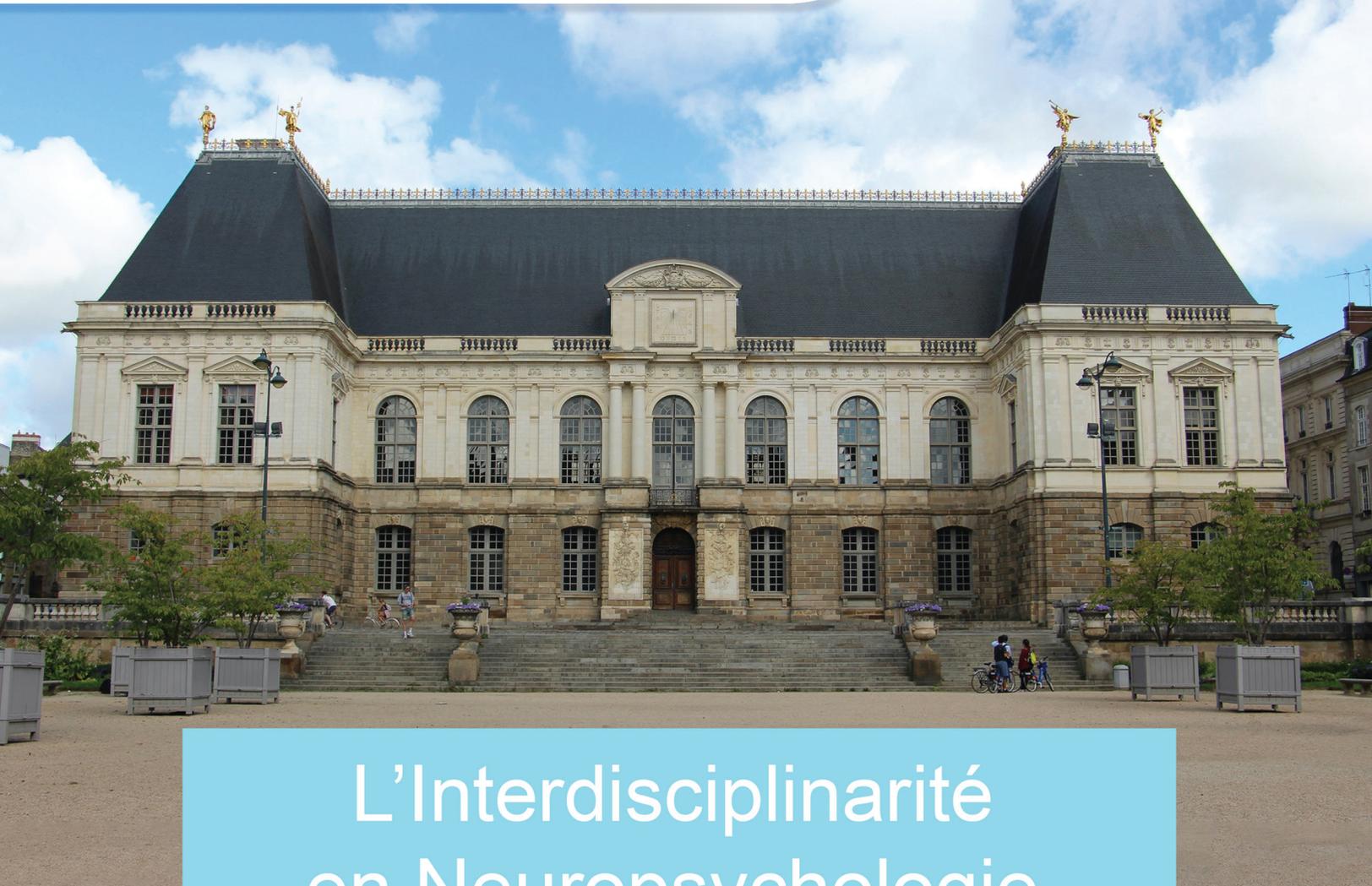




Retour sur le

4ÈME CONGRÈS NATIONAL DE NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE

Rennes, les 7 et 8 octobre 2021



L'Interdisciplinarité en Neuropsychologie



COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

VIRGINIE GOUTTE

Rédactrice en chef

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Pôle Personnes Âgées, Centre Hospitalier
des Quatre Villes (Saint-Cloud, Sèvres, 92)

Docteure en neuropsychologie

Chargée d'enseignement avec la responsabilité
de plusieurs cours (Université Paris 8 – Institut
d'Enseignement à Distance)

Chercheuse associée, EA4468 Maladie d'Alzheimer,
Université Paris Cité, F-75013 Paris, France
(Institut de Psychologie – Université Paris Cité)

Secrétaire du bureau de la Fédération
des Centres Mémoire

KRISTELL POTHIER

Directrice de publication

Directrice de publication

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
CHRU de Tours, Pôle Vieillessement,
Hôpital Bretonneau (37)

Maitresse de conférences en psychologie

Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (PAVeA),
Université de Tours (37)

MARINE HUDDLESTONE

Secrétaire

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Centre Hospitalier Bugey Sud, Belley (01)

Membre de l'OFPN et de l'association Neuropsychy73

JEAN-FRANÇOIS HOUVENAGHEL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
Centre Expert Parkinson – Bretagne, Service
de Neurologie, CHU de Rennes (35)

Docteur en biologie et sciences de la santé
Comportement et noyaux gris centraux (EA 4712),
Université de Rennes I (35)

LAURENCE JEHEL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.
CHU de Bordeaux (33) – Unité neuro-vasculaire

FRANÇOIS RADIGUER

Responsable d'articles

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
CHU Bicêtre, APHP, Le Kremlin-Bicêtre (94) –
Département Anesthésie Réanimation

GAËLLE SILVESTRE-BECCAREL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Docteure en psychologie cognitive

CHU de Rennes (35) – Services gériatrie, rééducation
adulte et ORL

MARIE VIDAL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Centre Médical & Pédagogique de Rennes-Beaulieu (35)

Association LADAPT (35) – SAMSAH

CHU de Rennes (35) – Consultations post-AVC

Centre de Lutte Contre le Cancer de Rennes (35)

MARGAUX GUETTON

Traductrice

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Consultation Mémoire et Accueil de Jour gériatrique,

Hospices Civils de Beaune (21)

Membre de l'OFPN et de l'APNB

Couverture

Comité d'Édition et de Rédaction

INTRODUCTION

Éditorial 5

L'USAGER AU CŒUR DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ

Empowerment et Neuropsychologie : Comment amorcer un changement de posture dans nos pratiques ?

Sylvain PONTZEELE, Marina PIVETTE, Emilie MUSSET et Marie-Cécile DELOCHE 6

Consultation Mémoire ou Hôpital de Jour : quelle orientation choisir pour le patient ?

Amandine BESNARD, Hortense HAMEL, Morgane LANGLAIS et Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL 18

LE NEUROPSYCHOLOGUE AU CŒUR DE L'INTERDISCIPLINARITÉ

Comorbidités dans le cadre d'un trouble complexe d'apprentissage : comment le travail pluridisciplinaire permet-il de réajuster les objectifs thérapeutiques ? – réflexions à partir d'une étude de cas

Rafika ZEBDI, Alicia DELALANDRE et Eve PLATEAU 24

La neuropsychologie influenceuse de la trajectoire clinique du patient en psychiatrie et en addictologie : Complémentarité et conflits

Christelle PORCHE 33

Intérêt de l'interdisciplinarité en Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle. Illustration par des cas cliniques et retour de 20 années d'expérience

Yves MARTIN et Christine MORONI 39

ENFANTS / ADOLESCENTS

Complexité et enjeux de l'identification des enfants à haut potentiel

Jacques GREGOIRE 45

Identification du haut potentiel intellectuel à partir des échelles de Wechsler : existe-t-il plusieurs profils psychométriques ?

Emma TOURREIX, Maud BESANCON et Corentin GONTHIER 52

Adaptation du test des Errances Multiples pour des adolescents avec autisme

Camille POTTIER, Simona BADIC, Aude POIRIER, Charlotte VILLALON, Anne DAVID et Céline KERJEAN 59

PERSONNES ÂGÉES

Psychologues-neuropsychologues : pluridisciplinarité dans le cadre des activités de bilans et de soins de réhabilitation cognitive et soins psychosociaux à destination des personnes âgées. Retour d'expériences multiples

Youna BONNIZEC 66

Vieillesse normale et trisomie 21 : quels effets sur la cognition ?

Amélie COQUELET, Anaïck BESOZZI et Fabienne LEMETAYER 71

Approche intégrative dans le vieillissement
Anne-Claude JUILLERAT VAN DER LINDEN **77**

De l'hôpital au domicile : des exercices multimodaux pour lutter contre la fragilité
des personnes âgées
Elina VAN DENDAELE, Nathalie BAILLY, Amal AIDOU, Christopher GAZE, Clara LE DOUGET, Noémie FERREC,
Bertrand FOUGERE et Kristell POTHIER **84**

PSYCHOLOGIE SOCIALE

L'auto-stigmatisation et son impact sur les pratiques neuropsychologiques
Thomas FOURNIER **94**

Stigmatisation dans les pratiques en psychiatrie : stéréotype d'incompétence chez
les neuropsychologues
Kévin-Marc VALERY, Marine PUYAU, Steffi MEUNIER et Antoinette PROUTEAU **102**

RÉÉDUCTIONS

Utilisation de l'eye-tracking en pratique courante, un nouveau point de vue sur la NSU
Grégoire WAUQUIEZ et Florine BILLEBEAU **110**

Interdisciplinarité dans le cadre de la neurochirurgie éveillée
Florence LE VOURC'H et Justine BLEUNVEN **120**

PRATIQUE CLINIQUE

Le syndrome cérébelleux cognitif et affectif : illustration par l'étude de deux cas
Jean-François HOUVENAGHEL **126**

LE COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

Virginie GOUTTE, Kristell POTHIER,
Marine HUDDLESTONE,
Jean-François HOUVENAGHEL,
Laurence JEHÉL, François RADIGUER,
Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL,
Marie VIDAL et Margaux GUETTON
pour le CER des *Cahiers de
Neuropsychologie Clinique*

Nous l'avons préparé, nous l'avons attendu et nous l'avons vécu. Le 4^{ème} Congrès National de Neuropsychologie Clinique, parce qu'il a traversé la crise COVID-19, était déjà un événement. Les rencontres qu'il a provoquées les 7 et 8 octobre 2021, le plaisir de se retrouver, mais aussi et surtout son contenu en font l'événement d'une spécialité. Surfant sur la vague des trois premières éditions, dans une rigueur autant logistique pour l'organisation que méthodologique dans le contenu des présentations, cette dernière édition du Congrès nous a donné un aperçu sérieux des travaux menés en clinique et des réflexions sur les pratiques au gré des évolutions et des actualités. C'est donc tout naturellement que dans ce nouveau numéro des *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, nous avons voulu prolonger et diffuser l'événement en proposant aux intervenants de passer à l'exercice d'écriture. Merci à eux d'avoir répondu à cette proposition.

L'interdisciplinarité est un exercice acrobatique, qui nécessite de la confiance et du respect entre professionnels. Lorsque ces ingrédients y sont réunis, elle est un outil précieux pour considérer la complexité et répondre aux questionnements des patients. C'est ce que vous allez (re) découvrir au fil des articles de ce numéro qui couvre différentes périodes du développement, divers lieux de pratiques et plusieurs positionnements professionnels. Les questions soulevées, de par leurs valeurs cliniques, font écho au-delà du cadre dans lesquelles elles sont posées. Ainsi, si par exemple, vous travaillez en service de rééducation, prenez le temps d'aller voir les écrits rédigés en psychiatrie (et vice-versa). Cela, nous nous l'autorisons peu le temps d'un congrès dans lequel nous courons souvent après le partage d'expériences d'une pratique sur des populations communes. Profitez donc de ces pages pour laisser aller vos envies et nourrir vos réflexions du quotidien.

Pour citer cet article

Goutte, V., Pothier, K., Huddleston, M., Houvenaghel, J.-F., Jehel, L., Radiguer, F., Silvestre-Beccarel, G., Vidal, M. et Guetton, M. (2022). Éditorial. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 5.

Empowerment et Neuropsychologie : Comment amorcer un changement de posture dans nos pratiques ?

Empowerment and Neuropsychology : How to initiate a change of attitude in our practices ?

Sylvain PONTZEELE

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
Établissement de santé mentale MGEN
Centre Support de réhabilitation
psychosociale et de remédiation cognitive
(CSN2R)
59000 Lille

Contact

Sylvain PONTZEELE

spontzeele@mgen.fr
Établissement de santé mentale MGEN
234 rue Pierre MAUROY
59000 Lille

Marina PIVETTE

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre Hospitalier Universitaire
CSN2R
59000 Lille

Mots-clés

- Rétablissement
- Métacognition
- Empowerment
- Changement de posture
- Réhabilitation psychosociale

Emilie MUSSET

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre Hospitalier Universitaire
CSN2R
59000 Lille

Keywords

- *Recovery*
- *Metacognition*
- *Empowerment*
- *Change in attitude*
- *Psychosocial rehabilitation*

Marie-Cécile DELOCHE

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Établissement de santé mentale MGEN
CSN2R
59000 Lille

Conflits d'intérêts

Les auteur.e.s déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Pontzeele, S., Pivette, M., Musset, E. et Deloche, M.-C. (2022). Empowerment et Neuropsychologie : Comment amorcer un changement de posture dans nos pratiques ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 6-17.

Résumé

Dans le champ de la santé mentale, il est désormais reconnu que les déterminants du handicap fonctionnel d'un trouble psychique sont le fonctionnement cognitif (cognitions froides et cognitions sociales) et des facteurs dits subjectifs tels que la métacognition, l'*insight*, la motivation et l'internalisation de la stigmatisation. Les symptômes le sont moins.

Dans ce cadre, la psychiatrie et les pratiques en soins psychiques expérimentent un changement de paradigme s'intéressant à de nouvelles cibles de soins qui viennent également questionner la posture professionnelle. Cette dernière évolue d'une posture verticale, soignant-soigné, paternaliste, vers une horizontalité de la relation, envisagée comme collaborative, au pouvoir partagé entre deux expériences et expertises complémentaires. En effet, un usager est expert de son trouble psychique et le/la professionnel.le expert.e de son domaine d'intervention. Cette nouvelle posture véhicule l'espoir, favorise l'autodétermination et l'*empowerment*, facteurs essentiels au rétablissement (Martin et Franck, 2013).

Au travers de notre pratique en neuropsychologie, nous expérimentons ce changement de posture dès la phase d'évaluation neuropsychologique et de sa restitution détaillée, et avons noté un impact manifeste sur l'engagement des usagers dans leur parcours de soins, sur le développement de leurs capacités métacognitives comme vecteur d'*empowerment* et sur le recouvrement de l'espoir de se rétablir.

Abstract

In the field of mental health, it is now recognized that the determining factors of the functional disability of a mental disorder are cognitive functioning (memory, attention, executive abilities and social cognitions) and so-called subjective factors such as metacognition, insight, motivation and internalization of stigma. The symptoms have less impact.

In this context, psychiatry and mental health care practices are experiencing a paradigm shift focusing on new care targets that also question the professional attitude. The latter evolves from a vertical and paternalistic caregiver-patient attitude towards a horizontal relationship, seen as collaborative, with power shared between two complementary experiences and expertises. Indeed, the patient is an expert in their mental disorder and the professional an expert in their field of intervention. This new attitude conveys hope and promotes self-determination and empowerment, both of which are essential factors for recovery (Martin et Franck, 2013).

Through our practice in neuropsychology, we experiment this change in attitude from the phase of neuropsychological eva-

luation and its detailed restitution, and have noted a clear impact on the commitment of patients in their care pathway, on the development of their metacognitive capacities as a vector of empowerment and on the regained hope of recovery.

Déterminants du Handicap Psychique

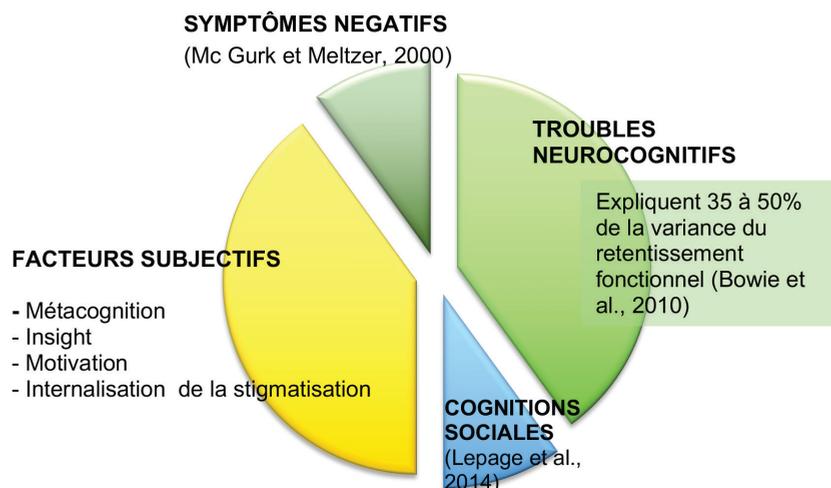


Figure 1 : Illustration inspirée des données du rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale sur les déterminants du handicap psychique et leur retentissement fonctionnel (indépendance, travail, relations).

INTRODUCTION ET CONTEXTE D'INTERVENTIONS

Le rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale vise l'amélioration des parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique et met en avant ses déterminants (Hardy Baylé et al., 2015). Il est montré que les symptômes de la maladie psychique ne contribuent que très peu au retentissement fonctionnel contrairement aux troubles cognitifs et aux facteurs subjectifs tels que la motivation (tout à la fois avoir envie d'entreprendre une action, s'en sentir capable et être prêt.e à le faire), l'*insight* (conscience d'expérimenter un trouble psychique), la métacognition (aptitude globale d'un individu à développer une pensée à propos de sa propre pensée) et l'internalisation de la stigmatisation ou auto-stigmatisation.

Ce rapport, modélisé en Figure 1, cible le rétablissement comme une nouvelle orientation des pratiques sanitaires et sociales, dont les soins de réhabilitation psychosociale (RPS) en seraient le moteur.

Depuis janvier 2019, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) encadre le développement des soins de RPS, orientés rétablissement sur les territoires (Instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019). Elle rappelle que la RPS a pour objectif de favoriser « une trajectoire de rétablissement, par une meilleure prise en compte des capacités des usagers, de leurs compétences et de leurs choix » (p. 2). Cela s'amorce par la mise en place de « nouveaux outils thérapeutiques porteurs de sens et d'espoir » (p. 2) (par exemple : la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique de la personne, l'entraînement des compétences sociales, les thérapies cognitives et comportementales, l'accompagnement conjoint des familles, le *case management*¹, etc.) et d'une posture de soin spécifique favorisant l'émergence de processus moteurs au rétablissement, que sont la réappro-

1. Le *case management* est un dispositif intégratif de prise en charge orienté sur un objectif d'intérêt général, recourant à un accompagnement personnalisé, cohérent et continu, coordonné par une personne unique, appelé à renforcer l'autonomie de l'usager-ère par une participation active de celui/celle-ci ainsi que par la mobilisation de ses ressources.

priation de la capacité de décider et d'agir (Pachoud, 2012).

LE PRINCIPE DE RÉTABLISSEMENT

Qu'est-ce que le rétablissement ou la réappropriation de soi ? Patricia Deegan, psychologue originaire des États-Unis, en propose en 2001 une définition très personnelle comme étant « une transformation par laquelle la vieille personnalité est progressivement abandonnée et une nouvelle vision de soi émerge » (p. 1). Pour la petite histoire, elle a été hospitalisée et diagnostiquée « schizophrène » à l'âge de 17 ans. Elle défend depuis le concept de rétablissement en santé mentale en tant que porte-parole du mouvement *Recovery*.

Le principe de rétablissement prend ses origines dans le mouvement américain débuté dans les années 1960, *Psychiatric Survivors Movement*, dont le texte clé de Judi Chamberlin (1978) rappelle que le rétablissement est accessible à tout un chacun, en se détachant des étiquettes diagnostiques stigmatisantes et favorisant le choix libre de son traitement ou de son non-traitement.

Le rétablissement expérientiel est un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie (Anthony, 1993). Ce processus non linéaire, dynamique, a été modélisé en cinq stades : moratoire, conscience, préparation, reconstruction et croissance (Andresen et al., 2003) dans lesquels il peut exister des périodes d'avancée, de recul ou de stagnation.

Ce processus de rétablissement est accompagné du développement du pouvoir d'agir faisant « référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie » comme il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans l'ouvrage de Laforcade (2017, p. 25). Cette reprise du pouvoir d'agir, appelée aussi *empowerment*, favorise par exemple l'exercice personnel du choix (auto-détermination) et l'engagement du sujet dans l'action (Martin, 2017). Aussi, la clé de l'*empower-*

ment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements (Wallerstein, 2006).

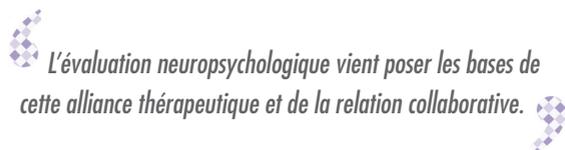
Le rétablissement peut se distinguer de la guérison, terme médical qui se définit comme « la disparition totale des symptômes d'une maladie ou des conséquences d'une blessure avec un retour à l'état de santé antérieur » (Larousse en ligne, s. d.).

Enfin, il s'agit d'une approche centrée sur la personne, en prenant en compte aussi bien la cognition, les aspects psychoaffectifs, motivationnels que relationnels (Van der Linden, 2018).

LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE (RPS)

Cette expression renvoie à un ensemble de procédés et d'outils visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir. Les soins de RPS viennent soutenir les potentialités, les capacités préservées et les ressources des personnes accompagnées pour les amener à se rétablir à leur rythme en atteignant leurs objectifs personnalisés (soutien à l'emploi, soutien social, soutien des familles). La remédiation cognitive (RC) est un outil central de la RPS et a déjà montré son efficacité dans les processus de rétablissement. Elle soutient le développement de la prise de décision et la confiance en sa capacité à l'action, en favorisant la mise en place de nouvelles stratégies pour compenser les troubles cognitifs (Franck, 2018).

L'efficacité de la RC a également été mise en lien avec la qualité de l'alliance thérapeutique initiale (Cella et Wykes, 2017). L'évaluation neuropsychologique nécessaire avant la RC, proposée au départ du parcours de soins en RPS, vient poser les bases de cette alliance thérapeutique et de la relation collaborative. Par le développement des processus métacognitifs (mieux situer ses forces, ses limites et leurs possibilités d'évolution respectives), elle participe au développement du pouvoir de décision et d'action, et a donc une place de choix dans le processus de rétablissement de la personne. Toutefois, celle-ci n'est rendue possible qu'avec une posture bien spécifique.



POSTURE DES PROFESSIONNELS EN RPS

Comme souligné précédemment, la philosophie du rétablissement en santé mentale a pour objectif la reconquête des processus de pouvoir d'agir et de prise de décisions éclairées, qui vont être soutenus par une posture spécifique des professionnels qui se veut plus horizontale, plus collaborative et plus « facilitatrice » (Martin, 2017 ; Wallerstein, 2006). Ce terme d'approche « facilitatrice » centrée sur la personne avait déjà été mis en lumière au début du XX^e siècle par Maria Montessori, et a été adaptée pour une population vieillissante présentant des troubles cognitifs par Camp (2010).

La posture facilitatrice se développe grâce à des techniques d'entretiens spécifiques qui vont amener une réelle collaboration lors de l'accompagnement : le questionnement socratique² qui s'oppose à la suggestibilité et la démarche STS : Solliciter – Transmettre – Solliciter (Erkès, 2016). Cette dernière consiste à demander à la personne si elle souhaite un complément d'informations de notre part, puis lui transmettre si elle est d'accord, et la solliciter une nouvelle fois pour vérifier la compréhension des informations transmises et ce qu'elle souhaiterait en faire. Cette approche amène les professionnels à s'affranchir de la position de « sachant » parfois automatisée dans nos pratiques et renforcée par nos formations initiales.

Aussi, chez des personnes présentant des troubles cognitifs prégnants, des techniques neuropsychologiques sollicitant la mémoire implicite peuvent être mises en œuvre afin de faciliter la compréhension et de nouveaux apprentissages, tout en laissant la personne actrice dans ses réponses et ses choix (technique de récupération espacée, technique d'estompage progressif, technique d'amorçage, etc.).

2. Le questionnement socratique permet de focaliser l'attention du patient et du thérapeute sur les problèmes à traiter, de mettre à jour les hypothèses du patient, d'en tirer les conséquences possibles et de considérer d'autres perspectives pour comprendre ses problématiques.

CHANGEMENT DE POSTURE DANS L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

À partir des éléments historiques et théoriques évoqués précédemment, nous proposons de vous détailler comment nous avons adapté notre pratique en neuropsychologie et modifié notre posture en accord avec tous les principes détaillés ci-dessus.

Il nous tenait à cœur de développer et maintenir cette posture dès la phase de l'évaluation neuropsychologique, ce qui a pu représenter pour nous un véritable challenge dans un contexte de bilan où le *feedback* est très peu présent pour ne pas influencer la personne dans ses performances aux épreuves cognitives proposées. Comment réduire le sentiment d'évaluation ressentie par la personne ? Comment remettre la personne actrice dans une phase d'évaluation dont l'expertise est celle du professionnel ? Nous essaierons ici de développer les pistes de changements que nous avons pu élaborer pour faire évoluer l'évaluation neuropsychologique vers plus d'*empowerment*.

Tout d'abord, le développement du pouvoir d'agir débute dans l'organisation du parcours de soins de RPS, dans la temporalité choisie pour proposer à la personne la réalisation de cette évaluation neuropsychologique au regard de l'intérêt que cela peut avoir sur la mise en place de son projet et de ses objectifs personnels. Éviter la systématisation et remettre au centre la décision partagée (dans un échange entre l'équipe, la personne et ses proches), la pertinence et la temporalité de l'évaluation neuropsychologique est une première occasion de se mettre à l'exercice d'un changement de posture.

Lors de l'évaluation neuropsychologique, nous expliquons à la personne qu'elle peut décider de l'évolution des séances de bilan (si elle souhaite faire des pauses, si elle souhaite arrêter, si elle souhaite ne pas réaliser une épreuve, et contrôler du rythme sur de petites séances ou des demi-journées etc.). De plus, tout en gardant une conduite d'évaluation pertinente avec les observations cliniques, nous laissons le plus possible à la personne le choix dans l'ordre et supports des thématiques évaluées (si elle préfère débiter par les cognitions froides, les cognitions sociales, si elle souhaite un média informatique, papier/crayon etc.) en privilégiant les épreuves les plus écolo-

giques pour faciliter les liens fonctionnels. Tout au long de l'évaluation neuropsychologique, nous débriefons autour des épreuves proposées et du vécu de cette expérience, de l'analyse qu'ils font du processus évalué, du lien que cela pourrait leur évoquer dans la vie quotidienne, et de leur niveau de confiance et d'efficacité personnelle dans la réalisation de cette épreuve, nous amenant dès cette phase à apprécier le fonctionnement métacognitif de la personne.

La mise en posture favorisée par cette approche collaborative de l'évaluation neuropsychologique a permis de constater une amélioration de l'engagement dans les soins, une première expérience de prise de contrôle, une mobilisation cognitive stimulante, la déconstruction de croyances auto-stigmatisantes (ex : « je pensais que je n'avais plus aucune faculté », « je ne me pensais plus capable », « comme j'ai une schizophrénie, je pensais que mon cerveau était troué tel un morceau de gruyère », etc.). Par ce biais, la notion d'espoir est insufflée dans la prise en main de son propre rétablissement.



La mise en posture favorisée par cette approche collaborative de l'évaluation neuropsychologique a permis de constater une amélioration de l'engagement dans les soins.



LA RESTITUTION DÉTAILLÉE DE L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE : UNE ÉTAPE CHARNIÈRE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPOWERMENT (LE POUVOIR D'AGIR)

Une restitution détaillée est proposée à l'issue de l'évaluation neuropsychologique et permet en toute transparence un retour des résultats aux différentes épreuves psychométriques, et une compréhension de l'intérêt de telles épreuves (certaines pouvant paraître abstraites de prime abord).

C'est à travers un échange d'expert à expert que va émerger le profil du fonctionnement de la personne : elle en tant qu'experte de son expérience dans sa vie quotidienne et le psychologue expert dans l'interprétation des processus neuropsychologiques.

La posture facilitatrice et collaborative est de mise, amenant la personne à réfléchir aux impacts

fonctionnels significatifs des fragilités retrouvées à l'évaluation, mais surtout de conscientiser ses forces cognitives, souvent sous-estimées.

Il s'agit d'une étape charnière dans le parcours de RPS puisqu'elle constitue une amorce à un accompagnement plus spécifique centré sur la personne. Ces temps de restitution amènent un développement ou un renforcement de la métacognition via un accompagnement psycho-éducatif. Aussi, cela développe le sentiment d'espoir par la considération de la possibilité de compensation de difficultés fonctionnelles par les potentialités mises en évidence par l'évaluation neuropsychologique. Enfin, cette mise en lumière favorise la formulation d'objectifs auto-déterminés spécifiques, mesurables et atteignables.

Elle est habituellement proposée selon cette dichotomie : « points forts » et « fragilités », et propose de restituer un profil cognitif.

Les caractéristiques favorisant l'*empowerment* lors de la phase de restitution sont :

- La restitution est détaillée : elle peut se réaliser en plusieurs séances selon les capacités métacognitives de la personne, selon sa fatigabilité et selon tout autre facteur pouvant influencer la cognition. La temporalité est prise en compte dans le parcours de soins des usagers, en rapport avec les facteurs subjectifs.
- La restitution est co-construite : nous partons du vécu subjectif de la personne au regard des performances aux tests psychométriques qui, rappelons-le, ne constituent qu'une mesure indirecte du fonctionnement de la personne (Eustache et al., 2013). Aussi, nous proposons à la personne de choisir un support comme présentés en Figures 2, 3 et 4. Il a pour but de retranscrire à l'écrit, à sa convenance, des informations transmises et échangées (papier, informatique, etc.).
- Le format de la restitution est adapté au fonctionnement cognitif et au niveau socio-culturel de la personne. Le choix des mots est donné avec une adaptation du vocabulaire excluant la perception binaire (« préservé » versus « déficitaire » au profit de « forces », « potentialités », « défis », « particularités », « freins », etc.). En effet, le vocabulaire de la personne est fortement privilégié au détriment du jargon neuro-

psychologique très spécialisé et souvent peu accessible, permettant à la personne de s'approprier son profil plus facilement.

De plus, les données chiffrées ne sont pas transmises puisque non représentatives du fonctionnement de la personne.

- La restitution permet l'analyse fonctionnelle des troubles cognitifs objectivés aux épreuves en rattachant les performances au fonctionnement dans la vie quotidienne et au projet de la personne. L'objectif ici est de désacraliser le test pour laisser place à l'expérience subjective (rappelons la notion de double expert).
- La restitution est centrée sur les compétences et les objectifs personnalisés optimistes et réalistes : nous proposons volontairement un contenu de restitution où les forces priment sur les fragilités.

- L'invitation à l'expérience du choix : mise en couleur des éléments qui semblent le plus important, le plus gênant en vie quotidienne ou pour ses projets, qui requièrent au moment de la restitution le plus de motivation au changement. Ce choix est une première amorce au processus de décision partagée insufflée lors de la restitution pluridisciplinaire pour l'organisation dans les soins de RPS.

EXEMPLES CONCRETS DE SUPPORTS CO-CONSTRUITS REPRÉSENTANT LE PROFIL COGNITIF DE LA PERSONNE

Madame S. présente des capacités métacognitives développées et a décidé de garder

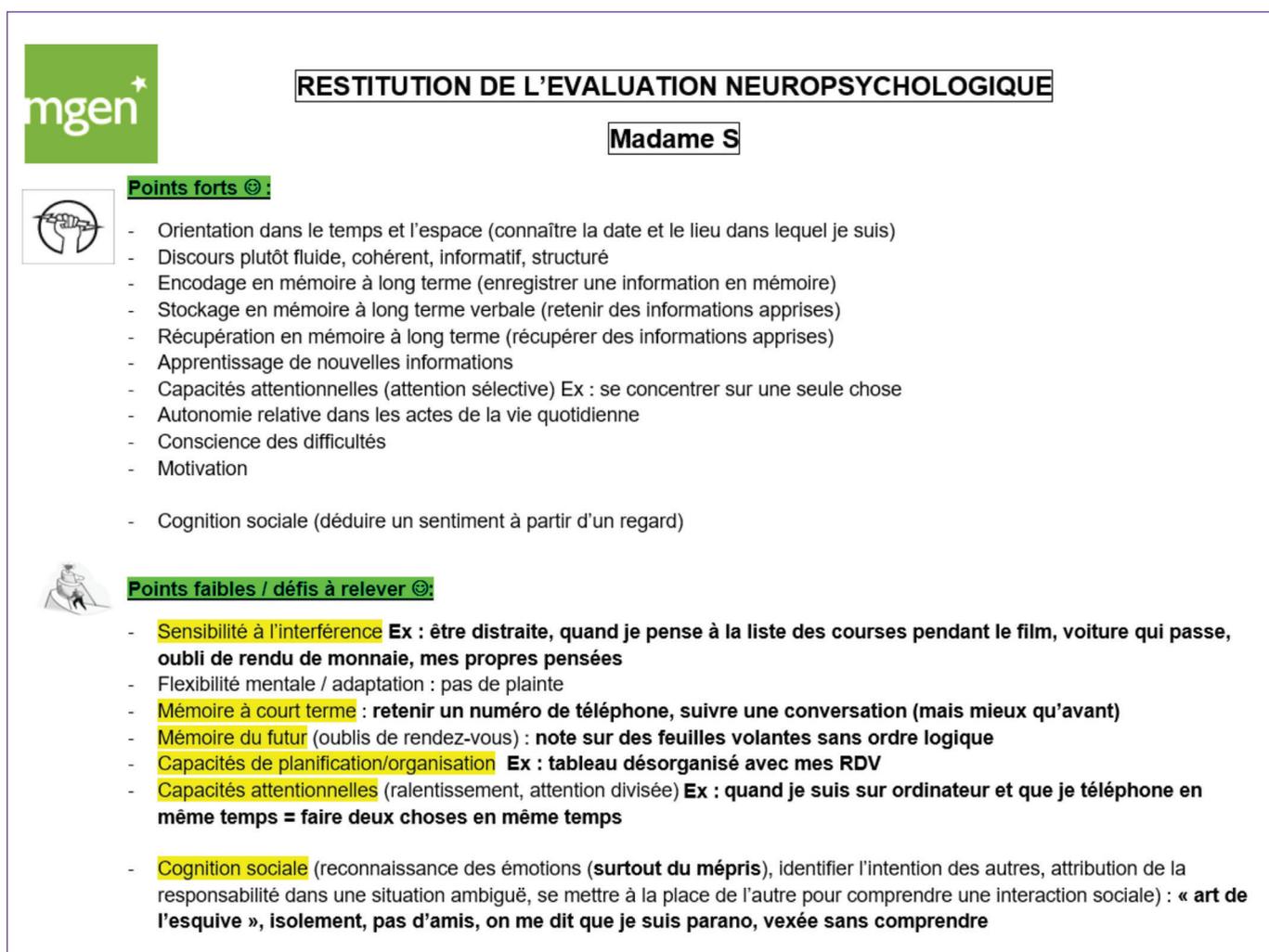


Figure 2 : profil cognitif de Madame S. co-construit sous forme écrite selon la dichotomie « points forts » et « défis à relever ».

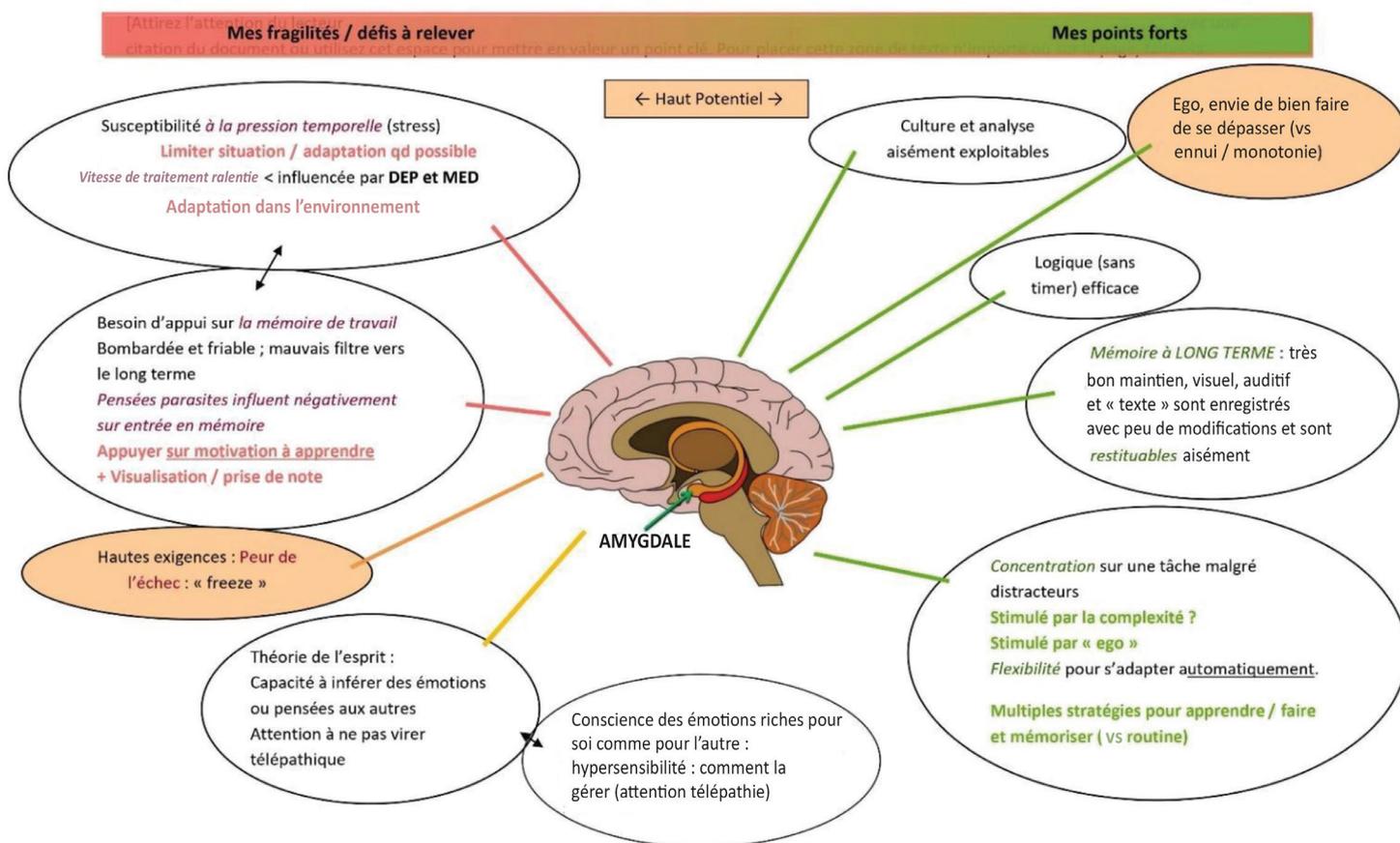


Figure 3 : profil cognitif de Madame B.S. co-construit sous forme visuo-spatiale

certaines termes neuropsychologiques. En ce qui concerne les défis à relever, elle souligne en jaune les fragilités cognitives qui ont un impact significatif sur son autonomie. Nous évoquons ensemble que l'absence de plaintes dans un domaine plus fragile exclut un accompagnement spécifique à ce sujet, en adéquation avec la neuropsychologie de la vie quotidienne.

Madame B.S. a des compétences en infographie qui lui ont permis de s'approprier ce support de restitution. Elle utilise un nuancier de couleurs (rouge vers le vert en passant par la couleur orange) pour souligner ses fragilités, ses forces et les éléments plus modérés. Elle a choisi de positionner le Haut Potentiel au milieu et de noter dans la même couleur (fond orange) les points forts ou fragilités en lien avec le Haut Potentiel. Elle a également choisi de noter en gras quelques stratégies pour compenser ses fragilités. Enfin, elle a souhaité placer au centre de l'image un cerveau et de spécifier l'amygdale, qu'elle identifie comme étant fortement impliquée dans

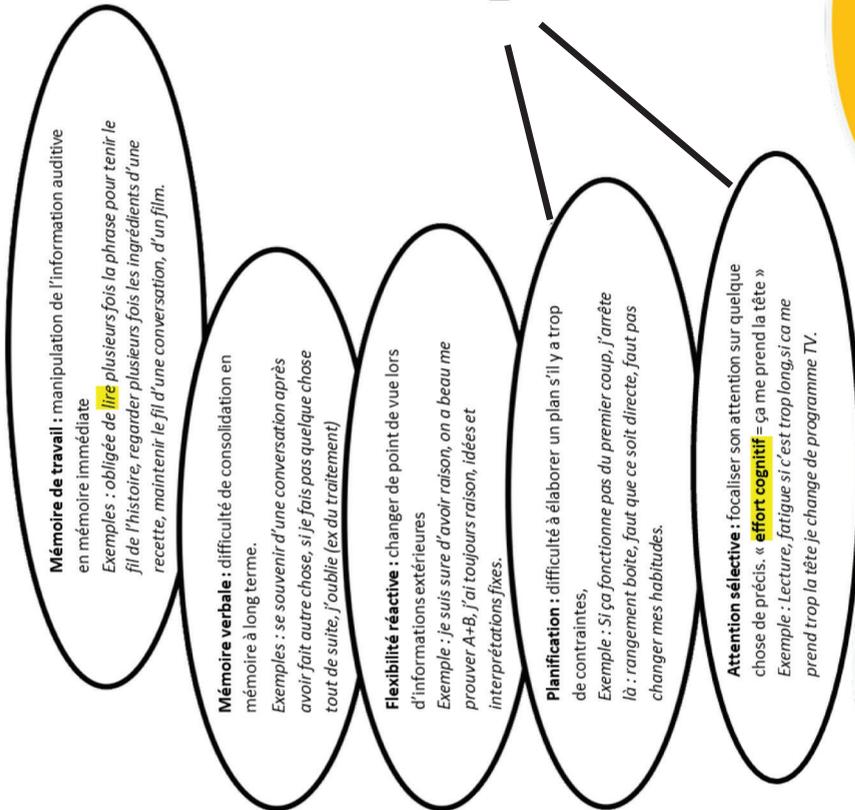
les réponses liées au stress (informations acquises lors de séances de psychoéducation sur le Trouble du Stress Post-Traumatique).

Madame M. a souhaité mettre ses points forts dans des couleurs vives pour « bien les voir une fois posés sur le frigo ». Pour chaque processus évoqué, Madame M. a pu exemplifier l'impact de cette force ou fragilité dans son quotidien. Il a été important de mettre également les résultats de l'évaluation fonctionnelle, réalisée avec une infirmière pour rassembler tous les éléments en un document unique. Ses plaintes les plus pénibles sont surlignées en jaune et ses ressources pour la remédiation cognitive proposée sont surlignées en vert.

LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

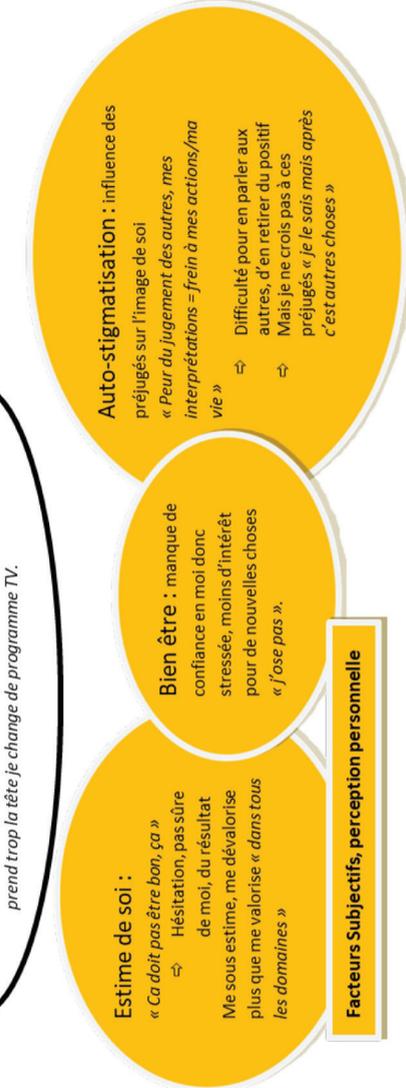
Différentes études ont montré que les personnes ayant bénéficié d'une restitution détaillée

Mes fragilités / défis à relever



Mon profil

Mes points forts



Facteurs Subjectifs, perception personnelle

Figure 4 : profil de Mme M. co-construit avec les éléments neuropsychologiques et les facteurs subjectifs retrouvés dans l'évaluation fonctionnelle

de leur évaluation neuropsychologique augmentent leur adhésion aux traitements et leur motivation aux soins (Gorske, 2007). En outre, des études ont montré que les usagers étaient satisfaits de recevoir une restitution des résultats de l'évaluation neuropsychologique (Bennett-Levy et al., 1994 ; Donofrio, 1999). Aussi, d'autres études ont montré une augmentation de l'efficacité des prises en charge après avoir reçu une restitution puisque celle-ci permet le développement de la métacognition (Lezak et al., 2004). Enfin, recevoir une restitution d'une évaluation neuropsychologique permet une amélioration de la métacognition, et de ce fait, une amélioration de la qualité de vie (Gruters et al., 2021). Ces derniers suggèrent également une retranscription des données de la restitution sous forme de double codage (verbal et visuel) pour renforcer l'apprentissage et la connaissance du profil cognitif des personnes pour les rendre davantage actrices dans leur parcours de soins.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La philosophie du rétablissement (ou de réappropriation de soi), les processus d'*empowerment* et d'autodétermination, ainsi que le changement de posture des professionnels amené par la RPS ont modifié significativement nos pratiques, nous amenant à réfléchir à notre position, notre façon de transmettre et à repenser le déroulement des évaluations neuropsychologiques que nous proposons, toujours pour replacer la personne au cœur de la démarche de soins.

La restitution détaillée des évaluations neuropsychologiques est une étape qui fait sens pour notre profession, mettant l'accent sur la neuropsychologie intégrative de la vie quotidienne avec une approche centrée sur la personne, comme le martelait Van der Linden (2018). De plus, nous poursuivons la réflexion, les échanges de pratiques par le biais d'interventions neuropsychologiques régionales (via nos activités de CSN2R :

Centre Support Nord de Remédiation cognitive et de Réhabilitation psychosociale) sur l'amélioration et l'adaptation constante de nos outils face à l'évolution des pratiques en psychiatrie. Aussi, il nous est primordial de poursuivre le développement de cette étape du parcours puisqu'elle renforce la motivation et la métacognition des personnes y ayant eu recours, et qui rappelons-le, constituent des facteurs subjectifs amenant vers le rétablissement.

Enfin, nous avons pour projet de développer des groupes de travail pour réfléchir et travailler sur la création d'outils permettant d'évaluer l'efficacité des prises en soins en RPS. Nous souhaitons également poursuivre nos réflexions autour de la diffusion de cette posture utilisée dans l'évaluation et dans la restitution en RPS, et au-delà, dans les autres domaines de pratique de la neuropsychologie, questionnements qui pourraient faire l'objet d'ateliers d'échanges nationaux.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement pour leur contribution à la relecture de cet article :

- Stéphane RAFFARD, professeur à l'Université Paul Valéry Montpellier III et psychologue clinicien au CHU de Montpellier dans le Service Universitaire de Psychiatrie Adulte.
- Christine MORONI, professeure à l'Université de Lille et psychologue spécialisée en neuropsychologie au CHU de Lille dans le Service d'Exploration Fonctionnelle de la Vision.
- Nicolas FRANCK, professeur à l'Université Claude Bernard Lyon I, psychiatre et praticien hospitalier au Centre Hospitalier Le Vinatier de Lyon, et fondateur et président de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC).

Références

- Andresen, R., Oades, L. et Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Bennett-Levy, J., Klein-Boonschate, M. A., Batchelor, J., McCarter, R. et Walton, N. (1994). Encounters with Anna Thompson: The consumer's experience of neuropsychological assessment. *Clinical Neuropsychologist*, 8(2), 219-238. <https://doi.org/10.1080/13854049408401559>
- Bowie, C. R., Depp, C., McGrath, J. A., Wolyniec, P., Mausbach, B. T., Thornquist, M. H., ... et Pulver, A. E. (2010). Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1116-1124.
- Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori Programming for Dementia. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 1(2), 163-174.
- Cella, M. et Wykes, T. (2019). The nuts and bolts of Cognitive Remediation: Exploring how different training components relate to cognitive and functional gains. *Schizophrenia Research*, 203, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.012>
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. McGraw-Hill.
- Deegan, P. E. (2001). *Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation*. (H. Carbonnelle, trad.). Récupéré de https://revlyon.files.wordpress.com/2019/05/retablissement_processus_autogere_guerison_transformation.pdf
- Donofrio, N. (1999). Neuropsychological test feedback: Consumer evaluation and perceptions. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14(8), 721. [https://doi.org/10.1016/s0887-6177\(99\)80199-1](https://doi.org/10.1016/s0887-6177(99)80199-1)
- Erkès, J. (2016). *La restitution de l'évaluation neuropsychologique*. Département de psychologie. Université Montpellier III.
- Eustache, F., Faure, S. et Desgranges, B. (2013). *Manuel de neuropsychologie* (4^e éd.). DUNOD.
- Franck, N. (2018). Développements en remédiation cognitive. Dans A. Plagnol, B. Pachoud et B. Granger (dir.), *Les nouveaux modèles de soins: Une clinique au service de la personne* (p. 87-97). <https://doi.org/10.3917/jle.plagn.2018.01.0087>
- Gorske, T. (2007). Therapeutic Neuropsychological Assessment: A Humanistic Model and Case Example. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(3), 320-339. <https://doi.org/10.1177/0022167807303735>
- Gruters, A. A., Ramakers, I. H., Verhey, F. R., Kessels, R. P. et de Vugt, M. E. (2021). A Scoping Review of Communicating Neuropsychological Test Results to Patients and Family Members. *Neuropsychology Review*, 32, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09507-2>
- Hardy-Baylé, M.-C., Franck N., Morin, L., Pachoud, B., Passerieux, C., Roux, P., Urbach, M. et Younes, N. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Rapport du Centre de Preuves en psychiatrie et santé mentale. Récupéré de <https://promesses-sz.fr/files/9/divers/32/57caec0c52944.pdf>
- Koenig, M., Caria, A. et Roelandt, J.-L. (2017). Empowerment et rétablissement: quelques repères dans les politiques de santé au niveau international et national. Dans J.-P. Arveiller, B. Durand et B. Martin (dir.), *Santé mentale et processus de rétablissement* (p. 56-62). Champ social.
- Laforcade, M. (2017). Le rétablissement au cœur des politiques de santé. *Rhizome*, 65-66(3-4), 25-26. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0025>
- Larousse. (s. d.). Guérison. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 avril 2022 sur <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/gu%C3%A9rison/13433>
- Lepage, M., Bodnar, M. et Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: Clinical and Functional Outcomes in Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 5-12. <https://doi.org/10.1177/070674371405900103>

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W. et Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press.

Martin, B. et Franck, N. (2013). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 21-40. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.10.002>

Martin, B. (2017). *Empowerment* et liberté en psychiatrie. *Perspectives Psy*, 56(3), 211-216. <https://doi.org/10.1051/ppsy/201756211>

McGurk, S. R. et Meltzer, H. Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45(3), 175-184. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(99\)00198-x](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(99)00198-x)

Ministère des solidarités et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins (2019, janvier). *Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires*. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=44293>

Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8804.0257>

Van der Linden, M. (2018). Pour une neuropsychologie clinique intégrative et centrée sur la vie quotidienne. *Revue de neuropsychologie*, 10(1), 41-46. <https://doi.org/10.3917/rne.101.0041>

Wallerstein, N. (2006, février). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Récupéré de https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

Consultation Mémoire ou Hôpital de Jour : quelle orientation choisir pour le patient ?

Memory Consultation or Day Hospital : which orientation to choose for the patient ?

Amandine BESNARD

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
CHU
CMRR Rennes

Hortense HAMEL

Psychologue spécialisée en
neuropsychologie
Établissement Public d'Hallouvy 35
(EDEFS 35)

Morgane LANGLAIS

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
CHU
CMRR Rennes

Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Docteure en Psychologie
CHU
CMRR Rennes

Contact

Amandine BESNARD

amandine.besnard@chu-rennes.fr

Hôpital de Jour Gériatrique
CHU
CMRR Rennes
2 Rue Henri le Guilloux
35033 Rennes cedex 9

Mots-clés

- Gériatrie
- Neuropsychologie
- Consultation mémoire
- Hôpital de jour
- Orientation

Keywords

- *Geriatrics*
- *Neuropsychology*
- *Memory consultation*
- *Day hospital*
- *Orientation*

Conflits d'intérêts

Gaëlle Silvestre – Beccarel est membre du CER des *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*.

