communiquer sur votre pratique, partager votre expérience, vos connaissances ou vos questionnements et réflexions. La publication d'un article peut être un projet enrichissant dans le cadre de vos missions FIR (Formation, Information, Recherche) ou équivalents et pour votre formation continue. C'est également un projet que vous pouvez mener avec votre stagiaire, votre équipe ou les membres de votre association par exemple.

Si vous souhaitez nous contacter, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante : [cahiers@ofpn.fr](mailto:cahiers@ofpn.fr)

Retrouvez-nous également sur notre site Internet : [www.cahiersdeneuropsychologieclinique.fr](http://www.cahiersdeneuropsychologieclinique.fr)

Cette revue est une création intellectuelle originale qui, par conséquent, entre dans le champ de protection du droit d'auteur. Son contenu est également protégé par des droits de propriété intellectuelle. Toute reproduction, totale ou partielle, et toute représentation du contenu substantiel de cette revue, d'un ou de plusieurs de ses composants, par quelque procédé que ce soit, sans autorisation expresse du Comité Éditorial des Cahiers de Neuropsychologie Clinique, est interdite, et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.