Pour citer cet article

Besnard, A., Hamel, H., Langlais, M. et Silvestre-Beccarel, G. (2022). Consultation Mémoire ou Hôpital de Jour : quelle orientation choisir pour le patient ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 18-23.

Résumé

Nous sommes parties du constat que notre pratique en tant que neuropsychologue était différente dans le cadre d'un hôpital de jour gériatrique (HDJ) par rapport à la consultation mémoire (CM). Cela nous a mené à nous interroger sur des critères d'orientation entre ces deux types de consultation.

Pour cela, nous avons adressé un questionnaire aux médecins prescripteurs afin de percevoir leurs attentes et représentations au regard des deux situations (HDJ / CM). Nous

avons ensuite intégré ces résultats à une analyse de notre pratique pour considérer ce qui pouvait engendrer des différences et ce que cela pouvait apporter aux patients. Finalement, l'HDJ offre un cadre qui permet une analyse intégrative en lien avec l'interdisciplinarité et les regards croisés sur un même patient, tandis que la CM permet une évaluation psychologique et psychométrique plus approfondie et davantage de latitude dans le temps accordé au patient et, par répercussion, aux aidants proches. Ce travail met en lumière des différences conséquentes en termes de démarche clinique et la nécessité de communiquer dessus pour que l'orientation du patient soit la plus pertinente possible.

Abstract

We started from the observation that our practice as neuropsychologists was different in the context of a geriatric day care hospital as opposed to specialized consultation dedicated to memory issues. This led us to think about possible criteria to guide towards the most appropriate of the two types of consultation.

To answer this question, we sent surveys to prescribing doctors in order to see their expectations and representations towards those two orientations. We used these answers and compared them to the analysis of our practice as neuropsychologists. The aim was to consider if there are differences and which consequences it could have for the patient. Eventually, the geriatric day care hospital gives us a framework which offers an integrative analysis due to the interdisciplinarity and the various viewpoints for the same situation, whereas consultations dedicated to memory issues allow a deeper psychological and psychometric evaluation. In the latter type of consultation, we also have more time for the patient and the caregiver. Our work highlights large differences in terms of clinical approach and the need to talk about it in order to give the patient the best orientation.

INTRODUCTION

Au CHU de Rennes, lorsqu'une personne de plus de 75 ans exprime une plainte mnésique, elle est reçue en consultation par un médecin gériatre. En vue d'une investigation diagnostique, ce médecin recommande des examens complémentaires. Historiquement, les gériatres prescrivent un Hôpital de Jour Gériatrique (HDJ) pour disposer d'une expertise neuropsychologique, la

consultation externe de neuropsychologie en gériatrie n'existant pas au CHU. Au sein de cet HDJ, nous sommes plusieurs neuropsychologues exerçant à temps partiel et ayant pu évoluer dans différentes structures tout au long de notre carrière. Certains ont d'ailleurs pu exercer la neuropsychologie au sein d'HDJ, mais également en consultation mémoire (CM) dite consultation externe. Riches de ces expériences, une réflexion s'amorce sur notre propre pratique au sein de ces

deux lieux. Le constat est unanime et interroge sur des différences de pratique entre ces deux modes de consultation.

L'année 2020 a bouleversé nos pratiques et a ainsi précipité notre souhait d'analyser plus avant notre ressenti et notre clinique. Avec la crise sanitaire liée au COVID-19, l'HDJ a fermé du jour au lendemain. Surtout dans le but de maintenir une continuité des soins pour les patients programmés en HDJ et après autorisation du CHU, nous avons proposé des CM. Nous recevons le patient à distance de la consultation médicale et lui réservons une demi-journée pour l'évaluation neuropsychologique incluant la rencontre avec les proches. Cette proposition de consultation s'inspire d'expériences dans d'autres établissements et propose un cadre très différent de l'HDJ dans lequel la rencontre entre patient et neuropsychologue s'enchaîne avec d'autres entretiens professionnels et ne doit pas dépasser 1h30, temps avec les proches inclus.

Désormais, au sein du CHU, les médecins gériatres ont le choix entre un HDJ et une CM lorsqu'ils souhaitent une expertise neuropsychologique pour leurs patients. Dès lors, il nous a paru essentiel de mieux appréhender et définir les différences perçues des pratiques neuropsychologiques entre HDJ et CM pour favoriser l'orientation la mieux adaptée aux patients.



(...) il nous a paru essentiel de mieux appréhender et définir les différences perçues des pratiques neuropsychologiques entre HDJ et CM pour favoriser l'orientation la mieux adaptée aux patients.



MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre à cette problématique, nous avons souhaité recueillir les attentes des médecins gériatres du CHU qui sont à l'origine de cette orientation entre HDJ ou CM. Nous leur avons transmis par mail un questionnaire au format *Google Form* (Figure 1). Sept médecins prescripteurs sur 9 ont répondu.

Le but de ce questionnaire est de regarder si nos pratiques correspondent aux attentes des gériatres. Pour cela, nous considérons les réponses aux questions ouvertes (numéro 2, 3, 5, 6 et 7). Leur analyse est intégrée à celle de nos pratiques cliniques d'abord en HDJ puis en CM.

RÉSULTATS

ANALYSE DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

Les réponses des médecins mettent en évidence qu'ils orientent davantage vers un HDJ

1. Avez-vous déjà prescrit :

- des évaluations neuropsychologiques en Consultation Mémoire ?
- des évaluations neuropsychologiques en Hôpital De Jour gériatrique ?

2. Quelles sont les caractéristiques du patient qui vous font (ou feraient) l'orienter vers une évaluation neuropsychologique en Hôpital De Jour gériatrique ?

3. Quelles sont les caractéristiques du patient qui vous font (ou feraient) l'orienter vers une évaluation neuropsychologique en Consultation Mémoire ?

4. Est-ce que l'avancée de la pathologie influence votre choix ?

- Oui
- Non

5. Si oui, de quelle manière ?

6. Quelles sont vos attentes concernant l'évaluation neuropsychologique en Hôpital De Jour gériatrique ?

7. Quelles sont vos attentes concernant l'évaluation neuropsychologique en Consultation Mémoire ?

Figure 1 : Questionnaire adressé aux médecins prescripteurs

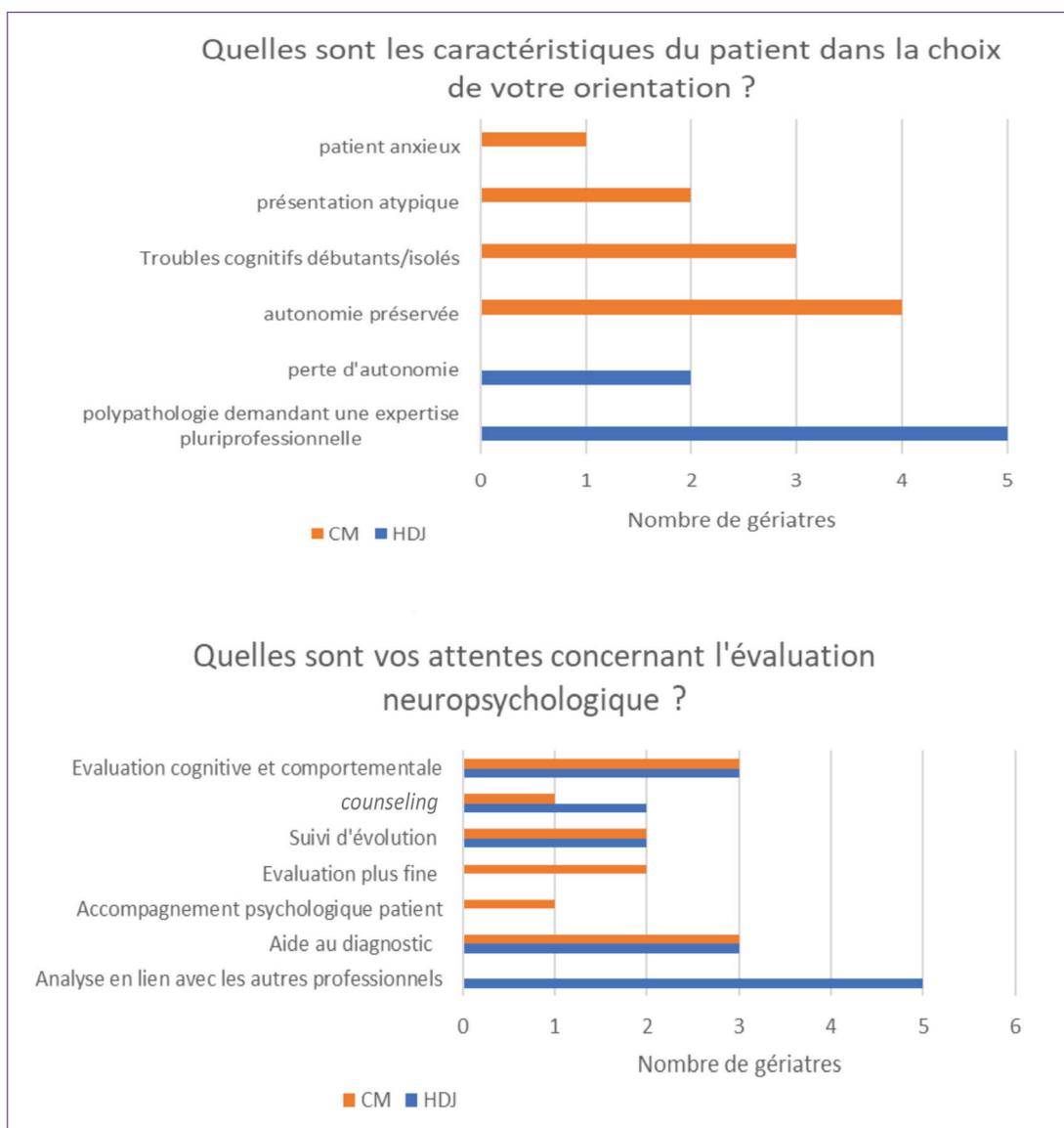


Figure 2 : Réponses des gériatres aux questions ouvertes (2-3 et 6-7) du questionnaire

lorsqu'il s'agit d'une polypathologie, d'une perte d'autonomie et/ou de troubles cognitifs avancés (Figure 2). Ils s'intéressent au bilan neuropsychologique inscrit dans une évaluation pluridisciplinaire. Une évaluation neuropsychologique en CM est privilégiée lorsque l'autonomie du patient est relativement préservée et/ou en présence de troubles cognitifs débutants ou isolés, mais également lorsque les patients présentent un profil atypique tant sur le plan cognitif que médical. Un médecin insiste sur le critère d'anxiété: si le patient se montre angoissé lors de sa consultation initiale, il privilégiera la CM pour éviter à ce dernier plusieurs rendez-vous successifs avec des professionnels inconnus.

Toutefois, les attentes concernant l'évaluation neuropsychologique sont similaires pour la CM et l'HDJ, en ce qui concerne le souhait d'obtenir du bilan neuropsychologique des interprétations cognitives, comportementales et psychologiques, ainsi qu'une analyse intégrative offrant une orientation étiologique. En CM, deux médecins s'attendent à une évaluation plus approfondie pour un diagnostic plus fin, et un médecin, à du soutien psychologique. Tous les médecins comptent sur une analyse en lien avec les autres professionnels dans le cadre de l'HDJ.

Ces réponses vont dans le sens d'une orientation vers la CM ou l'HDJ principalement déterminée par le profil médical, cognitif et com-

portemental des patients sans pour autant attendre de véritables différences dans l'expertise du neuropsychologue. Pourtant, il nous semble que nous menons différemment notre expertise dans les deux situations : est-ce que, comme le suggèrent les réponses des médecins, nous modulons une base de travail commune (en ajoutant du soutien clinique ou en associant nos résultats à ceux d'autres disciplines) ou menons-nous une démarche différente ? Ces questions nous poussent à analyser de manière plus didactique nos pratiques cliniques en HDJ dans un premier temps et en CM dans un second temps.



Est-ce que, comme le suggèrent les réponses des médecins, nous modulons une base de travail commune (en ajoutant du soutien clinique ou en associant nos résultats à ceux d'autres disciplines) ou menons-nous une démarche différente ?



ANALYSE DE NOTRE PRATIQUE EN HDJ

L'organisation de l'HDJ implique pour le patient un enchaînement de rendez-vous avec différents professionnels. Pour cette raison, le temps que nous avons avec le patient est contraint. Ainsi, nous devons prioriser les éléments à explorer et jongler entre le temps accordé à chaque partie de notre consultation (la rencontre, l'anamnèse, le temps d'évaluation et la restitution de fin de consultation). Cette gymnastique organisationnelle nous paraît moins confortable en HDJ, voire frustrante dans le sens où l'on ne peut pas toujours accorder autant de temps qu'on le souhaiterait à la consultation avec le patient ou aux échanges avec les proches.

Prenons le cas de Madame Psycho, orientée en HDJ par le gériatre dans le contexte d'une suspicion de maladie neuro-évolutive. Le médecin souhaite un regard pluridisciplinaire devant des éléments polypathologiques et l'absence de prise en charge sociale. Dans sa journée d'HDJ, Madame Psycho rencontre en premier la neuropsychologue. Elle se présente très angoissée et en colère au regard de cette journée d'examen dont elle ne mesure pas vraiment l'objectif. Dans le temps limité d'1h30, nous commençons par privilégier la relation, la mise en confiance et la réassurance afin que Madame accepte de poursuivre les différentes rencontres par la suite. L'entretien

est donc peu dirigé et long (45 minutes). À l'issue de cela, Madame Psycho est rassurée et accepte volontiers l'évaluation psychométrique. Tous les éléments non abordés au cours de cet entretien, tels que l'autonomie et les tâches quotidiennes seront développés par nos collègues, ergothérapeutes ou infirmières. En effet, l'HDJ offre cette souplesse, mais par contre, le temps restant pour la partie psychométrique est très réduit. Une gymnastique s'engage alors pour prioriser telle ou telle épreuve et il ne reste plus de temps pour rencontrer le fils de Madame Psycho. Pourtant, cette rencontre aurait pu nous éclairer sur la plainte cognitive et son retentissement dans le quotidien.

Dans la pratique quotidienne de l'HDJ, la pluridisciplinarité nous permet de considérer que certaines questions seront traitées par nos collègues. Pour nous, elle constitue un atout dans le sens où l'échange entre professionnels nous procure un cadre de pensée plus sécurisant, car partagé, en opposition au regard « unique » du neuropsychologue en CM. Les regards croisés enrichissent la connaissance du patient et les réponses que l'équipe peut lui apporter, et affinent ainsi l'expertise générale : que cela concerne un avis diagnostique ou une réflexion sur la prise en charge.

En HDJ, notre pratique est en partie définie par cette pluridisciplinarité qui implique des enjeux organisationnels autour d'un temps de consultation restreint et de l'articulation interprofessionnelle. Celle-ci n'étant pas présente en CM, comment y travaillons-nous ?

ANALYSE D'UNE PRATIQUE EN CM

Les différences majeures entre l'HDJ et la CM concernent la pluridisciplinarité et la contrainte temporelle. Le temps que nous pouvons accorder aux patients en CM étant plus flexible, nous avons plus de possibilités pour nous adapter à son rythme et à celui de ses proches. Dès l'anamnèse, il nous semble que nous pouvons davantage instaurer un lien avec le patient et un climat de confiance plus solide avant de poursuivre avec les épreuves psychométriques. C'est le cas de Madame Entretien qui a rendez-vous pour une évaluation neuropsychologique comparative à 1 an dans le cadre d'une consultation. Le bilan précédent avait été écourté par la patiente elle-même qui ne supportait pas les situations de

mise en échec. Nous engageons donc l'entretien avec Madame et sa fille. Notre objectif principal est la mise en confiance. Progressivement, Madame accepte que sa fille nous laisse, puis de réaliser l'évaluation psychométrique. Nous accordons donc une heure d'échanges pour cette entrée en relation qui nous permettra par la suite de réaliser l'ensemble du bilan avec l'implication totale de Madame Entretien.

Ce temps est aussi mis à profit pour explorer de nombreuses sphères (cognitive, sociale, psychologique, comportementale...). Le bilan cognitif peut, quant à lui, être plus exhaustif et parfois plus approfondi. Par exemple, Monsieur Test, professeur universitaire émérite et chercheur au CNRS, a pu bénéficier d'une évaluation exhaustive, notamment pour la sphère exécutive, grâce à des épreuves plus longues. Il est en effet difficile d'objectiver une atteinte exécutive pour des personnes ayant un haut niveau socio-culturel. En HDJ sur un temps plus court, l'atteinte exécutive n'aurait peut-être pas été mise en évidence.

Enfin, ce temps permet également de faire un récapitulatif au terme de la consultation et d'apporter des outils ou aides à mettre en place rapidement. Nous avons pu rencontrer Monsieur Restitution accompagné de son épouse en début et en fin de consultation. Ce temps était nécessaire afin de pouvoir faire prendre conscience à Madame que les difficultés objectivées allaient bien au-delà d'un simple trouble attentionnel comme elle avait pu nous le faire remarquer au début de la consultation. Monsieur Restitution avait, quant à lui, conscience de ses difficultés, mais ne mesurait pas l'impact que cela pouvait avoir sur son quotidien. L'échange entre nous trois a permis de confirmer les difficultés de Monsieur auprès de Madame, d'en mesurer ensemble l'impact au jour le jour et enfin d'aborder des conseils, des astuces à mettre en place dans le quotidien directement après notre rencontre.

Ainsi, en CM, le neuropsychologue s'autorise à pratiquer le métier de psychologue spécialisé en neuropsychologie en plaçant les besoins des patients encore plus au centre dans "une liberté temporelle", au moins ressentie, qui permet davantage de dérouler la consultation à partir de ce que le patient amène. Toutefois, sans équipe pour mieux comprendre la situation du patient ou parce que nous nous sentons obligées, nous explorons plusieurs sphères (sociale, autonomie...).

Nous pouvons ressentir cela comme une multiplication de "casquettes", qui nous oblige à mener seul une analyse intégrative en associant différents facteurs d'influence sur le profil cognitif et leurs conséquences psycho-comportementales (a contrario du regard croisé en HDJ).

CONCLUSION

Dans les différentes situations, notre démarche a cela de commun, que le patient reste toujours au centre de notre évaluation. Cette dernière se construit tout au long de la rencontre, en tenant compte de plusieurs éléments (fatigue, émotions, troubles sensoriels, etc.). Notre évaluation est donc toujours différente en fonction de chaque patient et intègre les critères d'orientation désignés par les gériatres. Mais, l'analyse de notre pratique en gériatrie, au sein du CHU de Rennes, a mis en évidence d'autres différences dépendantes du cadre d'intervention qui nous paraissent significatives dans notre activité professionnelle avec des conséquences sur ce qui est proposé au patient.

 *Dans les différentes situations, notre démarche a cela de commun, que le patient reste toujours au centre de notre évaluation.* 

À partir de ces réflexions, nous allons informer les médecins gériatres prescripteurs sur ce qui distingue une évaluation neuropsychologique en HDJ et en CM, échanger sur leurs attentes pour ajuster leur choix d'orientation aux besoins des patients et aux pratiques.

La pratique en CM qui a émergé dans un contexte particulier « d'urgence », nous a permis d'expérimenter un cadre d'exercice plus souple faisant réaliser l'impact sur notre pratique des contraintes imposées par l'HDJ. Nous souhaitons partager nos observations en équipe pour participer à une réflexion plus globale de l'évolution du cadre au sein même de l'HDJ. À l'heure de la rédaction d'un nouveau projet de service, nous avons le souhait d'interroger les contraintes des pratiques et de les faire évoluer dans le respect et les richesses de l'interdisciplinarité, en conservant les besoins et les temporalités des patients au centre de nos démarches professionnelles.

Comorbidités dans le cadre d'un trouble complexe d'apprentissage : comment le travail pluridisciplinaire permet-il de réajuster les objectifs thérapeutiques ?
Réflexions à partir d'une étude de cas

Comorbidities in the context of a complex learning disability: how does multidisciplinary work allow to readjust therapeutic objectives? Reflections based on a case study

Rafika ZEBDI

Psychologue-psychothérapeute
Maître de conférence en psychologie clinique
UR CLIPSYD
Université Paris Nanterre
92000 Nanterre

Mots-clés

- Troubles des apprentissages
- Fonctions exécutives
- Troubles émotionnels
- Étude de cas
- Interdisciplinarité

Alicia DELALANDRE

Psychologue spécialisée en
Neuropsychologie
Hôpital Raymond-Poincaré
92380 Garches

Keywords

- *Learning disorders*
- *Executive functions*
- *Emotional disorders*
- *Single case study*
- *Interdisciplinarity*

Eve PLATEAU

Psychologue spécialisée en
Neuropsychologie
Hôpital Raymond-Poincaré
92380 Garches

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Contact

Alicia DELALANDRE

alicia.delalandre@gmail.com

17, rue Jean Leclair
95220 Herblay

Pour citer cet article

Zebdi, R., Delalandre, A. et Plateau, E. (2022). Comorbidités dans le cadre d'un trouble complexe d'apprentissage : comment le travail pluridisciplinaire permet-il de réajuster les objectifs thérapeutiques ? Réflexion à partir d'une étude de cas. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 24-32.

Résumé

Les troubles spécifiques des apprentissages sont des difficultés à apprendre qui sont persistantes, malgré des interventions adaptées et soutenues. Il n'est pas rare de voir coexister plusieurs troubles d'apprentissage chez un même individu. Par ailleurs, des difficultés psychologiques et comportementales sont souvent associées aux troubles des apprentissages dues aux échecs répétés (manque de confiance en soi, anxiété de performance).

Le cas d'Agathe (7 ans) montre les retentissements importants d'un trouble complexe et sévère d'apprentissage sur la vie scolaire, sociale et familiale. Il met en avant la nécessité de comprendre finement les difficultés cognitives sous-jacentes aux problèmes d'apprentissage, en tenant compte de la trajectoire développementale, afin de réajuster régulièrement les axes thérapeutiques et que l'enfant puisse évoluer positivement. Cette étude de cas montre aussi combien la transposition des stratégies en milieu écologique est difficile, d'autant plus lorsqu'il existe un déficit des fonctions exécutives, et qu'il est primordial d'avoir une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée.

Abstract

Specific learning disabilities are learning difficulties that persist despite appropriate and sustained interventions. It is not uncommon for several learning disabilities to coexist within the same individual. In addition, psychological and behavioral difficulties are often associated with learning disabilities due to repeated failure (lack of self-confidence, performance anxiety).

The case of Agathe (7 years old) demonstrates the major repercussions of a complex and severe learning disability on school, social and family life. It highlights the need for a detailed understanding of the cognitive difficulties underlying learning problems, taking into account the developmental trajectory, in order to regularly readjust the therapeutic axis so that the child can evolve positively. This case study also shows how difficult it is to transpose strategies into an ecological environment, especially when there is a deficit in executive functions, and how important it is to have a coordinated multidisciplinary approach.

TROUBLES SPÉCIFIQUES ET SÉVÈRES D'APPRENTISSAGE: L'INTÉRÊT D'UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

Près de 20 % des enfants scolarisés présentent des difficultés scolaires dont les causes peuvent être multiples. Parmi elles, les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), appelés communément « troubles dys », concernent au moins 5 à 7% des enfants d'âge scolaire, soit un enfant par classe (Inserm, 2007). Les TSLA sont liés à des difficultés cognitives, d'ordre neurologique, qui empêchent l'enfant d'acquérir certaines compétences tels que le langage oral, les habiletés motrices ou encore des apprentissages plus spécifiques comme la lecture, l'orthographe et le calcul. Ils ne peuvent être entièrement attribuables à un déficit sensoriel, à une déficience intellectuelle, à d'autres troubles neurologiques ou mentaux, à une adversité psychosociale ou un enseignement pédagogique inadéquat. On parle de troubles neurodéveloppementaux, car ils affectent les apprentissages de façon précoce (mais peuvent se manifester plus tardivement), sont permanents et persistants face aux prises en charge proposées (American Psychiatric Association, 2013). Les TSLA peuvent donc être sources de difficultés à différents niveaux, que ce soit sur le plan de la réussite scolaire, de l'intégration sociale ou des relations intrafamiliales, avec également des répercussions au niveau psychoaffectif. Ces enfants souffrent rarement d'un trouble isolé. Dans près de 40 % des cas, un enfant concerné par un TSLA présente un autre ou plusieurs autres troubles « dys », avec ou sans déficit attentionnel associé (Pouhet, 2011). La combinaison de ces troubles pénalise l'enfant et représente un facteur aggravant pour son insertion sociale et scolaire.

 *Dans près de 40 % des cas, un enfant concerné par un TSLA présente un autre ou plusieurs autres troubles « dys ».* 

Cette comorbidité nécessite une approche diagnostique et une prise en charge pluridisciplinaire coordonnées. Pour améliorer la gestion des symptômes et viser une meilleure insertion

scolaire et sociale, plusieurs types d'interventions sont indiqués :

- des rééducations instrumentales (pour tenter de rétablir une fonction spécifique telle que le langage ou la motricité),
- des adaptations pédagogiques (pour compenser la répercussion de ces troubles en milieu scolaire),
- de la remédiation cognitive (pour diminuer l'impact des déficits cognitifs dans la vie quotidienne, via la mise en place de stratégies alternatives de compensation),
- un soutien psychologique pour l'enfant et/ou un accompagnement des parents (pour réduire l'impact des difficultés sur le plan psychoaffectif et/ou socio-familial).

 *Cette comorbidité nécessite une approche diagnostique et une prise en charge pluridisciplinaire coordonnées.* 

D'un point de vue cognitif, il a été démontré que l'un des meilleurs prédicteurs de la réussite scolaire est la capacité de l'enfant à réfléchir sur ses connaissances et à comprendre les raisonnements qu'il engage pour utiliser et construire de nouveaux savoirs, soit sa capacité à développer ses compétences métacognitives (Frush, 2017). La régulation et le contrôle de ses propres processus cognitifs renvoient donc à des compétences « supérieures » que l'on connaît davantage sous le nom de « fonctions exécutives » (FE). Chez les enfants présentant des difficultés scolaires, il a été démontré que les méthodes éducatives qui incluent un entraînement à la métacognition améliorent les capacités d'apprentissage des élèves (Bosson, 2008 ; Lucangeli et al., 2019). Pour les enfants ayant des TSLA, il apparaît donc particulièrement important de développer ces stratégies métacognitives et qu'elles soient enseignées d'une manière explicite, pour qu'ils puissent compenser leurs difficultés (Kipfer et al., 2009 ; Noel et al., 2016).

Face à la présence de comorbidités, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) s'avèrent être une prise en charge psychothérapeutique intéressante et adaptée. En effet, si les TSLA ne peuvent être directement attribuables à des problèmes émotionnels, leurs répercussions

sont nombreuses en termes d'estime de soi, d'anxiété voire de dépression (Speranza et Valeri, 2010). Aider l'enfant à mieux comprendre son trouble, à l'accepter et à se construire une image positive de lui-même est donc souvent nécessaire. En mettant l'accent sur la relation entre les pensées, les sentiments et le comportement, les TCC aident les patients à reconnaître les signes émotionnels, à élaborer des stratégies d'adaptation et à progressivement faire face à leurs difficultés (Verreault et Berthiaume, 2010). D'autre part, il a été constaté que lorsqu'on traite les troubles émotionnels, on améliore simultanément certaines capacités cognitives telles que l'attention, la mémoire de travail ou la flexibilité cognitive (Lemaire, 2021).

La psychoéducation, quant à elle, s'avère également judicieuse dans le cadre des TSLA. Faisant partie intégrante des TCC, elle vise aussi à favoriser l'adoption d'un comportement plus efficace en modifiant les fausses croyances et en diminuant les stigmatisations (Petitjean, 2011). Ce type de prise en charge s'avère particulièrement indiqué lorsque les difficultés comportementales s'ajoutent aux difficultés scolaires, notamment dans le cadre de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) ou de trouble dysexécutif (Bai et al., 2015 ; Verreault et al., 2011).

Le cas présenté ci-après permet de réfléchir à l'apport de chacune de ces interventions précitées (initiation à la métacognition, suivi en TCC et psychoéducation) dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire.

LE CAS D'AGATHE

CONTEXTE CLINIQUE ET QUESTIONNEMENTS

Agathe a 7 ans, elle est maintenue en classe de CP et suivie en orthophonie depuis la maternelle lorsqu'elle consulte pour la première fois au Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA). Plusieurs bilans avaient été préalablement effectués (orthophonique, psychomoteur et neuropsychologique) et les résultats allaient dans le sens de difficultés spécifiques – plus marquées sur le plan langagier – ainsi que d'une faiblesse au niveau des processus attentionnels, justifiant la mise en place d'un traitement stimulant de l'attention par méthyl-

phénidate. Le bilan pluridisciplinaire effectué au CRTLA a permis de confirmer la présence d'un trouble spécifique du langage oral (TSLO) mixte, associé à un TDA manifeste, malgré le traitement pharmacologique. Il était aussi mis en évidence une certaine inhibition comportementale, avec présence de manifestations anxieuses et un manque de confiance en soi important.

Face à ces constats, Agathe commence sa prise en charge en TCC, les fragilités psycho-affectives décelées pouvant limiter sa progression. L'évaluation plus spécifique menée par la psychologue-psychothérapeute montre qu'Agathe présente une anxiété sociale, qu'elle est capable de décrire avec ses mots et qui est reconnue par ses parents, et ce malgré des compétences sociales préservées. Aucun état dépressif n'est mis en évidence.

Le programme proposé en TCC s'est donc axé sur la confiance et l'estime de soi, en travaillant autant avec Agathe que ses parents pour mettre en place des renforcements positifs dans le quotidien et visait également la prise d'autonomie (avec hiérarchisation des activités et tâches des plus simples vers des plus complexes). Après quelques mois, des progrès sont constatés pour Agathe au niveau des relations avec ses pairs dans tous les milieux de vie, ainsi qu'au niveau de son assurance et de son estime de soi. En revanche, il reste difficile pour elle de prendre la parole en classe et d'automatiser certains comportements ciblés (ex: se souvenir de mettre ses étoiles sur le tableau lorsqu'elle réussit à réaliser l'une des tâches assignées); l'aide des parents pour ritualiser ce type d'actions n'est pas très concluante. Les intervenants constatent petit à petit qu'il y a un réel défaut de prise d'initiative. Si ce manque d'initiation peut être en lien avec la dysphasie qui freine Agathe dans sa capacité à faire une action ou activité par elle-même, celui-ci pourrait aussi bien venir d'une difficulté dans les fonctions exécutives, d'autant plus lorsqu'il est constaté des difficultés mnésiques (Moret et Mazeau, 2019). Après un an et demi de prises en charge, les différents intervenants qui accompagnent Agathe constatent des progrès bien trop lents par rapport à l'intensité et la spécificité des suivis qui lui ont été apportés (orthophonie, suivi en TCC, scolarité en petit effectif) ainsi que l'implication et la motivation de la fillette et sa famille. L'hypothèse de l'existence d'un trouble exécutif

qui freinerait son évolution est formulée par la psychologue-psychothérapeute en libéral et un nouveau bilan est programmé au CRTLA.

BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE

Lors de ce nouveau bilan neuropsychologique, Agathe se présente comme une enfant plus sereine et moins craintive pour entrer en relation avec l'adulte, mais elle reste toujours freinée par ses difficultés de langage oral et/ou une certaine inhibition de pensée. Pendant la passation des épreuves (réalisée sous traitement médicamenteux), l'attention soutenue semble meilleure, Agathe réussissant à maintenir un effort cognitif sur toute la durée de celui-ci, bien qu'il soit effectué l'après-midi. Toutefois, on relève un manque de confiance persistant, qui est également rapporté par le père au quotidien (ex: inhibition en classe, difficulté à accepter les erreurs, difficulté à exprimer ses émotions).

Les résultats, obtenus lors des différentes épreuves attentionnelles, représentés ci-après (voir Figure 1), montrent des capacités fragiles à déficitaires, et ce même sous traitement. À 8 ans 10 mois, nous constatons une amélioration pour les épreuves visuelles, mais qui est nuancée par

une certaine lenteur de traitement. Nous notons aussi une amélioration sur une tâche d'attention auditive sélective simple, mais les résultats restent globalement faibles. Qualitativement, les erreurs commises par Agathe semblent davantage de nature exécutive qu'attentionnelle (ex.: difficulté à réfréner un comptage automatique, pouvant être mis en lien avec un manque d'inhibition; difficulté de mise à jour des informations en mémoire de travail; pas d'erreur de type « omission »). À noter qu'il est impossible pour Agathe de réaliser l'épreuve plus spécifique d'attention soutenue par incompréhension de la consigne, ce qui engendre un blocage chez elle à ce moment du bilan.

Sur le plan exécutif, plusieurs épreuves ont été proposées à Agathe et le questionnaire de la BRIEF a été rempli par les deux parents (Gioia et al., 2015). Les résultats obtenus sont globalement fragiles et soulignent surtout une difficulté pour Agathe de mettre rapidement en œuvre ses processus exécutifs (voir Tableau 1). Qualitativement, il n'est pas constaté d'impulsivité ou de rigidité comportementale mais, dans les épreuves, les erreurs d'inhibition et les persévérations sont présentes. La sous-composante qui apparaît la plus déficitaire est la mémoire de travail, que ce

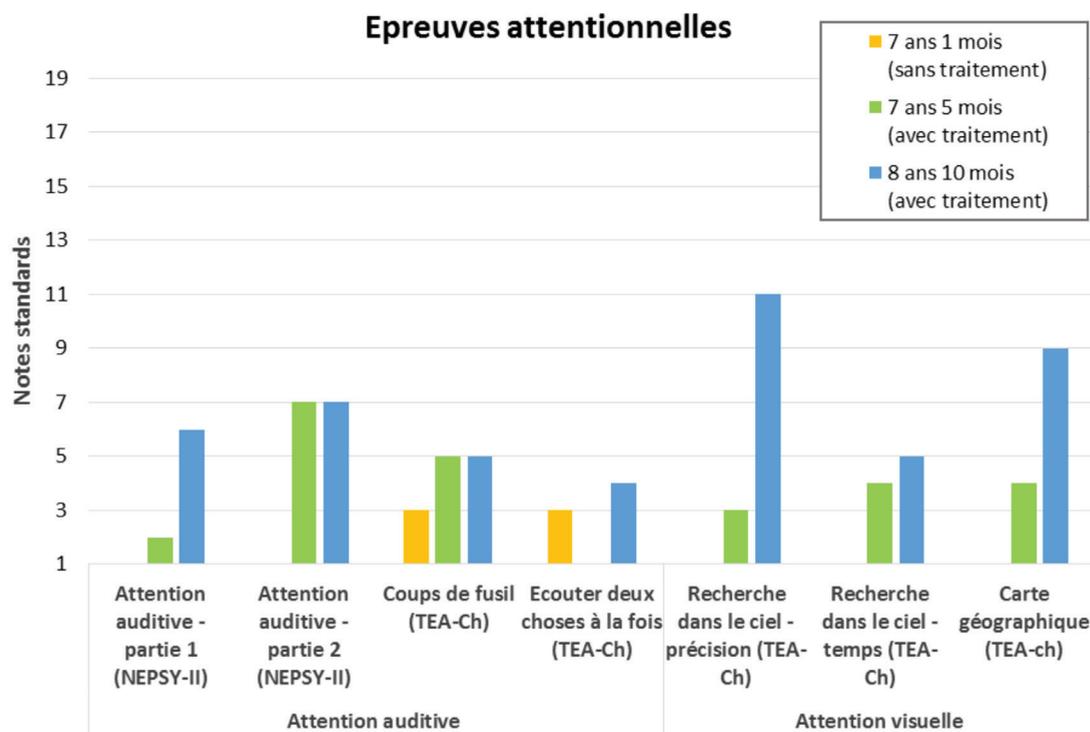


Figure 1 : Évolution des performances attentionnelles d'Agathe entre 7 et 8 ans 10 mois

Test	Épreuve	Résultat
NEPSY-II	Inhibition condition inhibition condition changement	Exactitude : NS=7 ; temps : NS=5 Exactitude : NS=7 ; temps : NS=4
	Production de mots sémantique initiale	NS=7 NS=5
CMS	Mémoire des chiffres ordre endroit ordre envers	NS=4 (empan=3) NS=6 (empan=2)
	Blocs de corsi	ordre endroit ordre envers
BADS-C	Test de la carte du zoo partie 1 partie 2	NS=9 non réalisée
	Recherche des clés	NS=6

Tableau 1 : Résultats obtenus par Agathe aux différentes épreuves exécutives à l'âge de 8 ans 10 mois, exprimés en note standard (NS) ou déviation standard (DS)

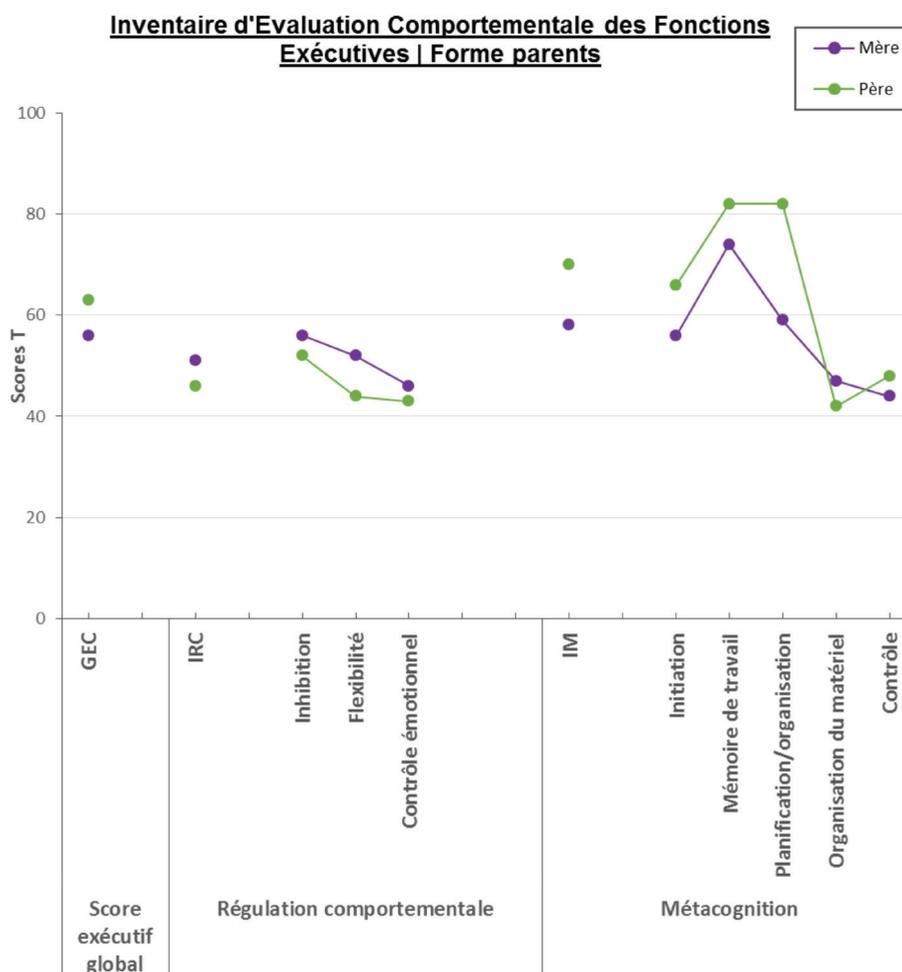


Figure 2 : Résultats des réponses données par les parents d'Agathe (Mère vs Père) au questionnaire de la BRIEF (en score T : moyenne = 50, écart-type = 10).

soit avec un support auditif ou visuo-spatial. Cela constitue également une plainte au quotidien pour la mère (voir Figure 2). Enfin, les épreuves de planification (capacité plutôt en émergence au moment du bilan) sont plus ou moins bien réussies selon leur degré d'abstraction. À noter que cela constitue une plainte importante pour le père dans les activités de la vie quotidienne d'Agathe (voir Figure 2).

RÉAJUSTEMENT DES PRISES EN CHARGE GRÂCE AUX ÉCHANGES INTERDISCIPLINAIRES

Compte tenu de ces résultats, il a été proposé à Agathe d'intégrer un groupe de métacognition avec un suivi psychoéducatif, proposé par l'équipe du CRTLA. Cet atelier parents-enfant, proposé sous forme de stage à plusieurs familles, avait pour but d'initier les enfants (âgés de 8 ans minimum) et leurs parents aux techniques de métacognition, mais aussi de les aider à mieux comprendre le trouble exécutif et les conséquences de celui-ci à domicile et dans le milieu scolaire. Le format « groupe » a permis aux différentes familles d'échanger à ce sujet et de trouver des pistes de compensation ensemble. Pendant toutes ces séances, la participation d'Agathe et de ses parents était de bonne qualité, mais la fillette restait freinée par son trouble du langage oral, notamment pour verbaliser ses propres stratégies. Elle a donc davantage réussi à s'emparer des techniques basées sur les représentations visuelles et l'imagerie mentale. Deux séances, à distance, ont permis de faire un point sur l'appropriation des stratégies enseignées. Les parents d'Agathe ont fait part du besoin d'étayage important pour aider leur fille à les utiliser. Même s'ils ont vu une amélioration au moment des devoirs et qu'ils ont su réajuster leurs exigences à domicile, le transfert à l'école a été plus difficile à mettre en place. La coordination avec la psychologue en libéral a donc permis de repenser la prise en charge pour pallier ce problème de transposition.

À la suite de la participation au groupe parents-enfant, la psychothérapeute et l'enseignante d'Agathe organisent, avec l'accord des parents, une séance d'observation en classe afin de faciliter la mise en place d'aides pour soutenir la prise d'autonomie et de parole de la jeune fille

en classe (ex: pictogrammes et tableaux d'économie de jeton apposés directement sur sa table; incitations régulières de l'enseignante; frise visuelle personnalisée des tâches à effectuer). Petit à petit, l'automatisation se fait et lorsqu'elle intègre des demi-journées en grand groupe, Agathe arrive même à se souvenir de ses interventions sans avoir le tableau de rappel. Elle les reporte le soir chez elle sur le tableau familial. Par ailleurs, une nouvelle intervention en psychoéducation sur les FE et l'intrication des difficultés avec les comorbidités anxieuses, attentionnelles et les TSLA est réalisée auprès de la famille et des intervenants. L'objectif est d'informer sur les limites à ne pas dépasser pour ne pas surcharger Agathe, afin qu'elle ne perde pas l'estime de soi acquise, essentielle pour la poursuite de ses progrès et son bien-être général. En parallèle, les FE sont renforcées avec toutes les activités ludiques possibles en séance (jeux de société) et au quotidien (ex: planifier les courses à faire avec la nourrice pour préparer l'apéritif familial ou le déjeuner etc.). Le recours à la verbalisation est aussi renforcé de façon ludique (ex: dés à histoires), en complément du suivi orthophonique.

ÉVOLUTION DE LA JEUNE PATIENTE

À ce jour, Agathe est une enfant plus épanouie et moins anxieuse, mais qui reste très gênée par ses difficultés cognitives. L'intrication entre les fragilités exécutives et le tempérament inhibé ont induit un certain défaut d'initiation chez Agathe, très certainement accentué par la dysphasie. Même si elle bénéficie toujours d'un suivi pluridisciplinaire et qu'elle est dans une école à petit effectif, il peut encore lui être difficile d'initier des stratégies pertinentes et de recourir aux techniques de métacognition. Le suivi régulier en TCC, réajusté en collaboration avec les professionnels du CRTLA, a permis d'améliorer sa confiance en elle et de mieux comprendre son mode de fonctionnement (ex: importance qu'Agathe accorde aux interprétations non-verbales et sa difficulté à accéder à l'implicite). En effet, son TSLO peut continuer à gêner dans ses interactions et générer un blocage si les codes sociaux renvoyés par autrui ne sont pas clairs. Toutefois, le renforcement des séances d'orthophonie a récemment permis d'améliorer son niveau de vocabulaire et donc, une plus grande aisance dans la sphère

verbale, soutenant ainsi ses progrès sur le plan relationnel.

CONCLUSION

Il n'est pas rare de trouver de l'anxiété et une certaine réserve/timidité chez les enfants dysphasiques, dans la mesure où comprendre les échanges et s'exprimer les mettent en difficulté, engendrant alors des comportements d'évitement qui peuvent se renforcer avec le temps (Claudon et al., 2019; Marton et al., 2005). Cela peut se manifester par de la passivité ou un manque d'initiative (ex: quand je parle ou que j'interviens, je fais des erreurs donc c'est plus économique d'attendre et de voir ce qui va se produire), qui peuvent aussi être le reflet d'autres difficultés cognitives (ex: trouble exécutif).

 *Le cas d'Agathe renseigne sur la nécessité d'ajuster régulièrement les prises en charge dans le cadre de troubles associés, dont certaines manifestations peuvent être à révélation tardive du fait d'une maturation cérébrale en plein développement.* 

Le cas d'Agathe renseigne sur la nécessité d'ajuster régulièrement les prises en charge dans le cadre de troubles associés, dont certaines manifestations peuvent être à révélation tardive du fait d'une maturation cérébrale en plein dévelop-

pement. Le suivi régulier a permis, ici, une révision des axes de prises en charge, rendue possible grâce à une bonne coordination entre les professionnels de santé en milieu hospitalier et en libéral, la famille et l'école pour que l'enfant puisse évoluer positivement. Toutefois, il montre aussi combien il est difficile de généraliser et transposer rapidement les stratégies en milieu écologique lorsqu'un enfant présente un trouble complexe et sévère. De plus, l'atelier proposé à Agathe en milieu hospitalier est discutable, puisque de durée courte et intense, alors que les interventions métacognitives sont plus efficaces lorsqu'elles sont longues et régulières (Frush, 2017). À noter qu'il s'agissait davantage d'une introduction aux techniques métacognitives que d'une remédiation en tant que telle. Par ailleurs, l'évolution positive constatée, notamment sur le plan affectif, pourrait aussi s'expliquer par un désir de conformité sociale (Jacob et Maintenant, 2017), laquelle a pu renforcer les réponses apportées aux questionnaires, mais aussi constituer une motivation supplémentaire pour Agathe et la pousser à faire « comme les autres ». Néanmoins, malgré ces limites et même si les freins apparaissent nombreux dans l'évolution des enfants porteurs de TSA, il est important que chaque intervenant puisse avoir une compréhension fine des difficultés présentées, à chaque moment du développement, afin d'y pallier ensemble, l'enfant n'étant pas lui-même en capacité de s'ajuster à toutes les exigences de son environnement.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bai, G., Wang, Y., Yang, L. et Niu, W. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: Improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 11, 2721-2735. <https://doi.org/10.2147/NDT.S88625>
- Bosson, M. (2008). *Acquisition et transfert de stratégies au sein d'une intervention métacognitive pour des élèves présentant des difficultés d'apprentissage* [Thèse de doctorat, Université de Genève]. <https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:80>
- Claudon, P., Leonova, T., Jourdois, E. et Spaeter, É. (2019). Dysphasies et processus psychiques: un constat des complexités scientifiques et cliniques. *Bulletin de psychologie*, 561(3), 191-208. <https://doi.org/10.3917/bupsy.561.0191>
- Frush, J. (2017). *Enseignement explicite de stratégies cognitives et métacognitives et apprentissage coopératif: une combinaison gagnante pour améliorer les performances, renforcer la motivation et diminuer*

l'anxiété face à la résolution de problèmes en fin d'enseignement primaire? [mémoire de master inédit]. Université de Liège. <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/3720>

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2015). *BRIEF: Behavior rating inventory of executive function*. Psychological Assessment Resources.

Barouillet, P., Billard, C., de Agostini, M., Démonet, J.-F., Fayol, M. et al. (2007). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie: bilan des données scientifiques*. Rapport. Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), coll. « Expertise collective ». <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570674>

Jacob, S. et Maintenant, C. (2017). Les troubles du langage oral (TSLO) chez l'enfant et leur incidence sur les relations entre pairs. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(2), 78-82. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.12.003>

Kipfer, N., Hessels-Schlatter, C. et Berger, J.-L. (2009). Remédier aux difficultés d'apprentissage des élèves présentant un trouble déficit d'attention et hyperactivité (TDA/H) par une approche métacognitive: revue de la littérature. *L'Année psychologique*, 109(4), 731-767. <https://doi.org/10.3917/anpsy.094.0731>.

Lemaire, P. (2021). *Émotion et cognition*. De Boeck Supérieur.

Lucangeli, D., Fastame, M. C., Pedron, M., Porru, A., Duca, V., Hitchcott, P. K. et Penna, M. P. (2019). Meta-cognition and errors: the impact of self-regulatory trainings in children with specific learning disabilities. *ZDM Mathematics Education*, 51(4), 577-585. <https://doi.org/10.1007/s11858-019-01044-w>

Marton, K., Abramoff, B. et Rosenzweig, S. (2005). Social cognition and language in children with specific language impairment (SLI). *Journal of communication disorders*, 38(2), 143-162. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.06.003>

Moret, A. et Mazeau, M. (2019). *Le syndrome dys-exécutif chez l'enfant et l'adolescent: répercussions scolaires et comportementales*. Elsevier Health Sciences.

Noel, B., Cartier, S. C. et Tardif, J. (2016). *De la métacognition à l'apprentissage autorégulé*. De Boeck Supérieur.

Petitjean, F. (2011). Les effets de la psychoéducation. *Annales Medico-Psychologiques*, 169, 184-187. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.02.011>

Pouhet, A. (2011). Le problème des cooccurrences des DYS... *Motricité cérébrale: Réadaptation, Neurologie du Développement*, 32(1), 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2011.01.004>

Speranza, M. et Valeri, G. (2010). Trajectoires développementales en psychopathologie: apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. *Développements*, 6(3), 5-15. <https://doi.org/10.3917/devel.006.0005>

Verreault, M. et Berthiaume, C. (2010). Efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale auprès d'enfants présentant en concomitance un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et un trouble anxieux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 20(3), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.09.005>

Verreault, M., Verret, C., Massé, L., Lageix, P. et Guay, M. (2011). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDAH sur le stress parental et la relation parent-enfant. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 43(3), 150-160. <https://doi.org/10.1037/a0019273>

La neuropsychologie influenceuse de la trajectoire clinique du patient en psychiatrie et en addictologie : Complémentarité et conflits

Neuropsychology influencing patients' clinical trajectory in psychiatry and addictology : complementarity and conflicts

Christelle PORCHE

Docteure en psychologie
Psychologue

Département de Psychiatrie et Addictologie
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg,
France

Contact

christelle.porche@chru-strasbourg.fr

Mots-clés

- Neuropsychologie
- Psychiatrie
- Addictologie
- Prise en charge

Keywords

- *Neuropsychology*
- *Psychiatry*
- *Addictology*
- *Care-giving*

Conflits d'intérêts

L'auteur déclare ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Porche, C. (2022). La neuropsychologie influenceuse de la trajectoire clinique du patient en psychiatrie et en addictologie : Complémentarité et conflits. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 33-38.

Résumé

L'apport de la neuropsychologie dans la compréhension et la prise en charge des pathologies psychiatriques est de plus en plus reconnu dans la littérature scientifique. Cependant, force est de constater une sous-représentation de la discipline dans les services de soins, en psychiatrie comme en addictologie, et une intégration parfois complexe dans les équipes. Cette difficile transposition des connaissances neuroscientifiques pourrait s'expliquer notamment par l'insuffisance, dans la littérature, de preuves cliniques de leurs contributions.

Selon cette préconisation, notre objectif est de présenter plusieurs cas cliniques afin d'illustrer l'étendue de la plus-value de la neuropsychologie. Dépasant les cas « classiques » illustrant des apports fonctionnels et neurologiques, nous exposons également des situations où la prise en compte du profil cognitif a permis une adaptation des propositions thérapeutiques et de la prise en charge clinique.

Nous visons ainsi à étayer la légitimité et la pertinence de la neuropsychologie dans la prise en charge pluridisciplinaire, holistique et individualisée des patients en psychiatrie et en addictologie. Nous explorons finalement des pistes de réflexion sur la difficulté d'intégration du neuropsychologue dans ces structures, évoquant notamment la question du travail en équipe pluridisciplinaire, de l'identité professionnelle, mais aussi de la connaissance et reconnaissance des rôles de chacun.

Abstract

There is an ever growing recognition of the contribution of neuropsychology to the understanding and care of psychiatric illnesses. Nevertheless, there remains an under-representation of this discipline in psychiatric and addictology departments, with a sometimes difficult integration into the team. Clinical evidence of its contribution is still lacking in the scientific literature, possibly explaining this problematic transposition of neuroscientific knowledge.

Following these observations, we present some clinical cases illustrating the added value of neuropsychology. Beyond classical cases illustrating its functional and neurological contribution, we also present situations in which considering cognitive profile allows for better suited therapeutic propositions and well informed clinical care giving.

Our aim is to advertise the legitimacy and relevance to include neuropsychology in a multidisciplinary, holistic and individualized patient's care in psychiatry and addictology. Finally we explore some potential causes for difficulties in integrating neuropsychologists in those units, especially mentioning questions of multidisciplinary team work, professional identity as well as knowledge and recognition of each profession's contribution.

INTRODUCTION

Bien que la reconnaissance de l'utilité de la neuropsychologie dans les pathologies psychiatriques ne cesse de croître, le psychologue spécialisé en neuropsychologie (PSN) est encore sous-représenté dans la psychiatrie hospitalière en France. Nous proposons d'interroger cela en mêlant partage d'expériences et données de la littérature. Nous chercherons également à souligner les apports du PSN à la psychiatrie hospitalière et aux moyens de mieux les faire connaître.

La terminologie même de la neuropsychologie la positionne à l'interface entre la neurologie et la psychologie/psychiatrie. Neurologie et psychiatrie entretiennent en effet des liens ténus – rappelons notamment que Sigmund Freud était neurologue et Aloïs Alzheimer, psychiatre. Historiquement, elles constituaient une branche unique de la médecine avant de se scinder progressivement à partir du milieu du 20^e siècle allant jusqu'à une dichotomie marquée, voire passionnée (Cunningham et al., 2006). Les recherches actuelles rapprochent, cependant, à nouveau ces

deux champs, démontrant d'une part que les atteintes neurologiques entraînent des conséquences psychiatriques notables et d'autre part que les pathologies psychiatriques sont sous-tendues par des substrats neuronaux (Allott et al., 2013; Cunningham et al., 2006; Danion, 2010).

Dans l'organisation médicale, les liens entre ces disciplines sont néanmoins encore minces (Allott et al., 2013; Cunningham et al., 2006). Si un psychologue est fréquemment présent pour les « séquelles » psychiques des troubles neurologiques, il n'y a que très rarement de « correspondant neurologique » en psychiatrie alors même que l'approche neurobiologique est en plein essor. Le PSN semblerait le mieux placé pour « re »constituer ce lien entre psychiatrie et neurologie, ce pivot permettant une approche plus holistique à la croisée du somatique et du psychique (Cunningham et al., 2006). Interpellés, dans ce contexte, par cette sous-représentation de la neuropsychologie en psychiatrie, les auteurs l'expliquent par un manque dans la littérature de « preuves cliniques » validant son apport. Ils préconisent ainsi un travail

de publication de cas uniques afin de démontrer sa contribution clinique en psychiatrie.

Cet article se propose de confirmer la validité de cette suggestion en l'illustrant de l'expérience clinique d'une professionnelle PSN dont certains cas ont fondamentalement fait évoluer la place dans le service.

En 2010, l'entrée de la neuropsychologie en psychiatrie adulte dans cet établissement a interrogé nombre de collègues s'interrogeant sur la plus-value apportée. Dans leur représentation, le bilan pouvait mettre le patient en difficulté sans apporter de réponse concrète à ses problématiques quotidiennes. Ils déploraient la non-venue d'un professionnel de la psychothérapie. Onze ans plus tard, si la place de PSN n'apparaît pas encore systématiquement comme une évidence, son utilité est en revanche largement reconnue. Cette évolution est effectivement la conséquence de situations où la considération du profil cognitif du patient a été décisive dans l'adaptation de la prise en charge. Ce sont ces cas que cet article se propose de relater afin d'illustrer par des preuves cliniques l'apport des PSN à différents niveaux de la prise en charge du patient en services de psychiatrie et d'addictologie.

PRÉSENTATION DE CAS

UTILITÉ « ATTENDUE » DE LA NEUROPSYCHOLOGIE EN PSYCHIATRIE

Y.R. est un jeune homme de 17 ans hospitalisé pour clinophilie, aboulie et repli sur soi. La présentation restant très abrasée même après l'amélioration du tableau, une orientation ESAT (Établissement et Services d'Aide par le Travail) était envisagée sur l'hypothèse d'une déficience intellectuelle. La mise en évidence par le QI d'une intelligence normale a alors permis une réorientation du projet socio-professionnel en milieu ordinaire. *Ce cas démontre comment la neuropsychologie permet d'affiner les projets de sortie et d'éviter des pertes de chances socio-professionnelles.*

Y.W. – célibataire sans enfant, une soixantaine d'années – est suivi pour dépression et éthylisme depuis plusieurs années. En dépit d'une abstinence affirmée depuis plusieurs semaines, il présente des moments de confusions avec am-

nésies temporaires, interrogeant l'équipe sur son abstinence. Le bilan neuropsychologique est cependant dominé par des fluctuations attentionnelles et un trouble mnésique ciblé, profil non pathognomonique des séquelles de l'éthylisme, orientant préférentiellement vers une pathologie vasculaire, Y.W. étant hypertendu et tabagique. Ces arguments neuropsychologiques ont été nécessaires pour dépasser certains préjugés et obtenir une exploration neurologique approfondie. La mise en lumière de séquelles de multiples accidents ischémiques transitoires a alors offert un nouvel éclairage sur les moments de confusion. La prise en charge a pu être adaptée et la confiance entre les soignants et le patient restaurée, conduisant à une amélioration du tableau et de la thymie. *Cette situation souligne la plus-value de la neuropsychologie pour le diagnostic différentiel des troubles, l'argumentation des examens et prises en charge complémentaires sur de possibles comorbidités somatiques.*

EXPANSION DE LA CONTRIBUTION DE LA NEUROPSYCHOLOGIE, AU CŒUR DU PARCOURS CLINIQUE DU PATIENT

M.M. est une jeune fille de 16 ans, placée à l'hôpital sur décision du juge suite à des refus de soins en ambulatoire. Elle présente des comportements étranges, tantôt totalement adaptés tantôt très décalés, des difficultés sociales et un contact visuel parfois fuyant. Il n'y a ni éléments délirants francs, ni hallucinations, le discours reste globalement cohérent et adapté en dépit de simplifications et de très nombreuses rationalisations. Elle impute son mal-être au contexte: défaillance de ses parents puis « enfermement » à l'hôpital.

Plusieurs diagnostics sont interrogés: schizophrénie prodromique, trouble de personnalité, trouble thymique, carence éducative, manque marqué de limites... Les flottements qui en résultent, génèrent une tension marquée dans l'équipe avec des polarisations extrêmes allant jusqu'au clivage voire à une forme de violence institutionnelle. Cette situation est exacerbée, d'une part, par la spécificité de la situation de placement judiciaire et, d'autre part, par le discours de M.M.. Elle se décrit comme totalement incomprise et victime d'un parcours difficile, marqué de carences affectives et de maltraitements psychiques, tout en refusant catégoriquement de préciser ou d'illustrer son

propos de situations spécifiques. Derrière une compliance de surface, l'adhésion aux soins est superficielle.

Les examens complémentaires – IRMs, bilans biologiques et EEG – sont sans particularité. Un bilan projectif conclut à une « désorganisation par rapport à la réalité, mais globalement un récit structuré selon une logique déductive et rationnelle (...) une structuration psychotique avec des traits paranoïaques, mais de bonnes capacités adaptatives l'aidant à se maintenir dans le réel ».

Le bilan neuropsychologique, réalisé avec une grande facilité par M.M., vient alors invalider l'hypothèse de carences éducatives. Toutes les fonctions – mnésiques, exécutives et instrumentales – sont préservées voire efficaces et le QI confirme le haut potentiel intellectuel alors suspecté. Au vu de ce nouvel éclairage, le discours fluctuant apparaît alors intentionnel et adaptatif aux rôles des différents interlocuteurs. Ces arguments étant nettement en faveur d'éléments paranoïaques dans le cadre d'une schizophrénie prodromique, la décision de recourir à un anti-psychotique a pu être argumentée et les clivages de l'équipe dépassés. L'évolution favorable avec adaptation progressive du comportement a permis la préparation de la sortie définitive, à la majorité, sous forme de stage professionnalisant avec hébergement.

Cet exemple montre comment l'identification du fonctionnement cognitif peut apporter des éléments de compréhension nouveaux à un tableau psychiatrique complexe et permettre ainsi de clarifier le diagnostic et de dépasser les clivages afin d'offrir une prise en charge adaptée.

R.H. présente une dépendance sévère à l'alcool avec dépression secondaire. Les hospitalisations pour rechutes sont de plus en plus fréquentes, entraînant le découragement dans une équipe pourtant aguerrie aux problématiques addictives. Le bilan cognitif révèle alors un syndrome dysexécutif avec impulsivité sévère, trouble d'inhibition, de flexibilité mentale et de planification, éclairant une « incapacité cognitive » à maintenir l'abstinence dans des situations de confrontation au produit. Une hospitalisation prolongée (6 semaines) et une post-cure (3 mois) ont alors permis d'agir sur les contingences externes et de mettre le patient à l'abri le temps de la récupération cognitive initiale – notable le premier mois dans les problématiques alcooliques. À l'issue de ces

4 mois et demi d'abstinence, R.H. a pu reprendre le cours de sa vie sans revenir en hospitalisation. *Cette situation atteste de l'utilité du bilan pour adapter les choix thérapeutiques à chaque situation.*

M.D., une femme d'environ 50 ans au physique marqué par les consommations, est suivie au CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) depuis plusieurs années pour une problématique alcoolique. Devant le petit niveau socio-culturel, le suivi se fait sur un axe comportemental. Le bilan est demandé comme levier motivationnel devant l'hypothèse de séquelles cognitives. Il objective à l'inverse un profil préservé avec un haut potentiel intellectuel. Ce nouvel élément va entraîner la réorientation du suivi sur une approche plus cognitive incluant les questions de fonction du produit et de la motivation. *L'éclairage sur le fonctionnement cognitif du patient peut ainsi contribuer à l'adaptation de la psychothérapie à chaque cas, au plus près de la « clinique ».*

DISCUSSION

Ces exemples, puisés dans 11 années d'exercice en psychiatrie et addictologie, corroborent les données de la littérature sur l'importance de la considération de la cognition dans la prise en charge clinique du patient. La neuropsychologie confirme ainsi son importance « sur le terrain », sur des éléments « attendus » – bilan fonctionnel, orientation professionnelle, éclairage de comorbidités neurologiques – mais aussi directement au niveau de la clinique psychiatrique : aide au diagnostic et à l'adaptation de l'offre de soins institutionnelle et psychothérapeutique.

Trois niveaux de réponses successifs peuvent alors être interrogés pour expliquer la sous-représentation de la profession et les clichés lui étant associés (Allott et al., 2013 ; Cunningham et al., 2006).

Un premier niveau concerne la difficulté du travail en équipe pluri-professionnelle qui nécessite, en plus de la flexibilité, d'une communication efficace et d'une culture d'équipe, une bonne définition et une bonne compréhension des rôles de chacun (Nancarrow et al., 2013). Or, d'après Jones (2006), la nécessité de définir son rôle donne l'impression d'une remise en cause de son

travail, ce qui suscite chez les professionnels une attitude défensive et une rigidification des positions, renforcée par le souhait de chacun d'être unique. Cependant, sans collaboration, échanges réciproques et confiance, il est difficile pour l'équipe de bénéficier de la complémentarité de chacun (Nancarrow et al., 2013).

L'apport de la neuropsychologie sur le fonctionnement cognitif des patients en psychiatrie est attesté tant au niveau théorique, scientifique qu'au niveau clinique, pour la prise en charge individualisée des patients.

Le second niveau interroge la place spécifique du « psychologue » dans l'équipe. Il serait en effet perçu par les soignants comme un membre distinct, dont l'équipe méconnaît le travail et le rôle (Wood et al., 2019). Cette impression est renforcée par notre statut en marge de l'organisation médicale des structures hospitalières (Jones, 2006).

Le troisième niveau interroge plus spécifiquement la position du PSN parmi les psychologues. Plusieurs explications peuvent être invoquées pour sa mise au ban du groupe. Premièrement, la profession est associée à la « standardisation » perçue comme niant la subjectivité de l'individu (Jones, 2006). Si les tests utilisés sont en effet normés, cette vision est cependant réductrice et révèle une méconnaissance de l'approche clinique de la neuropsychologie. Deuxièmement, l'usage du titre de PSN pourrait encore plus fortement soulever la problématique du rôle, évoquée précédemment. En effet, l'opposition entre professionnels est d'autant plus virulente que les positionnements et les rôles des professionnels sont ambigus (Jones, 2006). La troisième explication est économique. Les institutions fonctionnant à budget constant et la spécialité étant récente,

force est de reconnaître que les postes de PSN sont fréquemment des réattributions de moyens au détriment des approches psychothérapeutiques. Le PSN, bien que n'ayant jamais remis en question l'importance fondamentale de la psychothérapie, peut donc apparaître à ses collègues comme une menace pour leur spécificité, leur identité, leur statut et même leurs postes.

Si la partie économique n'est pas de leur ressort, les autres limites pourraient être dépassées par la clarification des spécificités et des complémentarités de chacun, dans le respect d'une identité professionnelle propre et par la création d'une culture commune.

En conclusion, l'apport de la neuropsychologie sur le fonctionnement cognitif des patients en psychiatrie est attesté tant au niveau théorique, scientifique qu'au niveau clinique, pour la prise en charge individualisée des patients. Des difficultés inhérentes au travail pluridisciplinaire, à la place de psychologue spécialisé en neuropsychologie et aux contraintes budgétaires peuvent expliquer les freins au déploiement des PSN dans les services. Si la partie économique n'est pas de leur ressort, les autres limites pourraient être dépassées par la clarification des spécificités et des complémentarités de chacun, dans le respect d'une identité professionnelle propre et par la création d'une culture commune (Nancarrow et al., 2013). Ce processus nécessitera bien entendu du temps, mais il pourrait être amélioré par l'accumulation de cas cliniques témoignant de leur plus-value dans la prise en charge clinique globale des patients en psychiatrie et en addictologie (Cunningham et al., 2006).

Références

- Allott, K., Proffitt, T.-M., McGorry, P. D., Pantelis, C., Wood, S. J., Cumner, M. et Brewer, W. J. (2013). Clinical neuropsychology within adolescent and young-adult psychiatry: Conceptualizing theory and practice. *Applied Neuropsychology: Child*, 2(1), 47-63. <https://doi.org/10.1080/08841233.2012.670566>
- Cunningham, M. G., Goldstein, M., Katz, D., O'Neil, S. Q., Joseph, A. et Price, B. (2006). Coalescence of psychiatry, neurology, and neuropsychology: From theory to practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(3), 127-140. <https://doi.org/10.1080/10673220600748536>
- Danion, J.-M. (2010). Neuropsychologie et psychiatrie, ou les vertus de la pluridisciplinarité. *Revue de neuropsychologie*, 2(1), 10-10. <https://doi.org/doi:10.1684/nrp.2010.0053>
- Jones, A. (2006). Multidisciplinary team working: Collaboration and conflict. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 19-28. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00400.x>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. et Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Wood, L., Williams, C., Billings, J. et Johnson, S. (2019). The role of psychology in a multidisciplinary psychiatric inpatient setting: Perspective from the multidisciplinary team. *Psychology and Psychotherapy*, 92(4), 554-564. <https://doi.org/10.1111/papt.12199>

Intérêt de l'interdisciplinarité en Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle

Illustrations cliniques et retour sur 20 années d'expérience

Interest of interdisciplinarity in Functional Re-education and Rehabilitation Centers

Clinical illustrations and feedback upon 20 years of experience

Yves MARTIN

Logopède, Orthophoniste
et Neuropsychologue

Coordonnateur de l'espace RID
(Recherche, Innovation, Développement)

CRRF L'ESPOIR
Lille

Christine MORONI

Professeure de Neuropsychologie
Université de Lille

Contact

Yves MARTIN

yves.martin@centre-espoir.com

CRRF L'ESPOIR
25 Pavé du Moulin B.P.1
59260 HELLEMMES LILLE

Mots-clés

- Interdisciplinarité
- Centre de Rééducation
- AVC

Keywords

- *Interdisciplinarity*
- *Rehabilitation Center*
- *Stroke*

Conflits d'intérêts

Les auteurs affirment ne pas présenter de conflits d'intérêt.

Pour citer cet article

Martin, Y. et Moroni, C. (2022). Intérêt de l'interdisciplinarité en Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle. Illustrations cliniques et retour sur 20 années d'expérience. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 39-44.

Résumé

Ces 25 dernières années, l'interdisciplinarité s'est invitée dans nombre de débats entre professionnels de la santé. Ainsi, dans les Centres de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle pour adultes cérébrolésés, parfois seuls les orthophonistes et les ergothérapeutes officiaient. Actuellement, on retrouve aussi des psychologues cliniciens, des neuropsychologues, des psychomotriciens, des socio-esthéticiens, des arts-thérapeutes, ... qui tous, à un niveau ou à un autre, interviennent avec leurs propres concepts, techniques et outils. La question cruciale du « qui fait quoi », « comment », dans quel contexte théorique, se pose. Parfois, elle mène à des questions d'arbitrage entre professionnels, détériore le climat de l'équipe, engendre une atmosphère délétère.

À partir de plusieurs exemples cliniques, sera abordée et discutée la question de la complémentarité entre les différents professionnels, leurs outils et moyens d'évaluation spécifiques, ainsi que leurs connaissances réciproques sur les spécificités de chacun. En effet, dans la démarche d'accompagnement du patient, chaque professionnel est appelé à mettre en œuvre les apports de sa discipline en complémentarité de ceux des autres professionnels. Pourtant, le constat est assez

régulièrement fait que ce n'est pas toujours le cas. Un plaidoyer pour un travail d'ensemble, dans le respect de chacun, prônant l'interdisciplinarité et la communication entre professionnels sera proposé.

Abstract

Over the last 25 years, interdisciplinarity has been a feature of many discussions between health care professionals (HCP). For a long time, in Rehabilitation Departments, brain damaged patients have been mainly taken care of by speech therapists and occupational therapists. From now on, HCP are many: clinical psychologists, neuropsychologists, psychomotor therapists, socio-aestheticians, art therapists, etc.. Each of them, at one level or another, work with their own concepts, techniques and tools. The crucial question of "who does what", "how" "with which theoretical context", arises and requires arbitration between HCP, which deteriorates the team relations and generates an unsuitable atmosphere.

Based on several clinical cases, the question of complementarity between HCP, their specific assessments as well as their reciprocal knowledge of each other, will be addressed and discussed. Indeed, in the care of brain damaged patients, each HCP implements the contributions of his/her discipline in complementarity with the contributions of the other. However, collaboration between different disciplines does not come naturally. Finally, an advocacy in favor of a joint work, with respect for everyone, based on interdisciplinarity and communication between HCP is proposed.

INTRODUCTION

Au cours des années 1980-1990, peu d'étudiants en psychologie s'intéressaient à la neuropsychologie, à telle enseigne que lors de la formation initiale (1984-1985) d'un des auteurs (Yves Martin), alors en master de logopédie, au sein du service de revalidation neuropsychologique des cliniques Saint-Luc dirigé par le Professeur Xavier Seron, il n'y en avait aucun. C'est, d'une part, avec un certain déclin de l'approche psychanalytique et, d'autre part, l'émergence de l'approche cognitive que les psychologues se sont orientés vers ce domaine particulier de la psychologie qu'est la neuropsychologie. À cette époque, il faut aussi noter qu'en France comme en Belgique, aucune formation universitaire dédiée à la

neuropsychologie n'était proposée aux étudiants. Les professionnels (médecins, orthophonistes, linguistes et bien évidemment psychologues) intéressés et concernés par la neuropsychologie se retrouvaient au sein de la Société de Neuropsychologie de Langue Française (SNLF). À cet égard, lors des 44 ans de cette Société (1977-2021), le mot du président est éloquent: «La SNLF est la seule société francophone à réunir en son sein des professionnels d'horizons très variés se retrouvant autour du thème de la neuropsychologie. La co-existence dans notre société de chercheurs dans le domaine des sciences cognitives et de cliniciens d'horizons très variés (psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, neurologues, médecins de MPR, liste non exhaustive...) est une grande richesse » (Pr Azouvi, mot

du Président³). L'impression générale, sans doute erronée et subjective, est qu'au sein de cette Société, la question de l'interdisciplinarité ne s'est jamais vraiment posée. Chacun intéressé par la neuropsychologie peut y adhérer et y défendre son point de vue, à tel point que cette représentation professionnelle multiple se retrouve dans la constitution du bureau. De toute évidence, lors des différents congrès ou formations qu'elle a organisés, le thème de l'interdisciplinarité n'a jamais été explicitement débattu.

Pourtant, l'arrivée de psychologues spécialisés en neuropsychologie comme celle d'autres professionnels (psychomotriciens, par exemple), ou encore l'intérêt pour le fonctionnement cognitif d'autres professionnels (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens) génère un débat autour de la question de la pluridisciplinarité lors de la prise en charge des troubles cognitifs des patients cérébrésés.

Au cours des paragraphes qui suivent, nous souhaitons illustrer par un retour sur 20 années d'expériences, les intérêts et les pièges à dépasser du travail pluridisciplinaire nécessaire au suivi d'un patient victime d'une lésion cérébrale responsable de troubles cognitifs.

L'INTERDISCIPLINARITÉ RÉUS-SIE

À partir de 2 exemples cliniques, nous voudrions mettre en exergue l'intérêt de l'approche collaborative et coordonnée dans l'accompagnement des troubles cognitifs et plus spécifiquement des troubles de la mémoire.

Madame P. est admise en Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle suite à une anoxie cérébrale consécutive à un arrêt cardiaque et un séjour en réanimation. Elle est âgée de 72 ans et vit seule. Elle présente des troubles modérés de la mémoire épisodique, de l'attention et de la concentration en particulier lors de la réalisation de tâches multiples. Ces troubles cognitifs entravent le retour à domicile où il est observé des épisodes du type : « elle met du lait à chauffer sur la gazinière, le téléphone sonne ... elle en oublie le lait, il brûle !! » ou « elle est en train de repasser, la sonnerie de la porte résonne, elle va ouvrir en

oubliant d'éteindre le fer à repasser, elle s'alarme lorsqu'elle constate que le linge est noirci ». Face à ces répercussions dans la vie quotidienne des troubles cognitifs de Mme P., une prise en charge en hôpital de jour est décidée avec un travail conjoint de l'ergothérapeute et du neuropsychologue. Le concept général est de proposer un travail fonctionnel de gestion de tâches en maison thérapeutique. Pour cela, un programme est initié autour d'une activité principale, la réalisation du repas de midi (plus ou moins complexe, pour 3 à 5 convives) et d'une ou plusieurs activités complémentaires (mettre en route le lave-linge, repasser, répondre au téléphone, regarder la télévision, récupérer des informations à la télévision ou à la radio). Tandis que le neuropsychologue travaille, en séances, les techniques d'amélioration de la mémoire épisodique, des capacités de planification et d'organisation des activités, l'ergothérapeute intervient sur le terrain pour la mise en pratique des aides travaillées avec le neuropsychologue afin d'aider et d'assister la patiente au cours de situations concrètes. Au fil du temps, l'un et l'autre vont réduire leur assistance et la patiente va ainsi augmenter son autonomie jusqu'à la réalisation sans erreurs des tâches. Cette intervention coordonnée autour d'un objectif commun de professionnels travaillant les mêmes processus cognitifs, mais à des niveaux différents, illustre leur complémentarité. Elle conduira au retour au domicile de la patiente, sans mise en danger, avec un minimum d'aides extérieures et un maximum d'indépendance.

Madame R., 50 ans, veuve, mère de 3 enfants est atteinte, suite à une encéphalite herpétique, de troubles massifs de la mémoire (désorientation spatio-temporelle, amnésie rétrograde de plusieurs années avec gradient temporel, oubli à mesure, perturbation de la mémoire de travail). Elle présente aussi un syndrome dépressif, un apragmatisme, des troubles du comportement et des fonctions exécutives. Le projet thérapeutique, élaboré en partenariat avec elle-même et sa famille, est de tenter un retour à domicile. L'évaluation des capacités et incapacités se fera en parallèle en ergothérapie et en neuropsychologie. L'introduction d'aides (mémento écrit, liste des ingrédients, planification des actions, ...), ainsi que l'entraînement de la mémoire implicite et procédurale ont permis la réalisation de toute une série de tâches quotidiennes en studio thérapeutique (pour le détail, voir Martin et al., 2001).

3. <https://www.snlf.net/la-snlf/presentation/>

Néanmoins, ces tâches ne pourront jamais se faire sans assistance. C'est pourquoi le retour au domicile n'est envisagé qu'après plusieurs visites conjointes du neuropsychologue et de l'ergothérapeute afin de mettre en place les aides nécessaires comme des consignes de vérification, via un support écrit et le judas de la porte, de l'identité de la personne qui sonne, un descriptif explicatif des programmes du lave-linge, une indication du contenu des armoires de cuisine, ... Des mises en situation fonctionnelles, coordonnées et réalisées par l'ergothérapeute et le neuropsychologue ont été réalisées, d'abord en studio thérapeutique, ensuite, au domicile. Les résultats ne seront finalement pas favorables et un placement en famille d'accueil sera nécessaire. À nouveau, l'ergothérapeute et le neuropsychologue se rendront, à plusieurs reprises, dans cette famille, d'une part pour expliquer les troubles dont souffre la patiente et d'autre part, pour un suivi des stratégies mises en place et des attitudes à avoir vis-à-vis d'elle.

Si cet accompagnement thérapeutique est un échec par rapport à l'objectif initial, il peut être considéré comme une réussite du point de vue de la mobilisation et de la coordination du neuropsychologue et de l'ergothérapeute dans l'objectif d'atteindre un but commun.

L'INTERDISCIPLINARITÉ MISE EN ÉCHEC

Une des missions de l'un des auteurs (Yves Martin) de cet article, cadre rééducateur pendant quelques années, est que les membres de l'équipe dont il a la responsabilité bénéficient d'une formation continue de telle sorte qu'ils partagent un socle commun de connaissances et qu'en corollaire, ils comprennent mieux les spécificités de chaque professionnel intervenant dans la prise en charge des répercussions cognitives des patients cérébrolésés. Pour cela, il défend, auprès de sa direction, l'idée qu'un ergothérapeute puisse être formé à la neuropsychologie. Cette formation va être obtenue et dispensée par un ergothérapeute extérieur au Centre et préalablement formé à la neuropsychologie. Au retour de cette formation, les premiers échanges sont très productifs et l'impression globale est convaincante. Toutefois, dans la période qui va suivre cette formation, les neuropsychologues du Centre vont constater que cet ergothérapeute utilise

régulièrement, en évaluation et même parfois en thérapie, des tests spécifiques à l'évaluation neuropsychologique comme : le *Trail Making Test* (TMT), le test des Cloches, le *Mini Mental Scale* (MMS), la *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), le Stroop, la figure de Rey, etc. De plus, il informe et se fait fort de « former » ses collègues ergothérapeutes à l'emploi de ces outils. Avec cette pratique, il est proposé au patient de réaliser plusieurs fois les mêmes épreuves neuropsychologiques dispensées, soit par les neuropsychologues, soit par les ergothérapeutes, en l'absence de toute concertation entre thérapeutes et de tout objectif commun pour la prise en charge du patient. Ce qui doit être commun aux thérapeutes est l'objectif final de la prise en charge et non pas les outils puisque l'intérêt d'avoir une équipe pluridisciplinaire est d'atteindre, à l'aide de techniques complémentaires, l'objectif de la prise en charge et cela pour le bien-être du patient. Dans le cas présenté ici, non seulement, le patient était amené à réaliser plusieurs fois les mêmes tâches (on n'évoquera pas les effets délétères pour le diagnostic et la prise en charge des effets test-retests), mais surtout, il ne lui était plus proposé d'épreuves fonctionnelles propres au champ de l'ergothérapie permettant un éclairage fonctionnel, appliqué à la vie de tous les jours, des répercussions dans la vie quotidienne des troubles cognitifs diagnostiqués par le neuropsychologue.

Cette démarche de formation continue des membres de l'équipe de rééducation n'a donc pas eu, dans ce cas précis, l'effet escompté qui était l'acquisition de connaissances sur le fonctionnement cognitif afin de mieux appréhender les répercussions fonctionnelles dans la vie quotidienne des troubles acquis de la cognition. Une utilisation « abusive » d'outils psychométriques conduit même parfois à des annonces diagnostiques étonnantes : ainsi, un autre ergothérapeute, sur base du seul empan arithmétique contenu dans la MoCA, conclut à la présence d'un trouble de la mémoire de travail !!!

Il semble que, parce que c'est très à la mode d'intervenir au niveau des troubles cognitifs, tant chez l'enfant que chez l'adulte, et a fortiori, chez la personne âgée, tout le monde (c'est-à-dire celui des soignants) souhaite s'y atteler. C'est ainsi que l'on voit des professionnels de tout bord utiliser des épreuves de barrages, de fluences, de rétention de listes de mots, de *memory*, de

dénomination, ... sans vergogne, sans se soucier du contexte, des collègues, et surtout sans se préoccuper de sa légitimité à le faire. Il semble exister alors une confusion entre moyens et objectifs. Les outils psychométriques sont des moyens pour atteindre des objectifs, mais ils ne sont pas les seuls. L'important est de définir pour chaque patient un ou des objectifs qui lui est/sont spécifique(s). L'ensemble des thérapeutes doit aider le patient, par l'intermédiaire d'outils spécifiques à chacun d'eux, à atteindre son ou ses objectifs. De plus, il ne faut pas oublier que la plupart des outils psychométriques « papier-crayon » utilisés par les neuropsychologues ont été initialement créés pour contribuer à localiser une lésion cérébrale. Leur objectif n'était donc pas de répertorier et de caractériser les répercussions fonctionnelles de troubles cognitifs dans la vie de tous les jours, mais d'identifier un trouble cognitif, le site de son dysfonctionnement, afin de proposer une rééducation pour réduire les répercussions dans la vie quotidienne. L'objet d'étude de ces outils sont les mécanismes cognitifs et non les répercussions fonctionnelles dans la vie quotidienne. La mesure du handicap induit par les troubles cognitifs eux-mêmes provoqués par une lésion cérébrale nécessite une collaboration éclairée de plusieurs professionnels (neuropsychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...).

L'INTERDISCIPLINARITÉ: L'ACTUALITÉ

À l'hôpital, comme en Centre de Rééducation et de Réadaptation, dans le domaine de la neurologie, la présence d'une multitude d'intervenants est devenue la règle: médecins (neurologues, psychiatres, rééducateurs et généralistes), infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciennes, psychologues, professeurs APA⁴, neuropsychologues, orthophonistes, socio-esthéticiens, animateurs socio-culturels.

Mais qui donc fait Quoi, Où, Comment, dans quel Contexte, avec quels Outils ?

4. APA: activités physiques adaptées



Il est nécessaire et impératif de définir, de fixer et de coordonner l'action de chacun et chacune, pour que tous et toutes, dans l'intérêt du patient, œuvrent dans la même direction.



De notre point de vue, il est nécessaire et impératif de définir, de fixer et de coordonner l'action de chacun et chacune, pour que tous et toutes, dans l'intérêt du patient, œuvrent dans la même direction. Cela paraît assez simple et évident pour certains troubles cognitifs comme dans le cas de la prise en charge du syndrome de négligence spatiale unilatérale :

- Le médecin MPR s'occupe de la prescription, de la coordination des soins et du suivi ;
- L'infirmière dispense les médicaments, prend note et surveille les constantes et prodigue les soins nécessaires (plaies, cicatrices) ;
- Les aides-soignantes se préoccupent de l'alimentation, de l'hygiène, du positionnement du patient au lit, de l'aménagement de la chambre, de la toilette ;
- Les neuropsychologues évaluent et prennent en charge l'anosognosie, l'attention, la concentration, l'exploration, les déplacements ;
- Les orthophonistes recherchent les troubles de la lecture, de l'écriture, de l'arithmétique associés à la négligence spatiale unilatérale ;
- Les ergothérapeutes concentrent leurs actions sur les activités quotidiennes: le bricolage, la cuisine, l'habillage, les déplacements (en fauteuil par exemple), la préhension d'objets et l'exploration de l'espace fonctionnel ;
- Les kinésithérapeutes se préoccupent de l'équilibre debout, la verticalité, la mobilité, la marche, l'exploration de l'espace en lien avec cette dernière activité, la préhension d'objets ;
- Les psychomotriciennes se soucient de la conscience corporelle ;
- L'animateur socio-culturel propose des activités en lien avec l'art, ce qui permet de décentrer le sujet de sa pathologie, d'infléchir son humeur, de le motiver via d'autres objectifs ;

- Les psychiatres et/ou psychologues vont s'occuper de l'humeur et de la réaction du sujet à cette atteinte.

Cette illustration, peut-être un peu « caricaturale », représente, de notre point de vue, une perspective réaliste de l'intervention thérapeutique. Si, dans le cas de cet accompagnement, les distinctions entre les rôles de chacun paraissent claires, s'agissant de la prise en charge d'autres troubles cognitifs, certaines difficultés apparaissent. Par exemple, lorsqu'en présence de troubles de la communication fonctionnelle, se pose la question de la légitimité du professionnel qui doit intervenir, il semble n'y avoir aucune hésitation : c'est à l'orthophoniste de le faire. Et pourtant, élaborer et produire un discours argumenté ne relève-t-il pas, avant tout, des fonctions exécutives, de l'organisation, de la structuration et de la planification de la pensée, le tout avec la contribution d'informations contenues en mémoire sémantique, épisodique et de travail ? La production verbale ou écrite n'étant, in fine, que l'étape ultime de ce processus élaboré. Et lorsque l'orthophoniste travaille, avec la personne aphasique et son proche, l'échange conversationnel, au-delà des mots, quelles sont les fonctions qui régissent cette interaction ? L'attitude générale de la personne, sa manière de s'adresser à l'autre, de prendre en compte son humeur, ses émotions, ses réactions, le contexte environnemental et situationnel, relève, à l'évidence, de la cognition sociale (qui ne semble pourtant pas du ressort du thérapeute du langage).

Référence

Martin, Y., Gueyraud, A., Lambert, S., Thieffry, M. et Vanvelcenaher, J. (2001). Parcours d'une personne gravement amnésique. *Glossa*, 75, 40-50.

Ces deux exemples pour affirmer, s'il était encore nécessaire, qu'au niveau des fonctions cognitives (donc par conséquence, des professionnels les prenant en charge) **TOUT** est dans **TOUT** et que les distinctions opérées ne sont qu'une simplification abusive destinée à nous permettre d'appréhender le fonctionnement cérébral. Dès lors, il est indispensable, selon nous, de repenser cette multiplication des intervenants et surtout, cette espèce de « saucissonnage » du patient.

CONCLUSION

Le patient est unique, global, complexe, à la fois dans sa psyché et son corps, mais aussi dans son vécu, son contexte socio-familial et professionnel. S'il est impératif, pour une meilleure compréhension de son fonctionnement, de distinguer différentes sphères d'intérêt et différentes fonctions cognitives, il faut progresser ensemble dans cette connaissance que nous avons de l'Homme.

L'interdisciplinarité, basée sur un socle commun de connaissances partagées et un dialogue ouvert entre professionnels impliqués, peut être un outil extrêmement riche au service de l'accompagnement de nos patients. Pour cela, au lieu de discuter de quel professionnel peut utiliser tel ou tel test, ou technique dans tel ou tel contexte, confrontons nos conceptions, nos outils, nos méthodes pour nous enrichir de l'apport des autres.

Complexité et enjeux de l'identification des enfants à haut potentiel

Complexity and challenges of identifying high-potential children

Jacques GREGOIRE

Professeur à l'Université catholique de Louvain
Institut de Recherche en Sciences Psychologiques (IPSY)

Contact

jacques.gregoire@uclouvain.be

10 Place du Cardinal Mercier
1340 Louvain-la-Neuve
Belgique

Mots-clés

- Haut potentiel
- Intelligence
- QI
- Examen psychologique
- Santé mentale

Keywords

- *High potential*
- *Intelligence*
- *IQ*
- *Psychological assessment*
- *Mental health*

Conflits d'intérêts

L'auteur déclare ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Gregoire, J. (2022). Complexité et enjeux de l'identification des enfants à haut potentiel. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 45-51.

Résumé

Depuis le début du 20^{ème} siècle, un QI supérieur ou égal à 130 est le critère largement admis d'un haut potentiel intellectuel. Ce critère soulève toutefois plusieurs problèmes qui peuvent mettre en question sa pertinence. D'autres critères ont été proposés qui font référence aux modes de pensée, aux émotions ou encore aux comportements des personnes à haut potentiel.

Dans cet article, nous examinons ces différents critères. En dehors d'un QI très supérieur à la moyenne, aucun de ceux-ci n'est spécifique du haut potentiel. Le QI reste aujourd'hui le meilleur critère du haut potentiel intellectuel, lequel se manifeste essentiellement par la précocité du développement et la puissance du raisonnement. Contrairement aux apparences, la signification du QI n'est pas triviale. Elle doit toujours faire l'objet d'une interprétation par un professionnel qui intègre cette information dans une compréhension globale de la personne.

Abstract

Since the turn of the 20th century, an IQ of 130 or higher has been the widely accepted criterion for high intellectual potential. However, this criterion raises several problems which may call into question its relevance. Other criteria have been proposed referring to ways of thinking, emotions or behaviors of people with high potential. In this article, we discuss these different criteria. With the exception of a well above average IQ, none of these criteria are specific to high potential. Today, IQ remains the best criterion of high intellectual potential, which manifests itself mainly in a precocious development and a high power of reasoning. However, the meaning of IQ is not trivial. It should always be interpreted by a professional who integrates this information into a comprehensive understanding of the person.

LE CONCEPT DE HAUT POTENTIEL

De tout temps et dans toutes les sociétés, des enfants ont été identifiés comme possédant des dons particuliers. Mais, le concept de haut potentiel, tel que nous le comprenons aujourd'hui, est récent. Il est associé à la création du premier test d'intelligence par Binet en 1905. En créant ce test, l'objectif de Binet n'était pourtant pas de repérer les enfants intellectuellement doués, mais d'identifier de manière objective les enfants présentant un handicap mental. Terman, qui adapte le test de Binet aux États-Unis en 1916, est le premier à s'intéresser aux enfants qui se situent à l'extrémité supérieure de la distribution des QI. Il les qualifie de « doués ». En France, ce terme deviendra « surdoué » où il sera longtemps en concurrence avec celui de « précoce », car ces enfants se caractérisent par la rapidité de leur développement intellectuel. Aujourd'hui, le terme le plus largement utilisé est celui de « haut potentiel » (en abrégé « HP »). Il est en effet approprié pour les enfants comme pour les adultes et il souligne que les compétences supérieures de ces individus sont en germe à leur naissance et demandent à être stimulées et entraînées pour se révéler pleinement.

En 1921, pour mieux comprendre la manière dont se développent les compétences intellectuelles des HP, Terman (1925) lance une ambitieuse étude longitudinale : les *Genetic Studies of Genius*. Elle comprend 1444 jeunes dont le QI est ≥ 140 . Ceux-ci vont être suivis pendant plusieurs dizaines d'années et permettront de récolter de précieuses informations sur leur évolution tout au long de la vie (Terman, 1959).

À la suite des travaux de Terman, les enfants HP ont fait l'objet d'une grande attention de la part des éducateurs dans le but de développer leurs potentialités. Dans plusieurs pays, des programmes éducatifs adaptés à leurs besoins ont été créés. Dans le même temps, le critère du haut potentiel intellectuel s'est légèrement modifié. Alors que Terman situait le seuil du haut potentiel à 140, le seuil de 130 s'est progressivement imposé comme la valeur de référence pour identifier une personne HP (Grégoire, 2021a).

L'IDENTIFICATION DES HP

Le haut potentiel n'est pas un trouble, mais une capacité cognitive très supérieure à la moyenne. Dans le cadre de l'examen psychologique d'une personne susceptible de présenter un haut potentiel intellectuel, nous ne parlons dès lors pas de diagnostic, mais plutôt d'*identification* du haut potentiel (Grégoire, 2012). L'objectif d'un tel examen n'est pas d'effectuer un classement dichotomique (« haut potentiel » versus « non haut potentiel »), dont l'utilité est discutable, mais d'objectiver des compétences très supérieures à la moyenne, et les besoins psychologiques et éducatifs qui y sont associés. Dans cette perspective, il est nécessaire de réaliser une évaluation globale de la personne qui dépasse le seul chiffre du QI et de prendre en compte les caractéristiques émotionnelles, motivationnelles et relationnelles de la personne.

Dans l'examen d'une personne susceptible d'être à haut potentiel, quelle place devons-nous donner au QI et comment devons-nous l'interpréter ?

Nous devons avoir conscience que l'intelligence est une variable continue que nous dichotomisons de manière arbitraire lorsque nous utilisons le seuil de 130. Le critère d'un QI ≥ 130 pour identifier le haut potentiel est le fruit d'un consensus. Il ne représente pas un saut quantitatif et qualitatif majeur. La structure et le fonctionnement de l'intelligence d'un enfant dont le QI est de 132 ne sont pas radicalement différents de ceux d'un enfant dont le QI est de 128. Le seuil de 130 est avant tout statistique. Il correspond à deux écarts-types au-dessus de la moyenne. Comme le QI se distribue normalement, on peut estimer que 2,28 % de la population présentent un QI ≥ 130 . Dans la population française, il y aurait donc un peu plus de 1 527 000 personnes dont le QI est ≥ 130 .

Le QI est un indicateur du haut potentiel en apparence simple et objectif. En réalité, cette mesure est plus complexe qu'il n'y paraît. Elle doit faire l'objet d'une interprétation par un psychologue formé pour lui donner son véritable sens. Comme toutes les mesures en psychologie, le QI comprend toujours une part d'erreur. Le coefficient de fidélité d'un test et l'erreur-type de mesure qui en est dérivée nous informent de la marge d'erreur des mesures obtenues avec ce test (Laveault et

Grégoire, 2014). Une illustration nous est fournie par le WISC-V qui est le test d'intelligence le plus utilisé au monde et dont le coefficient de fidélité est très élevé. L'erreur-type de mesure du QI mesuré avec le WISC-V est de 3,39 points. Cela signifie que si le véritable QI (sans erreur) d'un enfant est de 130, le QI observé (incluant inévitablement des erreurs aléatoires) qu'il obtiendra lors d'une passation du WISC-V aura 68 % de chance de se situer dans un intervalle de -3,4 points et +3,4 points autour de 130. Et, il y aura 90 % de chance que le QI observé se situe dans un intervalle de -5,6 points et +5,6 points autour de 130. En d'autres termes, il y a une probabilité importante qu'un enfant dont le véritable QI se situe dans la catégorie du HP obtienne un QI inférieur à 130, ce qui l'exclurait de cette catégorie. Pour éviter ce type d'erreur, il est recommandé d'utiliser l'intervalle de confiance plutôt qu'une valeur précise de QI. On dira, par exemple, que le QI d'un enfant se situe dans l'intervalle de confiance [124-136], plutôt que citer une valeur spécifique.

Un autre problème rencontré lors de l'interprétation du QI est la dispersion des notes aux différentes épreuves qui servent au calcul du QI. En majorité, les tests d'intelligence actuels, en particulier les échelles de Wechsler, sont construits sur la base du modèle de la structure de l'intelligence élaboré par Carroll (1993) et par Horn et Cattell (1966), désigné aujourd'hui par l'acronyme CHC (McGrew, 2009). Ce modèle comprend trois niveaux (Figure 1). Le premier niveau comprend

les aptitudes les plus simples. Le second niveau comprend huit aptitudes de grande étendue qui, chacune, coordonnent un groupe d'aptitudes simples. Enfin, au troisième niveau, se trouve une aptitude générale, appelée « facteur *g* » par Spearman (1904), qui intervient dans le fonctionnement de toutes les aptitudes. La nature du facteur *g* fait l'objet de nombreuses discussions, certains auteurs le considérant comme un coordinateur et un contrôleur des aptitudes, d'autres auteurs l'envisageant plutôt comme une propriété neuronale, en l'occurrence la vitesse de connexion qui interviendrait dans tous les traitements cognitifs.

Face aux problèmes liés à l'interprétation des QI, certains auteurs ont cherché d'autres indicateurs du haut potentiel.

Le WISC-V (2016) a été construit pour mesurer cinq des aptitudes de grande étendue du modèle CHC (en bleu dans la Figure 1), chacune à l'aide de deux épreuves. Du fait d'une corrélation imparfaite entre le QI et toutes ces épreuves, on observe une hétérogénéité normale des profils de performances (Labouret et Grégoire, 2018). Par conséquent, un profil plat, c'est-à-dire des scores équivalents à toutes les épreuves, est rarement observé. Une hétérogénéité trop importante des performances aux épreuves qui servent à calculer le QI peut même mettre en question la validité

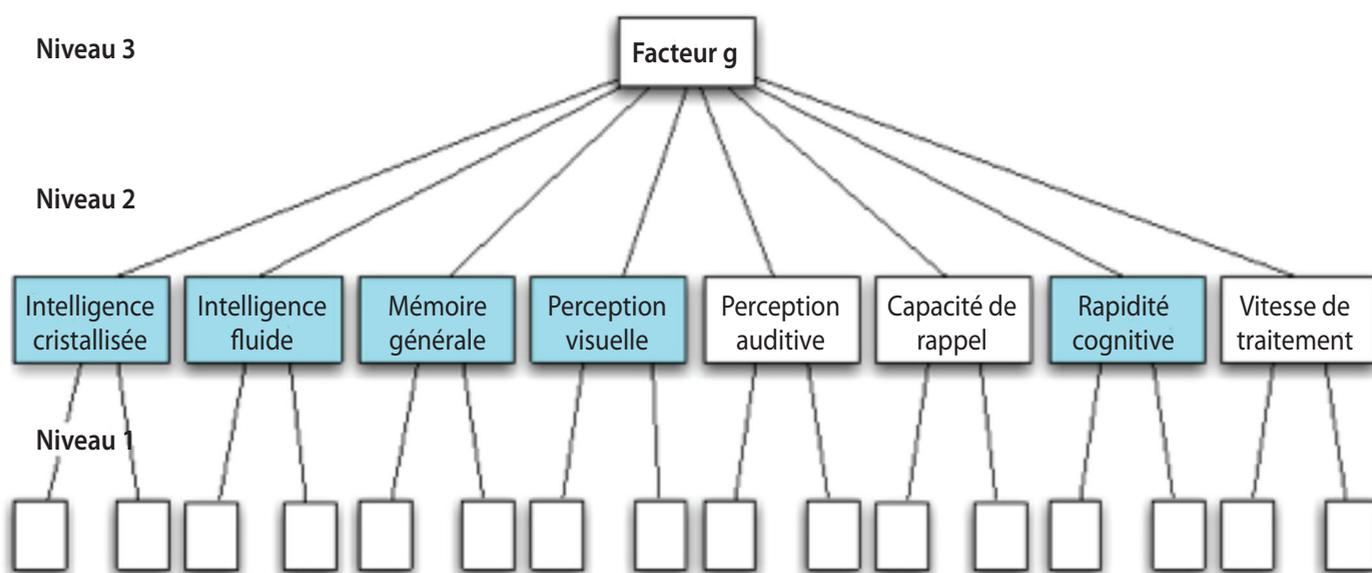


Figure 1 : Modèle CHC utilisé pour sélectionner les épreuves du WISC-V.

de celui-ci comme indicateur global de l'efficacité intellectuelle (Grégoire, 2019).

Face aux problèmes liés à l'interprétation des QI, certains auteurs ont cherché d'autres indicateurs du haut potentiel. Gauvrit (2014) a réalisé une analyse détaillée de tous ces indicateurs, tels que l'hyperactivité, l'anxiété, les traits autistiques, l'humour, l'hypersensibilité ou la créativité. Il constate qu'en dehors des performances intellectuelles très supérieures à la moyenne, associées à une précocité du développement cognitif, il n'y a pas de signe spécifique du HP. Toutes les autres caractéristiques qui sont parfois associées au HP peuvent aussi apparaître chez des personnes non-HP, et aucune n'est systématiquement associée au HP (Bresseur et Grégoire, 2018; Grégoire, 2021b). Ces caractéristiques ne peuvent dès lors pas être utilisées comme des critères d'identification. Elles restent toutefois importantes pour décrire et comprendre un individu HP particulier. À ce titre, elles méritent de retenir l'attention des praticiens. Mais, elles ne peuvent, en aucun cas, être considérées comme des preuves de haut potentiel en l'absence de mesure intellectuelle très supérieure à la moyenne.

HAUT POTENTIEL ET SANTÉ MENTALE

Un stéréotype répandu est que les personnes HP souffriraient de troubles psychologiques plus ou moins graves. Elle trouve son origine dans les travaux de Lombroso. Ce psychiatre italien publie en 1877 un ouvrage intitulé *Génie et folie* où il analyse le cas de 36 génies, comme Baudelaire et Newton, et présente des « preuves » de leur folie. Il crée ainsi une association dans l'imaginaire collectif entre le haut potentiel et la maladie mentale. Certains auteurs contemporains ont rapporté des études de cas qui tendent à confirmer cette association. Cette représentation doit cependant être remise en question. Elle est en effet basée sur des personnes HP vues dans des consultations psychologiques et des services hospitaliers. Il y a là un biais d'échantillonnage, car nous n'avons aucune preuve que les personnes HP souffrent de plus de troubles que les individus de la population générale. Les observations faites dans le cadre de consultations psychopathologiques ne peuvent dès lors pas être généralisées à la population des HP.

Comme le montre l'étude longitudinale de Terman (1959), il existe des personnes HP heureuses, sans problème particulier, et bien intégrées socialement. Il est vraisemblable que ces personnes sont largement majoritaires au sein de la population des HP, un niveau élevé d'intelligence étant un facteur important d'adaptation et de bonne gestion de soi (Deary et al., 2009; Fergusson et al., 2005;). Dans son étude, Terman (1959) constate qu'arrivé à l'âge adulte, 92 % des personnes HP de son échantillon déclarent être satisfaites de leur vie. Soixante-dix pour cent d'entre elles ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, et quatre-vingt-dix pour cent exercent une profession libérale ou sont cadres supérieurs. Seulement 10 % de ces personnes ont présenté des troubles mentaux sévères. Nous sommes bien loin du stéréotype qui associe une grande intelligence avec des troubles mentaux.

Par ailleurs, les personnes HP ne possèdent pas une intelligence particulière, différente de celles des autres individus. Comme nous l'avons vu plus haut, les niveaux élevés d'intelligence se situent sur un continuum et le seuil de QI définissant le haut potentiel est une valeur arbitraire. Les données empiriques sur la structure de l'intelligence ne permettent pas d'affirmer qu'à partir du seuil de 130 l'intelligence serait organisée et fonctionnerait d'une manière particulière. La plupart des caractéristiques intellectuelles des jeunes à haut potentiel peuvent être expliquées par la précocité du développement cognitif et par une grande motivation à apprendre (Gauvrit, 2014). Les compétences cognitives des jeunes HP correspondent souvent au fonctionnement normal d'élèves plus âgés et plus expérimentés.

LE DÉVELOPPEMENT DES PERSONNES À HAUT POTENTIEL

Même si les personnes HP ne semblent pas présenter plus de troubles psychologiques que les autres membres de la population, leur parcours développemental ne va pas nécessairement de soi et peut être parsemé d'embûches. Un des problèmes majeurs que doivent gérer les personnes HP a été désigné par le terme de « dyssynchronie » par Terrassier (1981). Il s'agit du décalage entre leur précocité intellectuelle et d'autres facettes de leur développement. Ce décalage peut être interne, entre les développements

intellectuels, psychomoteurs et affectifs, et/ou externe, par rapport aux pairs du même âge dont les intérêts et les comportements peuvent diverger. Les jeunes HP doivent gérer ces décalages, mais ils possèdent des ressources supérieures pour y faire face. La qualité du soutien de l'environnement familial et scolaire joue également un rôle important. Des parents et des enseignants qui permettent à l'enfant HP de s'épanouir de manière différenciée par rapport à ses pairs en fonction de ses besoins jouent un rôle favorable pour le bien-être et le développement de cet enfant. Inversement, si la famille et l'école n'offrent rien à l'enfant HP pour satisfaire sa soif d'apprendre et de découvrir, et s'ils l'obligent à se conformer aux normes des enfants de son âge sans la moindre attention à ses besoins spécifiques, des difficultés psychologiques peuvent surgir (isolement, démotivation, dépression...).

Par ailleurs, les psychologues doivent avoir conscience que les enfants HP peuvent souffrir des mêmes troubles que les autres enfants, sans lien avec leur précocité intellectuelle : dyslexie, dysgraphie, dyspraxie, mais aussi troubles émotionnels et comportementaux. Aucune donnée ne permet d'affirmer que la fréquence de ces troubles soit plus élevée chez les enfants HP que chez les tout-venant. La présence d'une dyslexie, d'un trouble de l'attention ou d'autres « dys » chez des enfants HP peut compliquer l'identification d'un haut potentiel intellectuel. L'impact négatif de ces troubles sur les performances à certaines épreuves peut en effet entraîner une sous-estimation du QI et une non-identification du haut potentiel.

La nature même du haut potentiel complique son identification. On ne peut en effet pas mesurer un potentiel, mais seulement ses fruits, c'est-à-dire les compétences intellectuelles. Ces dernières sont des traits latents que nous ne pouvons pas observer directement. Elles se manifestent de manière mesurable sous la forme de performances aux épreuves des tests d'intelligence qui servent de révélateur. La Figure 2 (Grégoire, 2012) offre une illustration des relations indirectes entre les potentialités intellectuelles et les performances observées aux épreuves des tests d'intelligence. Par définition, les potentialités intellectuelles sont des compétences en devenir, non encore actualisées. Elles existent à la naissance de l'enfant dans la structure de son cerveau et ses propriétés neurobiologiques. Grâce à des facteurs internes (la curiosité, la recherche du plaisir et la fuite du déplaisir...) et externes (les interactions avec les parents, les stimulations du monde extérieur...), les potentialités innées vont se révéler sous la forme de compétences intellectuelles de plus en plus élaborées, qui permettent à l'enfant de résoudre des problèmes de plus en plus complexes et abstraits. Nous n'avons pas un accès direct à ces compétences. Nous pouvons seulement nous en faire une idée lorsqu'elles sont mises en œuvre pour résoudre des problèmes concrets. Les épreuves des tests d'intelligence stimulent l'utilisation des compétences et nous permettent d'en évaluer l'efficacité. Ces épreuves sont des révélateurs, mais aussi des filtres. Le choix des épreuves nous permet en effet de voir certaines caractéristiques cognitives, mais peut

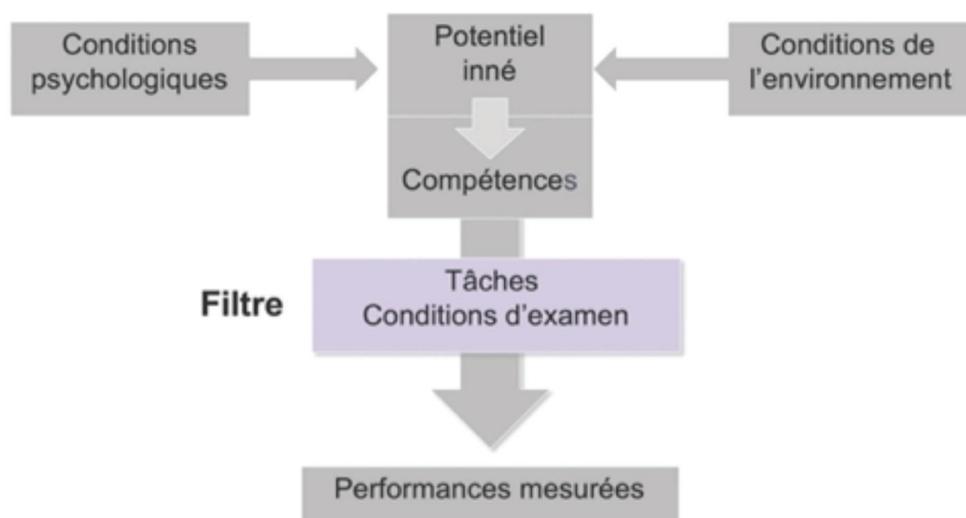


Figure 2. Relations entre les potentialités et les performances mesurées.

aussi nous en masquer d'autres. La sélection des épreuves utilisées pour mesurer l'intelligence est dès lors cruciale. De ce point de vue, tous les tests d'intelligence ne se valent pas et n'ont pas le même pouvoir révélateur.

 *La nature même du haut potentiel complique son identification.* 

Le haut potentiel peut varier d'un individu à l'autre du point de vue de son étendue (la diversité des problèmes qui peuvent être résolus) et de sa puissance (la complexité de ces problèmes). Les conditions environnementales et les facteurs individuels modulent l'expression du haut potentiel ce qui donne lieu à des profils de compétences de haut niveau très différentes d'un individu à l'autre. Du fait de la variété des expériences individuelles et de l'influence d'une multitude de facteurs internes et externes, il est peu probable que les compétences développées par les personnes à haut potentiel soient homogènes et similaires d'un individu à l'autre. Les personnes HP constituent, par conséquent, un groupe hétérogène.

Par ailleurs, l'expression des potentialités n'est pas nécessairement régulière au cours du développement et les potentialités ne s'expriment pas automatiquement à leur niveau maximum. La stabilité du QI durant la vie d'un individu correspond à une tendance moyenne au sein de la population. Mais, au niveau individuel, des variations positives ou négatives peuvent apparaître au cours du temps, en particulier durant l'enfance lorsque la plasticité cognitive est la plus grande (Grégoire, 2019). À la suite d'événements traumatiques, de carences éducatives ou de troubles émotionnels, le développement des potentialités intellectuelles peut être entravé. Inversement, des circonstances favorables peuvent soutenir le développement cognitif d'un individu et permettre de révéler toutes ses potentialités. Par conséquent, les psychologues doivent être prudents lorsqu'ils font des pronostics sur la base d'un QI mesuré à un moment précis. Ces pronostics ne sont que des probabilités d'évolution individuelle, mais ne constituent jamais des certitudes. Il peut arriver que des enfants identifiés comme HP en déduisent que même s'ils ne travaillent pas, ils réussiront toujours puisqu'ils sont à haut potentiel. Ces déductions erronées peuvent conduire à des échecs scolaires,

de la démotivation et un ralentissement du développement cognitif.

QUE POUVONS-NOUS CONCLURE À PROPOS DES CRITÈRES D'IDENTIFICATION DES HP ?

Le critère de base pour pouvoir qualifier une personne de HP est qu'elle apprend beaucoup plus facilement et rapidement que les personnes de son âge. Durant l'enfance et l'adolescence, cet avantage conduit au développement précoce des compétences intellectuelles et se traduit par des performances aux tests d'intelligence qui se situent à l'extrémité supérieure de la distribution des scores des personnes du même âge.

 *Nous ne devons jamais perdre de vue que le QI ne procure qu'une estimation des compétences intellectuelles dont l'efficacité est influencée par de multiples facteurs.* 

En général, le développement du haut potentiel intellectuel ne se déroule pas de manière égale dans l'ensemble des domaines de la cognition. Dès lors, des performances supérieures ne sont pas nécessairement observées dans tous les domaines, ce qui se traduit par des résultats hétérogènes aux épreuves des tests d'intelligence. Par conséquent, si le QI peut être un bon indicateur d'un haut potentiel intellectuel, il ne rend pas justice aux individus dont le développement des compétences cognitives est hétérogène. Il est dès lors indispensable de ne pas limiter l'analyse des résultats aux tests d'intelligence au seul QI et de prendre en compte les scores à l'ensemble des épreuves. Il n'est pas rare que des individus dont le QI n'atteint pas le seuil de 130 réalisent des performances à certaines épreuves qui dépassent ce seuil. Il est important de mettre en évidence ces *zones de haut potentiel* dans le cadre de l'interprétation des résultats (Brasseur et Cuhe, 2017).

Nous ne devons jamais perdre de vue que le QI ne procure qu'une estimation des compétences intellectuelles dont l'efficacité est influencée par de multiples facteurs (cognitifs et non cognitifs). Pour contrôler les facteurs qui peuvent influencer la mesure du QI, la passation des tests

d'intelligence dans des conditions standardisées et l'interprétation des résultats par un professionnel sont indispensables. L'identification d'un HP ne doit pas se réduire à un classement dichotomique (oui/non), mais doit toujours prendre en compte un spectre plus large d'informations que le seul QI afin de saisir le fonctionnement global du sujet dans son contexte de vie.

tomique (oui/non), mais doit toujours prendre en compte un spectre plus large d'informations que le seul QI afin de saisir le fonctionnement global du sujet dans son contexte de vie.

Références

- Binet, A. et Simon, T. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année Psychologique*, 11, 191-244.
- Brasseur, S. et Cuche, C. (2017). *Le haut potentiel en question*. Mardaga.
- Brasseur, S. et Grégoire, J. (2018). Les jeunes à haut potentiel sont-ils hyperémotifs? *A.N.A.E.*, 154, 289-297.
- Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511571312>
- Deary, I. J., Whalley, L. J. et Starr, J. M. (2009). *A lifetime of intelligence. Follow-up studies of the Scottish mental surveys of 1932 and 1947*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11857-000>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. et Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven II: childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 850-858. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01472>
- Gauvrit, N. (2014). *Les surdoués ordinaires*. PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.gauv.2014.01>
- Grégoire, J. (2012). Les défis actuels de l'identification des enfants à haut potentiel. *A.N.A.E.*, 24, 419-424.
- Grégoire, J. (2019). *L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant. Fondement et pratique du WISC-V*. Mardaga.
- Grégoire, J. (2021a). L'identification du haut potentiel. Dans N. Gauvrit et N. Clobert (dir.), *Psychologie du haut potentiel* (p. 203-220). De Boeck Supérieur.
- Grégoire, J. (2021b). Autisme et haut potentiel intellectuel. Dans N. Gauvrit et N. Clobert (dir.), *Psychologie du haut potentiel* (p. 295-308). De Boeck Supérieur.
- Horn, J. L. et Cattell, R. B. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences. *Journal of Educational Psychology*, 57, 253-270. <https://doi.org/10.1037/h0023816>
- Labouret, G. et Grégoire, J. (2018). La dispersion intra-individuelle et le profil des scores dans les QI élevés. *A.N.A.E.*, 154, 271-279.
- Laveault, D. et Grégoire, J. (2014). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en éducation* (3^e éd.). De Boeck Supérieur.
- Lombroso, C. (1877). *Genio e follia*. Milano: Hoepli. (Trad. française, Alcan, 1890).
- McGrew, K. S. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence*, 37, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2008.08.004>
- Spearman, C. (1904). General intelligence objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293. <https://doi.org/10.2307/1412107>
- Terman, L. M. (1916). *The measurement of intelligence*. Houghton Mifflin.
- Terman, L. M. (1925). *Mental and physical traits of a thousand gifted children. Genetic studies of genius (vol. 1)*. Stanford University Press.
- Terman, L. M. (1959). *The gifted group at mid-life. Genetic studies of genius (vol. 5)*. Stanford University Press.
- Terrassier, J.-C. (1981). *Les Enfants surdoués ou la précocité embarrassante*. ESF.
- Wechsler, D. (2016). *Manuel de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants* (5^e éd.). Pearson-ECPA.

Identification du Haut Potentiel Intellectuel à partir des échelles de Wechsler : Existe-t-il plusieurs profils psychométriques ?

Identifying Giftedness Using the Wechsler Scales : Are there several psychometric profiles ?

Emma TOURREIX

Neuropsychologue
Doctorante contractuelle – enseignante
Université de Rennes
LP3C
Rennes
France

Maud BESANCON

Psychologue
Professeur des universités
Université de Rennes
LP3C
Rennes
France

Corentin GONTHIER

Psychologue
Professeur des universités
Université de Nantes
LPPL
Nantes
France

Contact

Corentin GONTHIER

corentin.gonthier@univ-rennes2.fr

LPPL
Chemin de la Censive du Tertre
BP 81227
44312 Nantes Cedex 3
France

Mots-clés

- Neuropsychologie clinique
- Haut potentiel intellectuel
- Échelles de Wechsler
- Analyse de profils
- Diagnostic différentiel

Keywords

- *Clinical neuropsychology*
- *Intellectual giftedness*
- *Wechsler scales*
- *Profile analysis*
- *Differential diagnosis*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Tourreix, E., Besançon, M. et Gonthier, C. (2022). Identification du Haut Potentiel Intellectuel à partir des échelles de Wechsler : Existe-t-il plusieurs Profils Psychométriques ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 52-58.

Résumé

L'interprétation théorique que l'on peut faire des scores est aussi importante en neuropsychologie que les aspects purement quantitatifs. Ce point est d'autant plus crucial dans le cadre du Haut Potentiel Intellectuel (HPI) que l'identification d'un HPI s'appuie presque exclusivement sur les scores issus d'une mesure de l'efficacité intellectuelle. Le travail présenté ici porte sur l'analyse d'un large échantillon de données issues des échelles de Wechsler ($N = 326$) afin de rendre compte de

l'existence éventuelle de plusieurs profils psychométriques associés au HPI. Les résultats montrent une nette dissociation entre deux profils d'individus identifiés comme ayant un HPI : (1) un profil « homogène » associé à des scores élevés et relativement stables à travers l'ensemble des indices, et (2) un profil « ICV » correspondant à des scores élevés à l'indice de Compréhension Verbale (ICV) uniquement. Ces résultats sont intéressants à plusieurs égards. D'abord, ils renvoient à la question du poids accordé à l'ICV au sein des échelles de Wechsler compte tenu de la nature de l'indice et de ses déterminants, et donc au sein de la démarche diagnostique des cliniciens neuropsychologues en général. Ensuite, ils soulignent l'intérêt de penser un diagnostic différentiel autour du HPI, et ce notamment du fait du fort impact du niveau socio-économique sur les résultats observables à l'ICV.

Abstract

Theoretical interpretation of scores is as important in neuropsychology as the scores themselves. It is particularly relevant to consider the subtleties of interpretation in the context of giftedness, given that identification of giftedness is based almost exclusively on scores obtained using a measure of intellectual efficiency. The work presented here focuses on the analysis of a large sample of data from the Wechsler scales (N = 326), in order to determine whether there are multiple profiles of scores associated with giftedness. The results show a clear dissociation between two profiles of individuals identified as gifted: (1) a homogeneous profile associated with high and relatively stable scores across all indices, and (2) a VCI profile corresponding to high scores on the Verbal Comprehension Index (VCI) only. These results are interesting in several ways. First, they raise the question of how much weight should be given to the VCI within the Wechsler scales – considering both the nature of the index and its determinants – and thus within the diagnostic practices of neuropsychologists in general. Second, these results underline the interest of thinking about giftedness in terms of differential diagnosis, particularly due to the strong impact of socio-economic level on the results of the VCI subtests.

INTRODUCTION

Le Haut Potentiel Intellectuel (HPI) se définit par une efficacité intellectuelle élevée, associée usuellement à un QI total ou QIT ≥ 130 (Carman, 2013). On peut donc s'attendre à ce qu'un individu à HPI présente, en théorie, des performances globalement très élevées à travers tous les subtests des échelles de Wechsler. Par exemple,

pour la WISC-V qui est l'échelle adaptée à l'évaluation des capacités intellectuelles des enfants d'âge scolaire et des adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans, l'identification d'un HPI suppose d'obtenir des scores élevés à travers la majorité des subtests obligatoires : Similitudes et Vocabulaire qui forment l'Indice de Compréhension Verbale (ICV), Cubes pour l'Indice Visuo-Spatial (IVS), Matrices et Balances pour l'Indice de Raisonnement

Fluide (IRF), Mémoire des chiffres pour l'Indice de Mémoire de Travail (IMT) et enfin, Code pour l'Indice de Vitesse de Traitement (IVT).

On sait toutefois que la réalité est un peu plus complexe : il existe une hétérogénéité des scores entre les subtests, parfois importante. Cette hétérogénéité des performances est même plus grande chez les individus ayant un HPI par rapport à leurs pairs non HPI (Labouret et Grégoire, 2018 ; Lang et al., 2019).

Au regard de la diversité des épreuves permettant le calcul du QIT, il est légitime de s'interroger sur la nature des tâches et sur les déterminants qui conduisent à une performance élevée ou faible.

La présence de cette hétérogénéité entre subtests n'est pas si étonnante. L'efficacité intellectuelle est approximée par la réussite à un ensemble d'épreuves, qui sont très différentes les unes des autres. Parmi celles-ci, on trouve par exemple le subtest Vocabulaire (ICV), au cours duquel il est demandé à l'enfant de définir des mots, d'expliquer leur sens (e.g. « Que veut dire *absorber*? »), mais aussi le subtest Matrices (IRF) qui est un exercice de déduction logique non quantitatif. Au regard de la diversité des épreuves permettant le calcul du QIT, il est légitime de s'interroger sur la nature des tâches et sur les déterminants qui conduisent à une performance élevée ou faible : autrement dit, de quoi dépend la réussite ou l'échec à ces subtests ? En poursuivant avec l'exemple des subtests Vocabulaire et Matrices, il est assez intuitif de se rendre compte que les capacités principalement engagées dans la réussite de l'un, diffèrent de celles impliquées dans la réussite de l'autre. Ici, la performance observée à l'épreuve Vocabulaire repose essentiellement sur le niveau de connaissances de l'enfant (Grégoire, 2017), lui-même fortement dépendant du milieu culturel et socio-économique dans lequel il évolue (Conte et al., 2020 ; Dori et Chelune, 2004 ; Heaton et al., 2003). La performance observée à l'épreuve Matrices dépend, elle, essentiellement de ses capacités de raisonnement, beaucoup moins sensibles à cette composante économique et culturelle.

La performance à un test d'intelligence ne reflète donc pas simplement le fonctionnement

d'une unique entité « intelligence », mais plutôt un ensemble de déterminants qui agissent de façons partiellement différentes sur différentes tâches. C'est ce fonctionnement d'ensemble qui constituerait la performance élevée à un test d'intelligence. Cette conception de l'intelligence offre un cadre d'interprétation pertinent pour appréhender la notion d'hétérogénéité. L'hétérogénéité des scores entre les individus, mais aussi entre les différentes épreuves chez un même individu, est en fait un phénomène normal, y compris – et même surtout – dans le cadre du HPI. En effet, un faible niveau d'aptitude intellectuelle constitue une sorte de goulot d'étranglement qui va nécessairement de pair avec des scores uniformément faibles ; tandis qu'un niveau d'aptitude intellectuelle élevée autorise la présence de scores élevés aussi bien que de zones de relative faiblesse, et donc d'une hétérogénéité plus importante comme cela est représenté en Figure 1. La loi des rendements décroissants de Spearman rend compte de ce phénomène, expliquant que la dispersion des scores entre les tâches tend à augmenter lorsque le niveau d'aptitude augmente (Blum et Holling, 2017).

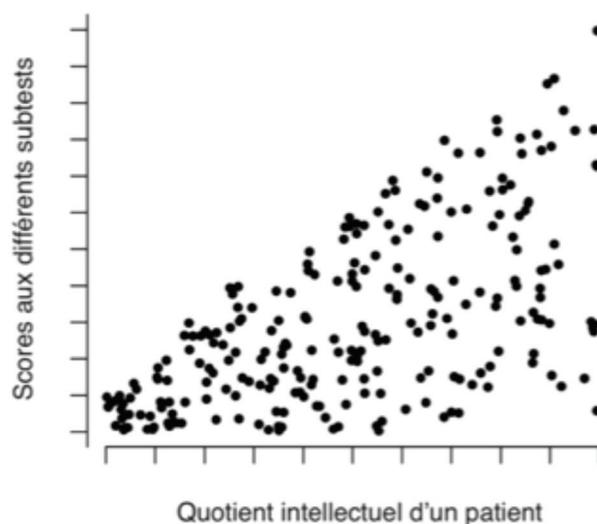


Figure 1 : Nuage de points représentant une répartition fictive des scores aux différents subtests en fonction du quotient intellectuel d'un participant.

L'hétérogénéité des scores est un phénomène normal et davantage marqué chez les individus à HPI. L'enjeu est que cette hétérogénéité n'est pas forcément aléatoire et peut refléter plusieurs profils différents : puisqu'il peut y avoir des dissociations entre les indices d'un test d'intelligence,

certaines individus à HPI pourraient par exemple être nettement meilleurs dans le domaine visuo-spatial que dans le domaine verbal, tandis que d'autres pourraient présenter le profil inverse. Cette question a des implications importantes au sein de la démarche d'identification du HPI, considérant la nature des mécanismes impliqués dans la performance. Il est donc essentiel d'identifier clairement les profils d'individus à HPI qui peuvent être rencontrés par les psychologues au sein de leur pratique clinique, et de proposer un cadre d'interprétation de ces sous-catégories.

MÉTHODOLOGIE

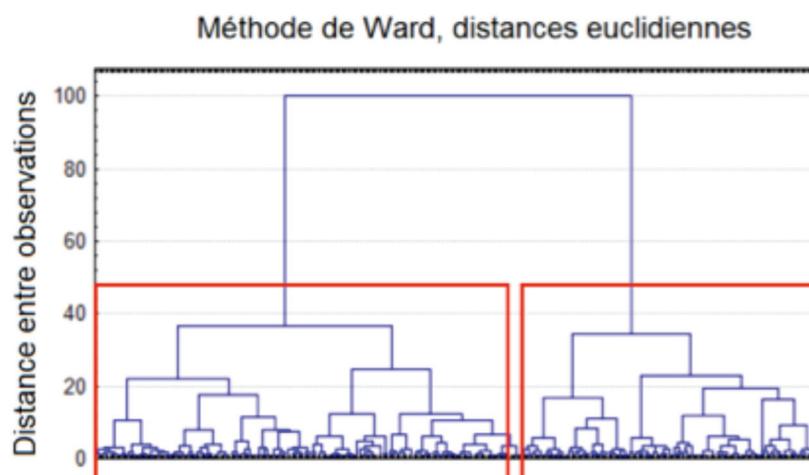
Pour répondre aux objectifs de ce travail, un large échantillon de données issues des échelles de Wechsler (N = 337) a été traité. Ces données ont été recueillies auprès de quatre psychologues exerçant en région parisienne; tous les protocoles sélectionnés ont amené à l'identification, par ces professionnels, d'un HPI chez leurs patients. Parmi ces protocoles, 11 ont été exclus de l'étude parce qu'ils prenaient appui sur des versions trop anciennes de la batterie (outils éloignés de la structure en indices qui est utilisée actuellement) ou parce qu'ils contenaient des erreurs humaines type erreur de calcul ou de report de scores. À l'issue de cette phase d'exclusion, 326 protocoles ont été intégrés aux analyses statistiques. La répartition des protocoles au sein des différentes versions incluses dans l'étude est

la suivante : n = 40 WPPSI-IV, n = 192 WISC-IV, n = 80 WISC-V et n = 25 WAIS-IV. Afin de permettre la synthèse des scores issus des différentes versions des échelles, les scores d'indice ont été recalculés pour chaque version en suivant la même structure que la WISC-V (ICV/IVS/IRF/IMT/IVT), à partir des subtests correspondants (par exemple, pour les patients ayant passé la WISC-IV, l'indice IVS absent de cette version a été recalculé à partir des scores standardisés aux subtests Cubes et Complètement d'images).

RÉSULTATS

Des analyses de profils ont été conduites pour répondre à deux questions principales. Premièrement, existe-t-il plusieurs profils distincts d'individus à HPI? Pour répondre à cette question, une analyse de classification hiérarchique a été réalisée. Le dendrogramme présenté dans la Figure 2 apporte une réponse claire : deux clusters, autrement dit deux profils d'individus à HPI se dissocient nettement au sein de l'échantillon.

Sur la base de ce constat, la deuxième question d'intérêt est de savoir à quoi correspondent ces deux profils d'individus à HPI. Pour répondre à cette question, nous avons extrait le profil d'appartenance de chaque patient à l'aide d'une analyse en k-moyennes, puis calculé le score moyen sur chaque indice pour les deux profils. Les résultats de cette analyse sont présentés dans la Figure 3.



Note. Ce graphique met en évidence l'existence de deux clusters clairement distincts, encadrés en rouge afin de faciliter leur lecture.

Figure 2 : Dendrogramme pour 326 individus à HPI.

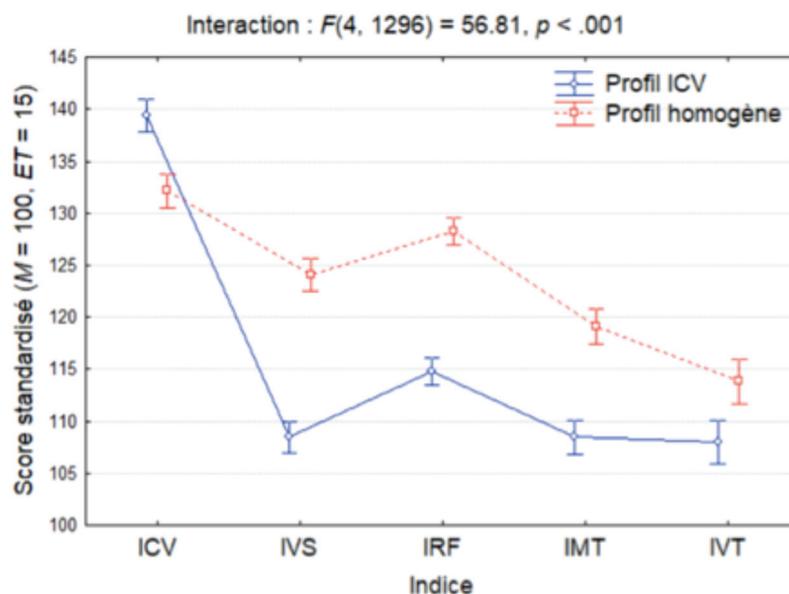


Figure 3 : Graphique représentant les scores moyens, par indice, observables au sein des deux profils d'individus à HPI identifiés précédemment.

Le premier profil décrit par l'analyse se caractérise par un ensemble de performances élevées et relativement homogènes à travers tous les indices des échelles de Wechsler (tracé rouge). Les scores associés à ce profil se situent globalement entre un et deux écarts-types au-dessus de la moyenne (115 – 130). Le second profil (tracé bleu) présente un pattern de scores un peu différent, avec des performances se situant dans la moyenne pour tous les indices (100 – 115), sauf l'indice ICV qui est associé à une performance très élevée, entre deux et trois écarts-types au-dessus de la moyenne (environ 140). Un élément important à noter ici est que les individus de l'échantillon sont équitablement répartis entre les deux profils, avec 157 protocoles au sein du profil homogène et 169 protocoles au sein du profil ICV. Il ne s'agit donc pas d'une observation en marge, qui concernerait une minorité des individus identifiés à HPI, mais bien de sous-catégories d'individus nettement présentes au sein de cette population.

DISCUSSION

Cette étude rapporte l'existence de deux profils psychométriques distincts chez les patients identifiés comme HPI par des psychologues : un profil homogène et un profil caractérisé par des

scores très élevés à l'ICV uniquement. La distinction entre ces deux profils a des implications sociales importantes et représente un enjeu pour la pratique clinique en psychologie. En effet, pour rappel, le HPI est défini par une efficacité intellectuelle très élevée, associée théoriquement à un QIT ≥ 130 (+2 écarts-types au-dessus de la moyenne) aux échelles de Wechsler. Le calcul du QIT repose sur un ensemble d'épreuves qui sollicitent des déterminants différents de la performance. En particulier, la réussite aux épreuves qui constituent l'ICV repose avant tout sur les connaissances déclaratives du patient (Grégoire, 2017). Le niveau de connaissances dépend fortement du milieu culturel et socio-économique dans lequel il évolue (Conte et al., 2020 ; Dori et Chelune, 2004 ; Heaton et al., 2003) : le risque majeur ici est que le profil ICV reflète l'appartenance à une classe sociale élevée plutôt qu'un très haut niveau d'aptitude intellectuelle, comme cela devrait être le cas dans le HPI. Ce biais est d'autant plus important à considérer que les parents qui consultent pour une suspicion de HPI ont tendance à être issus des classes sociales les plus élevées. Le profil ICV, qui est susceptible d'être surreprésenté au sein de ces classes sociales, a donc d'autant plus de risques d'être observé dans le contexte de consultations pour un HPI.



Cette étude rapporte l'existence de deux profils psychométriques distincts chez les patients identifiés comme HPI par des psychologues : un profil homogène et un profil caractérisé par des scores très élevés à l'ICV uniquement.



En pratique, on peut rencontrer un profil avec ICV très élevé à travers deux configurations distinctes. D'une part, un score très élevé à l'ICV peut être associé à un QIT ≥ 130 . Si l'on applique les recommandations, un tel cas de figure doit logiquement amener à l'identification d'un HPI. On est toutefois en droit de questionner l'interprétation des scores dans ce contexte : si le QIT supérieur ou égal à 130 est obtenu essentiellement du fait d'un ICV très élevé, et si les scores aux autres indices (notamment en ce qui concerne le raisonnement fluide ou visuo-spatial) se situent dans la moyenne, il est possible qu'un niveau socio-culturel élevé amène à surestimer la performance globale du fait d'un très haut niveau de connaissances déclaratives. Il n'y a pas de réponse évidente à apporter à la question du HPI dans ce cas : l'identification doit être soigneusement soupesée au regard du contexte de l'individu et du profil de scores observés.

D'autre part, il est possible d'observer un score très élevé à l'ICV, associé à une efficacité intellectuelle globalement dans la norme et à un QIT inférieur à 130. Dans ce cas, il semble nettement préférable de privilégier l'interprétation du QIT et donc d'éviter de conclure à un HPI. Cette pratique limite les risques de sur-diagnostic de HPI au sein des classes sociales supérieures, qui tendent à être associées à des ICV plus élevés.

En France, certains psychologues ont pris l'habitude d'identifier un HPI à partir d'un seul indice supérieur à 130 aux échelles de Wechsler,

démarche en partie née d'une difficulté d'interprétation du QIT dans un contexte d'hétérogénéité des scores (il est souvent admis en psychologie clinique qu'une dispersion inter-indice d'une quinzaine de points ou plus rendrait impossible l'interprétation du QIT, au risque de gommer les spécificités du patient). L'existence d'un profil qui présente un score très élevé uniquement à l'ICV, et le fait que cet indice soit à ce point affecté par le niveau socio-culturel, doit toutefois conduire à éviter cette pratique, même si le profil de scores est hétérogène (Canivez et al., 2015 ; Labouret et Grégoire, 2018).

Il faut cependant rappeler qu'un profil de scores similaires à celui observé au sein du profil ICV peut avoir différentes explications. Il est possible par exemple que des troubles développementaux entraînent une chute, ou du moins, une diminution des scores aux indices autres que l'ICV, sans pour autant que le score très élevé à l'ICV implique une surestimation de l'efficacité intellectuelle du patient. Il reste donc essentiel d'adopter un niveau d'analyse par indice, afin d'avoir une lecture détaillée des points forts et des points faibles de l'enfant. Par ailleurs, des personnes à HPI peuvent présenter légitimement un excellent niveau de connaissances, associé à de grandes capacités de raisonnement fluide. Le rôle du psychologue consiste aussi à valoriser la curiosité intellectuelle de l'enfant, ses efforts et ses intérêts.

L'ICV apporte donc un certain nombre d'informations qui sont utiles à la compréhension générale du profil de l'enfant. Cependant, le poids qui lui est accordé au sein du calcul du QIT peut être discuté du point de vue des déterminants impliqués dans la performance, et ce particulièrement dans le cadre du HPI.

Références

- Blum, D. et Holling, H. (2017). Spearman's law of diminishing returns. A meta-analysis. *Intelligence*, 65, 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2017.07.004>
- Canivez, G. L., Watkins, M. W. et Dombrowski, S. C. (2015). Factor structure of the Wechsler Intelligence Scale for Children—Fifth Edition: Exploratory factor analyses with the 16 primary and secondary subtests. *Psychological Assessment*, 28(8), 975.
- Carman, C. A. (2013). Comparing Apples and Oranges: Fifteen Years of Definitions of Giftedness in Research. *Journal of Advanced Academics*, 24(1), 52-70. <https://doi.org/10.1177/1932202X12472602>

- Conte, F., Costantini, G., Rinaldi, L., Gerosa, T. et Girelli, L. (2020). Intellect is not that expensive : differential association of cultural and socio-economic factors with crystallized intelligence in a sample of Italian adolescents. *Intelligence*, 81, 101466.
- Dori, G. A. et Chelune, G. J. (2004). Education-stratified base-rate information on discrepancy scores within and between the Wechsler Adult Intelligence Scale-and the Wechsler Memory Scale. *Psychological assessment*, 16(2), 146.
- Grégoire, J. (2017). Comment interpréter les indices du Wisc-V?. *Le Journal des psychologues*, 343, 24-29.
- Heaton, R. K., Taylor, M. J. et Manly, J. (2003). Demographic effects and use of demographically corrected norms with the WAIS-III and WMS-III. Dans D. S. Tulsky, D. H. Saklofske, G. J. Chelune, R. K. Heaton, R. J. Ivnik, R. Bornstein, A. Prifitera et M. F. Ledbetter (dir.), *Clinical interpretation of the WAIS-III and WMS-III* (p. 181-210). Academic Press.
- Labouret, G. et Grégoire, J. (2018). La dispersion intra-individuelle et le profil des scores dans les QI élevés. *A.N.A.E.*, 154, 271-279.
- Lang, M., Matta, M., Parolin, L., Morrone, C. et Pezzuti, L. (2019). Cognitive profile of intellectually gifted adults : analyzing the Wechsler adult intelligence scale. *Assessment*, 26(5), 929-943.
- Wechsler, D. (2011). *WAIS-IV: Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes* (4^e éd.). ECPA.
- Wechsler, D. (2005). *Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants: WISC-IV* (4^e éd.). ECPA.
- Wechsler, D. et Dannay-Penhouët, C. (2016). *Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants: WISC-V* (5^e éd.). ECPA.
- Wechsler, D. et Éditions du Centre de psychologie appliquée (2014). *WPPSI-IV, échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants* (4^e éd.). ECPA.

Test des Errances Multiples et Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA): une évaluation écologique des fonctions exécutives des jeunes porteurs d'un TSA

Multiple Errands Test and Autism Spectrum Disorder (ASD): an ecological assessment of the executive functions of young people with an ASD

Camille POTTIER

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
SESSAD Autisme du CHRU Brest

Simona BADIC

Pédopsychiatre
SESSAD Autisme du CHRU Brest

Aude POIRIER

Pédopsychiatre
UED du CHRU Brest

Charlotte VILLALON

Pédopsychiatre
UED du CHRU Brest

Anne DAVID

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
EPSM Charcot de Caudan

Céline KERJEAN

Ergothérapeute
SESSAD Autisme du CHRU Brest

Contact

Camille POTTIER

camille.pottier@chu-brest.fr

38 Rue de la Duchesse Anne 29200 Brest

Mots-clés

- Trouble du Spectre de l'Autisme
- Test des Errances Multiples
- Fonctions exécutives
- Compétences pratiques
- Adolescent

Keywords

- *Autism Spectrum Disorder*
- *Multiple Errands Test*
- *Executive Functions*
- *Practical Skills*
- *Teenagers*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Pottier, C., Badic, S., Poirier, A., Villalon, C., David, A. et Kerjean, C. (2022). Test des Errances Multiples et Trouble du Spectre de l'Autisme : une évaluation écologique des fonctions exécutives des jeunes porteurs d'un TSA. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 59-65.

Résumé

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble du neuro-développement (TND) qui, notamment du fait des difficultés exécutives, peut limiter les activités en vie quotidienne. L'évaluation des fonctions exécutives à travers une épreuve écologique, comme le test des errances multiples (TEM), apparaît adaptée pour prendre en compte le fonctionnement global de l'individu avec TSA : il s'agit pour le sujet de réaliser

plusieurs tâches dans un environnement nouveau (élaboration d'un plan d'action, mise en place de stratégies, etc.).

L'adaptation de ce test pour les jeunes avec TSA, sans trouble du développement intellectuel (TDI), de 14 à 20 ans, est ainsi en cours. La procédure de passation inclut la complétion de deux auto-questionnaires, l'évaluation de l'anxiété et la réalisation de plusieurs tâches, dans un centre commercial. Cette évaluation permet un repérage précis des points forts et des points faibles des jeunes dans le but d'établir des objectifs personnalisés et concrets à travailler avec eux.

À ce jour, les conclusions pour chaque jeune peuvent être uniquement qualitatives. L'enrichissement des données et la standardisation de cette épreuve permettraient d'objectiver les compétences des jeunes avec TSA en comparant leurs performances à celles des jeunes en population générale dans les différents domaines.

Abstract

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder (NDD) which, in particular because of executive difficulties, can limit activities in daily life. The evaluation of executive functions through an ecological test, such as the multiple errands test (TEM), appears suitable to take into account the overall functioning of the individual with ASD: the subject has to carry out several tasks in a new environment (developing an action plan, implementing strategies, etc.).

The adaptation of this test for young people with ASD, without IDD, from 14 to 20 years old is thus underway. The procedure includes the completion of two self-administered questionnaires and the completion of the task itself, in a mall. This assessment allows a precise identification of the strengths and weaknesses of young people, in order to establish personalized and concrete objectives to work on with them.

To date, the conclusions for each young person can only be qualitative. Data enrichment and standardization of this test would make it possible to objectify young people with ASD's skills by comparing their performance with that of young people in general population in different domains.

LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)

PRÉSENTATION DU TSA

Tel qu'explicité par le DSM-5 (APA, 2015), le trouble du spectre de l'autisme est un trouble du neuro-développement (TND), dont les premiers signes sont visibles dès l'enfance. Il se manifeste

par une dyade clinique : des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, et un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. Ces symptômes altèrent le fonctionnement social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines importants et ne sont pas mieux expliqués par un trouble du développement intellectuel (TDI) ou un retard global de dé-

veloppement. Il est, par ailleurs, nécessaire de spécifier l'absence ou la présence associée : d'un déficit intellectuel, d'une altération du langage, d'une pathologie médicale ou génétique, d'un facteur environnemental, d'un autre TND, ou d'une catatonie. Le degré d'intensité des troubles (léger, modéré ou sévère) est par ailleurs indiqué selon le niveau d'aide requis.

Les difficultés des individus présentant un TSA sont spécifiques à chacun, selon le degré d'intensité de symptômes. Chaque symptôme va pouvoir impacter des domaines divers (voir Figure 1) et, de ce fait, limiter les activités en vie quotidienne : le terme de handicap prend ici tout son sens.

L'objectif de notre travail est de permettre l'évaluation de l'impact de la symptomatologie du TSA sur la vie quotidienne, via le test des erreurs multiples (TEM). Dans cet article, seront détaillés la méthode de passation, ainsi que nos premières observations concernant son intérêt pour les jeunes avec TSA.

FONCTIONNEMENT COGNITIF DES JEUNES AVEC TSA

Les dysfonctionnements cérébraux dans le TSA amènent à une perception de l'environnement différente du fait des particularités sur les plans cognitif, sensoriel, émotionnel et social.

Si des études ont mis en évidence des troubles exécutifs dans le TSA (flexibilité, planification et mémoires de travail verbale et visuo-spatiale (Craig et al., 2016)), l'existence d'importantes relations entre ces fonctions et les autres domaines cognitifs (e.g. cognition sociale (Godefroy et al., 2008)) en font donc un élément essentiel au bon fonctionnement d'un individu au quotidien.

Chaque symptôme va pouvoir impacter des domaines divers et, de ce fait, limiter les activités en vie quotidienne : le terme de handicap prend ici tout son sens.

Les fonctions exécutives correspondent à toutes les habiletés cognitives de haut niveau nécessaires à la réalisation d'un comportement dirigé vers un but (Luria et al., 1966) et permettant d'adapter son comportement à l'environnement, notamment lors de situations nouvelles.

Les principales fonctions exécutives faisant consensus sont les suivantes (Roy, 2015) : inhibition, flexibilité mentale, mise à jour des contenus de la mémoire de travail, planification, fluidité et capacités attentionnelles.

Ainsi, les troubles exécutifs peuvent avoir d'importantes répercussions en vie quotidienne. En effet, au-delà de leur rôle dans la cognition, elles interviennent également dans la régulation du comportement : inhibition de comportements automatiques inadaptés, régulation du comportement, adaptation à une situation nouvelle, etc., constituant les difficultés rencontrées quotidiennement par les personnes avec TSA.

Leur évaluation apparaît donc nécessaire : elle peut se faire via des tâches standardisées sur table, mais elle ne reste que peu informative quant aux répercussions des troubles exécutifs des personnes avec TSA en vie quotidienne (Vriezen et Pigott, 2002). L'utilisation d'épreuve écologique apparaît davantage adaptée afin de prendre en compte le fonctionnement global de l'individu.

ÉVALUATIONS ÉCOLOGIQUES

Le recours aux épreuves écologiques est nécessaire pour évaluer les fonctions exécutives puisqu'elles demandent plus d'autorégulation de la part du patient et sont plus dépendantes de sa motivation. Elles favorisent également l'intervention de nombreux distracteurs peu prévisibles, et sont donc plus proches d'une réelle situation de vie quotidienne que les épreuves standardisées « sur table ». Les épreuves écologiques permettent également une évaluation des ressources et incapacités en vie quotidienne, grâce à des tâches peu routinières, mettant alors en jeu les différentes fonctions exécutives. Ces tests permettent « d'observer les interactions des patients avec leur environnement, ainsi que leur comportement dans les situations de la vie quotidienne. (...) la manière dont ils s'organisent, comment ils détectent leurs erreurs et comment ils prennent en compte les informations qui leur sont fournies par l'environnement, notamment les personnes qu'ils rencontrent » (Chevignard et al., 2006, p. 53).

Le recours à une évaluation écologique spécifique est donc primordial pour évaluer les personnes avec TSA, pour qui la gestion de l'environnement et la mise en œuvre de tâches successives est complexe.

Communication verbale	<ul style="list-style-type: none"> • allant, sur le plan expressif, d'un manque de modulation dans la prosodie du langage • à un retard dans le développement du langage • voire à l'absence de langage oral • pouvant être associé à un déficit de compréhension
Communication non verbale	<ul style="list-style-type: none"> • allant d'une communication non verbale mal intégrée • à des anomalies dans le contact visuel et le langage du corps ou des déficits dans la compréhension et l'utilisation de gestes • voire à un manque total d'expressions faciales et de communication non verbale
Réciprocité socio-émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • allant de l'approche sociale anormale et l'incapacité d'échanger dans une conversation • au partage réduit d'intérêts, d'émotions, ou d'affects • voire à l'échec d'engager ou de répondre à des interactions sociales
Développement, maintien et compréhension des relations sociales	<ul style="list-style-type: none"> • allant de difficultés à adapter le comportement en fonction de divers contextes sociaux • à des difficultés à partager les jeux imaginatifs ou à se faire des amis • voire à l'absence d'intérêt pour les pairs
Mouvements, langage, objets	<ul style="list-style-type: none"> • utilisation de mouvements stéréotypés • utilisations particulières du langage (écholalies immédiates et différées) et des objets (détournements)
Intérêts restreints	<ul style="list-style-type: none"> • limités ou atypiques (intensité, durée de l'intérêt)
Besoin d'immuabilité	<ul style="list-style-type: none"> • insistance sur la similitude, les routines et rituels verbaux ou non verbaux
Particularités sensorielles	<ul style="list-style-type: none"> • hyper ou hypo-sensibilité à certains stimuli sensoriels, intérêt inhabituel pour des éléments sensoriels de l'environnement

Figure 1 : Domaines potentiellement impactés dans le cadre d'un TSA

TESTS DES ERRANCES MULTIPLES

HISTORIQUE ET ADAPTATIONS

Le TEM, créé en 1991 par Shallice et Burgess dans le but d'observer en situation écologique le fonctionnement de personnes souffrant d'un trau-

matisme crânien dans une activité de vie quotidienne, permet cette mise en situation. Il s'agit pour le sujet de réaliser plusieurs tâches dans un quartier. Il doit alors élaborer un plan d'action et mettre en place des stratégies pour respecter quelques règles et adapter son comportement aux différentes situations qu'il rencontre. Les erreurs produites sont alors classifiées (e.g. inefficiences).

Par la suite, ce test a été adapté et/ou simplifié pour évaluer différentes populations (schizophrénie (Bulzacka et al., 2016), lésions cérébrales, etc.), dans différents lieux (centre commercial, en milieu professionnel (Wicky et al., 2013)).

TEM ET TSA

Le TEM a un réel intérêt dans l'évaluation fonctionnelle des personnes avec TSA et notamment des adolescents pour qui l'acquisition de l'autonomie peut s'avérer complexe.

L'adaptation de ce test pour les jeunes avec TSA, sans TDI, de 14 à 20 ans, est ainsi en cours aux SESSAD Autisme du CHRU de Brest et de Vannes, par les psychologues et les ergothérapeutes. La procédure de passation inclut la complétion de deux auto-questionnaires (compréhension et métacognitif), novateurs et créés spécifiquement pour cette adaptation, et la réalisation des tâches (voir Figure 2).

Dans un premier temps, le jeune est invité à lire les consignes dans un endroit calme, avec la possibilité de poser des questions.

Ensuite, un questionnaire visant à évaluer sa compréhension lui est proposé, avec la possibilité de poser des questions et de donner des informations complémentaires si nécessaire.

Puis, vient la réalisation de la tâche dans une galerie marchande : le test consiste à réaliser plusieurs démarches, des achats explicites et implicites, en respectant certaines contraintes. Une fois le test débuté, le jeune agit seul et est observé à distance. Il s'agit pour lui de mettre en œuvre des capacités d'autonomie, des connaissances pratiques et des compétences à s'organiser efficacement dans une situation complexe. Lors de la passation, les évaluateurs observent le comportement du jeune, la réalisation des différentes tâches et le respect de l'ensemble des consignes.

Lorsque le jeune dit avoir terminé, un nouveau questionnaire lui est proposé (évaluation des capacités d'auto-évaluation et d'auto-critique) ainsi qu'une échelle de Likert pour évaluer l'anxiété ressentie pendant l'épreuve.

Chaque domaine de compétences (social, pratique, exécutif) est évalué via les grilles de cotation créées spécifiquement pour cette adaptation (attribution d'un nombre de points correspondant au niveau d'expertise de l'item évalué, pouvant aller de -2 à +2). Cette méthode de cotation permet une analyse fine des différents profils avec un repérage précis des points forts et des points faibles des jeunes.

Une rapide restitution est réalisée immédiatement après le test, auprès du jeune et à ses

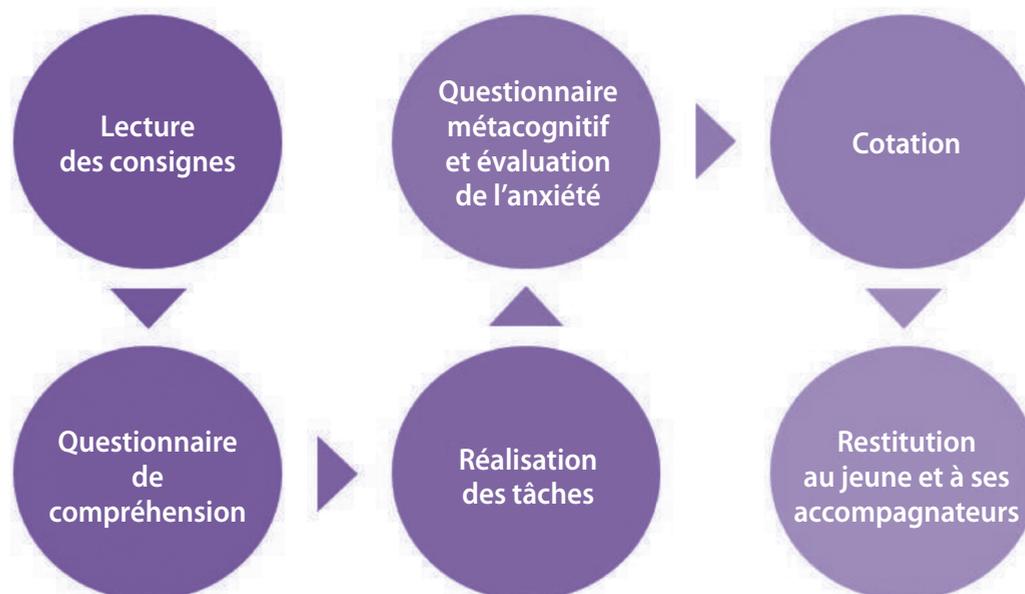


Figure 2 : Procédure de la passation du TEM adapté pour les jeunes avec TSA

accompagnateurs, et un compte-rendu écrit est proposé à distance de la passation.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

GÉNÉRAL

Ce test permet d'établir des objectifs personnalisés et concrets à travailler avec les jeunes. En effet, les premiers retours d'expérience d'évaluation via le TEM montrent que les jeunes avec TSA sans TDI ont des performances hétérogènes, mais on note que plusieurs domaines sont souvent impactés :

- Difficultés d'interaction avec les commerçants
- Défaut de planification
- Lenteur exécutive lors de l'enchaînement des tâches
- Manque de connaissances pratiques
- Anxiété invalidante

Les questionnaires et échelles sont riches de renseignements sur le fonctionnement des jeunes évalués, et permettent la mise en lien des performances produites et des ressentis personnels :

- Le questionnaire de compréhension permet de mettre en avant les difficultés de compréhension du langage écrit, mais également d'accès à l'implicite
- Le questionnaire final favorise la mise en avant des capacités métacognitives et permet de faire un retour rapide aux jeunes qui n'ont pas toujours conscience de leurs réussites et/ou échecs
- L'échelle d'anxiété met en lien le ressenti du jeune avec les observations des professionnels, qui ne sont pas toujours en corrélation

Les questionnaires et échelles sont riches de renseignements sur le fonctionnement des jeunes évalués, et permettent la mise en lien des performances produites et des ressentis personnels.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Les observations réalisées lors de la passation, les réponses aux questionnaires et l'évaluation de l'anxiété permettent de mettre en avant de nouvelles difficultés et d'en confirmer certaines :

- Le manque d'estime de soi de certains jeunes qui sont conscients d'avoir réussi la totalité de l'épreuve, mais qui ne peuvent être satisfaits de leur performance pour autant
- Les difficultés d'évaluation de l'anxiété par des jeunes totalement inhibés par leur stress lors de la passation, mais qui la note à 3/10
- L'incapacité à revenir sur leurs actions, ne pas se rendre compte des règles qu'ils ont enfreintes
- Le manque d'expérimentation de situation de vie quotidienne avec des jeunes qui n'ont pas toujours eu l'occasion de passer seul en caisse ou de mettre une adresse sur une enveloppe
- La forte dépendance à l'adulte connu avec le retour vers celui-ci après chaque action réalisée

À l'inverse, cette passation permet également de mettre en avant des potentialités et des compétences sous-estimées :

- La possibilité pour certains de passer outre leur anxiété pour se mobiliser lors de cette épreuve et réussir quelques items
- Les ressources et stratégies mises en place pour pallier aux difficultés qu'ils rencontrent (regarder sur un téléphone portable, demander de l'aide extérieure) par des jeunes pourtant très inhibés et anxieux

Suite à la passation de cette épreuve, des objectifs de travail peuvent être mis en place dans le cadre de l'accompagnement du SESSAD. En effet, un travail autour de la gestion de la monnaie, de la recherche d'informations dans un environnement (e.g. se servir des panneaux pour trouver un rayon), du suivi d'instructions d'automates (e.g. impulsivité sur les caisses automatiques) ou encore de la gestion des files d'attente (e.g. savoir prendre et garder sa place) peut être proposé aux jeunes et leur famille lors des différentes séances avec les professionnels.

CONCLUSION

Les jeunes avec TSA possèdent un fonctionnement cognitif particulier entraînant notamment des difficultés exécutives et sociales, dont il est important de pouvoir évaluer le retentissement en vie quotidienne. Les épreuves écologiques, et notamment le TEM, apparaissent donc comme des outils privilégiés.

Cependant, ces données restent, à ce jour, uniquement qualitatives. La poursuite du travail

autour de cet outil d'évaluation est nécessaire afin d'enrichir les données et de permettre la standardisation de cette épreuve. Le but serait de pouvoir objectiver les compétences des jeunes avec TSA en comparant leurs performances à celles des jeunes en population générale (appariés sur l'âge), dans les différents domaines. Cela permettrait de proposer des axes de travail avec ces jeunes, mais également de mettre en avant l'impact de la symptomatologie du TSA dans une situation nouvelle.

Références

- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Bulzacka, E., Delourme, G., Hutin, V., Burban, N., Méary, A., Lajnef, M. et Schürhoff, F. (2016). Clinical utility of the Multiple Errands Test in schizophrenia: A preliminary assessment. *Psychiatry research*, 240, 390-397. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.056>
- Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C., Poncet, F. et Pradat-Diehl, P. (2006). Évaluation du syndrome dysexécutif en vie quotidienne. Dans P. Pradat-Diehl et A. Peskine (dir.): *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (p. 47-65). Springer. https://doi.org/10.1007/2-287-34365-2_6
- Craig, F., Margari, F., Legrottaglie, A. R., Palumbi, R., De Giambattista, C. et Margari, L. (2016). A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1191-1202. <https://doi.org/10.2147/NDT.S104620>
- Godefroy, O., Jeannerod, M., Allain, P. et Le Gall, D. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives et contrôle cognitif. *Revue neurologique*, 164(Suppl 3), 119-127. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(08\)73302-2](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(08)73302-2)
- Luria, A. R., Karpov, B. A. et Yarbuss, A. L. (1966). Disturbances of active visual perception with lesions of the frontal lobes. *Cortex*, 2(2), 202-212.
- Roy, A. (2015). Les fonctions exécutives chez l'enfant: des considérations développementales et cliniques à la réalité scolaire. *Développements*, 7, 13-40.
- Shallice, T. et Burgess, P. W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114(2), 727-741.
- Vriezen, E. R. et Pigott, S. E. (2002). The relationship between parental report on the BRIEF and performance-based measures of executive function in children with moderate to severe traumatic brain injury. *Child Neuropsychology*, 8(4), 296-303. <https://doi.org/10.1076/chin.8.4.296.13505>
- Wicky, G., Provitolo, F., Mühl, A., Castillo, V., Constantin, M., Duc, M., Devanthéry, M. F., Jungo, S., Donghia, B., Bellmann, A. et Vuadens, P. (2013). Élaboration et normalisation d'un test écologique d'organisation complexe et de résolution de problèmes en milieu de réadaptation professionnelle: Test des Errances Multiples en milieu PROFESSIONNEL, TEM-PRO. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(1), e99. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.123>

Psychologues-neuropsychologues : pluridisciplinarité dans le cadre des activités de bilans et de soins de réhabilitation cognitive et soins psychosociaux à destination des personnes âgées. Retour d'expériences multiples

Psychologists-neuropsychologists : multidisciplinary in the context of assessment activities, cognitive rehabilitation and psychosocial care for the elderly. Feedback from multiple experiences

Youna BONNIZEC

Psychologue du CH Michel Mazéas
DOUARNENEZ

Contact

youna.bonnizec@ch-douarnenez.fr

85 rue Laënnec
29100 Douarnenez

Conflits d'intérêts

L'autrice déclare ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Bonnizec, Y. (2022). Psychologues-neuropsychologues : pluridisciplinarité dans le cadre des activités de bilans et de soins de réhabilitation cognitive et soins psychosociaux à destination des personnes âgées. Retour d'expériences multiples *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 66-70.

Mots-clés

- Vieillesse
- Réhabilitation
- Soins psycho-sociaux
- Interdisciplinarité
- Neuropsychologue

Keywords

- Aging
- Rehabilitation
- Psychosocial care
- Interdisciplinarity
- Neuropsychologist

Résumé

Aujourd'hui, il est difficilement concevable de penser la problématique d'une personne âgée sans évoquer la cognition. La place de la neuropsychologie y apparaît alors centrale. Notre expérience de travail pluridisciplinaire au sein d'un hôpital de jour gériatrique adossé à un SSR et une consultation mémoire, qui propose des soins variés (remédiation individuelle, groupe de revalorisation des capacités de marche et d'équilibre, soins psychosociaux) nous a permis d'observer qu'il est possible de permettre à un patient de retrouver des capacités cognitives et sociales, réduire ses handicaps et ses troubles du comportement en s'appuyant sur ses expertises et de bénéficier d'une réappropriation de soi. Dans ce sens, le neuropsychologue propose une approche ciblée sur les besoins propres des patients en y incluant le plus possible les

proches aidants. Il est parfois un facilitateur de dialogue, une interface entre les différents acteurs des prises en charge, un coordinateur.

Abstract

Today, it is inconceivable to think about the problems of the elderly without including cognition. The place of neuropsychology therefore appears to be central. Our multidisciplinary work experience in a geriatric day hospital linked to a rehabilitation center and a memory consultation which offers different care (individual remediation, walking-revaluation and balance abilities group, psychosocial care) allowed us to observe that it is possible to enable a patient to regain his capacities, reduce his disabilities and behavioral disorders by leaning on his expertise, and to benefit from a personal recovery process. To do this, the neuropsychologist proposes an approach focused on the specific needs of patients by including family caregivers as much as possible. He is sometimes a dialogue facilitator, an interface between the different professionals, a coordinator.

INTRODUCTION

L'hôpital de jour gériatrique de Douarnenez (Finistère) a vu le jour en 2007. Il est adossé à un SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), mais aussi à un service de consultation mémoire. L'idée de départ de l'ouverture de ce service était de faire du diagnostic tout en ayant la possibilité de faire des propositions thérapeutiques. Ces propositions ont d'emblée pris appui sur l'apport de la neuropsychologie dans la démarche de soins.

Une présentation de ces différentes activités sera faite en nous concentrant essentiellement sur le rôle du neuropsychologue. Nous discuterons ensuite de la place de la neuropsychologie et du neuropsychologue, de ses spécificités dans ces projets à destination des personnes âgées.

PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS AUXQUELLES NOUS AVONS PRIS PART

Le travail au sein de l'hôpital de jour gériatrique (HDJ-G) de Douarnenez nous a amené à avoir des activités diverses et interdisciplinaires.

Notre principale activité est en lien direct avec la consultation mémoire et consiste à faire des évaluations cognitives dans un but d'aide au diagnostic. Dans ce cadre, nous rencontrons la personne prise en charge et nous établissons un profil cognitif, mais aussi affectif. C'est aussi l'occasion de rencontrer ses proches aidants. Nous essayons d'avoir la vision la plus complète, globale de la situation du patient. Nous travaillons alors étroitement avec l'équipe médicale constituée du médecin et de l'infirmier du service. Nous sommes également amenés à échanger sur les situations avec l'assistante sociale, l'ergothérapeute, les kinésithérapeutes ou encore les diététiciennes. Cela nous permet de penser à une éventuelle orientation vers les prises en soins existantes sur le secteur, mais aussi au sein même du service dans lequel nous les recevons.

En effet, notre service propose différents types de prises en charge. Il s'agit d'ateliers de réhabilitation individuelle, d'ateliers de revalorisation de la marche et de l'équilibre en groupe ou d'ateliers psycho-sociaux.

Les ateliers de réhabilitation individuelle du service se déroulent sur 24h de prise en charge (2h hebdomadaire durant 12 semaines) en plus

de 3h d'entretien (1h au début, à la moitié et à la fin de la prise en charge). Cet atelier se fait en binôme avec l'ergothérapeute. Les prises en charge que nous proposons ont été inspirées des nombreuses publications parues au cours des dernières décennies (Adam et al., 1999; Van der Linden et Juillerat-Vander Linden, 2016). Elles se veulent centrées sur les attentes, les besoins du patient et de ses proches en lien avec les problématiques du quotidien. Il a déjà été rendu compte de l'expérience bénéfique de projets de réhabilitation individualisée de personnes en situation de vieillissement cérébral-cognitif problématique au sein de l'HDJ-Gériatrique de Douarnenez. Il a notamment été observé qu'il est possible de permettre à un patient de retrouver des capacités cognitives et sociales, réduire ses handicaps et ses troubles du comportement, en s'appuyant sur ses expertises et de bénéficier d'une réappropriation personnelle. Les proches évoquent également des changements positifs (moins d'apathie au quotidien, plus d'échanges, une humeur plus stable) ce qui amène un changement de l'image du patient auprès de son entourage. Ces gains tant au niveau de l'autonomie, qu'au niveau psychologique et social semblent durer dans le temps (Le Vourc'h et Kervarrec, 2012, 2013, 2014).

L'atelier de revalorisation des capacités de marche et équilibre se déroule également sur 12 semaines (2h30 hebdomadaire) en groupe de six personnes. Il est encadré par le médecin, l'infirmier, l'ergothérapeute, un kinésithérapeute, l'assistante sociale, une diététicienne, le professeur d'activité physique adaptée (APA), un podologue, l'agent de service hospitalier et le neuropsychologue. Dans ce cadre, nous recueillons les attentes, besoins et représentations des capacités de chaque participant. De ce fait, nous contribuons à personnaliser la prise en charge de chaque participant. Nous participons également à la réhabilitation des personnes en essayant d'améliorer le fonctionnement de certaines composantes exécutives, car elles sont liées au risque de chute (Buragadda et al., 2012; Yogev-Seligmann et al., 2008). Les patients et leurs proches témoignent de bénéfices sociaux du fait de l'activité de groupe, psychologiques avec une augmentation de la confiance en soi, mais aussi pratiques en lien avec une réduction des risques de chute et une meilleure gestion de leur survenue. On observe également une meilleure gestion qualitative et quantitative marche-attention qui

réduit les risques de chutes en intérieur (Schwenk et al., 2010).

Des ateliers psycho-sociaux sont également proposés. Ces derniers sont directement inspirés des écrits de Martial Van der Linden et d'Anne-Claude Juillerat-Van der Linden via leur blog mythe-alzheimer.org et plus tard leur livre (Van der Linden et Juillerat-Van der Linden, 2014), mais aussi via les activités proposées au sein de leur association VIVA (association-viva.org). Ils s'adressent aux personnes âgées faisant face à une problématique en lien avec le vieillissement et ayant soit un goût pour l'art et l'ayant pratiqué, soit souhaitant partager une activité avec des enfants. Ils se déroulent de façon hebdomadaire en partenariat avec une école de la ville, ou par quinzaine en allant à la rencontre des artistes des environs et en organisant des expositions tournantes dans différents lieux de la ville. Ces soins permettent de favoriser la réappropriation de soi dont les cinq composantes clés sont : être en relation (faire partie de la communauté), l'espoir et optimisme concernant le futur (motivation à changer), l'identité (reconstruire un sentiment positif d'identité), trouver du sens à sa vie (rôle et buts sociaux) et la responsabilisation (contrôle sur sa vie, focalisation sur ses forces) (Leamy et al., 2011).

 *Elles se veulent centrées sur les attentes, les besoins du patient et de ses proches en lien avec les problématiques du quotidien.* 

LA PLACE DE LA NEUROPSYCHOLOGIE, LE RÔLE DES PSYCHOLOGUES SPÉCIALISÉS EN NEUROPSYCHOLOGIE, LEUR SPÉCIFICITÉ D'ACTION

À travers ces différentes activités nous travaillons avec d'autres professionnels. Cela nous amène à observer, à questionner les spécificités de chacun d'entre nous et notamment les nôtres.

Aujourd'hui, il est difficilement concevable de penser la problématique d'une personne âgée sans évoquer la cognition. La place de la neuropsychologie apparaît alors centrale dans l'approche des problématiques en lien avec le vieillissement. Le neuropsychologue est le profes-

sionnel qui fait passer des évaluations cognitives dans le but d'établir des profils cognitifs (le plus souvent dans le but d'une aide au diagnostic). Il ne se limite pas à cela et établit également le profil affectif de son patient, observe sa position face à la situation qu'il rencontre ainsi que celle des proches aidants. Cela permet de respecter le fonctionnement et le rythme de chacun dans les propositions de soins qui peuvent être faites, mais aussi dans les annonces éventuelles de diagnostic. Le neuropsychologue peut alors avoir le rôle de facilitateur de dialogue entre l'équipe médicale, le patient et ses proches.

Il peut arriver que les proches aidants aient besoin d'être accompagnés dans le but de permettre le maintien de l'équilibre du foyer. Ce type d'accompagnement peut se faire via le *counseling* qui consiste à identifier les besoins propres des participants et à aider le changement en permettant une meilleure compréhension des comportements problématiques et de ses réactions. Le suivi idéal se veut individuel et ciblé sur l'aidant direct. Plusieurs éléments sont pris en compte : la charge vécue du rôle d'aidant, les connaissances qu'il a sur la maladie, les stratégies d'ajustement face à la situation (*coping* : maîtriser, tolérer, diminuer). Le contenu du programme peut être assez varié (informations sur la pathologie, conseils en lien avec les problématiques de la situation donnée). Il est important de favoriser la participation active de l'aidant en l'amenant à identifier et solutionner les difficultés par lui-même (contexte, réaction, ajustement éventuel) (Adam et al., 2009).

Dans le cadre des prises en charge à visée de remédiation et/ou de revalorisation, le neuropsychologue reste attentif à proposer une approche individualisée, centrée sur le quotidien de la personne. Il est attaché à identifier des buts pertinents avec la personne et ses proches essayant d'inviter le patient à s'investir, à trouver une motivation. Le neuropsychologue est aussi attentif à inclure l'entourage dans le projet afin de pouvoir travailler avec lui sur les stratégies de *coping*, une meilleure compréhension des changements cognitifs et comportementaux, s'appuyant également sur lui pour aider au transfert des stratégies pour les activités au quotidien (Adam et al., 2009 ; Van der Linden et Juillerat-Vander Linden, 2016). Cela amène à penser des prises en soin, à faire des tentatives dans ce sens, parfois à créer des prises en charge novatrices. Dans ce cadre, le

neuropsychologue peut être amené à jouer un rôle d'interface entre les différents acteurs de la prise en charge de la personne. Il peut aussi faire le lien pour la coordination des orientations vers d'autres intervenants du secteur dans lequel il exerce.

 *Le neuropsychologue peut alors avoir le rôle de facilitateur de dialogue entre l'équipe médicale, le patient et ses proches.* 

Il arrive que le neuropsychologue soit quelque peu désapproprié dans ses pratiques. Depuis longtemps, certains professionnels utilisent des outils psychométriques qui ne leur sont pas destinés et pour lesquels ils n'ont pas toujours les compétences nécessaires à leur utilisation et/ou à leur interprétation. Fort heureusement, d'autres désappropriations sont plus « souhaitables ». En effet, certains corps de métiers utilisent de plus en plus systématiquement l'entretien afin de mieux cibler les objectifs de leur prise en charge, de les mettre en lien avec le quotidien de la personne suivie. L'idée étant de s'éloigner des prises en charge « clé en main » qui ont montré leurs limites (Seron et Van der Linden, 2016). De ce fait, il y a de plus en plus de professionnels qui cherchent à avoir une vision globale de la situation des personnes qu'ils reçoivent afin de proposer des prises en charge « sur mesure ».

Ces désappropriations sont aussi une source de stimulation pour le neuropsychologue qui essaie toujours d'aller plus loin dans sa démarche de compréhension de la situation, mais aussi dans les propositions de soins faites. Cette démarche amène souvent à penser les choses à plusieurs ce qui participe à l'interdisciplinarité.

CONCLUSION

Il apparaît que la spécificité du psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie est avant tout celle d'être un psychologue en s'inscrivant notamment dans ce que décrit l'article 2 du code de déontologie des psychologues : « La mission fondamentale de la :du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus consi-

dérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte. » Il cherche la vision la plus globale possible pour pouvoir ensuite ajuster au mieux les prises en soin. Cela se fait à travers l'utilisation de divers outils, mais aussi dans la mise en œuvre de plusieurs types de prise en charge y compris pluridisciplinaires.

REMERCIEMENTS

Cet article est rédigé à la suite d'une présentation du CNNC4 impulsée par Alain Kervarrec et Florence Le Vourc'h. Je les remercie pour leurs enseignements, leur générosité, leur allant inspirant. Je me souviens qu'au cours de mon stage à leurs côtés, il m'avait été dit « on assure le SAV », et quel SAV !

Références

- Adam, S., Quittre, A. et Salmon, E. (2009). Counseling des accompagnants des patients déments : le cas de Madame T. Dans S. Adam, P. Allain, G. Aubin et F. Coyette (dir.), *Actualités en rééducation neuropsychologique : étude de cas* (pp. 367-397). Solal.
- Adam, S., Van der Linden, M., Andres, P., Quittre, A., Olivier, C. et Salmon, E. (1999). La prise en charge en centre de jour de patients alzheimer au stade débutant. Dans P. Azouvi, D. Perrier et M. Van der Linden (dir.), *La rééducation en neuropsychologie : étude de cas* (pp. 275-297). Solal.
- Buragadda, S., Alyaemni, A., Rao Melam, G. et Abdulrahman Alghamdi, M. (2012). Effect of Dual-Task Training (Fixed Priority-Versus-Variable Priority) for Improving Balance in Older Adults. *World Applied Sciences Journal*, 20(6), 884-888. <https://doi.org/10.5829/idosi.wasj.2012.20.06.71190>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- Le Vourc'h, F. et Kervarrec, A. (2012). *Revalidation psychologique individualisée, ciblant des activités de la vie quotidienne pertinentes, auprès de personnes présentant un vieillissement cérébral/cognitif problématique au sein d'un hôpital de jour gériatrique de proximité* [Poster]. 1^{er} Congrès National Neuropsychologie Clinique, Toulouse, France.
- Le Vourc'h, F. et Kervarrec, A. (2013). Essais cliniques de revalidations cognitives individualisées ciblées sur des activités de vie quotidienne. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 2, 63-65.
- Le Vourc'h, F. et Kervarrec, A. (2014). *Réhabilitation cognitive à l'HDJ – gériatrique de Douarnenez. Projets de Revalidations psychologiques individualisés, ciblant des activités de la vie quotidienne pertinentes, auprès de personnes présentant un vieillissement cérébral/cognitif problématique, au sein d'un hôpital de jour gériatrique de proximité* [Communication orale]. 34^{èmes} Journées des Hôpitaux De Jour Gériatrique – La fragilité des personnes âgées : Evaluation et prise en charge en H.D.J.G., Nîmes.
- Schwenk, M., Zieschang, T., Oster, P. et Hauer, K. (2010). Dual-task performances can be improved in patients with dementia: a randomized controlled trial. *Neurology*, 74(24), 1961-1968.
- Seron, X. et Van der Linden, M. (2016). Objectifs et stratégies de la revalidation neuropsychologique. Dans X. Seron et M. Van der Linden (dir.), *Traité de Neuropsychologie Clinique de l'Adulte* (2^e éd., tome 2, p. 3-13). De Boeck Solal.
- Van der Linden, M. et Juillerat Van der Linden, A.-C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Mardaga.
- Van der Linden, M. et Juillerat Van der Linden, A.-C. (2016). Les interventions psychologiques et psychosociales chez les personnes présentant une démence légère à modérée. Dans X. Seron et M. Van der Linden (dir.), *Traité de Neuropsychologie Clinique de l'Adulte* (2^e éd., tome 2, p. 411-436). De Boeck Solal.
- Yogev-Seligmann, G., Hausdorff, J. M. et Giladi, N. (2008). The role of executive function and attention in gait. *Movement Disorders*, 23(3), 329-342. <https://doi.org/10.1002/mds.21720>

Vieillesse normale et trisomie 21 : quels effets sur la cognition ?

Normal aging and Down syndrome : what about effects on cognition ?

Amélie COQUELET

Psychologue spécialisée
en Neuropsychologie
Centre Mémoire de Ressources
et de Recherche
Service de Gériatrie
CHRU Nancy
Vandoeuvre les Nancy (54), France

Anaïck BESOZZI

Psychologue spécialisée
en Neuropsychologie
Docteure en Psychologie Clinique
et Psychologie de la Santé
Centre Mémoire de Ressources
et de Recherche
Service de Gériatrie
CHRU Nancy
Vandoeuvre les Nancy (54), France

Fabienne LEMETAYER

Professeure en psychologie
du développement
Laboratoire APEMAC EA 4360
Université de Lorraine
Metz (57), France

Contact

Amélie COQUELET

a.coquelet@chru-nancy.fr
Hôpital de Brabois Adultes - Service
de Gériatrie – CMRR
Rue du Morvan
54511 Vandoeuvre les Nancy Cedex

Mots-clés

- Trisomie 21
- Vieillesse Normale
- Cognition
- Suivi Longitudinal
- Neuropsychologie

Keywords

- *Down Syndrome*
- *Normal Aging*
- *Cognition*
- *Longitudinal Study*
- *Neuropsychology*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Coquelet, A., Besozzi, A. et Lemetayer, F. (2022). Vieillesse normale et trisomie 21 : quels effets sur la cognition ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 71-76.

Résumé

Dans la population générale, le vieillissement cognitif normal est accompagné de modifications cognitives impactant, notamment, la mémoire et les capacités attentionnelles. Devons-nous s'attendre à retrouver un déclin similaire chez les personnes porteuses d'une trisomie 21 ?

Notre étude porte sur le suivi longitudinal d'une cohorte de 42 sujets porteurs de trisomie 21, répartis en deux groupes d'âge [22-36 ans] et [38-58 ans] au moment de l'entrée dans l'étude. Ils ont bénéficié d'un bilan neuropsychologique annuel sur une période de trois ans, afin d'étudier l'effet du vieillissement cognitif normal.

Les résultats suggèrent une lenteur de traitement de l'information et une baisse des capacités de planification, de récupération active des informations en mémoire et d'accès au stock lexical chez les sujets vieillissants porteurs de trisomie 21. En outre, le groupe de sujets âgés démontrent un déclin de leurs performances plus important au cours du suivi pour le rappel libre différé et la dénomination.

Cette étude exploratoire est le préambule à de futurs travaux dont l'objectif serait de définir les seuils pathologiques de dégradation cognitive à considérer dans le cadre d'un suivi longitudinal au long cours.

Abstract

In general population, normal cognitive aging is associated with cognitive changes impacting memory and attentional abilities. Should we expect a similar decline in people with Down syndrome?

This study focuses on the longitudinal follow-up of a cohort of 42 subjects with Down syndrome, divided into two groups [22-36 years old] and [38 – 58 years old] at the time of entry into the study. They underwent an annual neuropsychological assessment over a period of 3 years, to study the effect of normal cognitive aging.

Results suggest slow information processing and a decrease in planning, active retrieval of information in memory and access to lexical stock in aging Down syndrome. In addition, the 3-year performance degradation appears to be more important for the free recall and naming capacities for older subjects.

This exploratory study is a prelude to future research, aimed at characterizing pathological thresholds of cognitive degradation to consider as part of long-term longitudinal monitoring.

INTRODUCTION

La trisomie 21 (T21) ou syndrome de Down est la première cause de handicap mental d'origine génétique et toucherait environ 25 % des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle (Rondal, 2013); en France, il y aurait plus de 40 000 individus concernés.



Les progrès en matière de prise en charge médico-sociale ont permis un allongement significatif de l'espérance de vie des personnes porteuses d'une T21



Les progrès en matière de prise en charge médico-sociale ont permis un allongement significatif de l'espérance de vie des personnes porteuses d'une T21. Émergent, de ce fait, des questions relatives au vieillissement de cette population, d'autant qu'il surviendrait plus précocement et serait plus rapide, probablement du fait d'une moindre réserve neuronale (Carmeli et al., 2012). En effet, le vieillissement dans la T21 débute dès l'âge de 40 ans; il est marqué par l'apparition plus précoce de pathologies liées à l'âge, comme la cataracte, l'arthrose, l'ostéoporose, les troubles neurocognitifs majeurs, ...

Dans la population générale, le vieillissement cognitif normal est un « déclin de la performance par rapport à des sujets jeunes, à diverses épreuves supposées mesurer le vieillissement cognitif » (Van der Linden et Hupet, 1994, p. 11). Avec l'âge, surviendraient un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, des difficultés à sélectionner les informations pertinentes, à traiter deux types d'informations à la fois, à trouver ses mots, ... Ces modifications cognitives impacteraient, notamment, les capacités attentionnelles, exécutives et la mémoire.

 *Le vieillissement dans la T21 débute dès l'âge de 40 ans ; il est marqué par l'apparition plus précoce de pathologies liées à l'âge, comme la cataracte, l'arthrose, l'ostéoporose, les troubles neurocognitifs majeurs, ...* 

MÉTHODOLOGIE

Notre étude porte sur le suivi longitudinal d'une cohorte de 42 sujets porteurs de T21, répartis en deux groupes d'âge [22-36 ans] et [38-58 ans] au moment de l'entrée dans l'étude. Le Tableau 1 présente les caractéristiques démographiques de l'échantillon.

Tous les participants ont bénéficié d'un bilan neuropsychologique annuel sur une période de trois ans, afin d'étudier l'effet du vieillissement cognitif normal. À l'instar de la batterie de Beciani et collaborateurs (Beciani et al., 2011), les épreuves cognitives comprenaient :

- Le *Cued Recall Test* (CRT) (Devenny et al., 2002), épreuve de mémoire épisodique verbale, basée sur la procédure de Grober

et Buschke (Grober et Buschke, 1987), et spécifiquement conçue pour l'évaluation de personnes porteuses d'une T21. Elle comporte une série de 12 images en noir et blanc à mémoriser. Trois versions de cette épreuve sont disponibles. La passation se déroule en trois temps. Lors de la phase d'encodage, l'évaluateur demande au sujet de dénommer les images à partir d'indices sémantiques, puis il procède au rappel immédiat et, ce, pour chacune des trois planches. S'ensuit une épreuve de rappel libre / indicé en trois essais. Un rappel différé est ensuite proposé à 20 minutes. Les erreurs d'intrusion et de répétition sont relevées.

- Le test de barrage des lapins issu de la NEPSY (Korkman et al., 1998), batterie cognitive globale pour les enfants de 3 à 16 ans. L'épreuve d'attention sélective visuelle consiste à repérer 20 lapins parmi 76 distracteurs sur une planche A3 le plus rapidement possible et dans la limite de 180 secondes. Sont relevés le nombre de cibles correctement barrées, ainsi que les erreurs de confusion (barrage de distracteurs).
- La tour de Londres (Krikorian et al., 1994) évalue les capacités de planification de l'action. Il s'agit d'une épreuve de quatre problèmes de difficulté croissante où le sujet doit reconstituer le modèle imagé avec un nombre de mouvements prédéfini en ne prenant qu'une seule boule à la fois et en les repositionnant directement sur les tiges sans les garder en main ou les poser sur la table. Concernant la cotation, trois points sont attribués si le modèle est reproduit dès le premier essai avec un nombre

Caractéristiques démographiques de l'échantillon	Âge médian	Genre	Activités
Groupe « jeune » n = 20	31 ans [22 – 36 ans]	10F / 10H	20 ESAT
Groupe « âgé » n = 22	47 ans [38 – 58 ans]	5F / 17H	20 ESAT / 2 FAS

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail ; FAS : Foyer d'Accueil Spécialisé

Tableau 1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon

minimum de mouvements; deux points sont accordés si le problème est résolu à la seconde tentative; un point, au troisième essai.

- Le subtest dénomination, issu des Nouvelles Épreuves pour l'Examen du Langage (N-EEL) (Chevrie-Muller et Plaza, 2001), batterie évaluant le langage oral de l'enfant de 3 ans 7 mois à 8 ans 7 mois. Il est constitué de 36 images, chacune cotée sur deux points (deux points pour le mot attendu sans altération phonologique, un point pour le mot attendu avec une altération phonologique, zéro en cas d'erreur ou d'absence de réponse).

Les passations ont été organisées au sein des lieux de vie des sujets recrutés, afin de limiter d'éventuelles perturbations induites par un lieu inconnu.

Une pause a été nécessaire au cours de l'évaluation au regard de la fatigabilité des personnes porteuses d'une T21.

RÉSULTATS

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, IBM Corp, 2017). Pour l'analyse descriptive de l'échantillon, les variables quantitatives sont décrites par leur médiane et leurs extrêmes (Tableau 1).

Des comparaisons de moyennes entre les scores des différentes mesures ont été réalisées avec le test non paramétrique de Mann-Whitney, la distribution des données ne suivant pas une loi normale (Tableau 2).

Les sujets du groupe « âgé » apparaissent significativement plus lents que ceux du groupe

« jeune » dans la réalisation de l'épreuve de barrage des lapins (NEPSY) et ce, aux trois temps de l'étude (à t0, $p=.001$; à t1, $p=.016$; à t2, $p=.031$).

Les sujets du groupe « âgé » obtiennent des performances significativement plus faibles que les « jeunes » à la tour de Londres aux temps t1 et t2 (à t1, $p=.003$; à t2, $p=.036$).

Les sujets du groupe « âgé » ont des scores significativement plus faibles que le groupe « jeunes » au test de dénomination d'images, mais uniquement à t2 ($p=.025$).

Concernant le CRT (Figure 1), les groupes diffèrent de manière significative à t1 et t2 pour la somme des trois rappels libres (à t1, $p=.026$; à t2, $p=.001$) et le rappel libre différé (à t1, $p=.009$; à t2, $p=.001$). Par ailleurs, des analyses de comparaison de moyennes ont également été réalisées sur les différences t2-t0 pour chacune des variables. Ainsi, il a été mis en évidence une différence significative pour le rappel libre différé du CRT ($p = .01$) et la dénomination ($p=.02$).

DISCUSSION

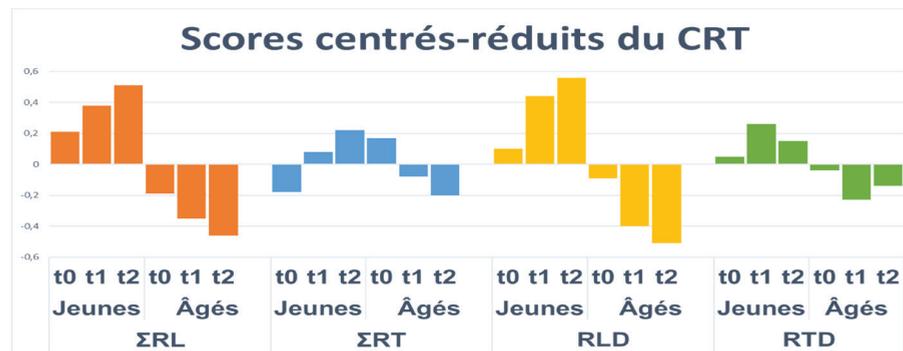
Les résultats de cette étude suggèrent que les sujets vieillissants porteurs de T21 manifestent une lenteur du traitement des informations, une baisse des capacités de planification, de récupération active des informations en mémoire et d'accès au stock lexical. En outre, la dégradation des performances à trois ans apparaît plus importante pour les capacités de récupération stratégique en condition différée et de dénomination, pour le groupe de sujets âgés. Ce déclin cognitif dû à l'âge apparaît ainsi similaire à celui observé en population générale, bien que survenant plus précocement.

Test de Mann-Whitney	Barrage des lapins (NEPSY)						TDL			N-EEL		
	Précision			Temps			Score			Score		
	t0	t1	t2	t0	t1	t2	t0	t1	t2	t0	t1	t2
Valeurs de p	.006*	.566	.177	.001*	.016*	.031*	.858	.003*	.036*	.614	.320	.025*

TDL : Tour de Londres ; N-EEL : subtest dénomination issu des Nouvelles Épreuves pour l'Examen du Langage

Tableau 2. Résultats au test non paramétrique de Mann-Whitney





ΣRL = somme des 3 Rappels Libres ; ΣRT = somme des 3 Rappels Totaux (libres + indicés) ; RLD = Rappel Libre Différé ; RTD = Rappel Total Différé

Figure 1. Résultats au *Cued Recall Test*

Cette étude exploratoire est le préambule à de futurs travaux avec un suivi longitudinal au long cours permettant de préciser le vieillissement cognitif des sujets porteurs de T21. L'approfondissement des connaissances sur le vieillissement cognitif normal est d'autant plus nécessaire que les psychologues spécialisés en neuropsychologie travaillant en consultation mémoire sont de plus en plus sollicités pour repérer des signes en faveur d'un vieillissement problématique auprès de personnes porteuses d'une T21. En effet, la présence du chromosome 21 surnuméraire, contenant le gène APP (*Amyloid Precursor Protein*), augmenterait le risque de développer une maladie d'Alzheimer (Hartley et al., 2015) ; ainsi, 20 % des personnes porteuses de T21 âgées de 45 ans et plus développeraient un trouble neurocognitif

majeur (Coppus et al., 2007 ; Lott et Head, 2001). Les recommandations de l'*International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency* (Burt et Aylward, 2000) préconisent de réaliser une évaluation de référence, puis un suivi annuel à partir de l'âge de 35 ans. Toutefois, les outils neuropsychologiques à la disposition des cliniciens apparaissent peu adaptés pour une utilisation en consultation mémoire, notamment par le manque d'adaptation et de validation d'outils anglophones (Coquelet et al., sous presse).

Enfin, la caractérisation du vieillissement cognitif chez les sujets porteurs de T21 permettrait de définir des actions de prévention du déclin cognitif et d'orienter les adaptations de leur lieu de vie et des ajustements de leur poste de travail en Établissement et Service d'Aide par le Travail.

Références

- Beciani, S., Vetro, É. et Barisnikov, K. (2011). Élaboration d'une batterie d'évaluation des signes de vieillissement de la trisomie 21. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 22, 129-140.
- Burt, D. B. et Aylward, E. H. (2000). Test battery for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. Working Group for the Establishment of Criteria for the Diagnosis of Dementia in Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research, JIDR*, 44(2), 175-180. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2000.00264.x>
- Carmeli, E., Imam, B., Bachar, A. et Merrick, J. (2012). Inflammation and oxidative stress as biomarkers of premature aging in persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 369-375. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.10.002>
- Chevrie-Muller, C. et Plaza, M. (2001). *N-EEL – Nouvelles épreuves pour l'examen du Langage*. ECPA. <https://www.pearsonclinical.fr/n-eel-nouvelles-epreuves-pour-l'examen-du-langage>

Coppus, A. W., Fekkes, D., Verhoeven, W. M. A., Tuinier, S., Egger, J. I. M. et van Duijn, C. M. (2007). Plasma amino acids and neopterin in healthy persons with Down's syndrome. *Journal of Neural Transmission*, 114(8), 1041-1045. <https://doi.org/10.1007/s00702-007-0656-1>

Coquelet, A., Besozzi, A., Roussel, M., & Lemetayer, F. (2022). Évaluation neuropsychologique des adultes porteurs d'une trisomie 21 en Consultation mémoire: quels outils? Une revue de la littérature. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 20(1), 79-95. <https://doi.org/10.1684/pnv.2022.1025>

Coquelet, A., Besozzi, A., Roussel, M. et Lemetayer, F. (sous presse). Evaluation neuropsychologique des adultes porteurs d'une Trisomie 21 en Consultation Mémoire: Quels outils ? – Une revue de la littérature. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*.

Devenny, D. A., Zimmerli, E. J., Kittler, P. et Krinsky-McHale, S. J. (2002). Cued recall in early-stage dementia in adults with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, JIDR*, 46(6), 472-483. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00417.x>

Grober, E. et Buschke, H. (1987). Genuine memory deficits in dementia. *Developmental Neuropsychology*, 3(1), 13-36.

Hartley, D., Blumenthal, T., Carrillo, M., DiPaolo, G., Esralew, L., Gardiner, K., Granholm, A.-C., Iqbal, K., Krams, M., Lemere, C., Lott, I., Mobley, W., Ness, S., Nixon, R., Potter, H., Reeves, R., Sabbagh, M., Silverman, W., Tycko, B., ... Wisniewski, T. (2015). Down syndrome and Alzheimer's disease: Common pathways, common goals. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 11(6), 700-709. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.10.007>

IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 25.0) [Computer software].

Korkman, M., Kirk, U. et Kemp, S. (1998). *NEPSY: A Developmental Neuropsychological Assessment Manual*. TX: The psychological Corporation.

Krikorian, R., Bartok, J. et Gay, N. (1994). Tower of London procedure: A standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16(6), 840-850. <https://doi.org/10.1080/01688639408402697>

Lott, I. T. et Head, E. (2001). Down syndrome and Alzheimer's disease: A link between development and aging. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 7(3), 172-178. <https://doi.org/10.1002/mrdd.1025>

Rondal, J.-A. (2013). *La réhabilitation des personnes porteuses d'une trisomie 21: Suivi médical, neuropsychologie, pharmacothérapie et thérapie génétique*. L'Harmattan.

Van der Linden, M. et Hupet, M. (1994). *Le vieillissement cognitif*. PUF.

Approche intégrative dans le vieillissement *Integrative psychological approach in ageing*

Anne-Claude JUILLERAT VAN DER LINDEN

Docteure en psychologie
Psychologue spécialiste
en neuropsychologie

Chargée de cours à l'Université de Genève

Directrice de la consultation
« Neuropsychologie intégrative
au quotidien »

Présidente et co-fondatrice de l'association
VIVA (Valoriser et intégrer pour vieillir
autrement)

Contact

Anne-Claude.Juillerrat@unige.ch

Université de Genève,
Faculté de psychologie et des sciences
de l'éducation, 40, bd Pont d'Arve,
CH-1211 Genève 4, Suisse

Consultation Neuropsychologie intégrative
au quotidien, Cité générations, 98,
rte de Chancy, CH-1213 Onex, Suisse

Mots-clés

- Neuropsychologie
- Approche intégrative
- Interventions

Keywords

- Neuropsychology
- Integrative approach
- Interventions

Conflits d'intérêts

L'autrice déclare ne pas présenter de
conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Juillerrat Van der Linden, A.-C. (2022). Approche intégrative dans le vieillissement. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 77-83.

Résumé

L'approche intégrative en neuropsychologie consiste en une pratique centrée sur la personne, individualisée, multifactorielle, qui vise à assumer et intégrer la complexité des phénomènes en jeu dans le fonctionnement cognitif, notamment les processus psychologiques médiateurs, pour optimiser la qualité de vie des personnes concernées en dépit des limitations que leur imposent leurs troubles cognitifs.

Elle est à ce titre directement connectée à la psychologie clinique, mais aussi à la vie quotidienne, à laquelle la neuropsychologie doit pouvoir apporter une grille de lecture pertinente. Elle intègre aussi les personnes venant consulter comme des partenaires dans le déroulement de l'évaluation et l'établissement des buts d'intervention selon ce qui fait sens pour elles au regard de leurs habitudes de vie et de leurs valeurs.

Cette approche contribue à contrecarrer une médicalisation croissante du vieillissement (laquelle est associée à l'augmentation des stéréotypes liés à l'âge) et à modifier les croyances essentialistes selon lesquelles le vieillissement cérébral/cognitif ne serait déterminé que biologiquement, et non modifiable.

Abstract

Integrative approach in neuropsychology consists in an individual-centered, multifactorial practice, which aims at assuming and integrating the complexity of the phenomena involved in cognitive functioning, in particular the mediating psychological mechanisms, in order to optimize the quality of life of the concerned people in spite of the limitations set by their cognitive disorders.

As such, it is directly connected to clinical psychology but also to patients' daily life, in which neuropsychology must bring a relevant analysis grid. It also integrates patients as real partners in the course of the evaluation and the establishment of intervention goals, according to what makes sense for them with regard to their life habits and their values.

This approach can help counteract the growing medicalization of ageing (which is associated with an increase of age-related stereotypes) and modify essentialist beliefs according to which cerebral/cognitive ageing is only biologically determined and cannot be modified.

INTRODUCTION

UN CHANGEMENT D'ESPRIT DANS L'APPROCHE CLINIQUE

Les pratiques d'évaluation et d'intervention neuropsychologiques ont subi de profondes mutations ces dernières années, notamment sous l'influence du développement des neurosciences. Les miracles technologiques ne doivent toutefois pas nous faire perdre de vue que nos évaluations, tout en étant empiriquement fondées, doivent rester centrées sur la personne, et que la démarche d'investigation des difficultés cognitives et psychologiques de cette dernière implique une prise en compte multidimensionnelle et intégrative de ces dimensions (Van der Linden, 2018).

Il importe également que la pertinence des démarches réalisées par les neuropsychologues dans un contexte clinique se mesure à l'aune des améliorations apportées à la vie quotidienne de la personne, à son autonomie et à sa dignité. Ceci implique le développement de pratiques d'évaluation et d'intervention qui soient à même d'appréhender au plus près cette réalité de la vie quotidienne dans ses dimensions fonctionnelles, relationnelles, émotionnelles, motivationnelles, et de développer une grille de lecture des difficultés de la vie quotidienne au regard des déficits identifiés dans le bilan neuropsychologique (Juillerat Van der Linden, 2008).

Si la démarche d'évaluation requiert toujours d'investiguer finement les difficultés rencontrées selon les modèles cognitifs les plus appropriés, elle doit aussi pouvoir intégrer les autres dimensions susmentionnées et, pour ce faire, doit se doter des outils nécessaires, et établir un autre mode de relation avec les personnes venant consulter. Comme le dit l'adage attribué à William Osler, un médecin canadien cofondateur du Johns Hopkins Hospital, « Il est plus important de savoir quelle sorte de patient présente le trouble

que de savoir quel trouble présente le patient » (Walsh, 1913, p. 628).

Cela implique donc une redéfinition de la relation clinique et de notre rôle en tant que clinicien·ne·s, puisqu'il faut créer un réel partenariat avec les patient·e·s, d'une part pour aboutir à une bonne intelligence des facteurs impliqués dans un tableau clinique, et d'autre part pour mettre en œuvre des programmes de revalidation qui répondent aux besoins individuels, et motivent de fait l'adhésion aux dits programmes. L'équipe de la clinique psychologique et logopédique universitaire de Liège dirigée par Sylvie Willems a fait des avancées remarquables sur ce sujet, qui sont notamment partagées dans un MOOC dédié à l'*evidence based practice* (Willems et al., n.d.).



Les miracles technologiques ne doivent toutefois pas nous faire perdre de vue que nos évaluations, tout en étant empiriquement fondées, doivent rester centrées sur la personne, et que la démarche d'investigation des difficultés cognitives et psychologiques de cette dernière implique une prise en compte multidimensionnelle et intégrative de ces dimensions.



EN AMONT DE LA RÉALISATION DES BILANS

Attendu que nous vivons dans un monde de plus en plus tourné vers la performance, la rentabilité, l'autonomie, l'individualisation, etc., une atteinte cérébrale, au-delà de ses conséquences individuelles, génère une stigmatisation importante de la part de la société, voire même de certains professionnels de soins, ce qui n'est pas sans effet socialement, émotionnellement et cognitivement. Plus spécifiquement, le processus du vieillissement fait l'objet d'un ostracisme croissant et les stéréotypes liés à l'âge sont devenus plus négatifs au fil du temps, et ce, de façon linéaire de 1810 à nos jours (Ng et al., 2015).

Or, il est désormais bien établi que l'activation – tout-à-fait implicite – de stéréotypes négatifs quant à son fonctionnement cognitif peut avoir un fort effet autoréalisateur, dès lors que la personne concernée redoute d'être à risque de confirmer un stéréotype négatif concernant son groupe d'appartenance. Cela a aussi été démontré pour des personnes cérébrolésées (Kit et al., 2008), chez lesquelles il a été montré qu'une partie des déficits cognitifs observés pourraient être imputés à l'influence de stéréotypes négatifs sur la performance aux tests cognitifs, plutôt qu'aux effets directs d'un dysfonctionnement cérébral.

Dans le domaine du vieillissement cérébral, des études ont clairement montré à quel point des pensées interférentes intrusives peuvent induire une surcharge cognitive encombrant la mémoire de travail et conduire à une baisse des performances cognitives, tout particulièrement sur le plan mnésique (Haslam et al., 2012; Hess et al., 2003; Lamont et al., 2015). Haslam et al. (2012) ont montré que si des participant·e·s de contrôle sont amené·e·s à considérer que le vieillissement est spécifiquement associé à un déclin de la mémoire, le déclin de leur performance sera plus net aux tests de mémoire, alors qu'il sera plus net aux tests généraux si la manipulation initiale concerne l'affirmation d'une baisse globale du fonctionnement cognitif. Mais, cette équipe a surtout montré que, dans une population de contrôle de personnes âgées de 60 à 70 ans, l'induction de stéréotypes négatifs, quant au vieillissement, est associée à une hausse de 400% du risque d'obtenir un résultat pathologique aux épreuves psychométriques, au point qu'il pourrait correspondre à un diagnostic de trouble dit « démentiel ». Mazerolle et collaborateurs (2017) ont, quant à eux, montré que 40% des personnes âgées sans troubles cognitifs, chez lesquelles nous activons les stéréotypes négatifs liés à l'âge (en leur indiquant qu'elles allaient être soumises à une tâche de mémoire et que des personnes jeunes participeraient aussi à l'étude) ont obtenu des scores au *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) et au *Mini Mental State Examination* (MMSE) qui correspondent au critère de « pré-démence », alors que ce n'est le cas que pour 10% des personnes chez qui les stéréotypes liés à l'âge n'ont pas été activés. Une vaste étude clinique (AGING), en cours, dans des cliniques mémoires hospitalières françaises en collaboration avec des psychologues sociaux, a récemment montré que cet effet est

particulièrement prévalent dans le contexte clinique, où une augmentation de 50% du risque de diagnostic de troubles cognitifs légers peut s'observer selon la manière dont les consignes à des tests de dépistage cognitifs sont données (Morand et al., 2020). Des analyses sont en voie de réalisation pour tenter d'identifier le profil psychologique des personnes qui subissent le plus fortement cet effet (Régner, communication personnelle), mais nous voyons bien là une source majeure d'erreur diagnostique potentielle, aux conséquences particulièrement délétères : du fait de l'annonce d'un diagnostic de pathologie, les stéréotypes négatifs se trouvent renforcés, et plus à même de devenir autoréalisateurs...

 *Il nous appartient donc de veiller à ce que les conditions de passation permettent de refléter au mieux les compétences des personnes venant consulter, en limitant notamment les biais inhérents aux stéréotypes de menace, mais aussi en limitant les facteurs de stress associés à la réalisation d'un bilan neuropsychologique dans le cadre d'un vieillissement cérébral suspect d'être problématique.* 

Il nous appartient donc de veiller à ce que les conditions de passation permettent de refléter au mieux les compétences des personnes venant consulter, en limitant notamment les biais inhérents aux stéréotypes de menace, mais aussi en limitant les facteurs de stress associés à la réalisation d'un bilan neuropsychologique dans le cadre d'un vieillissement cérébral suspect d'être problématique. L'anticipation du bilan fait clairement partie de ces facteurs d'appréhension, et il n'est pas rare que les personnes venant consulter fassent mention de troubles du sommeil la nuit précédant l'examen. Pour limiter en partie cet effet, il peut être proposé un courrier informatif accompagnant la convocation et décrivant le déroulement, les protagonistes et le contenu de la ou des séances, en des termes évitant absolument la pathologisation ou l'idée de « tests », et mettant en avant les objectifs constructifs de la consultation. Ainsi que le suggèrent Whitehouse et George (2009), ce courrier peut aussi contenir une partie des questions posées lors de l'anamnèse (résumé des difficultés, impact, évolution, antécédents médicaux, médication, préoccupations, attentes...), de sorte que l'entretien puisse être préparé à

l'avance et que la personne ait un meilleur sentiment de contrôle sur son déroulement.

BILAN ET INTERPRÉTATION

Dans une perspective intégrative, l'évaluation va avoir pour objectif d'identifier la présence de difficultés cognitives, socio-émotionnelles et affectives, ainsi que leurs conséquences sur la vie quotidienne, puis d'en comprendre la nature et de déterminer leur dynamique d'installation, leurs relations et leur évolution (Van der Linden, 2018 ; Van der Linden et Juillerat Van der Linden, 2014). L'anamnèse joue ainsi un rôle essentiel dans la récolte des éléments ouvrant vers cette analyse, mais le bilan neuropsychologique peut aussi devoir être complété d'investigations de processus émotionnels, motivationnels, relationnels pertinents à la situation, et nécessiter par exemple le recours à des questionnaires d'anxiété, de contrôle des idées intrusives, d'estime de soi, de soutien social perçu, etc. Il importe ainsi ici de pouvoir assurer un rôle de psychologue, spécialisé-e en neuropsychologie, mais apte à intégrer d'autres dimensions du fonctionnement psychologique.

Dans une perspective intégrative, l'évaluation va avoir pour objectif d'identifier la présence de difficultés cognitives, socio-émotionnelles et affectives, ainsi que leurs conséquences sur la vie quotidienne, puis d'en comprendre la nature et de déterminer leur dynamique d'installation, leurs relations et leur évolution.

Cette approche requiert donc le recueil de multiples informations pouvant éclairer les processus susceptibles d'être impliqués dans la survenue et la manifestation des troubles, mais cette approche multifactorielle se doit surtout d'être « interfactorielle » : intégratif n'est pas énumératif, et si le recueil et l'identification des éléments pertinents à l'interprétation multidimensionnelle de la situation clinique particulière est crucial, il est ensuite indispensable d'appréhender de manière processuelle et intégrative la manière dont les facteurs biologiques, sociaux et les événements de vie peuvent conduire à des difficultés psychologiques via leurs effets conjoints sur différents processus psychologiques (Kinderman, 2009). Cette démarche peut aussi permettre de définir quels sont les éléments prépondérants du tableau, à cibler de manière prioritaire dans les interventions.

RESTITUTION DES RÉSULTATS

L'adoption de cette approche interfactorielle et intégrative permet d'offrir aux patient·e·s un récit explicatif empiriquement fondé des difficultés qui ne contraint pas la personne dans un diagnostic catégoriel souvent vécu comme traumatisant. Nous aborderons donc plutôt en restitution le caractère multidéterminé des problèmes cognitifs rencontrés, leurs répercussions décrites ou potentielles au quotidien, ainsi que les démarches et stratégies susceptibles de ralentir ou atténuer cette incidence.

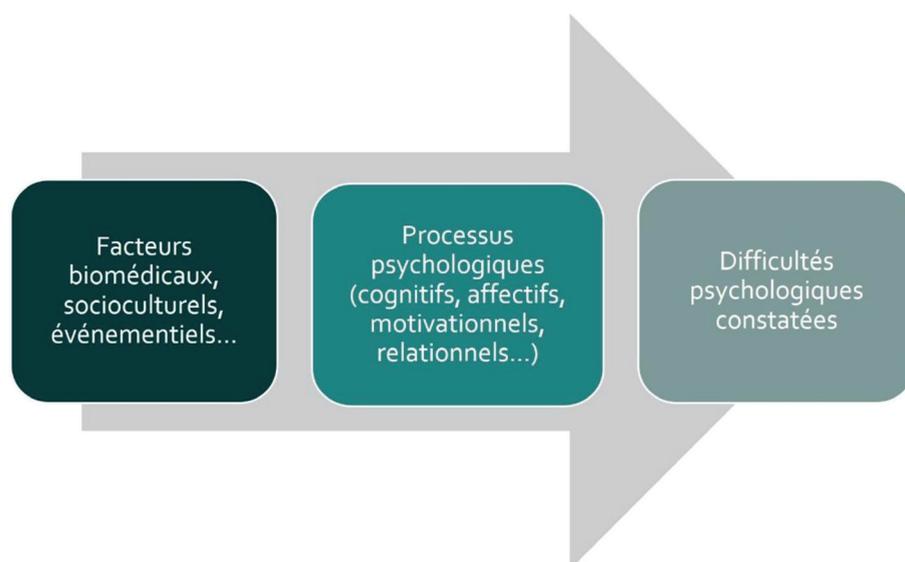


Figure 1 : L'approche processuelle et intégrative des processus médiateurs selon Kinderman (2009)

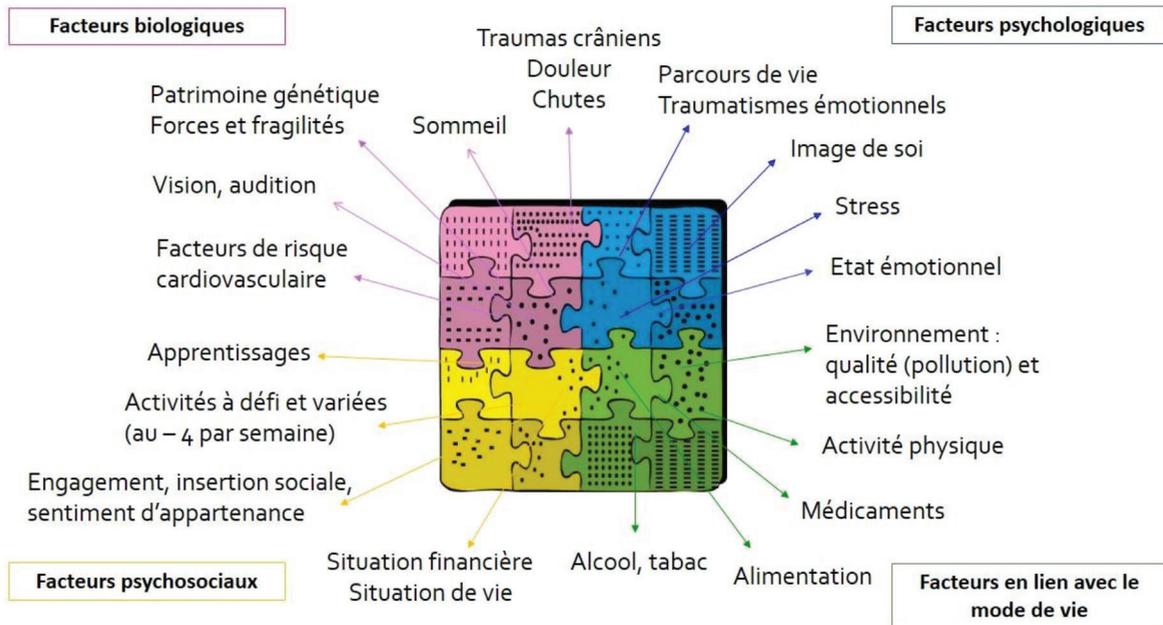


Figure 2 : Support illustratif des multiples facteurs (non exhaustifs) pouvant impacter le fonctionnement cognitif dans le vieillissement cérébral/cognitif problématique

Il importe aussi de replacer le vieillissement dans l'aventure humaine et non dans une médicalisation de l'avancée en âge, et de faire la démonstration qu'il est encore possible d'investir

des activités valorisantes et plaisantes malgré les difficultés cognitives, notamment en mettant en exergue les capacités préservées qui ont pu être identifiées lors de l'anamnèse et du bilan. Un

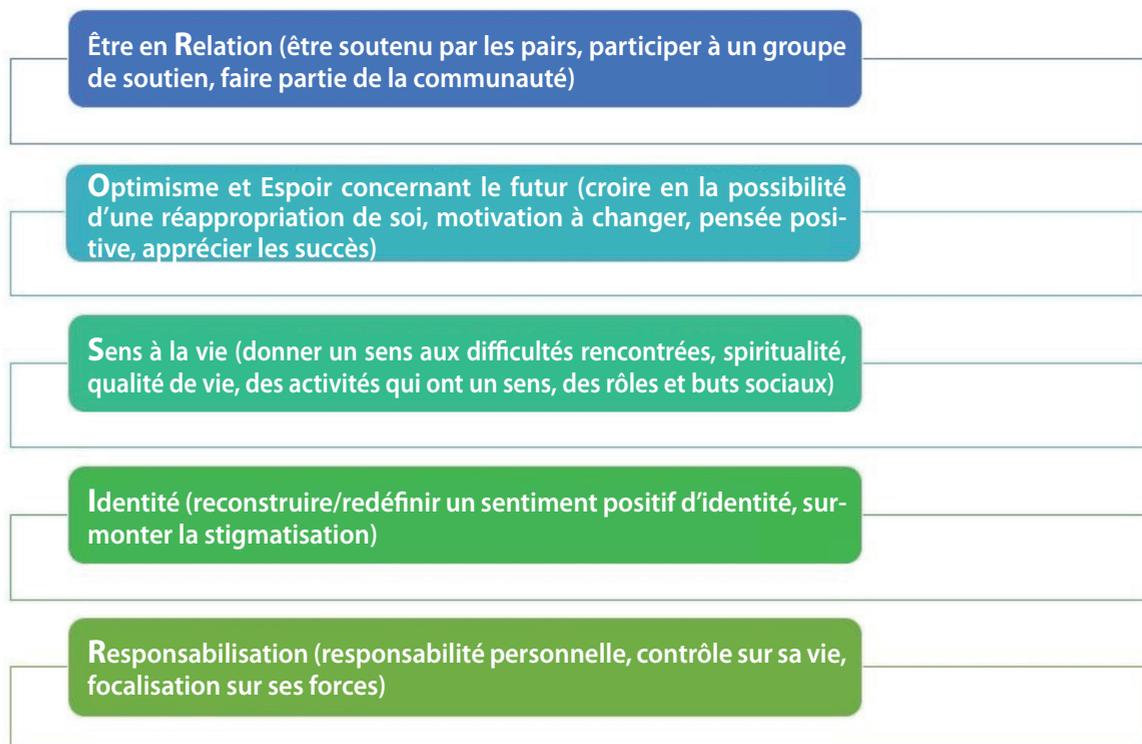


Figure 3 : Les dimensions clés de la réappropriation de soi – acronyme mnémotechnique « ROSIR » (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams et Slade, 2011)

support écrit favorisant la rétention de ces informations s'avère ici d'une grande utilité.

INTERVENTIONS

Au-delà des techniques spécifiques destinées à pallier les conséquences d'un trouble cognitif, l'approche dite de la réappropriation de soi (aussi dite du rétablissement / *recovery*) ouvre des pistes de réflexion et d'action très pertinentes à une pratique d'intervention neuropsychologique centrée sur la personne. Ici, le processus est davantage guidé par des valeurs de respect et d'autodétermination que par des critères d'efficacité immédiate. Il s'agit de prendre en compte ce que les personnes disent de leur vécu, de leurs souhaits, de leurs besoins, et les inclure directement dans l'élaboration et l'évaluation des interventions.

Sur ce plan, le maintien d'un sentiment d'utilité et d'intégration sociale joue un rôle très important, et, bien que cela sorte du champ d'action à proprement parler des neuropsychologues, il faut relever que la mise en relation et la coordination avec les partenaires pertinents (entourage, tissu associatif, services sociaux, soins à domicile...) sont des éléments-clés de la cohérence et de l'efficacité du suivi. Il importe aussi, même si c'est plutôt en qualité de citoyen·ne·s, de contribuer à une éducation positive sur le vieillissement

et au développement de relations intergénérationnelles permettant aux personnes plus jeunes d'avoir des expériences positives et individualisées avec les personnes âgées, dans un contexte de vie sociale réelle, de coopération, de transmission et de partage. C'est ce qui est réalisé depuis 2009 à l'association VIVA (Valoriser et intégrer pour vieillir autrement) à Lancy (Suisse), fondée dans la lignée du travail de traduction du « Mythe de la maladie d'Alzheimer » et de ses conclusions, ouvrant sur des préconisations pour optimiser le vieillissement cognitif/cérébral s'appliquant tout au long de la vie.

CONCLUSION

Cette approche intégrative et centrée sur la personne a une dimension éthique, mais aussi une dimension politique et de pouvoir: la personne doit être à même de disposer de la capacité de choisir, de décider et d'agir, ou de se réapproprier cette capacité, et ce notamment quand elle est en institution. Elle implique aussi un changement radical de positionnement clinique, puisque nous sommes amenés à accompagner et à guider chaque personne de manière éminemment idiosyncrasique, plutôt qu'à se positionner en prescripteur et à l'enfermer dans un diagnostic catégoriel.

Références

- Haslam, C., Morton, T. A., Haslam, S. A., Varnes, L., Graham, R. et Gamaz, L. (2012). "When the age is in, the wit is out": Age-related self-categorization and deficit expectations reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychology and Aging*, 27(3), 778-784. <https://doi.org/10.1037/a0027754>
- Hess, T. M., Auman C., Colcombe, S. et Rahhal, T. A. (2003). The Impact of Stereotype Threat on Age Differences in Memory Performance. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), 3-11. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.1.P3>
- Juillerat Van der Linden, A.-C. (2008). Vers une neuropsychologie de la vie quotidienne. Dans A.-C. Juillerat Van der Linden, G. Aubin, D. Le Gall et M. Van der Linden (dir.), *Neuropsychologie de la vie quotidienne* (p. 11-39). Solal.
- Kinderman, P. (2009). Understanding and addressing psychological and social problems: The mediating psychological processes model. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 464-470. <https://doi.org/10.1177/0020764008097757>
- Kit, K. A., Tuokko, H. A. et Mateer, C. A. (2008). A review of the stereotype threat literature and its application in a neurological population. *Neuropsychology Review*, 18, 132-148. <https://doi.org/10.1007/s11065-008-9059-9>
- Lamont, R. A., Swift, H. J. et Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging*, 30(1), 180-193. <https://doi.org/10.1037/a0038586>

- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029300>
- Mazerolle, M., Régner, I., Barber, S. J., Paccalin, M., Miazola, A.-C., Huguet, P. et Rigalleau, F. (2017). Negative Aging Stereotypes Impair Performance on Brief Cognitive Tests Used to Screen for Predementia. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(6), 932-936. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw083>
- Morand, A., Gauthier, K., Mazerolle, M., Pélerin, A., Rigalleau, F., Huguet, P., De la Sayette, V., Eustache, F., Desgranges, B. et Régner, I. (2020). L'effet de menace du stéréotype en situation d'évaluation neuropsychologique: Enjeux cliniques. *Revue de neuropsychologie*, 12(4), 358-366. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03126581>
- Ng, R., Allore, H. G., Trentalange, M., Monin, J. K. et Levy, B. R. (2015). Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: Evidence from a database of 400 million words. *PLoS ONE*, 10(2), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>
- Van der Linden, M. (2018). Pour une neuropsychologie clinique intégrative et centrée sur la vie quotidienne. *Revue de neuropsychologie*, 10(4), 41-46. <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2018-1-page-41.htm>
- Van der Linden, M. et Juillerat Van der Linden, A.-C. (2014). L'évaluation neuropsychologique de la démence: un changement d'approche. Dans X. Seron et M. Van der Linden (dir.), *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte* (2^e éd., Tome 1, p. 575-598). De Boeck Solal.
- Walsh, J. J. (1913). Psychotherapy: What the Modern Physician Thinks of the Mind Cure as Practised in All Ages. *The Independent Weekly*, 75, p. 624-628.
- Whitehouse, P. J. et George, D. (2009). *Le mythe de la maladie d'Alzheimer, ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tellement redouté*. Traduit de l'anglais (États-Unis) et préfacé par A.-C. Juillerat Van der Linden et M. Van der Linden. Solal.
- Willems, S., Maillart, C., Martinez-Perez, T. et Durieux, N. (s.d.). *Psychologue et orthophoniste: l'evidence-based au service du patient* [Mooc]. FunMooc. <https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/psychologue-et-orthophoniste-lebp-au-service-du-patient/>

De l'hôpital au domicile, des exercices d'activité physique adaptée pour lutter contre la dépendance des personnes âgées : étude de faisabilité

From hospital to domicile, adapted physical exercises to counter dependence in older adults : a feasibility study

Elina VAN DENDAELE

Psychologue
Doctorante contractuelle
en psychologie gériatrique
Représentante des doctorants du laboratoire
PAVéA
Université de Tours
EA 2114
Laboratoire de Psychologie des Âges
de la vie et Adaptation

Nathalie BAILLY

Professeure des Universités
Université de Tours
EA 2114
Laboratoire de Psychologie des Âges
de la vie et Adaptation

Amal AÏDOUD

Médecin praticien
Centre Hospitalier Régional Universitaire
de Tours
Pôle Vieillessement
Tours, France

Christopher GAZE

Enseignant d'Activité Physique Adaptée
Centre Hospitalier Régional Universitaire
de Tours
Pôle Vieillessement
Tours, France

Clara LE DOUGET

Psychologue
Université de Tours
EA 2114
Laboratoire de Psychologie des Âges de la vie et Adaptation

Noémie FERREC

Psychologue
Université de Tours
EA 2114
Laboratoire de Psychologie des Âges de la vie et Adaptation

Bertrand FOUGÈRE

Professeur des universités
Praticien hospitalier
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours
Pôle Vieillessement
37000 Tours, France

Kristell POTHIER

Maitresse de conférences en Psychologie
Psychologue
Université de Tours
EA 2114
Laboratoire de Psychologie des Âges de la vie et Adaptation

Contact

ELINA VAN DENDAELE

elina.vandendaele@univ-tours.fr

3 rue des Tanneurs
37041 Tours Cedex 1

Mots-clés

- Activité Physique Adaptée
- Fragilité Gériatrique
- Prescription Médicale

Keywords

- *Adapted Physical Activity*
- *Geriatric frailty*
- *Medical prescription*

Conflits d'intérêts

Kristell Pothier déclare un conflit d'intérêt; elle est Directrice de publication des *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*.

Pour citer cet article

Van Dendaele, E., Bailly, N., Aïdoud, A., Gaze, C., Le Douget, C., Ferrec, N., Fougère, B. et Pothier, K. (2022). De l'hôpital au domicile, des exercices d'activité physique adaptée pour lutter contre la dépendance des personnes âgées: étude de faisabilité. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 84-93.

Résumé

Bien qu'efficaces pour préserver l'autonomie des personnes âgées, les programmes d'Activité Physique Adaptée (APA) restent peu suivis pour les patients fragiles. Cependant, le programme Européen VIVIFRAIL, proposant des exercices d'endurance et de renforcement, permet la prévention de la fragilité par la prescription d'APA (amélioration des capacités fonctionnelles, réversibilité du syndrome). Cette recherche visait donc à implémenter la prescription d'interventions d'APA à l'hôpital et d'en évaluer la faisabilité en mesurant l'acceptabilité et l'adhérence à ce programme. Après avoir effectué des évaluations cognitives et physiques, les participants ont reçu une prescription médicale d'APA avec un programme d'exercices adapté à leurs capacités physiques (fragiles, pré-fragiles, robustes). Les résultats préliminaires montrent que 80 % des patients éligibles (n=18/22) ont refusé de participer à l'étude. Parmi les patients éligibles inclus (n=4/22), aucun n'a réalisé le programme d'exercices d'APA de retour à domicile. Les données quantitatives montrent que le milieu rural et posséder de bonnes capacités physiques et cognitives favoriseraient la participation à un programme d'APA. À l'inverse, le manque de motivation et les représentations négatives de l'APA sont à l'origine du refus. Dans le futur, il conviendra de se pencher sur des variables favorisant l'engagement des personnes âgées dans ces programmes dans l'objectif de démocratiser sa pratique.

Abstract

Although effective in preserving the autonomy of the older adults, Adapted Physical Activity (APA) programs remain poorly followed for frail patients. The European program VIVIFRAIL, proposing endurance, strengthening, and stamina exercises, however, allows the prevention of frailty through the prescription of APA (improvement of functional capacities, reversibility of the syndrome). This research aimed to implement the prescription of APA in hospital and to evaluate the feasibility by measuring the acceptability and adherence to this program. After completing cognitive and physical assessments, participants received a medical prescription for APA with an exercise program adapted to their physical abilities (frail, pre-frail, robust). Preliminary results show that 80% of eligible patients (n=18/22) declined to participate in the study. Of the eligible and included patients (n=4/22), none completed the return-to-home APA exercise program. Quantitative data showed that rural environment and having good physical and cognitive abilities would favor participation in an APA program. On the other hand, lack of motivation and negative perceptions of APA were reasons for refusal. In the future, it will be necessary to study the variables that encourage the involvement of elderly people in these programs with the aim of democratizing their practice.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, afin de prévenir la dépendance et maintenir l'autonomie des personnes, les récentes recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) invitent tous les acteurs impliqués dans le domaine du vieillissement à changer leur façon de penser en passant d'une approche centrée sur la maladie à une approche centrée sur le développement et le maintien des aptitudes fonctionnelles qui favorise le vieillissement en « bonne santé ». Selon l'OMS, les aptitudes fonctionnelles « incluent les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant » (OMS, 2019, p. 3). Celles-ci sont ainsi déterminées par les capacités intrinsèques de l'individu (c'est-à-dire la combinaison de toutes les capacités physiques et mentales, y compris psychosociales de l'individu) et par l'environnement dans lequel il évolue (environnements matériel, social et politique). L'évolution du système de soin curatif en un système de prévention de pathologies invalidantes permet alors de se pencher sur des interventions préventives permettant de modifier l'histoire naturelle des maladies dans l'objectif d'améliorer le

bien-être des personnes âgées. Pour que cette prévention soit efficace, il est donc nécessaire que les interventions soient spécifiques à la population ciblée.

Les recherches scientifiques dans le domaine de la gérontologie se sont notamment intéressées à la fragilité. Le syndrome de fragilité gériatrique est caractérisé par une réduction de la résistance aux facteurs de stress endogènes et exogènes (Rodríguez-Mañas, 2013). Ce syndrome augmente le risque de chute, d'hospitalisation, de déclin fonctionnel et peut conduire au décès. La définition de la fragilité proposée par Fried et al. (2001) est la plus couramment utilisée dans les travaux de recherche. Elle caractérise la fragilité selon cinq facteurs : 1/ la perte de poids involontaire, 2/ la sédentarité avec une faible activité physique, 3/ une fatigue générale, 4/ une diminution de la force musculaire, et 5/ une vitesse de marche réduite. La présence de trois critères ou plus sur cinq indiquent un état de fragilité. Une phase appelée « pré-fragile » peut être également observée pour laquelle au moins un critère est présent sur les cinq. En France, la prévalence de fragilité serait estimée entre 10 et 13 % selon deux enquêtes nationales (ESPS, 2012 et HSM, 2008)

chez des personnes non dépendantes de plus de 55 ans (Perrine et al., 2017) et cette prévalence augmente avec l'âge (Sirven et Rapp, 2017).

En 2017, une étude s'est intéressée aux facteurs pouvant modifier l'état de fragilité dans l'objectif de comprendre le fonctionnement de ce syndrome, mais également de faciliter la mise en place d'interventions visant à retarder voire inverser sa progression (Pollack et al., 2017). Les auteurs ont pu mettre en avant une réversibilité du syndrome de fragilité associée à des facteurs fonctionnels, cliniques et sociaux tels que posséder une force suffisamment élevée des membres inférieurs, avoir une vision de soi en bonne santé ou encore avoir un soutien social élevé. Dans cet objectif de réversibilité, les recherches se sont principalement intéressées à l'activité physique (AP) qui semble être un facteur des plus efficaces en termes de prévention de la fragilité. En effet, l'AP réduirait de manière significative la présence et la gravité d'un état fragile chez une personne âgée sédentaire et modifierait alors leur profil considéré « à risque » (Cesari et al., 2014). Ces mêmes auteurs ont confirmé la réversibilité du syndrome grâce à l'apport de l'activité physique adaptée (APA).

Dans cet objectif de réversibilité, les recherches se sont principalement intéressées à l'activité physique (AP) qui semble être un facteur des plus efficaces en termes de prévention de la fragilité.

Dans cette dynamique, de nombreux programmes d'APA ont vu le jour tels que le programme Européen VIVIFRAIL (Izquierdo et al., 2017). Ce guide pratique, dans la prescription d'APA pour prévenir la dépendance et les chutes, propose un ensemble de six programmes d'APA comprenant des exercices d'équilibre pour éviter les chutes, de renforcement musculaire des membres supérieurs et inférieurs, d'assouplissement, d'endurance avec des objectifs différents selon le degré de fragilité de la personne et un bilan effectué au préalable (HAS, 2019). Ainsi, ce guide permet la conception d'un programme pour le traitement, et la prévention de la dépendance et des chutes (Izquierdo, 2019).

Bien qu'efficaces sur la santé des personnes âgées, ces programmes interventionnels restent souvent difficilement réalisables sur la durée (exercices proposés trop spécifiques et peu motivants)

dans la vie quotidienne des personnes âgées (Fougère et al., 2018). Ces mêmes auteurs mettent en avant l'importance d'axer des interventions ciblant les tâches de la vie quotidienne par exemple afin que les personnes y voient un réel intérêt. De plus, afin de promouvoir davantage les recommandations en matière de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) promeut la nécessité de prescrire de l'APA (Loi de 2006 sur la préconisation de la prescription médicale d'AP et sportive). La prescription médicale d'APA serait particulièrement efficace auprès d'une population âgée afin de prévenir certaines maladies chroniques, de valoriser un mode de vie physiquement actif et favoriser autant que possible le maintien d'autonomie. Une récente étude canadienne a ainsi pu montrer une amélioration de la mobilité chez des personnes admises en unité gériatrique après leur avoir prescrit un programme d'APA s'adaptant aux horaires et à l'autonomie des patients lors de leur retour à domicile (Carvalho et al., 2019). Pourtant et malgré un risque d'incapacité élevé chez la population hospitalisée induit par l'inactivité physique durant leur séjour à l'hôpital, l'APA est encore peu suffisamment présente et proposée en France.

La prescription médicale d'APA serait particulièrement efficace auprès d'une population âgée afin de prévenir certaines maladies chroniques, de valoriser un mode de vie physiquement actif et favoriser autant que possible le maintien d'autonomie.

L'objectif de cette recherche était donc d'implémenter la prescription d'interventions d'APA au sein d'un service de court séjour gériatrique et d'en évaluer la faisabilité en mesurant l'acceptabilité et l'adhérence aux programmes.

Pourtant et malgré un risque d'incapacité élevé chez la population hospitalisée induit par l'inactivité physique durant leur séjour à l'hôpital, l'APA est encore peu suffisamment présente et proposée en France.

MÉTHODOLOGIE

POPULATION D'ÉTUDE

Pour mener à bien cette étude de faisabilité, ont été incluses les personnes présentant les critères d'inclusion suivants : une hospitalisation en

court séjour gériatrique et ayant ≥ 75 ans, une capacité à marcher sur 10m, un retour dans le lieu de vie après l'hospitalisation, au moins un des critères de fragilité (une perte de poids supérieur à 5 % par an, un état de fatigue subjectif au patient avec un épuisement ou une fatigue permanente ou fréquente, une sédentarité avec une faible AP, une lenteur de marche, une diminution de la force musculaire; Fried et al. 2001), étant inscrit à la sécurité sociale et avoir signé un formulaire de consentement, une vision et une audition suffisantes ou appareillées pour suivre les consignes du protocole d'étude. Les participants, avec des difficultés dans au moins deux activités de la vie quotidienne avant leur hospitalisation (ADL <5 ; Katz, 1983), avec un score au MMSE <18 (Folstein et al., 1975), une pathologie somatique ou psychiatrique évolutive connue, étant inclus dans un autre protocole de recherche biomédicale pendant la présente étude, ou ne comprenant pas la langue française, ont été exclus. Après une évaluation gériatrique en début d'hospitalisation permettant le recueil des données nécessaires à l'inclusion (critères de Fried, ADL, MMSE, données sociodémographiques), les participants ont été invités à réaliser une évaluation cognitive et physique supplémentaire, puis à participer à deux séances d'APA au sein du service réalisées par un éducateur spécialisé dans ces activités. Les participants ont ensuite reçu une prescription médicale d'APA par le médecin avec un programme d'exercices d'APA à réaliser à domicile. Après ce programme de 12 semaines, les participants devaient effectuer les mêmes évaluations dans le même ordre.

La schématisation du protocole d'étude est présentée dans la Figure 1.

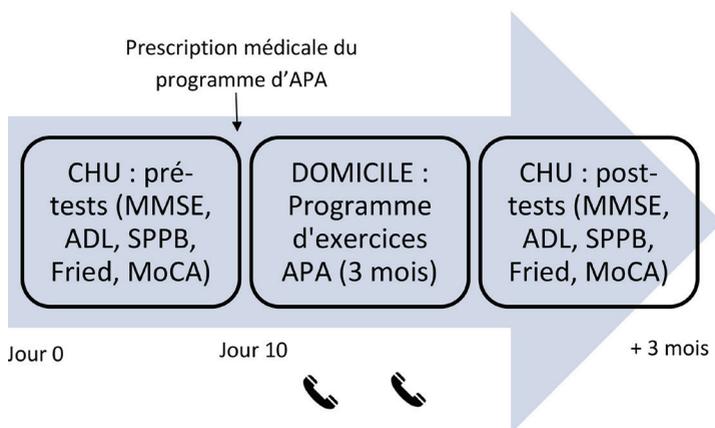


Figure 1 : Schématisation du protocole

ÉVALUATIONS PRÉ- ET POST-PROGRAMME D'EXERCICES D'APA

En plus des tests réalisés pour l'inclusion (fragilité, cognition, autonomie), une évaluation rapide a été proposée aux participants pour évaluer leurs capacités :

- cognitives, avec focalisation sur les fonctions exécutives (MoCA; Nasreddine et al., 2005);
- physiques (SPPB, *The Short Physical Performance Battery*; Guralnik et al., 1994: 3 subtests : vitesse de marche, force musculaire, équilibre; de 0 à 12 points, avec un score de 12 indiquant de bonnes performances physiques). Le SPPB nous permettait également de déterminer quel programme HoDOM (Hôpital-DOMICILE) était donné au patient selon leur niveau de performances physiques, à savoir :
 - Score SPPB compris entre 0 et 6: programme HoDOM 1 (pour les personnes âgées fragiles)
 - Score SPPB compris entre 7 et 9: programme HoDOM 2 (pour les personnes âgées pré-fragiles)
 - Score SPPB compris entre 8 et 12: programme HoDOM 3 (pour les personnes âgées robustes)

EXERCICES D'APA

Trois livrets différents (HoDOM 1, 2, 3) ont donc été créés selon le niveau de fragilité de la personne (fragile, pré-fragile, robuste). Pour cela, nous nous sommes appuyés sur le modèle VIVIFRAIL (Izquierdo et al., 2019). Ainsi, le guide proposé regroupe un ensemble d'exercices qui permettent aux patients de travailler à la fois sur leur force et leur puissance des membres inférieurs et supérieurs, leur équilibre et leur marche, leur souplesse et leur endurance. La prescription propose aux patients de réaliser au moins 2 séances par semaine, pendant 12 semaines, avec environ 30 à 45 min d'exercices par séance. Pour cette étude, les exercices proposés étaient les mêmes que ceux effectués pendant l'hospitalisation des participants et reflétaient certains gestes de la vie quotidienne afin de simplifier leur réalisation, mais également d'accentuer la motivation à les réaliser. Après un retour au domicile, un suivi pendant 3 mois des personnes par télé-

phone a été effectué afin de suivre leur participation aux exercices d'APA prescrits par le médecin.

TRAITEMENT DES DONNÉES

La faisabilité de l'étude est évaluée via deux critères : acceptabilité et adhérence.

1. Afin d'évaluer l'acceptabilité de l'étude, deux groupes ont été constitués: le groupe éligible et inclus à l'étude (groupe INC) et le groupe de patients éligibles non-inclus (groupe N.INC) dans l'objectif de les comparer sur l'ensemble des variables (sociodémographiques, cognitives, physiques), mais également pour tenter de comprendre les raisons d'ac-

ceptation et de refus évoquées par les participants.

Compte tenu des effectifs et du manque d'homogénéité des variances, les tests non paramétriques du Chi2 de Pearson et de Mann-Whitney ont été utilisés afin de comparer deux groupes.

2. Afin d'évaluer l'adhérence aux programmes d'APA, nous considérons les participants comme adhérents au programme si 75 % ou plus des exercices recommandés à domicile étaient suivis. Pour vérifier cette adhérence, il était demandé aux participants de cocher le nombre de séances d'APA effectuées par semaine.

	M (ET) ou n (%)	
	Groupe 1 : Patients éligibles inclus (n=4)	Groupe 2 : Patients éligibles non inclus (n=18)
Âge	84,25 (2,87)	85,89 (4,74)
Femmes	2 (50%)	9 (50%)
Situation matrimoniale		
• Marié(e)	1 (25%)	5 (27%)
• Divorcé(e)	1 (25%)	1 (6%)
• Célibataire	1 (25%)	1 (6%)
• Veuf(ve)	1 (25%)	11 (61%)
Milieu de vie*		(n=17)
• Milieu rural	3 (75%)	2 (20%)
• Milieu urbain	1 (25%)	15 (80%)
MMSEβ	27,25 (2,75)	23,22 (3,92)
ADL*	6,00 (0)	5,44 (0,45)
SPPB	(n=3) 5,33 (1,53)	(n=4) 5,00 (3,37)
MoCA	21,25 (0,96)	Non administré
Critères de Fried	2,33 (0,58)	1,75 (1,50)
Raison d'hospitalisation		
• Chutes	1 (25%)	4 (22%)
• Altération de l'état général (AEG)		5 (27%)
• Décompensation cardiaque	1 (25%)	3 (16%)
• Infection pulmonaire		2 (11%)
• Thrombose veineuse gauche et cervicologie		1 (6%)
• Hypoglycémie et infection urinaire	1 (25%)	1 (6%)
• Accident vasculaire cérébral (AVC)		1 (6%)
• Intoxication médicamenteuse	1 (25%)	1 (6%)
• Douleur		

Légende: *: $p < .05$; β: $p < .1$

Tableau 1 : Caractéristiques de la population



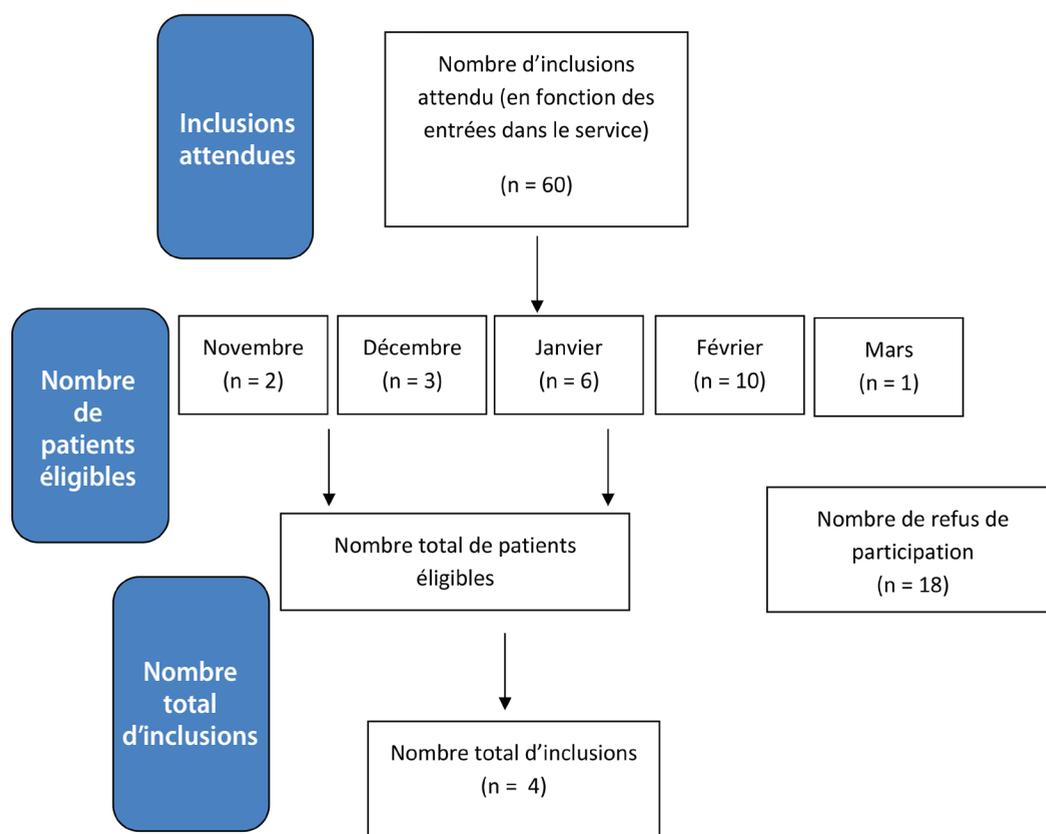


Figure 2 : Diagramme du nombre d'inclusions

RÉSULTATS

CRITÈRE D'ACCEPTABILITÉ

Les principales caractéristiques de notre échantillon sont présentées dans le tableau 1.

Entre novembre 2019 et mars 2020, 22 patients étaient éligibles au projet. Parmi eux, 4 ont accepté de participer à l'étude (Groupe INC) contre 18 qui ont refusé de participer au projet (Groupe N.INC) (voir Figure 2). Au sein du Groupe N.INC, 3 patients avaient accepté dans un premier temps de prendre part au projet puis ont décidé de se rétracter. Certains participants (n=2) auraient accepté, mais n'ont pas été inclus du fait de problèmes organisationnels. Des thèmes principaux émanent des raisons de refus individuelles tels un manque de motivation personnelle (n=4), une fatigue intense (n=4) ou encore des représentations négatives (n=5) à pratiquer de l'AP à un âge avancé.

Les analyses de comparaisons entre nos deux groupes n'ont pas montré de différence significative de genre (χ^2 de Pearson = 0,00; $p= 1,00$) et de situation matrimoniale (χ^2 de Pearson = 3,51; $p= 0,32$). Nous observons en revanche que

le milieu de vie est significativement différent entre les groupes (χ^2 de Pearson = 7,14; $p= 0,01$), les patients du groupe N.INC sont plus nombreux à vivre en milieu urbain que ceux du groupe INC.

Les tests de Mann-Whitney ne montraient pas de différence significative en ce qui concerne l'âge ($U=30,50$; $p=0,67$), le score au SPPB ($U=3,50$; $p=0,48$) et les critères de Fried ($U=3,00$; $p=0,38$) entre les deux groupes. Nous observons cependant une différence significative entre les groupes en ce qui concerne le score aux ADL ($U=12,00$; $p=0,04$), ainsi qu'une tendance pour le score au MMSE ($U=14,50$; $p=0,07$; Score $MMSE_{INC} > Score MMSE_{N.INC}$), mais également celui-ci étant plus élevé pour le groupe INC.

CRITÈRE D'ADHÉRENCE AUX PROGRAMMES D'EXERCICES D'APA

Aucun des 4 patients du groupe INC n'a réalisé le programme d'exercices d'APA dans son entièreté. Le taux d'adhérence n'a pas pu être calculé en conséquence de problèmes organisationnels et/ou par un manque de suivi des 4 patients du groupe INC.

DISCUSSION

Cette recherche avait pour objectif d'évaluer la faisabilité d'une implémentation d'exercices d'APA en mesurant l'acceptabilité (nombre d'inclusions) et l'adhérence au programme d'exercices d'APA. Les résultats ont montré que plus de 80 % des patients éligibles ont refusé de participer à l'étude. Parmi les patients éligibles et inclus, aucun n'a réalisé le programme d'exercices d'APA dans son entièreté ce qui ne nous permet pas de conclure quant à l'adhérence au programme.

Les résultats des évaluations quantitatives montraient que les patients plus susceptibles de participer à l'étude seraient plus autonomes dans les activités de la vie quotidienne, auraient probablement de meilleures performances cognitives (même si les résultats n'atteignent pas la significativité) et vivraient majoritairement en milieu urbain, comparativement aux patients refusant de participer au projet. Ces résultats n'étaient pas surprenants et pourraient évoquer l'idée d'un cercle vertueux associé à l'adoption d'habitudes de vie plus saines (une personne âgée, avec de bonnes capacités physiques et cognitives, a généralement davantage connaissance et accès à des activités stimulantes, qu'elles soient physiques ou cognitives, impactant positivement ses capacités intrinsèques ; Allan et al., 2016). Par ailleurs, l'impact du lieu de vie (rural vs urbain) agit également sur la pratique régulière d'AP. Des études antérieures notaient par exemple que les personnes âgées vivant en zone rurale rapportaient une fréquence d'AP supérieure à celles vivant en zone urbaine (e.g., Lim et Taylor, 2005). Nous pouvons donc supposer que ce ne sont pas les patients qui devraient le plus bénéficier de l'APA qui acceptent de participer à un programme.

Associés à ces résultats, les analyses plus qualitatives mettaient en avant un manque de motivation personnelle dans les raisons de refus des participants. L'autodétermination jouant un rôle déterminant dans l'engagement à effectuer une tâche (Deci et Ryan, 2000), celle-ci pourrait influencer l'adoption d'un comportement par un individu. Autrement dit, en fonction du type de motivation, l'individu se sentira plus ou moins à l'origine de ses comportements et donc de participer ou non à un programme d'APA. Il aurait été intéressant d'évaluer le niveau motivationnel des patients refusant de participer à l'étude. Il est

probable que certains participants pourraient présenter un niveau élevé d'amotivation lié à l'AP notamment par le manque d'intérêt et le fait qu'ils ne se sentent pas concernés. La croyance de l'individu en ses propres capacités à pratiquer une AP, considérée comme l'un des prédicteurs le plus robuste dans l'initiation, le maintien et l'engagement dans une AP (McAuley et al., 2007) serait un élément important à considérer. Enfin, des représentations négatives à pratiquer de l'AP à un âge avancé ont été relevées dans les raisons de refus. Les croyances des individus sur l'avancée en âge peuvent influencer l'engagement dans une AP de façon négative lorsqu'elle est considérée comme potentiellement risquée (capacités insuffisantes, risque de blessure) (Chalabaev et al., 2013). Ces stéréotypes négatifs sur le vieillissement peuvent avoir des conséquences néfastes dans la pratique d'une AP chez les adultes âgés (Sanchez Palacios et al., 2009) puisqu'ils risquent de les intérioriser pour se muer en croyances sur leurs propres capacités qui influencent leurs comportements (Levy, 2009).

De plus, certains dysfonctionnements tels que la non-réalisation de certaines évaluations ou la priorisation de prises en charge des pathologies aiguës au détriment de la prise en charge préventive par l'APA ont pu impacter le nombre d'inclusions de participants. Cela pourrait s'expliquer par la vision qu'ont les soignants, majoritairement centrée sur la sécurité du patient, freinant alors la possibilité de proposer des exercices de mobilisation (Kneafsey et al., 2013).

Dans le futur, il pourrait être intéressant de se pencher sur l'engagement des participants dans un programme d'APA, puisque la motivation du patient serait maintenue par l'intégration de chaque professionnel de santé pour que celui-ci prenne conscience de son rôle dans la prise en soins (Bodson et Mouton, 2022). En 2019, des chercheurs ont développé un modèle théorique mettant en avant la transition progressive du participant vers un statut d'acteur de sa prise en charge physique. Nous parlons alors de continuum d'engagement dans un programme d'APA passant par la prescription médicale d'APA, une revalidation du participant, une APA collective puis de l'AP en structure locale labélisée (Massart et al., 2019). Enfin, les personnes âgées fragiles hospitalisées sont considérées comme des individus « pluriels » (Lahire, 1998, p. 3), puisqu'ils dépendent d'une prise en charge à la fois médi-

cale et psychosociale. Cette dimension psychosociale est notamment abordée avec les aidants familiaux, qui participent avec les soignants, à cette prise en soins (Beard et al., 2016). Certains auteurs ont pu mettre en avant que lorsque la famille est impliquée dans le processus de soins, les infirmiers sont plus enclins à travailler sur la mobilité des personnes âgées (Doherty-King et Bowers, 2011). Une relation triangulaire soignants / aidants / patients pourrait ainsi favoriser les enjeux de l'APA sur les personnes âgées fragiles et donc l'adhérence à un programme tel que celui proposé dans cette étude.

En définitive, si les bénéfices de la pratique d'une AP ont été démontrés en littérature, ils semblent encore peu connus, notamment dans une population pour laquelle la pratique pourrait être cruciale : les personnes âgées fragiles. Le fait d'adapter l'intervention aux capacités et aux envies des patients âgés fragiles, de les informer sur les bénéfices et agir sur la représentation de l'AP au sein de cette population, serait un moyen de démocratiser sa pratique. Les résultats préliminaires de cette étude permettront ainsi d'adapter le protocole de l'étude dans l'objectif de favoriser sa faisabilité et de développer une étude contrôlée randomisée de plus grande envergure.

Références

- Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail (2016). Actualisation des repères du PNNS-Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. (Rapport n° 2012-SA-1055). Maisons-Alfort, France.
- Allan, J. L., McMinn, D. et Daly, M. (2016). A Bidirectional Relationship between Executive Function and Health Behavior: Evidence, Implications, and Future Directions. *Frontiers in neuroscience*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00386>
- Beard, J. R., Officer, A. M. et Cassels, A. K. (2016). The World Report on Ageing and Health. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S163-S166. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw037>
- Bodson, F. et Mouton, A. (2022). Activité physique et maladies chroniques. Principes motivationnels pour contribuer à un comportement physiquement actif. *Revue Médicale de Liège*, 77(1), 45-51.
- Cadre de mise en œuvre - Directives concernant les systèmes et les services. Brazzaville: Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Carvalho, L. P., Kergoat, M.-J., Bolduc, A. et Aubertin-Leheudre, M. (2019). A systematic approach for prescribing posthospitalization home-based physical activity for mobility in older adults: the PATH study. *Journal of The American Medical Directors Association*, 20(10), 1287-129. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.143>
- Cesari, M., Vellas, B., Hsu F.-C., Newmann, A., Doss, H., King, A., Manini, T., Church, T., Gill, T., Miller, M. et Pahor, M. (2014). A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons – Results from the LIFE-P Study. *Journals of Gerontology: medical sciences*, 70(2), 216-222. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu099>
- Chalabaev, A., Emile, M., Corrion, K., Stephan, Y., Clément-Guillotin, C., Pradier, C. et d'Arripe-Longueville, F. (2013). Development and validation of the aging stereotypes and exercise scale. *Journal of Aging and Physical Activity*, 21(3), 319-334. <https://doi.org/10.1123/japa.21.3.319>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Doherty-King, B. et Bowers, B. (2011). How nurses decide to ambulate hospitalized older adults: Development of a conceptual model. *The Gerontologist*, 51(6), 786-797. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr044>
- Folstein, M. F., Folstein S. E. et 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(3), 189-198.
- Fougère, B., Morley, J. E., Little, M. O., de Souto Barreto, P., Cesari, M. et Vellas, B. (2018). Interventions Against Disability in Frail Older Adults: Lessons Learned from Clinical Trials. *The journal of nutrition, health & aging*, 22(6), 676-688. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0987-z>
- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T. Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G. et McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56(3), 146-156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>

- Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R., Berkman, L., Blazer, D., Scherr, P. et Wallace, R. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 49, 85-94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>
- HAS (2019). Prescription d'activité physique et sportive – Les personnes âgées. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_248_ref_aps_pa_vf.pdf
- Izquierdo, M. (2019). Multicomponent physical exercise program: Vivifrail. *Nutricion Hospitalaria*, 36(Spec No2), 50-56. <https://doi.org/10.20960/nh.02680>
- Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Martínez-Velilla, N., Alonso-Bouzón, C. et Rodríguez-Mañas, L. (2017). En representación del Grupo de Investigadores. Un ejemplo de cooperación para la implementación de programas relacionados con el desarrollo de ejercicio en ancianos frágiles: programa europeo Erasmus + « Vivifrail » [An example of cooperation for implementing programs associated with the promotion of exercise in the frail elderly. European Erasmus + « Vivifrail » program]. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 52(2), 110-111. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.004>
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721-727. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>
- Kneafsey, R., Clifforb, C. et Greenfield, S. (2013). What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study. *International journal of nursing studies*, 50(12), 1617-1629. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.007>
- Kortebein, P., Ferrando, A. et Lombeida, J. (2007). Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. *JAMA*, 297(16), 1772-1774. <https://doi.org/10.1001/jama.297.16.1772-b>
- Lahire, B. (1998). *L'Homme pluriel (Les ressorts de l'action)*. Nathan.
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment. *Current directions in psychological science*, 18(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Lim, K. et Taylor, L. (2005). Factors associated with physical activity among older people – A population-based study. *Preventive Medicine*, 40(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.046>
- Massart, B., Dohn, C. et Mouton, A. (2019). *Le contexte du Sport sur Ordonnance en Belgique: Un modèle commun du Sport sur Ordonnance pour harmoniser les pratiques et garantir la qualité des dispositifs locaux*. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/240306>
- McAuley, E., Morris, K. S., Motl, R. W., Hu, L., Konopack, J. F. et Elavsky, S. (2007). Long-term follow-up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 26(3), 375-380. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.3.375>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. et Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment, 53, 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Pollack, L.R., Litwack-Harrison, S., Cawthon, P.M., Ensrud, K., Lane, N. E., Barrett-Connor, E. et Dam, T. T. (2017). Patterns and predictors of frailty transitions in older men: The Osteoporotic Fractures in Men Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(11), 2473-2479. <https://doi.org/10.1111/jgs.15003>
- Roberts, C., Philipps L. H., Cooper, C. L., Gray, S. et Allan, J. L. (2017). Effects of different types of physical activity on activities of daily living in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of aging and physical activity*, 25, 653-670. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0201>
- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., Gonzalez-Colaço Harmand, M., Bergman, H., Carcaillon, L., Nicholson, C., Scuteri, A., Sinclair, A., Pelaez, M., Van der Cammen, T., Beland, F., Bickenbach, J., Delamarche, P., Ferrucci, L., Fried, L. P. (...) Vega, E. (2013). Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *The Journals of Gerontology: Series A*, 68(1), 62-67. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls119>
- Sánchez Palacios, C., Trianes Torres, M. V. et Blanca Mena, M. J. (2009). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.03.007>

L'auto-stigmatisation et son impact sur les pratiques neuropsychologiques

The impact of self-stigma on neuropsychological practices

Thomas FOURNIER

Psychologue clinicien spécialisé
en neuropsychologie

Laboratoire de Psychologie EA 4139

Université de Bordeaux
33076 Bordeaux
France

Clinique Psychiatrique Château Caradoc,
64100 Bayonne, France

Antoinette PROUTEAU

Professeur des Universités

Psychologue clinicienne spécialisée
en neuropsychologie.

Laboratoire de Psychologie EA 4139

Université de Bordeaux
33076 Bordeaux
France

Pôle de Psychiatrie Adulte
Centre Hospitalier de Jonzac
17500 Jonzac
France

Contact

Thomas FOURNIER

fournierthomasj@gmail.com

Mots-clés

- Auto-stigmatisation
- Psychiatrie
- Neuropsychologie
- Maladie mentale
- Schizophrénie

Keywords

- *Self-stigma*
- *Psychiatry*
- *Neuropsychology*
- *Mental illness*
- *Schizophrenia*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Fournier, T. et Prouteau, A. (2022). La stigmatisation dans les pratiques neuropsychologiques : apports de la psychologie sociale en neuropsychologie. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 94-101.

Résumé

On retrouve chez les personnes connaissant un parcours de soins en psychiatrie de nombreux effets de la stigmatisation, notamment lorsqu'elle est internalisée. Cette auto-stigmatisation se base sur un stéréotype de la maladie mentale largement répandu et différent en fonction du diagnostic concerné. On y retrouve notamment de fausses croyances comme la dangerosité, l'incompétence ou la responsabilité dans la survenue et le maintien du trouble, mais aussi le dédoublement de la personnalité associé, à tort, à la schizophrénie. L'auto-stigmatisation entraîne des conséquences cliniques, psychoaffectives et comportementales vectrices de handicap et freinant le rétablissement. À ce titre, l'auto-stigmatisation est un facteur essentiel à prendre en compte dans la co-construction des projets avec les personnes que rencontrent le psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie. En effet, certaines dimensions doivent faire l'objet d'une attention particulière dans leur relation complexe avec l'auto-stigmatisation, c'est le cas de l'*insight*, de l'observance et des plaintes cognitives, alors que d'autres constituent des leviers thérapeutiques prometteurs comme les croyances de continuum ou certaines approches cognitives et comportementales.

Abstract

People undergoing psychiatric care experience many effects of stigma, especially when internalized. Self-stigma is based on widespread stereotypes of mental illness that differ depending on the diagnosis involved. These include false beliefs such as dangerousness, incompetence or responsibility for the onset and maintenance of the disorder, as well as the belief of split personality, wrongly associated with schizophrenia. Self-stigma leads to clinical, psycho-affective and behavioral consequences that cause disability and hinder recovery. Therefore, self-stigma is an essential factor to consider in the co-construction of projects with the people the clinical psychologist specialized in neuropsychology meets. Indeed, certain dimensions need to be given special attention in their complex relationship with self-stigma, such as insight, compliance and cognitive complaints, while others constitute promising therapeutic levers such as continuum beliefs or some cognitive and behavioral approaches.

LES STIGMATISATIONS EN PSYCHIATRIE**STIGMATISATIONS ET HANDICAP**

La stigmatisation représente l'un des freins principaux au rétablissement des personnes connaissant un parcours de soins en psychiatrie (OMS, 2013). La lutte contre la stigmatisation est donc un objectif prioritaire (Laforcade, 2016), mais les programmes pour la réduire restent peu efficaces (Read et al., 2006). En effet, la stigmatisation est un phénomène complexe pouvant intervenir à différents niveaux. D'une part, la stigmatisation publique résulte de l'accord d'une grande partie de la population avec un stéréotype propre à un groupe (Corrigan et Shapiro, 2010). Cette forme de stigmatisation entraîne la formation de préjugés dans la population et peut aboutir à différentes formes de discrimination contre le groupe en question. Ces discriminations peuvent être individuelles (i.e. par les personnes isolément ou en groupe), mais également structurelles (i.e. intégrées dans le fonctionnement même des institutions). D'autre part, la stigmatisation a un effet direct sur les personnes qui la subissent. On parle alors d'internalisation de la stigmatisation par la personne qui en est victime. Cela aboutit à la formation d'une stigmatisation internalisée ou auto-stigmatisation.



[...] la stigmatisation publique et l'auto-stigmatisation sont toutes deux vectrices de handicap.



Bien qu'affectant différemment l'individu, la stigmatisation publique et l'auto-stigmatisation sont toutes deux vectrices de handicap. Pour le comprendre, il est possible de les intégrer au modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (OMS, 2001). Ce modèle de référence conceptualise le handicap à travers l'interaction entre l'individu et la situation. On y retrouve trois niveaux distincts : les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de la participation. La transition entre ces niveaux du handicap est modulée par deux catégories de facteurs, dans lesquelles on peut positionner les deux formes de stigmatisation. D'une part, la stigmatisation publique peut être considérée comme un facteur environnemental et d'autre part, l'auto-stigmatisation peut être considérée comme un facteur personnel. Dans les deux cas, la stigmatisation favorise intrinsèquement les restrictions de la participation (i.e. réduction de l'implication effective dans les différents domaines de la vie sociale). Le rôle limitant de la stigmatisation sur la participation sociale des personnes connaissant un parcours de soins en psychiatrie est directement en lien avec le contenu des stéréotypes associés aux maladies mentales.

STÉRÉOTYPES ET MALADIES MENTALES

Whitley et Kite (2013) définissent les stéréotypes comme des schémas cognitifs issus de la catégorisation sociale dont le rôle est de faciliter et accélérer l'interprétation de l'environnement. Concernant le stéréotype de la maladie mentale, plusieurs modèles multidimensionnels ont été proposés. En psychiatrie, le modèle de Hayward et Bright (1997) à quatre dimensions a longtemps fait référence. Issu d'une revue de la littérature suivie d'un consensus d'experts, le modèle propose quatre « causes » à la stigmatisation de la maladie mentale : la dangerosité, l'attribution de responsabilité vis à vis de la maladie, le faible pronostic et la perturbation des interactions sociales (e.g. imprévisibilité, incompetence dans les rôles sociaux).

Les apports de la psychologie sociale permettent une conceptualisation différente. L'adaptation du modèle du contenu du stéréotype (Fiske et al., 2002) en population clinique (Fiske, 2012; Sadler et al., 2012) permet de catégoriser les populations atteintes de maladies mentales en fonction d'un critère de compétence et d'un critère de chaleur. La schizophrénie y fait l'objet d'un stéréotype plus négatif que certaines autres maladies mentales. En effet, la schizophrénie est associée à une faible chaleur et une faible compétence alors que d'autres troubles sont associés à une compétence plus élevée (e.g. trouble bipolaire, dépression), une chaleur plus élevée (e.g. déficience intellectuelle) ou les deux à la fois (e.g. troubles du comportement alimentaire, trouble du déficit de l'attention). Cette étude montre l'intérêt d'étudier spécifiquement le contenu du stéréotype de chaque maladie mentale individuellement et non comme un groupe social unitaire.

Une étude basée sur une méthodologie en question ouverte a permis de comparer, en population générale française, les stéréotypes associés à la schizophrénie, au trouble bipolaire et à la dépression (Fournier et Prouteau, 2022). Ainsi, bien que certains stéréotypes soient associés à deux diagnostics, aucune des dimensions principales retrouvées n'est commune aux trois diagnostics (Figure 1). Cela appuie l'importance d'études et d'interventions différenciées pour chaque population clinique. De plus, cette étude a permis de mettre en exergue une dimension peu investiguée du stéréotype de la schizophrénie : la

fausse croyance en un dédoublement de la personnalité dans ce trouble. Cette dimension du stéréotype de la schizophrénie est d'autant plus importante à considérer qu'elle s'est avérée être la plus centrale dans les représentations de la population générale française (i.e. la plus essentielle pour catégoriser une personne dans le groupe social « schizophrénie ») et qu'elle est associée à une valence plus négative que la moyenne des autres dimensions du stéréotype de la schizophrénie.

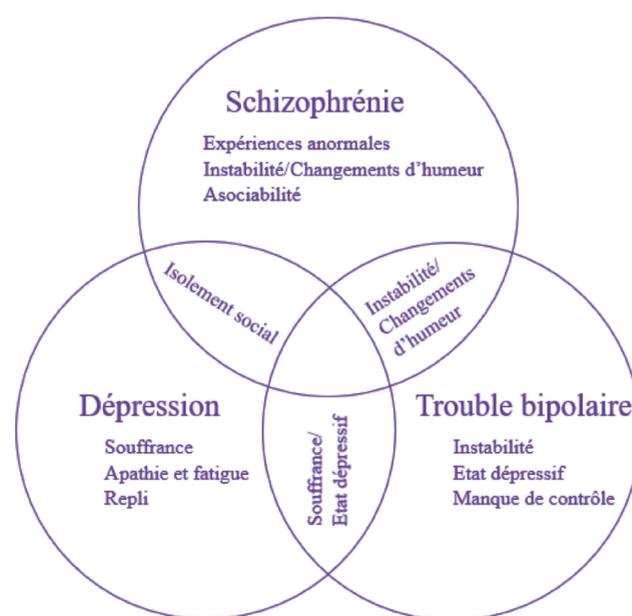


Figure 1 : dimensions principales des stéréotypes de la schizophrénie, du trouble bipolaire et de la dépression

L'AUTO-STIGMATISATION DANS LES PRATIQUES DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN SPÉCIALISÉ EN NEUROPSYCHOLOGIE (PCSN)

L'AUTO-STIGMATISATION : PROCESSUS ET CONSÉQUENCES

L'auto-stigmatisation est modélisée par Watson et collaborateurs (2007) comme le résultat de trois processus successifs : la conscience du stéréotype, l'accord avec le stéréotype et l'auto-concurrence (i.e. attribution à soi du stéréotype). Cette auto-stigmatisation s'accompagne en premier lieu d'une baisse de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité (Corrigan et al., 2006). L'une des conséquences comportementales les

plus représentatives de l'internalisation de la stigmatisation pour les personnes vivant avec une maladie mentale est l'auto-limitation dans les démarches de socialisation et d'autonomisation, appelée effet *why try* (Corrigan et al., 2009). En effet, l'individu ne s'engage pas dans des comportements qu'il pense être voués à l'échec du fait des aspects négatifs du stéréotype qu'il s'attribue à lui-même et dont il pense que les autres les lui attribuent également. L'effet *why try* s'applique à de nombreux comportements tels que le recours au soin, le dévoilement de soi (et de son diagnostic), la recherche d'emploi et de logement, ainsi que l'ensemble des démarches prosociales. Dans une méta-analyse portant sur les personnes vivants avec une maladie mentale, Livingston et Boyd (2010) mettent en relation un haut niveau d'auto-stigmatisation avec de bas niveaux d'estime de soi et d'auto-efficacité, mais également d'espoir, d'autonomisation, de soutien social perçu et de qualité de vie. Les auteurs mettent aussi en avant une corrélation positive du niveau d'auto-stigmatisation avec la sévérité des symptômes productifs (e.g. hallucinations, idées délirantes) et une corrélation négative avec l'adhésion aux traitements. L'ensemble de ces conséquences doit donc être pris en compte dans les accompagnements et interventions proposées à ces personnes.

QUELQUES IMPLICATIONS POUR LES PRATIQUES DU PCSN

Insight et observance

Parmi les freins pouvant limiter la portée des interventions du PCSN auprès des personnes connaissant un parcours de soins en psychiatrie, deux sont particulièrement associés à l'auto-stigmatisation : l'*insight* et l'observance. Une revue systématique de la littérature suivant les recommandations PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Moher et al., 2009) menée par des étudiants en master de neuropsychologie clinique (Ayach et al., 2021) a permis d'identifier 18 études récentes traitant du lien entre *insight* et auto-stigmatisation dans les troubles du spectre de la schizophrénie. Dans la littérature internationale, deux types d'*insight* sont à distinguer. D'une part, l'*insight* cognitif qui correspond à la capacité d'une personne à évaluer son propre fonctionnement cognitif (e.g. repé-

rer les expériences anormales et questionner les croyances erronées) (Beck, 2004) et d'autre part, l'*insight* clinique qui correspond à la conscience qu'à une personne des troubles dont elle est atteinte. Bien qu'ayant des implications différentes pour la pratique clinique, la revue de la littérature met en évidence une corrélation positive entre l'auto-stigmatisation et ces deux types d'*insights* (Chuang et al., 2019; Grover et al., 2017; Lien et al., 2016). Or, de hauts niveaux d'*insights* cliniques et cognitifs sont associés à de plus hauts niveaux de dépressions et d'idées suicidaires chez les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie (Belvederi Murri et al., 2016; Lien et al. 2018a; Lysaker et al., 2007). L'auto-stigmatisation doit donc nécessairement être prise en compte dans tout travail psychosocial sur l'*insight* au regard de leurs importantes interactions dans le fonctionnement psychoaffectif.

Une autre revue systématique de la littérature suivant les recommandations PRISMA (Moher et al., 2009) menée par des étudiants en master de neuropsychologie clinique (Aubert et al., 2021) a, quant à elle, permis d'identifier 19 études récentes traitant du lien entre observance et auto-stigmatisation dans les troubles du spectre de la schizophrénie. Ici aussi, l'observance comprend deux versants complémentaires, mais distincts. D'une part, l'observance médicamenteuse qui concerne l'adhésion aux traitements pharmacologiques et d'autre part, l'observance thérapeutique qui concerne la compliance dans les interventions psychosociales. Un des facteurs principaux de non-observance, aux deux niveaux décrits, s'avère être le faible niveau d'*insight* (Fenton et al., 1997), lui-même associé à un faible niveau d'auto-stigmatisation. En revanche, un haut niveau d'auto-stigmatisation prédit un faible niveau d'observance, qu'elle soit médicamenteuse (Fadipe et al., 2020; Feldhaus et al., 2018; Kamaradova et al., 2016; Lien et al., 2018b; Uhlmann et al., 2014; Vrbova et al., 2014; Yilmaz et Okanli, 2015) ou thérapeutique (Fung et al., 2010). L'*insight* est donc un facteur de médiation entre l'auto-stigmatisation et l'observance (Fung et al., 2010).

Ces deux variables sont de véritables leviers pour le PCSN du moment que son approche prend en compte l'auto-stigmatisation. Ainsi, intervenir sur l'*insight* pour améliorer l'observance ne peut se faire qu'en considérant l'effet de l'intervention sur l'auto-stigmatisation sous peine d'augmenter

le niveau de dépression et de risquer de voir apparaître des idées suicidaires. Dans cette optique, prendre en compte l'auto-stigmatisation, c'est tenter d'intervenir sur les leviers permettant de moduler ses effets néfastes.



L'auto-stigmatisation doit donc nécessairement être prise en compte dans tout travail psychosocial sur l'insight au regard de leurs importantes interactions dans le fonctionnement psychoaffectif.



Pistes d'interventions

Plusieurs méta-analyses font état du manque d'efficacité des interventions psychosociales ciblant l'auto-stigmatisation (Alonso et al., 2019; Büchter et Messer, 2017; Griffiths et al., 2014; Mittal et al., 2012; Wood et al., 2016). Ces études expliquent en partie ce constat par le manque de données expérimentales permettant d'identifier et comprendre les processus sous-jacents à l'auto-stigmatisation. Certaines études récentes tendent à combler ce manque et ont notamment permis d'identifier certains leviers interventionnels. Un de ces leviers est une variable métacognitive d'intérêt pour le PCSN : la plainte cognitive. En effet, les plaintes des personnes, quant à leur fonctionnement neurocognitif, ont été identifiées comme médiatrices dans la relation entre l'auto-stigmatisation et l'estime de soi (Violeau et al., 2020a). Certaines croyances sont aussi en lien avec l'auto-stigmatisation, c'est le cas des croyances selon lesquelles les troubles psychiques se situent à l'extrémité d'un continuum et ne constituent pas

une catégorie opposée au fonctionnement typique (Peter et al., 2021). Ces croyances de continuum sont en effet associées à moins d'assimilation à soi du stéréotype de la schizophrénie (Violeau et al., 2020b).

Par ailleurs, une revue systématique de la littérature suivant les recommandations PRISMA (Moher et al., 2009) menée par des étudiants en master de neuropsychologie clinique (Duviviers et al., 2021) a permis d'identifier 17 études récentes mesurant l'efficacité de différentes thérapies cognitives et comportementales (TCC) sur l'auto-stigmatisation dans les maladies mentales sévères. Les conclusions de cette revue mettent en évidence des indices d'efficacité, principalement pour les thérapies combinant TCC et psychoéducation (Best et al., 2018; Gonzalez-Dominguez et al., 2019), ainsi que les thérapies dérivées des TCC ciblant spécifiquement l'auto-stigmatisation, plus particulièrement la *Narrative Enhancement Cognitive Therapy* (Hansson et Yanos, 2016; Roe et al., 2014; Yanos et al., 2019). Il est important de noter que ces effets ne sont pas à ce jour associés à un niveau de preuve suffisant pour faire l'objet de recommandations spécifiques. Les futures recherches devront affiner la connaissance expérimentale des processus en jeu dans l'auto-stigmatisation afin de construire de nouvelles interventions, plus spécifiques, que les professionnels pourront ensuite implémenter dans leur pratique afin de favoriser le rétablissement des personnes connaissant un parcours de soins en psychiatrie.

Références

- Alonso, M., Guillén, A. I. et Muñoz, M. (2019). Interventions to Reduce Internalized Stigma in individuals with Mental Illness: A Systematic Review. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E27. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Aubert, J., Motte, M., Plas, C. et Fournier, T. (2021). *Auto-stigmatisation et Observance dans les Troubles du Spectre de la Schizophrénie : une Revue Systématique PRISMA* [Thèse de Doctorat non publiée]. Université de Bordeaux.
- Ayach, S., Pachnopoulos, J. B. et Fournier, T. (2021) *Conséquences de l'Auto-stigmatisation sur l'Insight chez les Personnes qui Vivent avec un Trouble du Spectre Schizophrénique : Le Paradoxe. Une Revue Systématique PRISMA* [Thèse de Doctorat non publiée]. Université de Bordeaux.
- Beck, A. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(03\)00189](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(03)00189)

- Belvederi Murri, M., Amore, M., Calcagno, P., Respino, M., Marozzi, V. et Masotti, M. et al. (2016). The “Insight Paradox” in Schizophrenia: Magnitude, Moderators and Mediators of the Association Between Insight and Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 42(5), 1225-1233. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw040>
- Best, M. W., Grossman, M., Milanovic, M., Renaud, S. et Bowie, C. R. (2018). Be outspoken and overcome stigmatizing thoughts (BOOST): A group treatment for internalized stigma in first-episode psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 10(3), 187-197. <https://doi.org/10.1080/17522439.2018.1472630>
- Büchter, R. B. et Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: A systematic review of randomized controlled trials. *German Medical Science*, 15, 1-12. <https://doi.org/10.3205/000248>
- Chuang, S., Wu, J. et Wang, C. (2019). Self-perception of mental illness, and subjective and objective cognitive functioning in people with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 15, 967-976. <https://doi.org/10.2147/ndt.s193239>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. et Rüsck, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W. et Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. et Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Duviviers, Y., Chadapeaud, L. et Fournier, T. (2021). *Efficacité des Thérapies Comportementales et Cognitives et des Interventions Combinées ou Dérivées sur l'Auto-stigmatisation chez des Personnes Atteintes de Maladies Mentales Sévères: Une Revue Systématique PRISMA* [Thèse de Doctorat non publiée]. Université de Bordeaux.
- Fadipe, B., Olagunju, A. T., Ogunwale, A., Fadipe, Y. O. et Adebowale, T. O. (2020). Self-stigma and decision about medication use among a sample of Nigerian outpatients with schizophrenia. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(3), 214-224. <https://doi.org/10.1037/prj0000408>
- Feldhaus, T., Falke, S., von Gruchalla, L., Maisch, B., Uhlmann, C., Bock, E. et Lencer, R. (2018). The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 261, 391-399. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.012>
- Fenton, W. S., Blyler, C. R. et Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia bulletin*, 23(4), 637-651. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.4.637>
- Fiske, S. T. (2012). Warmth and competence: Stereotype content issues for clinicians and researchers. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53(1), 14-20. <https://doi.org/10.1037/a0026054>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. et Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/00223514.82.6.878>
- Fournier, T. et Prouteau, A. (en révision). Stigmatisation de la maladie mentale: une étude comparative des stéréotypes de la schizophrénie, du trouble bipolaire et de la dépression. *ALTER*.
- Fung, K. M., Tsang, H. W. et Chan, F. (2010). Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(5), 561-568. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0098-1>
- González-Domínguez, S., González-Sanguino, C. et Muñoz, M. (2019). Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness. *Schizophrenia Research*, 211, 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.010>
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A. et Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>

- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S. et Avasthi, A. (2017). Association of internalized stigma and insight in patients with schizophrenia. *International Journal Of Culture And Mental Health*, 11(3), 338-350. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1381750>
- Hansson, L. et Yanos, P. T. (2016). Narrative enhancement and cognitive therapy: A pilot study of outcomes of a self-stigma intervention in a Swedish clinical context. *Stigma and Health*, 1(4), 280-286. <https://doi.org/10.1037/sah0000035>
- Hayward, P. et Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6(4), 345-354. <https://doi.org/10.1080/09638239718671>
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J. et Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient preference and adherence*, 10, 1289-1298. <https://doi.org/10.2147/PPA.S99136>
- Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale* (p. 190). France, Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale>
- Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Lu, C. W. et Loh, C. H. (2016). Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 176-185. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000950>
- Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Yeh, C. B. et Loh, C. H. (2018a). Self-Stigma Mediates the Impact of Insight on Current Suicide Ideation in Suicide Attempters with Schizophrenia: Results of a Moderated Mediation Approach. *Suicide and life-threatening behavior*, 48(6), 661-676. <https://doi.org/10.1111/sltb.12384>
- Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Lu, C. W. et Loh, C. H. (2018b). The impact of cognitive insight, self-stigma, and medication compliance on the quality of life in patients with schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 268(1), 27-38. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0829-3>
- Livingston, J. D. et Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lysaker, P. H., Roe, D. et Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E. et Corrigan, P. W. (2012). Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Peter, L. J., Schindler, S., Sander, C., Schmidt, S., Muehlan, H., McLaren, T., ... et Schomerus, G. (2021). Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychological medicine*, 51(5), 1-11. <https://doi.org/10.1017/s0033291721000854>
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L. et Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the « mental illness is an illness like any other » approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H. et Yanos, P. T. (2014). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) Effectiveness: A Quasi-Experimental Study. *Journal of clinical psychology*, 70(4), 303-312. <https://doi.org/10.1002/jclp.22050>
- Sadler, M. S., Meagor, E. L. et Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science and Medicine*, 74(6), 915-922. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.019>

- Uhlmann, C., Kaehler, J., Harris, M. S., Unser, J., Arolt, V. et Lencer, R. (2014). Negative impact of self-stigmatization on attitude toward medication adherence in patients with psychosis. *Journal of psychiatric practice*, 20(5), 405–410. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000454787.75106.ae>
- Violeau, L., Dudilot, A., Roux, S. et Prouteau, A. (2020a). How internalised stigma reduces self-esteem in schizophrenia: the crucial role of off-line metacognition. *Cognitive neuropsychiatry*, 25(2), 154-161. <https://doi.org/10.1080/13546805.2020.1714570>
- Violeau, L., Valery, K. M., Fournier, T. et Prouteau, A. (2020b). How continuum beliefs can reduce stigma of schizophrenia: The role of perceived similarities. *Schizophrenia research*, 220, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.014>
- Vrbová, K., Kamarádová, D., Látalová, K., Ocisková, M., Praško, J., Mainerová, B., Cinculová, A., Kubínek, R. et Ticháčková, A. (2014). Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders-cross-sectional study. *Neuroendocrinology letters*, 35(7), 645–652. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.688>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. et Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- Whitley, B. et Kite, M. (2013). *Psychologie des préjugés et de la discrimination*. De Boeck Supérieur.
- Wood, L., Byrne, R., Varese, F. et Morrison, A. P. (2016). Psychosocial interventions for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 291-303. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.001>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42418>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>
- Yanos, P. T., Lysaker, P. H., Silverstein, S. M., Vayshenker, B., Gonzales, L., West, M. L. et Roe, D. (2019). A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1363-1378. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01702-0>
- Yilmaz, E. et Okanlı, A. (2015). The Effect of Internalized Stigma on the Adherence to Treatment in Patients With Schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 29(5), 297–301. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.006>

Stigmatisation dans les pratiques en psychiatrie : stéréotype d'incompétence chez les neuropsychologues

Stigmatization in mental health practices : incompetency stereotypes in neuropsychologists

Kévin-Marc VALERY

Psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie, Enseignant-chercheur à l'Université de Bordeaux, Université de Bordeaux, LabPsy, EA 4139, F-33000 Bordeaux, France

Marine PUYAU

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Université de Bordeaux, LabPsy, EA 4139

Steffi MEUNIER

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Université de Bordeaux, LabPsy, EA 4139

Antoinette PROUTEAU

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Professeure
Responsable du master de neuropsychologie clinique, Université de Bordeaux, LabPsy, EA 4139, Pôle Psychiatrie Adulte, Hôpital de Jonzac 17500 Jonzac, France

Contact

kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr

3 ter Place de la Victoire
33076 BORDEAUX CEDEX

Mots-clés

- Neuropsychologue
- Stéréotypes d'incompétence
- Rétablissement
- Continuum

Keywords

- *Neuropsychologists*
- *Incompetency stereotypes*
- *Recovery*
- *Continuum*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Valery, K-M., Puyau, M., Meunier, S., et Prouteau, A. (2022). Stigmatisation dans les pratiques en psychiatrie : stéréotype d'incompétence chez les neuropsychologues. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 102-109.

Résumé

Les professionnels de santé mentale sont l'une des principales sources de stigmatisation selon les personnes qui ont une schizophrénie et leurs familles. Le stéréotype d'incompétence, défini très globalement, apparaît central dans cette stigmatisation, alors même que la valorisation des compétences est un aspect fondamental de l'accompagnement et du rétablissement des personnes. La place du neuropsychologue, perçu comme le psychologue de la compétence cognitive, est déterminante dans cette stigmatisation de la compétence. Cet article rapporte des données inédites sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les neuropsychologues. Les résultats révèlent quatre domaines de compétences fortement stigmatisés : compétence à entretenir de bonnes relations sociales, compétence à être efficace au travail,

compétence à prendre des décisions concernant sa santé et capacité à maîtriser ses émotions. Les compétences intellectuelles font l'objet d'une moindre stigmatisation. Les croyances concernant la possibilité de se rétablir dans la schizophrénie et les croyances en un continuum entre le pathologique et le normal sont des facteurs associés à moins de stigmatisation des compétences. C'est tout un aspect de la pratique clinique du neuropsychologue qui est discuté.

Abstract

Mental health professionals are one of the main sources of stigma according to people with schizophrenia and their families. The stereotype of incompetence, in the broadest sense, appears to be central to this stigmatization, even though the valorization of skills is a fundamental aspect of people's support and recovery. The place of the neuropsychologist, perceived as the psychologist of cognitive competence, is a determining factor in this stigmatization of competence. This article reports original data on the stigma of schizophrenia among neuropsychologists. The results reported four highly stigmatized skill domains: ability to relate well socially, ability to be effective in their work, ability to make decisions about their health, and ability to control their emotions. Intelligence was found to be less stigmatized than the other dimensions. Beliefs about the recovery possibility from schizophrenia and beliefs in a continuum approach are factors associated with less stigmatization of competences. This is an entire aspect of the neuropsychologist's clinical practice that is discussed.

INTRODUCTION

En santé mentale, la valorisation des compétences est un aspect fondamental de la relation thérapeutique (Norcross et Lambert, 2019), du rétablissement (voir modèle CHIME ; Leamy et al., 2011), des pratiques orientées-rétablissement (Le Boutillier et al., 2011), ou encore des services de réhabilitation psychosociale (Morin et Franck, 2018). Les personnes qui ont un diagnostic de maladie mentale peuvent présenter un sentiment de compétence amoindri (Gerlinger et al., 2013) et la stigmatisation est une des causes de cette dévalorisation (Corrigan et al., 2009).

Le modèle de contenu du stéréotype (Fiske et al., 2002) rapporte que nos représentations sur les catégories sociales sont globalement basées

sur deux critères de jugement : la chaleur et la compétence. La chaleur fait référence à l'aspect socio-émotionnel d'un individu (e.g. populaire, honnête, sentimental versus irritable, ennuyant, dangereux) tandis que la compétence fait référence à l'aspect intellectuel (e.g. intelligent, persistant, scientifique versus naïf, frivole, gauche). Sadler et al. (2012) rapportent la modélisation de ces deux dimensions par rapport aux différentes maladies mentales. Alors que les individus souffrant de certaines maladies mentales sont perçus comme pouvant être chaleureux mais incompetents (e.g. retard mental), ou dangereux mais compétents (e.g. sociopathes), les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont perçues comme peu chaleureuses – voire dangereuses – et incompetentes. Le poids de cette stigmatisation est tel que la plupart des organisa-

tions ont appelé à prendre des mesures pour la combattre (e.g. le « plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020 »). Ces conséquences sont en effet nombreuses et très dommageables pour les individus, leurs familles, le système de santé et la société (Gerlinger et al., 2013; Wittchen et al., 2011).

LES PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE: SOURCE DE STIGMATISATION

Infantilisation, refus de coopération, pessimisme concernant le rétablissement : les pratiques en santé mentale sont décrites comme une des principales sources de stigmatisation par les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie et leurs familles (Mestdagh et Hansen, 2014; Schulze et Angermeyer, 2003; Valery, et al., soumis). Une récente revue de la littérature rapporte que la schizophrénie est l'une des maladies mentales les plus stigmatisées par les professionnels de santé mentale, surtout en cas de comorbidité avec un trouble d'usage des substances (Valery et Pruteau, 2020). Même si, dans cette revue, la plupart des études comparant les croyances des soignants à celle de la population générale concluaient que les soignants sont ceux qui rapportent le moins de stéréotypes d'incompétences. Une autre étude rapportait néanmoins que les psychologues jugent les personnes qui ont une schizophrénie plus « inefficaces » et plus « incompréhensibles » que les personnes qui ont un trouble *borderline* ou dépressif (Servais et Saunders, 2007). Ces stéréotypes d'incompétence sont donc rapportés comme plus spécifiques aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Bien que plusieurs études se sont intéressées aux différents stéréotypes de la schizophrénie chez les professionnels de santé (Magliano et al., 2004; Stuber et al., 2014; Valery et al., soumis), il manque encore des informations précises quant aux domaines spécifiques de compétences stigmatisés par les professionnels de santé mentale.



Ces stéréotypes d'incompétence sont donc rapportés comme plus spécifiques aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie.



LE NEUROPSYCHOLOGUE: PSYCHOLOGUE DE LA COMPÉTENCE?

Les compétences sont un thème central dans les définitions du psychologue spécialisé en neuropsychologie. La Figure 2 présente un premier nuage de mots extraits des définitions du neuropsychologue données par l'Association Québécoise des NeuroPsychologues (AQNP), l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN) et l'Association Suisse des NeuroPsychologues (ASNP). Ce nuage rapporte les termes les plus souvent employés dans les définitions du neuropsychologue et de ses missions. À titre de comparaison, un deuxième nuage de mots est extrait des définitions du psychologue données par l'ordre des psychologues du Québec, la commission des psychologues de Belgique et la société canadienne de psychologie. On observe qu'il y a peu de termes en commun entre ces deux définitions et ces termes communs concernent le travail clinique ou la santé mentale. En contraste, le neuropsychologue est défini avec beaucoup plus de termes qui font références à des compétences de « fonctionnements » « cognitifs », de « fonctions » « cérébrales », d'« évaluations » « psychométriques » ou encore de « rééducation ».

Le recrutement des neuropsychologues en psychiatrie est un autre exemple de la perception de notre métier. En psychiatrie, le neuropsychologue intervient souvent dans le cadre de la réhabilitation psychosociale. La réhabilitation psychosociale renvoie à un ensemble de procédés (i.e. une boîte à outils) visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes (Morin et Franck, 2018). Pour ce qui est de la place du neuropsychologue, les centres de réhabilitation psychosociale répondent à un cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) qui prévoit leur emploi pour deux types de mission : l'évaluation des compétences cognitives (i.e. neuro-cognition, cognition sociale, métacognition) et la mise en place de remédiation cognitive (A.R.S. N-A, 2018). Le psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie est ainsi recruté pour ses pratiques centrées sur les compétences.



Figure 2 : Nuages de mots extraits des définitions de « Neuropsychologue » et de « Psychologue »

Le neuropsychologue est décrit comme le psychologue de la compétence cognitive. Il devient donc important d'investiguer les domaines de compétence stigmatisés.

Que ce soit sa définition ou ses missions, le neuropsychologue est décrit comme le psychologue de la compétence cognitive. Il devient donc important d'investiguer les domaines de compétence stigmatisés par ce corps de métier, puisque cette stigmatisation pourrait avoir des conséquences directes dans l'accompagnement des personnes.

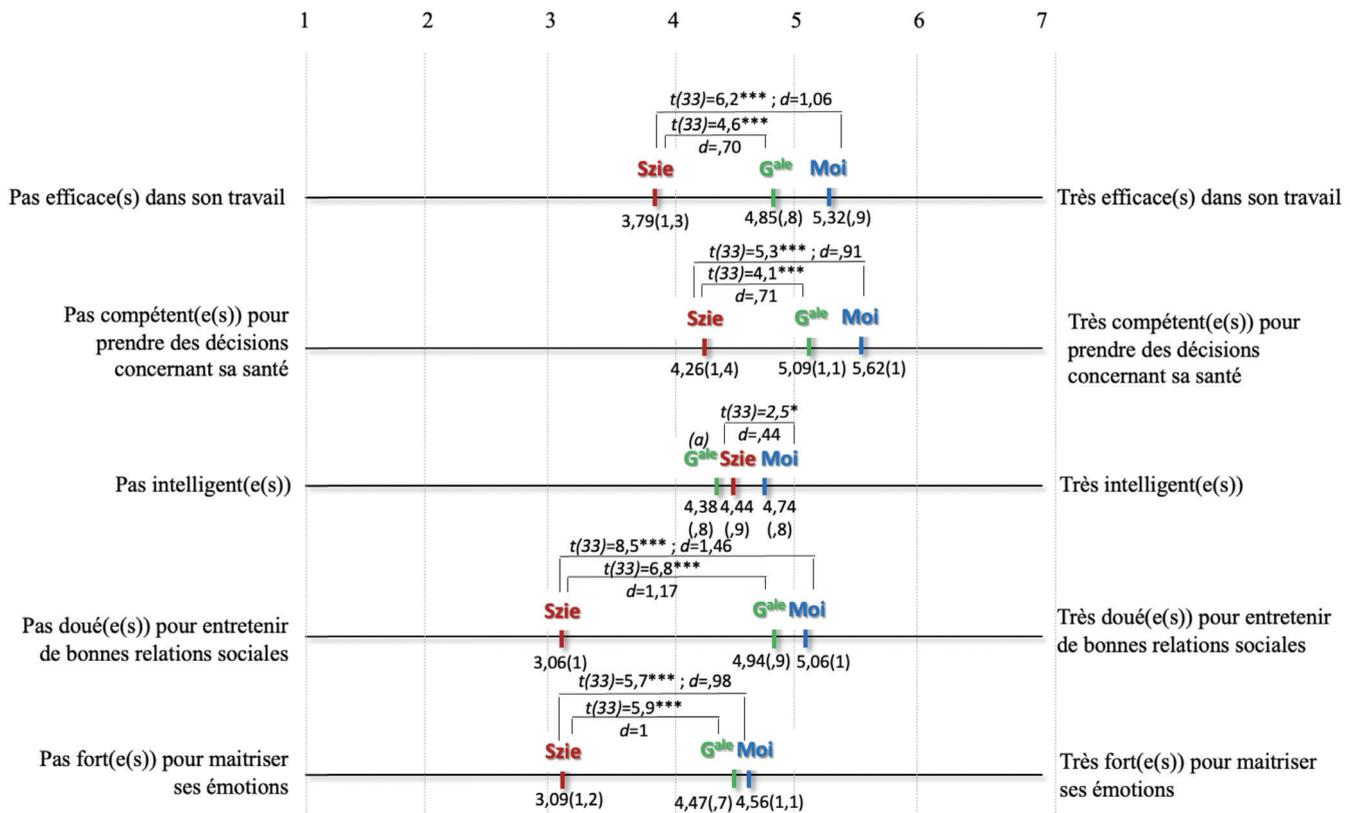
STÉRÉOTYPES D'INCOMPÉTENCES CHEZ DES NEUROPSYCHOLOGUES

STIGMA_{pro} est un programme de recherche qui a pour objectif de réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale (Valery, 2021). Une étude menée dans le cadre de ce programme avait pour objectif d'identifier les différents domaines de compétence stigmatisés dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale et les facteurs associés à cette stigmatisation. Ici, nous avons isolé les données des participants neuropsychologues.

L'étude a été réalisée entre mars 2020 et avril 2020 sous forme d'enquête en ligne. La stigmatisation des compétences a été mesurée sur 5 échelles sémantiques différentielles. Comme chez Servais et Sunders (2007), ces échelles

étaient utilisées en demandant « Où placeriez-vous ces différentes personnes sur cette échelle : « personnes atteintes de schizophrénie », « personnes en bonne santé (sans schizophrénie) » et « moi-même » » (voir les items dans la Figure 3). La pertinence de cette échelle réside dans sa capacité à mesurer la différence que fait le professionnel entre ses propres compétences et les compétences des personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie.

Les résultats révèlent quatre domaines de compétences fortement stigmatisés parmi les 5 mesurés : compétence sociale (capacité à entretenir de bonnes relations sociales), compétence au travail (capacité à être efficace dans leur travail), compétence en santé (capacité à prendre des décisions concernant leur santé) et compétence émotionnelle (capacité à maîtriser leurs émotions). La compétence intellectuelle apparaît plus faiblement stigmatisée que les autres dimensions. Lorsqu'on compare les participants neuropsychologues avec les autres psychologues (N=64), l'écart de point entre le score attribué à soi-même et le score attribué aux personnes qui ont une schizophrénie est significativement plus important chez les neuropsychologues ($m=.54$, $sd=.65$) que chez les psychologues ($m=.31$, $sd=.56$; $t(96)=1.75$, $p=.04$, $d=.37$). En d'autres mots, par rapport aux autres psychologues, les participants neuropsychologues ont plus tendance à se voir plus compétents que les personnes qui ont une schizophrénie. Ce résultat est surtout marqué sur le domaine de compétence au travail : le score de stéréotype d'incompétence au travail est significativement plus important chez



Note. **Szie** : score attribué aux personnes qui ont une schizophrénie ; **Gale** : score attribué aux membres de la population saine (sans maladie mentale) ; **Moi** : score attribué par les neuropsychologues à eux-mêmes ; (a) Différence entre score schizophrénie et score population saine : $t(33)=0,70$, $d=,12$; * $p<,05$; ** $p<,01$; *** $p<,001$

Figure 3 : Résultats des comparaisons des scores de compétences attribués par les neuropsychologues (N=34) aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie, aux membres de la population saine et à eux-mêmes.

les neuropsychologues ($m=4.4$, $sd=1,2$) par rapport aux autres psychologues ($m=3.8$, $sd=1,3$; $t(96)=2.4$, $p<,01$, $d=,51$). Autrement dit, les participants neuropsychologues rapportent plus de stéréotypes d'inefficacité au travail que les autres psychologues.

FACTEURS ASSOCIÉS À MOINS DE STIGMATISATION CHEZ LES NEUROPSYCHOLOGUES

APPROCHE EN CONTINUUM

Une autre enquête, menée notamment avec l'aide de l'OFPN, avait pour objectif d'identifier des variables reliées à moins de stigmatisation, notamment moins de stéréotypes d'incompétence, chez les neuropsychologues (Meunier, 2020 ;

Puyau, 2019⁵). Cette enquête a réuni 129 participants neuropsychologues. Les croyances en un continuum entre le pathologique et le normal prédisaient des scores plus faibles de stéréotypes d'incompétences ($\beta=-,2889$, $t(125)=3.613$, $p>,01$). Les approches en continuum postulent que les processus psychologiques se distribuent sur un continuum allant du fonctionnel au dysfonctionnel (Os et al., 2009). Ces approches sont connues pour leur opposition aux approches catégorielles dont sont issues les principales classifications internationales des maladies (e.g. DSM-V et CIM-11). De nombreuses approches du continuum proposent donc une alternative à l'approche catégorielle de la maladie mentale (e.g. l'approche transdiagnostique processuelle de Kinderman et Tai, 2007).

5. Travaux d'étude de Master, Master de Neuropsychologie Clinique de l'Université de Bordeaux



PRATIQUES ORIENTÉES-RÉTABLISSMENT

Une étude de l'équipe **STIGMA***pro* a eu pour objectif de recenser les situations de stigmatisation vécues lors du parcours de soins en psychiatrie selon les usagers et leurs familles (Valery et al., soumis). De nombreuses situations font échos aux stéréotypes d'incompétence tels que décrits chez les neuropsychologues : « Je ne participais pas aux décisions concernant mes soins », « je me suis senti(e) infantilisé(e) », « J'ai manqué d'information et d'explication concernant mes soins (maladies, traitements, orientations...) ». Dans cette étude, les usagers qui avaient connu des pratiques orientées-rétablissement rapportaient moins de stigmatisation durant leur parcours. Les pratiques orientées-rétablissement présentent ainsi un potentiel déstigmatisant.

En parallèle des conceptualisations centrées sur les problématiques des personnes (i.e. centrées sur les diagnostics), l'approche du **rétablissement** s'est développée en se centrant sur le devenir de la personne. Étant historiquement porté par les usagers et les familles (Chamberlin, 1978), le rétablissement porte une définition subjective dans laquelle : « l'espoir et l'autodétermination mènent à une vie significative et à un sens positif de soi, que la maladie mentale soit toujours présente ou non » (pour revue des définitions subjectives, voir Andresen et al., 2003, p. 592). Les pratiques orientées-rétablissement réunissent donc

un ensemble de pratiques en santé mentale qui favorisent ce rétablissement. Une revue de la littérature sur les guides de pratiques orientées-rétablissement (Le Boutillier et al., 2011) a permis d'établir quatre principes fondamentaux de ces pratiques : i) avoir une vision holistique du citoyen au-delà de « l'utilisateur du service », ii) engagement total des services et institutions dans le rétablissement, iii) soutien d'un rétablissement subjectif, défini par la personne, iv) entretenir une relation thérapeutique de qualité.

CONCLUSION

Le psychologue spécialisé en neuropsychologie est avant tout perçu comme le psychologue de la compétence cognitive, il n'en reste pas moins qu'il est concerné par les stéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie. Néanmoins, les recherches menées dans le programme **STIGMA***pro* s'efforcent de trouver des solutions pour réduire cette stigmatisation. Si l'approche en continuum et les pratiques orientées-rétablissement sont rapidement abordées ici, d'autres solutions sont développées (e.g. la relation thérapeutique dans la pratique du neuropsychologue). Le soignant a un vrai rôle à jouer pour combattre la stigmatisation dans ses propres pratiques. L'approche clinique de notre profession doit continuer de s'intéresser à ces questions de stigmatisation.

Références

- Andresen, R., Oades, L. et Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- A.R.S. N-A. (2018). *Labellisation soins RPS*. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-06/2018_CDC_Labellisation_Soins_RPS.pdf
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system* (p. xvii, 236). McGraw-Hill.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. et Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. et Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. et Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>

Kinderman, P. et Tai, S. (2007). Empirically Grounded Clinical Interventions Clinical Implications of a Psychological Model of Mental Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 1-14. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003274>

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. et Slade, M. (2011a). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C. et Maj, M. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330. <https://doi.org/10.1177/0020764004046073>

Mestdagh, A. et Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>

Morin, L. et Franck, N. (2018). Chapitre 2-Valeurs de la réhabilitation psychosociale. Dans N. Franck (dir.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (p. 16-25). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75915-4.00002-5>

Norcross, J. C. et Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work* (Third edition). Oxford University Press.

Sadler, M. S., Meagor, E. L. et Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science & Medicine*, 74(6), 915-922. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.019>

Schulze, B. et Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science et Medicine*, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)

Servais, L. M. et Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214-219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>

Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A. et Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490-497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>

Valery, K.-M. (2021). *Réduction de la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale* [thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. <http://www.theses.fr/s210784>

Valery, K.-M., Fournier, T., Violeau, L., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L. et Prouteau, A. (soumis). When mental health care is stigmatizing: Experience of users and families and associated factors.

Valery, K.-M. et Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>

Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuille, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S. et Prouteau, A. (soumis). "Part of the solution yet part of the problem" Stigmatization in mental health professionals: Characteristics and associated factors.

van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. et Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-

impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. et Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

Utilisation de l'oculométrie en pratique clinique courante : un nouveau point de vue sur la négligence spatiale unilatérale ?

Use of eye-tracking in common practice : a new point of view on unilateral spatial neglect ?

Grégoire WAUQUIEZ

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
Pôle de Rééducation et de Réadaptation
CHU Dijon Bourgogne, 21078 Dijon, France

Florine BILLEBEAU

Psychologue spécialisée en
neuropsychologie
LADAPT Rhône-Métropole de Lyon, DEA

Contact

Grégoire WAUQUIEZ

gregoire.wauquiez@chu-dijon.fr

Pôle de Rééducation et de Réadaptation
du CHU de Dijon
C2R
23 rue Gaffarel, 21000 Dijon.

Mots-clés

- Négligence Spatiale Unilatérale
- Évaluation
- Oculométrie
- Pratique clinique
- Faisabilité.

Keywords

- *Unilateral Spatial Neglect*
- *Assessment*
- *Eye-tracking*
- *Clinical practice*
- *Feasibility*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Wauquiez, G. et Billebeau, F. (2022). Utilisation de l'oculométrie en pratique clinique courante : un nouveau point de vue sur la négligence spatiale unilatérale? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 110-119.

Résumé

La négligence spatiale unilatérale (NSU) est un syndrome fréquent et invalidant chez les patients cérébrolésés. Les outils dont disposent actuellement les psychologues spécialisés en neuropsychologie pour l'évaluer sont toutefois critiqués pour leur manque de sensibilité et de validité écologique.

Nous présenterons ici la démarche qui nous a conduit à nous interroger sur la possibilité d'intégrer dans notre pratique des outils issus de la recherche susceptibles de répondre à ces limites.

Dans cet objectif d'une évaluation alternative de la NSU, nous nous sommes interrogés sur la pertinence d'utiliser un protocole d'oculométrie simplifié, présenté sur un matériel basique dans un contexte clinique.

Nos résultats tendent à confirmer la faisabilité et l'intérêt d'un tel protocole auprès d'une population cérébrolésée rencontrée au sein d'un service de rééducation neurologique, aussi bien dans des cas classiques comme dans des situations plus atypiques ou les épreuves habituelles sont particulièrement inadaptées.

Ces travaux nous semblent ouvrir la voie à la validation d'une épreuve d'oculométrie susceptible de prochainement venir compléter nos méthodes d'évaluation de la NSU en pratique courante.

Abstract

Unilateral spatial neglect (USN) is a common and disabling syndrome after brain injuries. However, the currently available tools to clinical neuropsychologists to assess those impairments are criticized for their lack of sensitivity and ecological validity.

In this paper, we will present the process that led us to question the possibility of integrating research tools into our practice in order to bypass these limitations.

We investigated the relevancy of using a simplified eye-tracking protocol based on a basic device for the evaluation of USN in a clinical context.

Our results tend to confirm the feasibility of such a protocol with brain-injured subjects within a neurological rehabilitation service, as well as its interest to evaluate the USN, in classical cases as well as in more atypical situations where usual tests are particularly unsuitable.

We believe that this work paves the way for the validation of an eye-tracking test that could soon complement our methods for evaluating USN in current practice.

INTRODUCTION

PROBLÉMATIQUE

La négligence spatiale unilatérale (NSU) constitue une problématique quotidienne pour les psychologues spécialisés en neuropsychologie exerçant auprès de patients cérébrolésés. Son évaluation précise représente un enjeu majeur pour accompagner au mieux les patients qui en sont victimes. Pour ce faire, nous avons l'habitude d'utiliser un grand nombre d'épreuves (Vuilleumier et Saj, 2013 pour revue). Celles-ci sont néanmoins critiquées, notamment pour leur manque de sensibilité et de validité écologique (Azouvi, 2017). En effet, les tests classiquement utilisés mettent principalement en jeu la composante endogène de l'attention, dans des tâches où le sujet mobilise ses ressources de manière dirigée. Or, la composante exogène de l'attention est prépondérante au quotidien dans les activités réalisées de manière spontanée, et elle serait par ailleurs atteinte de manière plus marquée dans la NSU (Bartolomeo et Chokron, 2002). Ainsi, il arrive régulièrement que des patients obtiennent des résultats normaux aux tests, mais présentent en-

core des signes de négligence en vie réelle. L'utilisation de l'échelle Catherine Bergego (Bergego et al., 1995) s'avère intéressante pour évaluer les conséquences de la NSU de manière plus écologique. Toutefois, celle-ci nécessite de disposer d'un observateur compétent, prend du temps et repose malgré tout sur une observation subjective.

Il arrive régulièrement que des patients obtiennent des résultats normaux aux tests, mais présentent encore des signes de négligence en vie réelle.

Certains outils pourraient être susceptibles de répondre à ces limites. Un nombre croissant de données de la littérature suggèrent notamment que l'oculométrie, permettant d'enregistrer en temps réel la manière dont un sujet explore une scène visuelle, serait un outil particulièrement pertinent en ce sens (Müri, 2009). Cependant, le coût et la complexité du matériel utilisé dans ces travaux de recherche rendent cette méthode encore inaccessible en pratique clinique courante. Dans cet article, nous présenterons la démarche qui

nous a conduit à explorer l'utilisation de cet outil dans le cadre d'une pratique courante en nous appuyant sur les données de la littérature. Ou comment notre représentation de l'oculométrie a évoluée : d'une méthode de pointe réservée aux laboratoires à un outil susceptible d'être intégré à nos bilans neuropsychologiques en routine clinique.

CONTEXTE ET DÉVELOPPEMENT

Fin 2018, notre service de rééducation neurologique a fait l'acquisition de dispositifs d'oculométrie basiques, destinés notamment à permettre aux patients tétraplégiques d'utiliser des tablettes par commande oculaire. Lors de la présentation de ce matériel, l'un des logiciels associés a attiré notre attention : celui-ci permettait d'enregistrer l'activité oculomotrice d'un sujet sur n'importe quel support présenté à l'écran, puis d'en visionner l'enregistrement sous forme d'une vidéo. Nous nous sommes alors interrogés sur la faisabilité et l'intérêt d'utiliser ce dispositif dans l'évaluation de nos patients présentant une NSU.

Une recherche bibliographique nous a conduit à nous intéresser à un paradigme d'évaluation de la NSU susceptible d'être implémenté sur notre matériel et de se voir intégrer à un bilan neuropsychologique. Les auteurs, Delazer et al. (2018), proposaient à un groupe de patients cérébrolésés droits et à un groupe de sujets sains une tâche d'exploration visuelle libre qui consistait simplement à visualiser successivement dix photographies présentées pendant dix secondes chacune, avec enregistrement de l'activité oculomotrice. Un index spatial correspondant au ratio entre le nombre de points de fixation réalisés dans la partie droite versus gauche de l'image, rapporté au nombre total de points de fixation réalisé dans ces deux parties était ensuite calculé. Cette mesure permettait d'obtenir une valeur comprise entre -1 et +1, rendant compte du sens et de l'intensité d'une éventuelle asymétrie d'exploration visuelle. Leurs résultats montraient une excellente sensibilité et une excellente spécificité de ce paradigme pour détecter la présence d'une NSU en comparaison d'épreuves papier-crayon. Toutefois, cette épreuve restait présentée sur un matériel destiné à la recherche, là encore beaucoup trop onéreux et trop complexe d'utilisation pour être utilisé dans un contexte clinique.

Nous avons alors cherché à proposer une version simplifiée de ce protocole à nos patients, en utilisant le matériel d'oculométrie basique à disposition dans notre service. Nous souhaitons en particulier évaluer :

- la faisabilité d'un tel protocole auprès d'une population clinique rencontrée en pratique courante,
- sa pertinence pour évaluer la NSU en comparaison d'épreuves classiquement utilisées en ce sens.

Ce protocole a tout d'abord été proposé à une série de patients cérébrolésés droits, population pour laquelle la problématique d'une possible NSU gauche est la plus fréquemment posée. Dans un second temps et au vu de premiers résultats encourageants obtenus chez les cérébrolésés droits (pour détails, voir Wauquiez et Billebeau, 2021), nous nous sommes interrogés sur l'intérêt spécifique que pourrait représenter ce protocole d'oculométrie dans la détection d'éventuelles NSU droites chez des patients cérébrolésés gauches. En effet, la NSU est plus difficile à objectiver chez ces patients susceptibles de présenter des troubles du langage, des troubles praxiques ou une atteinte des capacités graphomotrices limitant de fait l'utilisation de nos épreuves habituelles. Ainsi, les NSU droites seraient probablement sous-évaluées et donc insuffisamment prises en charge, bien qu'elles soient susceptibles de concerner jusqu'à 74% des cérébrolésés gauches (Kleinman et al., 2007). L'intérêt d'une méthode d'évaluation ne reposant pas sur les composantes verbales ni motrices paraît ainsi évidente dans ce contexte. Nous avons donc proposé ce même protocole à une série de patients cérébrolésés gauches, là encore dans l'optique d'évaluer sa faisabilité et sa pertinence auprès de cette population.

MÉTHODOLOGIE

PARTICIPANTS

Le recrutement des patients s'est déroulé en deux temps, parmi les patients suivis en neuropsychologie au sein du service de rééducation neurologique du CHU de Dijon. Nous avons tout d'abord commencé par récolter des données auprès d'une première série de dix patients cérébrolésés droits admis consécutivement et pour

Série de patients cérébrolésés droits :

N° patient	Genre	Lat.	Âge (ans)	Étiologie	Délai post-lésionnel (jours)	Particularités
1	H	D	58	AVC hémor. pariéto-occipital D	90	HLH gauche
2	F	D	51	AVC isch. superficiel de l'ACM D	19	
3	F	D	77	AVC isch. profond de l'ACM D	44	
4	H	D	69	AVC isch. superficiel de l'ACM D	5	
5	H	D	71	AVC isch. total de l'ACM D	28	HLH gauche
6	H	D	71	AVC isch. de l'ACP D	144	HLH gauche
7	H	D	35	TCE avec lésion D prédominante	660	
8	H	D	42	AVC isch. de l'ACP D	206	HLH gauche, NSU motrice
9	H	D	57	AVC isch. total de l'ACM D	1541	HLH gauche
10	F	D	69	AVC isch. total de l'ACM D	60	Démence type Alzheimer

Série de patients cérébrolésés gauches :

N° Patient	Genre	Lat.	Âge (ans)	Étiologie	Délai post-lésionnel (jours)	Particularités	Échelle aphasia BDAE*
11	H	D	79	AVC hémor. G	50		4
12	H	D	70	AVC hémor. G	114	HLH droite	2
13	H	G	33	AVC hémor. G	54	HLH droite	Aucun trouble
14	H	G	48	TCE avec lésion G prédominante	42	HLH droite	3
15	H	D	74	AVC isch. total de l'ACM G	105	HLH droite	1
16	F	D	75	AVC hémor. pariéto-occipital G	74	HLH droite	1
17	F	D	43	AVC hémor. fronto-occipital G	128		3
18	H	D	61	Hématome extra-dural pariétal G	14		5
19	H	D	63	AVC hémor. G	66		0
20	H	D	73	AVC isch. total de l'ACM G	26		0

Légende : H : Homme ; F : Femme ; D : Droite ; G : Gauche ; AVC : Accident Vasculaire Cérébral ; ACM : Artère Cérébrale Moyenne ; ACP : Artère Cérébrale Postérieure ; HLH : Hémianopsie Latérale Homonyme. *Échelle de gravité de l'aphasia de la *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (Mazaux et al., 1982), cotée de 0 = « aucune expression intelligible et aucune compréhension orale » à 5 « handicap linguistique à peine perceptible ».

Tableau 1 : Caractéristiques principales des patients évalués

lesquels une NSU gauche était suspectée. Une seconde série de patients cérébrolésés gauches pour lesquels une NSU droite était suspectée s'est ensuite vu proposer le même protocole. Les caractéristiques des patients évalués dans ces deux séries sont présentées dans le tableau 1.

Les patients évalués sont caractérisés par une importante hétérogénéité notamment en termes d'âge, d'étiologie, de troubles associés ou encore de délai post-lésionnel, reflet de la diversité des profils rencontrés dans ce type de services.

MATÉRIEL ET PROCÉDURE

La procédure était conçue pour être intégrée à un bilan neuropsychologique effectué en pratique courante, réalisé au cours du suivi des patients. Lors de ce bilan, nous proposons d'évaluer la présence d'une éventuelle NSU via l'administration de quatre épreuves papier-crayon habituellement utilisées pour son dépistage (Azouvi, 2014), ainsi que par la réalisation d'un protocole d'oculométrie simplifié inspiré de Delazer et al. (2018) et adapté sur le matériel à disposition dans le service. L'ordre de passation de ces différentes épreuves était aléatoire.

Évaluation de la NSU par les épreuves papier-crayon :

- Bissection de lignes, issue du *Behavioral Inattention Test* (Wilson et al., 1987) ;
- Barrage d'étoiles, issu du *Behavioral Inattention Test* (Wilson et al., 1987) ;
- Copie de la figure de Rey-Osterrieth, selon la cotation proposée par Rapport et al. (1996) pour l'évaluation de la NSU ;
- Tâche de lecture inspirée du subtest « lecture » de la Batterie d'Évaluation de la Négligence Unilatérale (Rousseaux et al., 2001). Celle-ci consistait à lire à voix haute un texte de six lignes en *Times New Roman* police 16 présenté sur une feuille A4 au format paysage.

Les patients étaient classés comme présentant une NSU aux épreuves papier-crayon s'ils obtenaient des résultats en ce sens à au moins l'une d'entre elles. La durée totale d'administration

et de cotation de ces épreuves était comprise entre 10 et 20 minutes.

Évaluation de la NSU par la tâche en oculométrie :

Notre protocole était inspiré de celui décrit dans Delazer et al. (2018), voir tableau 2 pour comparatif des principales caractéristiques.

Notre matériel était constitué d'un dispositif d'oculométrie *Tobii PCEye Mini* (Tobii Dynavox®), monté sur une tablette de 32 cm de diagonale équipée du logiciel *Gaze Viewer*. Nous avons fait le choix de simplifier au maximum la procédure en utilisant une seule image, afin d'inclure cette tâche à un bilan neuropsychologique sans l'alourdir. L'image utilisée était une photographie de l'équipe de France de Football (résolution 1000 x 625 pixels ; Journois, 2018), choisie notamment en raison d'une certaine symétrie dans la distribution gauche/droite des informations. Le patient était installé à environ 55 cm de la tablette présentée à hauteur de visage (Figure 1). Une calibration en sept points était réalisée en trois essais maximum. Puis, l'image était présentée à l'écran pendant 10 secondes avec enregistrement oculométrique. La consigne était « dites-moi ce que vous voyez ».

Le nombre et la répartition des points de fixation étaient ensuite manuellement comptabilisés lors du visionnage de l'enregistrement oculométrique (Figure 2), et l'index spatial (IS) était calculé via la formule proposée par Delazer et al. (2018) :

$$IS = \frac{\text{Nombre de fixations RID} - \text{Nombre de fixations RIG}}{\text{Nombre de fixations RID} + \text{Nombre de fixations RIG}}$$

	Procédure originale de Delazer et al. (2018)	Procédure utilisée dans cette étude
Matériel oculométrie	Tobii TX300	Tobii PCEye Mini
Logiciel oculométrie	Tobii pro Studio	Tobii Gaze Viewer
Taux d'échantillonnage infrarouge	300 Hz	30Hz
Nombre d'images	10	1
Durée de passation	10s/image	10s/image
Mesure	Index spatial	Index spatial
Coût matériel et logiciel	≈ 40 000€	≈ 1 100€

Tableau 2 : Comparaison des principales caractéristiques du protocole original (Delazer et al., 2018) et de la procédure utilisée dans notre service



Figure 1 : Installation du patient devant la tablette équipée du dispositif d'oculométrie (barrette aimantée sous l'écran)

La Région d'Intérêt Droite (RID) correspondant à la bande de 313 pixels de droite, et la Région d'Intérêt Gauche (RIG) correspondant à la bande de 313 pixels de gauche. L'IS donnant une valeur comprise entre -1 (exploration uniquement de la RIG) et $+1$ (exploration uniquement de la RID). Pour notre série de patients cérébrolésés droits, nous avons choisi d'utiliser le score seuil proposé par Delazer et al. (2018) sur la base du

centile 95 des performances obtenues par leur groupe contrôle, considérant ainsi qu'un IS supérieur à $+0.18$ signifiait la présence d'une NSU gauche à l'épreuve d'oculométrie. Pour notre série de patients cérébrolésés gauches, nous avons arbitrairement proposé de considérer qu'un IS inférieur à -0.18 signifiait la présence d'une NSU droite à l'épreuve d'oculométrie. La durée moyenne d'installation, d'étalonnage, de passation et de cotation de l'épreuve d'oculométrie était inférieure à 5 minutes.

RÉSULTATS

Le détail des résultats obtenus par nos séries de patients est présenté dans la Tableau 3.

Concernant la série de dix patients cérébrolésés droits :

FAISABILITÉ

Tous les patients ont pu réaliser l'ensemble du protocole et notamment l'épreuve d'oculométrie, et ce malgré la présence de troubles cognitifs importants (une patiente avec MA) ou d'atteintes du champ visuel (en particulier HLH présente chez cinq patients).



Les nombres représentent l'ordre et l'emplacement des points de fixation du sujet sur l'image présentée. Les lignes verticales ont été rajoutées a posteriori pour visualiser la délimitation des RIG et RID. Dans ce cas, 18 fixations ont été effectuées dans la RID, 0 dans la RIG, ce qui donne un IS de $+1$.

Figure 2. Exemple de l'enregistrement *Gaze Viewer* d'un patient à l'épreuve d'oculométrie

Série de patients cérébrolésés droits :

N° Patient	Index Spatial oculométrie (valeur -1 à +1)	Épreuves papier-crayon en faveur d'une NSU (nombre de 0 à 4)	Détail des résultats aux épreuves papier-crayon			
			Bissection de lignes	Recherche de cibles visuelles	Copie de figure complexe	Lecture de texte
1	+1	3	-	+	-	-
2	+1	0	+	+	+	+
3	+0,82	3	-	-	-	+
4	-0,13	0	+	+	+	+
5	+1	3	+	-	-	-
6	+1	4	-	-	-	-
7	+1	3	-	-	-	+
8	+0,08	0	+	+	+	+
9	+1	3	-	+	-	-
10	+1	4	-	-	-	-

Série de patients cérébrolésés gauches :

N° Patient	Index Spatial oculométrie (valeur -1 à +1)	Épreuves papier-crayon en faveur d'une NSU (nombre de 0 à 4)	Détail des résultats aux épreuves papier-crayon			
			Bissection de lignes	Recherche de cibles visuelles	Copie de figure complexe	Lecture de texte
11	-1	0	+	+	NA	+
12	-1	2	-	-	NA	NA
13	-1	4	-	-	-	-
14	-1	3	-	-	-	NA
15	-1	0	+	+	NA	NA
16	-1	1	-	+	NA	NA
17	-1	2	NA	-	NA	-
18	-0.52	0	+	+	+	+
19	-0.54	0	NA	NA	NA	NA
20	-1	0	NA	NA	NA	NA

Les valeurs indiquées en rouge représentent la présence d'une NSU. Concernant le détail des épreuves papier-crayon, un signe « - » correspond à des performances en faveur d'une NSU, un signe « + » correspond à des performances normales, NA correspond à « non administrable ».

Tableau 3 : Résultats obtenus par les patients aux évaluations de la NSU par oculométrie et par les épreuves papier-crayon

Évaluation de la NSU

Les résultats sont en faveur d'une NSU gauche pour sept patients sur dix aux épreuves papier-crayon, et pour huit patients sur dix à l'épreuve d'oculométrie. Finalement, 90% des patients sont

classés de la même manière aux deux méthodes d'évaluation de la NSU, seul un patient étant classé comme présentant une NSU uniquement à l'épreuve d'oculométrie. Un Kappa de Cohen a été proposé pour estimer statistiquement le degré

de concordance entre ces deux méthodes d'évaluation de la NSU, avec un K à 0.74 correspondant à un degré d'accord fort.

Concernant la série de dix patients cérébrolésés gauches :

FAISABILITÉ

Tous les patients ont pu mener à bien l'épreuve d'oculométrie, et ce malgré la présence d'une atteinte du champ visuel (HLH présente chez cinq patients) ou de troubles phasiques importants (score BDAE inférieur à trois chez cinq patients). Seuls deux patients ont pu réaliser l'ensemble des quatre épreuves papier-crayon proposées, et deux autres patients n'ont pu en réaliser aucune.

ÉVALUATION DE LA NSU

Les résultats sont en faveur d'une NSU droite pour cinq patients sur dix aux épreuves papier-crayon, et pour les dix patients à l'épreuve d'oculométrie. Au final, 50% des patients ont été classés de la même manière aux deux méthodes d'évaluation de la NSU, avec un Kappa de Cohen à 0.40 correspondant à un degré d'accord faible.

DISCUSSION

Ces résultats tendent à confirmer la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation d'un protocole d'oculométrie suffisamment simple (exploration visuelle libre d'une image) et accessible (sur un matériel basique à usage individuel) pour être utilisé en pratique clinique courante dans l'évaluation de la NSU.

FAISABILITÉ

Notre protocole d'oculométrie était suffisamment rapide pour être administré lors d'un bilan neuropsychologique, et très bien toléré auprès d'une population cérébrolésée hétérogène telle que celle rencontrée en pratique courante. En effet, l'ensemble des vingt patients à qui nous l'avons proposé ont pu mener l'épreuve à bien, et ce en dépit de la présence de troubles cognitifs, neurovisuels, phasiques ou graphomoteurs. Comparativement, seuls deux patients de notre série de dix cérébrolésés gauches ont été en mesure d'effectuer l'ensemble des épreuves papier-crayon proposées. Ces observations soutiennent l'excellente

faisabilité d'un tel protocole d'oculométrie en pratique courante, avec notamment une plus-value intéressante pour des patients habituellement peu accessibles aux méthodes d'évaluations classiquement utilisées tels que les cérébrolésés gauches, chez qui le risque de sous-évaluation de la NSU est réel.



Notre protocole d'oculométrie était suffisamment rapide pour être administré lors d'un bilan neuropsychologique, et très bien toléré auprès d'une population cérébrolésée hétérogène telle que celle rencontrée en pratique courante.



Nos données sont par ailleurs en accord avec les travaux récents de Kaufmann et al. (2021), montrant également une excellente faisabilité d'un protocole d'exploration visuelle libre en oculométrie pour l'évaluation de la NSU auprès d'une population de patients présentant une aphasie.

INTÉRÊT DANS L'ÉVALUATION DE LA NSU

Les données obtenues suggèrent que notre procédure d'oculométrie simplifiée présente une sensibilité pour la détection de la NSU a minima aussi élevée que l'utilisation de quatre épreuves papier-crayon. En effet, l'ensemble des patients ayant présenté des résultats en faveur d'une NSU aux épreuves classiques ont également obtenu des performances en ce sens en oculométrie. L'analyse plus poussée de nos données pourrait faire discuter une supériorité des capacités de détection de la NSU par l'oculométrie comparativement aux épreuves classiques, en effet :

- Concernant notre série de patients cérébrolésés droits, l'un d'entre eux présentait des performances en faveur d'une NSU gauche uniquement à l'épreuve d'oculométrie. L'analyse rétrospective de ses productions papier-crayon montrait une tendance à les démarrer plutôt par la droite, ce qui peut être considéré comme un indice qualitatif en faveur d'un biais attentionnel objectivé de manière plus franche en oculométrie.
- Concernant notre série de patients cérébrolésés gauche, tous ont obtenu des résultats en faveur d'une NSU droite en

oculométrie alors que seulement la moitié d'entre eux présentaient des performances en ce sens aux épreuves papier-crayon. Cette supériorité de l'oculométrie pour détecter les NSU droite pourrait être notamment due à sa meilleure faisabilité avec les patients présentant des troubles phasiques ou praxiques, ainsi qu'à une sensibilité supérieure.

Ces données sont en accord avec les travaux de Delazer et al. (2018) et de Kaufmann et al. (2020), montrant une sensibilité supérieure du paradigme d'exploration visuelle libre avec enregistrement oculométrique pour détecter une NSU comparativement aux épreuves papier-crayon.

LIMITES

Ces travaux préliminaires présentent d'importantes limites. Tout d'abord, le faible nombre de sujets évalués et leurs caractéristiques hétérogènes compromettent toute généralisation. Nous n'avons par ailleurs pas monté de groupe contrôle, et avons ainsi utilisé le score seuil proposé par Delazer et al. (2018) de manière arbitraire pour déterminer la présence d'une NSU, alors que notre matériel n'était pas strictement identique. L'utilisation d'une seule image pourrait par ailleurs être susceptible de favoriser les faux positifs, en particulier pour la photographie choisie, car elle représente des personnalités connues susceptibles d'attirer le regard. Le calcul de l'IS peut également être discuté. En effet, celui-ci ne permet pas de rendre compte de la distribution de l'ensemble des points de fixation et omet notamment la partie centrale de l'image, ce qui pourrait artificiellement favoriser les résultats extrêmes.

PERSPECTIVES

D'autres populations spécifiques pourraient également être amenées à bénéficier de cette approche pour évaluer la NSU. Nous avons notamment commencé à récolter des données très encourageantes en ce sens avec plusieurs patients pauci-relationnels, auprès desquels aucune épreuve papier-crayon n'est par définition utilisable, mais dont la préservation relative de la motilité oculaire permet d'envisager l'utilisation de ce paradigme d'oculométrie. Cet outil pourrait également avoir sa place dans l'évaluation de la

NSU en temps réel en situation de neurochirurgie éveillée, et remplacer les bissections de lignes actuellement utilisées, malgré leur manque relatif de sensibilité et surtout de praticité auprès de patients en décubitus latéral.

Outre l'évaluation, ce type de dispositif pourrait par ailleurs avoir sa place dans le cadre d'interventions thérapeutiques. La prise de conscience de la NSU est notamment un enjeu capital pour réduire les risques de mise en danger et favoriser l'implication du patient. De manière empirique, nous avons remarqué que le visionnage par les patients de leurs propres enregistrements oculométriques (comprenant la séquence des fixations ainsi que l'audio) tendait à provoquer une réaction de prise de conscience de la NSU nettement plus marquée que lors de la présentation de leurs résultats aux tests papier-crayon, peut être en lien avec le caractère plus imagé et immersif de ce support.

CONCLUSION

L'intérêt spécifique de l'oculométrie dans l'évaluation de la NSU est désormais démontré par de nombreux travaux. Il est aujourd'hui possible de s'équiper de ce type de dispositifs pour quelques centaines d'euros, et d'utiliser des paradigmes suffisamment simples pour être intégrés à un bilan neuropsychologique de routine. Nos données suggèrent que cette méthode d'évaluation a toute sa place en pratique clinique courante. À terme, nous souhaitons poursuivre ces travaux en vue de valider une épreuve susceptible d'intégrer nos testothèques et de contribuer ainsi à améliorer l'évaluation et la prise en charge des patients présentant une NSU.

REMERCIEMENT

Nous remercions le comité scientifique du 4^{ème} Congrès National de Neuropsychologie Clinique d'avoir sélectionné notre proposition de communication orale, et le comité d'édition et de rédaction des Cahiers de Neuropsychologie Clinique pour nous avoir proposé de rédiger l'article issu de cette présentation.

Références

- Azouvi, P. (2014). Évaluation de la négligence unilatérale et des autres troubles visuo-spatiaux. Dans X. Seron et M. Van der Linden (dir.), *Traité de Neuropsychologie clinique de l'adulte Tome 1: Évaluation* (2^{nde} éd., p. 433-460). De Boeck.
- Azouvi, P. (2017). The ecological assessment of unilateral neglect. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(3), 186-190. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.12.005>
- Bartolomeo, P. et Chokron, S. (2002). Orienting of attention in left unilateral neglect. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(2), 217-234. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(01\)00065-3](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(01)00065-3)
- Bergego, C., Azouvi, P., Samuel, C., Marchal, F., Louis-Dreyfus, A., Jokie, C., Morin, L., Renard, C., Pradat-Diehl, P. et Deloche, G. (1995). Validation d'une échelle d'évaluation fonctionnelle de l'héminégligence dans la vie quotidienne: l'échelle CB. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 38(4), 183-189. [https://doi.org/10.1016/0168-6054\(96\)89317-2](https://doi.org/10.1016/0168-6054(96)89317-2)
- Delazer, M., Sojer, M., Ellmerer, P., Boehme, C. et Benke, T. (2018). Eye-tracking Provides a Sensitive Measure of Exploration Deficits After Acute Right MCA Stroke. *Frontiers in Neurology*, 9, 359. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00359>
- Journois, A. (30 mai 2018). *Coupe du monde 2018: les Bleus prennent la pose en maillot et en costume*. Le Parisien. <http://www.leparisien.fr/sports/football/coupe-du-monde/coupe-du-monde-2018-la-photo-officielle-de-l-equipe-de-france-devoilee-30-05-2018-7743663.php>
- Kaufmann, B. C., Cazzoli, D., Pflugshaupt, T., Bohlhalter, S., Vanbellingen, T., Müri, R. M., et al. (2020). Eye-tracking during free visual exploration detects neglect more reliably than paper-pencil tests. *Cortex*, 129, 223-235. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2020.04.021>
- Kaufmann, B. C., Cazzoli, D., Koenig-Bruhin, M., Müri, R. M., Nef, T. et Nyffeler, T. (2021). Video-Oculography During Free Visual Exploration to Detect Right Spatial Neglect in Left-Hemispheric Stroke Patients With Aphasia: A Feasibility Study. *Frontiers in neuroscience*, 15, 640049. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.640049>
- Kleinman, J. T., Newhart, M., Davis, C., Heidler-Gary, J., Gottesman, R. F. et Hillis, A. E. (2007). Right hemispatial neglect: frequency and characterization following acute left hemisphere stroke. *Brain and cognition*, 64(1), 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2006.10.005>
- Mazaux, J.-M. et Orgogozo, J.-M. (1982). *Échelle d'évaluation de l'aphasie adaptée du Boston Diagnostic Aphasia Examination*. ECPA
- Müri, R. M., Cazzoli, D., Nyffeler, T. et Pflugshaupt, T. (2009). Visual exploration pattern in hemineglect. *Psychological Research*, 73(2), 147-157. <https://doi.org/10.1007/s00426-008-0204-0>
- Rapport, L. J., Farchione, T. J., Duua, R. L., Webster, J. S. et Charter, R. A. (1996). Measures of hemi-inattention on the rey figure copy for the lezak-osterrieth scoring method. *The Clinical Neuropsychologist*, 10, 450-454. <https://doi.org/10.1080/13854049608406705>
- Rousseaux, M., Beis, J. M., Pradat-Diehl, P., Martin, Y., Bartolomeo, P., Bernati, T., Chokron, S., Leclercq, M., Louis-Dreyfus, A., Marchal, F., Perennou, D., Prairial, C., Rode, G., Samuel, C., Sieroff, E., Wiart, L. et Azouvi, P. (2001). Présentation d'une batterie de dépistage de la négligence spatiale: normes et effets de l'âge, du niveau d'éducation, du sexe, de la main et de la latéralité. *Revue Neurologique*, 157, 1385-1400.
- Vuilleumier, P. et Saj, A. (2013). Hemispatial neglect. Dans O. Godefroy (dir.), *The behavioral and cognitive neurology of stroke* (p. 126-157). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139058988.013>
- Wauquiez, G., Billebeau, F., Laroche, D., Casillas, J.-M. et Gueugnon, M. (2021). Suivez mon regard: vers une utilisation de l'oculométrie en pratique clinique courante dans l'évaluation de la négligence spatiale unilatérale. *Neuropsychologie Clinique et Appliquée – Applied Clinical Neuropsychology*, 4, 21-28. <https://doi.org/10.46278/J.NCACN202104293>
- Wilson, B., Cockburn, J. et Halligan, P. (1987). Development of a behavioral test of visuospatial neglect. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 98-102.

Interdisciplinarité dans le cadre de la neurochirurgie éveillée

Interdisciplinarity within the framework of Awake Neurosurgery

Florence LE VOURC'H

Psychologue CMRR, CHU Brest

Justine BLEUNVEN

Psychologue CMRR, CHU Brest

Contact

florence.levourch@chu-brest.fr

CHRU de Brest
2 avenue Foch
29609 BREST Cedex

Mots-clés

- Neurochirurgie éveillée
- Tumeur cérébrale
- Interdisciplinarité
- Testing neuro-fonctionnel
- Neuropsychologie

Keywords

- *Awake Neurosurgery*
- *Brain tumor*
- *Interdisciplinarity*
- *Testing protocol*
- *Neuropsychology*

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Le Vourc'h, F. et Bleunven, J. (2022). Interdisciplinarité dans le cadre de la Neurochirurgie éveillée. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 120-125.

Résumé

La neurochirurgie en condition éveillée pratiquée dans le cadre des tumeurs gliales de bas grade a pour principal objectif de retirer le maximum de volume tumoral en respectant la qualité de vie des patients par la préservation des facultés neuro-fonctionnelles.

Après l'annonce du diagnostic, le patient est préparé à la singularité de cette chirurgie et est accompagné dans ses bilans pré-opératoires, per et post-opératoires, puis dans son suivi sur le long terme.

Les *testing* per- interventionnels au bloc opératoire sont réalisés par une neuropsychologue, une orthophoniste et une neurologue en collaboration avec le neurochirurgien. La condition particulière d'éveil du patient durant l'opération permet d'évaluer précisément en temps réel ses capacités cognitives, sensibles et motrices grâce à un protocole de tests définis et convenus de manière collégiale en fonction de la localisation de la tumeur et des spécificités propres au patient.

Nous nous attacherons à montrer comment collabore cette équipe tout au long du parcours de soins, nous déclinons nos complémentarités et nous montrerons comment la sensibilité et la spécificité des tests per-interventionnels permettent de réduire les séquelles neuro-fonctionnelles post-opératoires chez les patients.

Abstract

Awake neurosurgery, performed for low-grade glial tumors, has for main objective the removal of the maximum tumor volume while ensuring the patient's quality of life by preserving neuro-functional faculties.

After the diagnosis is presented, the patient is prepared for the singular nature of this surgery and is assisted in the

pre-operation, per- and post-operation check-ups, as well as in the long-term follow-up.

The testing protocol in the operating room is carried out by a neuropsychologist, a speech therapist and a neurologist in collaboration with the neurosurgeon. The particular condition of the patient being awake during the operation allows a precise evaluation in real time of their cognitive, sensory and motor capacities, thanks to a protocol of tests previously defined and agreed upon, depending on the tumor location and the patient's particularities.

We will show how this team collaborates throughout the treatment process, we will describe our complementarities and we will show how the sensitivity and specificity of the per-interventional tests allow us to reduce the postoperative neurofunctional sequelae in patients.

INTRODUCTION

Les neurochirurgies éveillées sont de plus en plus indiquées chez les patients atteints de gliomes de bas grade, des tumeurs primaires d'évolution lente de type astrocytaire ou oligodendrogliaire. La pratique de la neurochirurgie en condition éveillée dans le domaine de l'oncologie est en plein essor grâce aux travaux du Professeur Duffau qui a développé cette technique à la fin des années 90 (Duffau, 2016). Selon les critères de l'OMS, les gliomes de grade 1 et 2 sont assimilés à des tumeurs pré-cancéreuses et les gliomes de grade 3 et 4 sont catégorisés comme des cancers. Ces lésions tumorales touchent une majorité de sujets jeunes, la moyenne d'âge se situant à 37.5 ans (Berger et al., 1994). L'objectif de ces opérations est de retirer le maximum de volume tumoral en respectant les zones fonctionnelles (cognitives, langagières et motrices) préservant ainsi la qualité de vie du patient.

 *Après l'annonce du diagnostic, le patient intègre un parcours d'accompagnement pluri-professionnels avant, pendant et après l'intervention.* 

Le mode de révélation de la tumeur est dans 70 à 80% des cas une crise d'épilepsie, symptôme du retentissement neuro-fonctionnel de la

tumeur. À partir de cette crise d'épilepsie, les examens complémentaires seront menés, principalement l'imagerie cérébrale, permettant la découverte de la lésion.

Après l'annonce du diagnostic, le patient intègre un parcours d'accompagnement pluri-professionnels avant, pendant et après l'intervention.

ÉTAPE PRÉ-OPÉRATOIRE

CONSULTATIONS AUPRÈS DU NEUROCHIRURGIEN ET DE LA NEUROLOGUE

Le neurochirurgien et la neurologue réalisent une consultation conjointe. En premier lieu, l'histoire naturelle des gliomes sera explicitée au patient, avec le risque de transformation de la tumeur en gliome anaplasique de grade 3, voire de grade 4. Les différentes modalités thérapeutiques seront détaillées à savoir la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Les médecins expliquent au patient les modalités de cette opération singulière, c'est-à-dire les risques et complications possibles, les spécificités de la condition éveillée, les modalités du *testing* per-opératoire et les enjeux neuro-fonctionnels. Le patient prend toute conscience de l'intérêt d'effectuer cette chirurgie en condition éveillée afin de préserver sa qualité de vie.

Durant cette consultation, la neurologue fait également le point concernant la maladie épileptique (survenue des crises, manifestation de type phasique ou motrice, et traitements) ainsi que la contre-indication à la conduite automobile durant au minimum un an en l'absence de récurrence de crise.

Enfin, toute l'équipe est présentée oralement au patient qui est informé des différents rendez-vous pré-opératoires à programmer.

CONSULTATIONS AUPRÈS DU NEUROPSYCHOLOGUE ET DE L'ORTHOPHONISTE

Quelques semaines avant la chirurgie, la neuropsychologue et l'orthophoniste réalisent respectivement des bilans complets auprès du patient. L'entretien initial permet de juger son état affectif. Le patient a généralement avancé dans l'acceptation de la maladie et se trouve dans une étape mentale de préparation à la chirurgie. Il est interrogé sur ses habitudes de vie, ses loisirs, ses missions professionnelles, dimensions importantes à considérer dans le maintien de sa qualité de vie post-opératoire.

Les bilans ne révèlent souvent aucun trouble particulier, en dehors parfois d'un certain ralentissement, un léger défaut exécutif, parfois quelques difficultés d'accès lexical, ceci en raison de la progression lente des tumeurs et des mécanismes de plasticité cérébrale préservant les facultés cognitives.

ÉTAPE PER-OPÉRATOIRE

CONSTRUCTION DU TESTING PER-OPÉRATOIRE

Après la phase pré-opératoire, les quatre professionnels vont ensemble construire le *testing* per-opératoire, c'est-à-dire les tests qui seront proposés durant l'opération en fonction des éléments médicaux et cliniques recueillis, de la localisation de la tumeur et des répercussions fonctionnelles possibles.

Ce *testing* a évolué au cours des années. Lorsqu'en 2013, l'activité de chirurgie éveillée s'est développée au CHU de Brest, seuls le neurochirurgien et l'orthophoniste interagissaient avec

le patient sur la partie éveillée de la chirurgie. Le *testing* se centrait essentiellement sur l'évaluation du langage et de la motricité. Depuis 2018, l'équipe s'est étoffée par l'intervention d'une neurologue et de deux neuropsychologues. Le développement de l'équipe a permis d'enrichir le protocole de tests en s'appuyant sur la littérature récente. Actuellement, une surveillance des fonctions exécutives, émotionnelles et visuo-spatiales, ainsi qu'une adaptation du traitement épileptique ont été ajoutées à la pratique courante.

Le *testing* per-opératoire est aussi déterminé en fonction des aptitudes particulières que le patient souhaite préserver pour sa qualité de vie future. Nous avons ainsi déjà réalisé des *testing* per-opératoire dans différentes langues pour le maintien des capacités de bilinguisme ou proposé la pratique d'instruments de musique pour des patients musiciens.

PRÉPARATION DU PATIENT AU TESTING PER-OPÉRATOIRE

La veille de la chirurgie, le patient est hospitalisé dans le service pour réaliser les derniers examens neurologiques (EEG, IRM) et rencontrer tous les professionnels l'accompagnant sur le plan médical, chirurgical et fonctionnel (neurochirurgien, neurologue, anesthésiste, psychologue, neuropsychologue et orthophoniste).

L'objectif de la rencontre avec la neuropsychologue et l'orthophoniste est principalement de préparer le patient à toutes les épreuves cognitives, motrices et langagières qu'il sera amené à réaliser au bloc opératoire durant toute la résection. Les deux professionnelles sont également attentives à l'état thymique du patient durant cet échange, le rassurent et répondent aux dernières interrogations liées au *testing* ou à la chirurgie.

Tous les tests proposés sont spécifiquement adaptés à la chirurgie avec des temps de présentation pré-déterminés. Nous utilisons, entre autres, le Stroop (Puglisi et al., 2019), la DO 80 et la tâche d'appariements sémantiques du *Pyramid Palm Tree Test* (Chang et al., 2018; Ruis, 2018). Nous surveillons également la sphère motrice en demandant au patient de réaliser des mouvements du membre supérieur, inférieur ou des deux membres controlatéraux à la lésion (Becker et al., 2016). Nous proposons régulièrement des doubles

tâches (langagière et motrice), mais aussi des tâches de cognition sociale en cas de localisation insulaire comme le *Reading the Mind in the Eyes Test* (Prevost et al., 2014) ou encore des tâches de mentalisation. Les erreurs réalisées aux tests en phase pré-opératoire seront retirées afin que le patient obtienne 100% de bonnes réponses durant la chirurgie. Ainsi, les erreurs commises indiqueront la proximité des zones fonctionnelles durant l'exérèse.

PHASE PER-OPÉRATOIRE

À l'arrivée au bloc opératoire, le patient est endormi pour l'installation et l'ouverture de la boîte crânienne. Le patient n'est réveillé que lorsque le neurochirurgien est prêt à pratiquer l'exérèse.

Le *mapping* est une étape fondamentale de la chirurgie qui consiste à réaliser la cartographie cérébrale du patient. En effet, l'IRM fonctionnelle réalisée en pré-opératoire fournit les informations d'activation cérébrale fonctionnelle chez le patient aidant à la planification du *testing* opératoire, mais le pourcentage de fiabilité n'est seulement que de 60 à 70% (Giussani et al., 2010).

Chacun à son niveau informe les autres professionnels et s'ajuste pour le bon déroulement de la chirurgie, tel un orchestre dans lequel tous les musiciens jouent leur partition en demeurant à l'écoute des autres.

Le neurochirurgien réalise la cartographie corticale des structures éloquentes chez le patient grâce à un électrostimulateur. Des stimulations électriques de faible intensité sont impulsées, simulant le rôle de lésions transitoires et réversibles de la fonction durant de brèves secondes, se traduisant par exemple par des dystonies, des paralysies faciales ou une suspension de langage. Ces stimulations autour de la tumeur permettent de déterminer les zones langagières, sensibles et motrices ainsi que les parties infiltrées par la lésion qui ne pourront pas être retirées.

Le patient est un des acteurs principaux de la chirurgie puisqu'il guidera l'équipe tout au long du *mapping* et de la résection de la tumeur en communiquant ses moindres ressentis sensitivo-moteurs et fonctionnels. L'orthophoniste, la

neuropsychologue et la neurologue informent le neurochirurgien de toutes les modifications observées ou ressenties par le patient, mais ne sont pas informées en retour des parties stimulées. Le neurochirurgien vérifie ainsi la concordance entre le déficit généré et la localisation de la stimulation.

La neurologue et le neurochirurgien communiquent régulièrement sur les résultats aux tests, l'état de santé du patient et l'avancée de la résection. La neurologue informe également la neuropsychologue et l'orthophoniste de la procédure d'exérèse qui a été convenue suite au *mapping* et de la surveillance par la réalisation des tests qui vont se dérouler tout au long de la chirurgie.

La neuropsychologue et l'orthophoniste restent durant toute la chirurgie au chevet du patient pour évaluer ses fonctions cognitives, encourager le patient et le rassurer dans l'avancée du *testing*.

Cette collaboration pluridisciplinaire est primordiale lors de la chirurgie, elle permet non seulement de vérifier en temps réel qu'aucun déficit ne survienne, mais aussi d'étendre la résection au maximum jusqu'à ce que les limites éloquentes soient rencontrées. Chacun à son niveau informe les autres professionnels et s'ajuste pour le bon déroulement de la chirurgie, tel un orchestre dans lequel tous les musiciens jouent leur partition en demeurant à l'écoute des autres.

ÉTAPE POST-OPÉRATOIRE

Après l'intervention, le neurochirurgien, la neurologue, l'orthophoniste et la neuropsychologue rencontrent le patient pour la surveillance sur les plans médical et fonctionnel. Le neurochirurgien explique au patient l'étendue de l'exérèse et contrôle le résidu volumique grâce à l'imagerie réalisée le lendemain. La neuropsychologue et l'orthophoniste réalisent le même protocole de tests afin de comparer les performances du patient avant et en fin de chirurgie, et juger de la présence ou non de déficits cognitifs et/ou langagiers, tandis que la neurologue évalue la sphère sensitivo-motrice et ajuste si besoin le traitement épileptique.

L'objectif pour le patient est de définir la suite de sa prise en charge. Il peut ainsi soit rentrer à domicile trois à quatre jours après l'intervention

avec une proposition de mise en place ou non d'une rééducation particulière si des troubles sont repérés, soit être orienté vers un centre de rééducation si nécessaire.

À trois semaines de la chirurgie, le neurochirurgien reçoit en consultation les patients pour la surveillance de la cicatrice et l'annonce des résultats anatomo-pathologiques. En fonction de la nature et du grade de la tumeur, les modalités thérapeutiques seront envisagées avec soit un suivi simple tous les trois mois avec un contrôle IRM, soit la mise en place d'un traitement complémentaire par radio/chimiothérapie.

À trois mois de la chirurgie, le patient rencontre de nouveau les quatre professionnels. Le neurochirurgien et la neurologue proposent une consultation conjointe en faisant le point sur les éventuels déficits post-opératoires et les réajustements des accompagnements mis en place, sur l'évolution ou non du volume lésionnel éventuellement résiduel observé à l'imagerie, les traitements en cours et la maladie épileptique.

La neuropsychologue et l'orthophoniste réalisent des bilans post-opératoires complets afin d'objectiver une stabilité ou des modifications des capacités cognitives du patient. Il n'est pas rare d'observer des améliorations de performances grâce à l'exérèse de la tumeur qui impactait insidieusement la sphère cognitive, malgré des scores dans les normes. Dans ce cas et en l'absence de traitements complémentaires, le patient pourra rapidement retrouver une activité professionnelle. Il est aussi possible, cependant, d'observer des difficultés cognitives post-opératoires et, dans ce cas, nous préconisons le maintien de la rééducation. Le patient pourra bénéficier de proposition de soins rééducatifs dans le service

(notamment axés sur la mémoire de travail) (Teixidor et al., 2007) ou en libéral (axés principalement sur la rééducation langagière), mais également d'un accompagnement psychologique si besoin.

CONCLUSION

Cette pluridisciplinarité, pensée dès le début de l'activité, s'est enrichie par l'investissement des différents professionnels et la participation de la neurologue et des neuropsychologues. Le *testing* per-opératoire a pu ainsi être affiné permettant une résection de la tumeur plus qualitative notamment pour les localisations frontales et pariétales générant moins de troubles fonctionnels pour le patient. C'est également une richesse pour l'équipe de pouvoir travailler en complémentarité dans le respect de la place de chacun. La participation active des patients durant ces chirurgies doit être soulignée, car il est un acteur partenaire au sein de cette équipe pluriprofessionnelle.

REMERCIEMENTS

Nous tenions à remercier le Pr SEIZEUR, le Dr PANHELEUX, le Dr SALIOU et Madame GUENA, pour le plaisir que nous avons à travailler à leurs côtés. Nous avons axé notre présentation sur ces quatre spécialités, mais bien sûr nous travaillons en collaboration avec une équipe beaucoup plus large et nous tenions également à la remercier.

Nous remercions également le Pr DUFFAU et son équipe pour leurs travaux de recherche ainsi que leur partage d'expérience.

Références

- Becker J., Jehna M., Steinmann E., Mehdorn H.M., Synowitz M., Hartwigsen G. (2016). The sensorymotor profile awake – A new tool for pre-, intra-, and postoperative assessment of sensory-motor function. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 147, 39-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2016.05.022>
- Berger, M. S., Deliganis, A. V., Dobbins, J. et Keles, G. E. (1994). The effect of extent of resection on recurrence in patients with low grade cerebral hemisphere gliomas. *Cancer*, 74(6), 1784-1791. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19940915\)74:6](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19940915)74:6)
- Chang, W. H., Pei, Y. C., Wei, K. C., Chao, Y. P., Chen, M. H., Yeh, H. A., Jaw, F. S. et Chen, P. Y. (2018). Intraoperative linguistic performance during awake brain surgery predicts postoperative linguistic deficits. *Journal of Neurooncology*, 139(1), 215-223. <https://doi.org/10.1007/s11060-018-2863-z>

Duffau, H. (2016). *L'Erreur de Broca, Exploration d'un cerveau éveillé*. Michel Lafon.

Giussani, C., Roux, F. E., Ojemann, J., Sganzerla, E. P., Pirillo, D. et Papagno, C. (2010). Is preoperative functional magnetic resonance imaging reliable for language areas mapping in brain tumor surgery? Review of language functional magnetic resonance imaging and direct cortical stimulation correlation studies. *Neurosurgery*, 66(1), 113-120. <https://doi.org/10.1227/01.NEU.0000360392.15450.C9>

Prevost, M., Carrier, M. E., Chowne, G., Zelkowitz, P., Joseph, L. et Gold, I. (2014). The Reading the Mind in the Eyes test: validation of a French version and exploration of cultural variations in a multi-ethnic city. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19(3), 189-204. <https://doi.org/10.1080/13546805.2013.823859>

Puglisi, G., Sciortino, T., Rossi, M., Leonetti, A., Fornia, L., Conti Nibali, M., Casarotti, A., Pessina, F., Riva, M., Cerri, G. et Bello, L. (2019). Preserving executive functions in nondominant frontal lobe glioma surgery: an intraoperative tool. *Journal of Neurosurgery*, 131(2), 474-480. <https://doi.org/10.3171/2018.4.JNS18393>

Ruis, C. (2018). Monitoring cognition during awake brain surgery in adults: A systematic review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 40(10), 1081-1104. <https://doi.org/10.1080/13803395.2018.1469602>

Teixidor, P., Gagnol, P., Leroy, M., Masuet-Aumatell, C., Capelle, L. et Duffau, H. (2007). Assessment of verbal working memory before and after surgery for low-grade glioma. *Journal of Neuro-oncology*, 81(3), 305-313. <https://doi.org/10.1007/s11060-006-9233-y>

Le syndrome cérébelleux cognitif et affectif : illustration par l'étude de deux cas

Cerebellar cognitive affective syndrome : illustration with two case studies

Jean-François HOUVENAGHEL

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
Centre Expert Parkinson – Bretagne
Service de Neurologie, CHU de Rennes
CIC 1414, Inserm, CHU Rennes
Hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes

Contact

Jeanfrancois.houvenaghel@chu-rennes.fr

2 rue Henri Le Guilloux, 35033
Rennes Cedex 9

Mots-clés

- Cervelet
- Cognition
- Émotion
- Cognition sociale

Keywords

- *Cerebellum*
- *Cognition*
- *Emotion*
- *Social cognition*

Conflits d'intérêts

Jean-François Houvenaghel est membre du Comité d'Édition et de Rédaction des *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*.

Pour citer cet article

Houvenaghel, J. F. (2022). Le syndrome cérébelleux cognitif et affectif : illustration par l'étude de deux cas. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 126-131.

Résumé

Depuis trente ans, de nombreuses publications démontrent l'implication du cervelet sur la cognition et le comportement. Toutefois, ces aspects sont rarement interrogés en clinique courante. Pourtant, la rencontre de patients souffrant d'une lésion ou dysfonctionnement cérébelleux est fréquente. Dans cet article, nous présentons le syndrome cérébelleux cognitif et affectif (*cerebellar cognitive affective syndrome*). Ce syndrome regroupe les modifications cognitives et affectives typiques d'une atteinte cérébelleuse, à savoir la présence de difficultés exécutives, visuo-spatiales, langagières et émotionnelles-affectives. Pour ce faire, nous nous appuyons sur la présentation des cas de deux patientes jeunes adultes. La première, L.C., présente des difficultés motrices depuis son enfance et indique « ne pas réussir à comprendre et se faire comprendre des autres ». La seconde patiente, N.R., présente une ataxie et une dysarthrie cérébelleuse, mais n'exprime pas de modifications cognitives ou comportementales. Ces patientes ont bénéficié d'un bilan neuropsychologique comprenant des tests psychométriques classiques évaluant le fonctionnement cognitif global, exécutif, visuo-spatial et langagier, mais aussi les domaines émotionnels et de théorie de l'esprit par la Batterie de Cognition Sociale. Nous présentons les résultats du bilan réalisé auprès de nos deux patientes et les discutons au regard des dernières connaissances scientifiques.

Abstract

For thirty years, a lot of studies have demonstrated the involvement of the cerebellum in cognition and behavior. However, these aspects are rarely estimated in clinical practice. However, patients suffering from a cerebellar lesion or dysfunction

are frequent. In this article, we introduce the cerebellar cognitive affective syndrome. This syndrome includes cognitive and affective changes typical of cerebellar damage, namely the presence of executive, visuospatial, language and emotional-affective difficulties. To do this, we present the cases of two young adult patients. The first, L.C., has motor difficulties since childhood and indicates “not being able to understand and be understood by others”. The second patient, N.R., has ataxia and cerebellar dysarthria, but does not express cognitive or behavioral changes. These patients benefited from a neuropsychological assessment including classic psychometric tests evaluating global cognition, executive and visuospatial functioning and language, but also emotional and theory of mind domains with the “Batterie de Cognition Sociale”. We present the results of the assessment carried out with our two patients and discuss them with regard to the latest scientific knowledge.

INTRODUCTION

Pour beaucoup de neuropsychologues, le cervelet est uniquement impliqué dans la fonction motrice. En effet, les symptômes moteurs consécutifs à une lésion cérébelleuse sont aisément identifiables. Ces symptômes typiques sont le trouble de l'équilibre, la dysarthrie cérébelleuse et le trouble de la coordination des mouvements (ataxie cérébelleuse) (Bodranghien et al., 2016). Cependant, au milieu des années 90, l'hypothèse de l'implication du cervelet dans le fonctionnement cognitif émerge. À l'image du rôle du cervelet pour la coordination des mouvements, il est fait l'hypothèse que cette structure joue un rôle essentiel pour la coordination de la pensée. À cette même période, des études lésionnelles rapportent l'existence de symptômes cognitifs et affectifs variés (pour revue voir Argyropoulos et al., 2020). L'ensemble des symptômes sont regroupés pour la première fois en 1998 sous le terme de syndrome cérébelleux cognitif et affectif (*cerebellar cognitive affective syndrome* (CCAS) ou syndrome de Schmahmann) (Schmahmann et Sherman, 1998). Bien qu'il n'existe pas de critères diagnostiques associés à ce syndrome, les modifications les plus fréquentes concernent les fonctions exécutives, les capacités visuo-spatiales, le langage et les émotions (Argyropoulos et al., 2020).



À l'image du rôle du cervelet pour la coordination des mouvements, il est fait l'hypothèse que cette structure joue un rôle essentiel pour la coordination de la pensée.



Sur le plan exécutif, peuvent être observées une altération de la mémoire de travail, de la flexibilité, de la résolution de problèmes, de l'attention divisée et de la planification ou de l'organisation des activités. Sur le plan visuo-spatial peuvent être retrouvées une désintégration visuo-spatiale (se manifeste en copie et dessin de figures) et une simultagnosie. Concernant le langage, il a été décrit un agrammatisme, une anomie modérée, une altération de la syntaxe, une réduction des fluences verbales (discours télégraphique, non associé à la dysarthrie) et une dysprosodie. Enfin, des modifications émotionnelles et affectives peuvent être présentes. Celles-ci comportent un émoussement des affects ou une désinhibition (propos inappropriés, actions impulsives, familiarité), des comportements régressifs ou enfantins ou des traits obsessionnels-compulsifs, des rires et pleurs pathologiques.



[...] les modifications les plus fréquentes concernent les fonctions exécutives, les capacités visuo-spatiales, le langage et les émotions.



Malgré le foisonnement des symptômes cognitifs et affectifs pouvant être associés à une lésion cérébelleuse, ces composantes sont rarement interrogées en clinique courante. Surtout, il n'est pas rare de rencontrer des patients souffrant d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébelleux. En effet, l'origine du syndrome cérébelleux est très hétérogène (génétique, infectieuse, vasculaire, traumatique ou encore neurodégénérative) et peut survenir à tous les âges. Ainsi, certains symptômes cognitifs et psycho-comportementaux présents dans la maladie de Parkinson ou le trouble du spectre autistique ont été associés à une modification fonctionnelle cérébelleuse (Riou et al., 2021).

Nous allons nous appuyer sur l'étude de deux cas pour discuter de la présence de modifications cognitives et affectives en lien avec une lésion cérébelleuse.

Malgré le foisonnement des symptômes cognitifs et affectifs pouvant être associés à une lésion cérébelleuse, ces composantes sont rarement interrogées en clinique courante.

MÉTHODOLOGIE

PARTICIPANTS

Les deux patientes que nous allons décrire, L.C. et N.R., ont toutes les deux bénéficié d'un bilan neuropsychologique au sein du Centre Expert Parkinson Bretagne du CHU de Rennes. Deux à trois rendez-vous de deux heures ont été nécessaires pour la réalisation de l'entretien et de l'évaluation psychométrique.

L.C. est une jeune patiente de 23 ans, droitère, qui a obtenu un Bac professionnel. Elle a ensuite débuté des études supérieures qu'elle a stoppé dès la première année. Depuis, elle est sans emploi et vit chez ses parents.

N.R. est une jeune patiente de 36 ans, droitère, qui a obtenu un Bac professionnel. Elle est sans emploi et vit avec son compagnon et leur bébé.

ANTÉCÉDENTS ET DIFFICULTÉS ACTUELLES

L.C. présente un syndrome cérébelleux moteur depuis l'enfance avec un trouble de l'équilibre,

une ataxie et une discrète dysarthrie. L'atrophie cérébelleuse est confirmée très tardivement, suite à sa première IRM à l'âge de 21 ans. Sur le plan cognitif et comportemental, L.C. indique très clairement « je n'arrive pas à comprendre et à me faire comprendre des autres ». Lors de nos rendez-vous, un ralentissement psychomoteur modéré est observé. Surtout, la patiente apparaît méfiante, irritable et impulsive. La compréhension des intentions d'autrui est très difficile, même lorsque celles-ci sont clairement verbalisées. Il est probable que ces difficultés aient conduit L.C. à rencontrer plusieurs personnes malveillantes et à vivre plusieurs événements traumatisants. L'expression orale est marquée par une lenteur d'élocution, un faible niveau de vocabulaire et une anomie modérée. Le discours est informatif et cohérent.

N.R. présente un syndrome cérébelleux avec une ataxie et une dysarthrie cérébelleuse, depuis 3 ans, de cause inconnue. L'IRM confirme la présence d'une atrophie cérébelleuse marquée. La principale plainte cognitive et comportementale porte sur une hyperémotivité. Cette hyperémotivité est observée au cours des rendez-vous. Un ralentissement psychomoteur modéré est retrouvé, ainsi qu'un léger agrammatisme et une discrète dysprosodie. Le discours est informatif et cohérent. Le comportement est adapté.

ÉVALUATION PSYCHOMÉTRIQUE

L'évaluation proposée aux deux patientes comprend la WAIS IV, le test de Stroop version Delis-Kaplan, le *Conners Performing Test* (CPT III), qui est un *Go No-Go* informatisé d'une durée de 13 min, et la Batterie de Cognition Sociale (BCS). La figure de Rey ainsi que les fluences sémantiques (« animaux ») et phonémiques (« P ») en version 1 min, ont pu être proposés à N.R. uniquement. La mise en échec de L.C. à ces tests aurait conduit à une forte réduction de l'alliance thérapeutique.

Les normes de la BCS en percentile ont été estimées pour le besoin de cette étude. En effet, la très grande majorité des distributions des scores brutes normatifs ne suit pas une loi normale. Par conséquent, l'utilisation des moyennes et écarts-types proposés dans le manuel de la BCS n'était pas appropriée. Les effectifs normatifs des sous-

tests de la BCS étant parfois très faibles, les seuils indiquant qu'un score est inférieur à la norme peuvent être très élevés. Par exemple, au sous-test « Langage des yeux », le seuil pathologique pour des individus jeunes correspond à un percentile inférieur à 26 (au lieu du traditionnel percentile 5).

RÉSULTATS

Les résultats sont rapportés dans le Tableau 1.

Le QI total n'a pas été estimé, ce score étant fortement biaisé par le score très faible à l'indice vitesse de traitement, indice fortement pénalisé par les difficultés motrices des deux patientes.

	Cas L.C.	Cas N.R.
Efficiences globale (WAIS IV)		
<i>Compréhension verbale</i>	<i>perc. 10</i>	<i>perc. 18</i>
<i>Raisonnement perceptif</i>	<i>perc. 5</i>	<i>perc. 34</i>
<i>Mémoire de travail</i>	<i>perc. 42</i>	<i>perc. 6</i>
<i>Vitesse de traitement</i>	<i>perc. 0.1</i>	<i>perc. 1</i>
Fonctions exécutives	<i>perc. > 10 (Stroop, CPT III)</i>	<i>perc. > 10 (Stroop, CPT III) ; Difficultés de planification (copie Figure de Rey)</i>
Visuo-construction (Figure de Rey)	<i>ND</i>	<i>perc. < 5 ; aide à la planification</i>
Fluences (P et animaux)	<i>ND</i>	<i>perc. > 10</i>
Batterie de Cognition Sociale		
Identification d'émotions faciales	<i>perc. < 5 : « total » et « dégoût » ; perc. < 10 : « peur »</i>	<i>perc. < 10 : « peur » et « tristesse »</i>
Jugement d'intensité	<i>perc. < 5 : « dégoût », « joie », « peur », « tristesse »</i>	<i>perc. < 5 : « dégoût », « joie », « peur », « tristesse »</i>
Discrimination des émotions	<i>perc. < 10 : « total »</i>	<i>perc. > 10</i>
Identification de genre	<i>perc. > 10</i>	<i>perc. > 10</i>
Langage des Yeux	<i>perc. < 26 : total (groupe contrôle N=19)</i>	<i>perc. > 10</i>
Théorie de l'esprit		
<i>1^{er} ordre</i>	<i>perc. > 10</i>	<i>perc. > 10</i>
<i>2^{ème} ordre</i>	<i>perc. > 10</i>	<i>perc. > 10</i>
<i>Faux pas</i>	<i>perc. > 10</i>	<i>perc. > 10</i>
<i>Interférence physique</i>	<i>perc. > 10</i>	<i>perc. > 10</i>
Identification de l'humour	<i>perc. < 5</i>	<i>perc. < 5</i>
Situations sociales		
<i>Adaptées</i>	<i>perc. > 10</i>	<i>perc. > 10</i>
<i>Non adaptées</i>	<i>perc. > 10</i>	<i>perc. 5</i>
<i>Score total</i>	<i>perc. > 10</i>	<i>perc. > 10</i>

Tableau 1 : Résumé des résultats du bilan neuropsychologique de L.C. et N.R.

Nous observons une dissociation entre les deux patientes pour les autres indices. Pour L.C., la compréhension verbale et le raisonnement perceptif se situent à la limite de la norme. Pour N.R., c'est le fonctionnement de la mémoire de travail qui se trouve à la limite de la norme. Le fonctionnement exécutif apparaît légèrement perturbé chez N.R..

Concernant la cognition sociale, l'identification des émotions est altérée pour L.C. et à la limite de la norme pour N.R.. Le jugement d'intensité des émotions et l'identification de l'humour sont altérés pour les deux patientes. Notons également que la discrimination des émotions se situe à la limite de la norme pour L.C.. L'interprétation de la pensée ou des sentiments d'autrui à partir du regard est inférieure au seuil pour L.C. (seuil au percentile < 26). N.R. reconnaît difficilement le caractère inadapté d'une situation.

DISCUSSION

Au total, nos deux patientes éprouvent des difficultés à traiter des informations émotionnelles exprimées par des visages. Cette altération est plus marquée chez L.C.. L'altération des capacités d'identification et du jugement d'intensité des émotions faciales est présente chez nos deux patientes. L.C. éprouve également des difficultés à interpréter la pensée ou les sentiments d'autrui à partir du regard, tandis que N.R. juge des situations non adaptées comme adaptées. Ces résultats vont dans le sens de la littérature concernant l'implication du cervelet dans le traitement des émotions, notamment faciales (Pierce et Péron,

2020). D'un point de vue clinique, la réalisation d'une évaluation neuropsychologique exhaustive incluant l'exploration des aspects émotionnels et affectifs est indispensable face à des patients présentant une atteinte cérébelleuse ou une pathologie connue comme impliquant le cervelet. Toutefois, les outils permettant une évaluation exhaustive de la cognition sociale sont rares et peuvent souffrir de limites méthodologiques fortes. Dans le cas de la BCS, nous avons contourné une partie de ces limites en estimant des normes en percentile. Néanmoins, les effectifs normatifs peuvent être parfois très faibles, réduisant la sensibilité de l'outil. D'autres batteries existent comme la mini-SEA (*Social cognition and Emotional Assessment*). Dans tous les cas, l'évaluation de la cognition sociale demande du temps. Ce temps apparaît néanmoins indispensable lorsque nous rencontrons des patients souffrant d'une lésion cérébelleuse.

Notons également l'existence d'outils spécifiques à l'évaluation du syndrome cérébelleux cognitif et affectif (CCAS-Scale, Hoche et al., 2018; CNRS, Hoche et al., 2016). Il s'agit ici principalement d'échelles composites rapides. Toutefois, ces échelles ne sont pas encore normées en français.

Enfin, il est important de garder en tête que l'ensemble du tableau du syndrome cérébelleux cognitif et affectif décrit dans la littérature est rarement retrouvé auprès d'un unique patient. Comme pour nos deux patientes, les tableaux cognitifs et comportementaux retrouvés peuvent présenter des variabilités interindividuelles.

Références

- Argyropoulos, G. P. D., van Dun, K., Adamaszek, M., Leggio, M., Manto, M., Masciullo, M., Molinari, M., Stoodley, C. J., Van Overwalle, F., Ivry, R. B. et Schmahmann, J. D. (2020). The Cerebellar Cognitive Affective/Schmahmann Syndrome: A Task Force Paper. *Cerebellum*, 19(1), 102-125. <https://doi.org/10.1007/s12311-019-01068-8>
- Bodranghien, F., Bastian, A., Casali, C., Hallett, M., Louis, E. D., Manto, M., Mariën, P., Nowak, D. A., Schmahmann, J. D., Serrao, M., Steiner, K. M., Strupp, M., Tilikete, C., Timmann, D. et van Dun, K. (2016). Consensus Paper: Revisiting the Symptoms and Signs of Cerebellar Syndrome. *Cerebellum*, 15(3), 369-391. <https://doi.org/10.1007/s12311-015-0687-3>

- Hoche, F., Guell, X., Sherman, J. C., Vangel, M. G. et Schmahmann, J. D. (2016). Cerebellar Contribution to Social Cognition. *Cerebellum*, 15(6), 732-743. <https://doi.org/10.1007/s12311-015-0746-9>
- Hoche, F., Guell, X., Vangel, M. G., Sherman, J. C. et Schmahmann, J. D. (2018). The cerebellar cognitive affective/Schmahmann syndrome scale. *Brain*, 141(1), 248-270. <https://doi.org/10.1093/brain/awx317>
- Pierce, J. E. et Péron, J. (2020). The basal ganglia and the cerebellum in human emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 15(5), 599-613. <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa076>
- Riou, A., Houvenaghel, J.-F., Dondaine, T., Drapier, S., Sauleau, P., Drapier, D., Duprez, J., Guillery, M., Le Jeune, F., Verin, M. et Robert, G. (2021). Functional Role of the Cerebellum in Parkinson Disease: A PET Study. *Neurology*, 96(23), e2874-e2884. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012036>
- Schmahmann, J. D. et Sherman, J. C. (1998). The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain*, 121(4), 561-579. <https://doi.org/10.1093/brain/121.4.561>

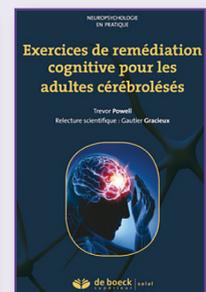
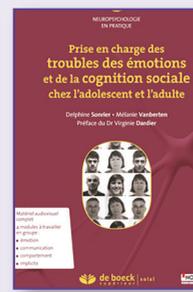
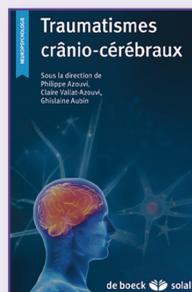
Venez rejoindre l'OFPN !

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

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 publications 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



Nous vous attendons !

Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique existent grâce à vous !

Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique est votre revue. Elle existe grâce aux partages de vos expériences cliniques, connaissances, questionnements et réflexions. La publication d'un article est un projet enrichissant qui peut s'inscrire dans votre temps FIR (Formation, Information, Recherche) ou équivalents, et votre formation continue. C'est un projet qui favorise des démarches et des temps d'analyse et de réflexion, que vous pouvez aussi mener avec vos stagiaires, dans une dynamique collaborative, entre membres d'une association, etc.

Un article à soumettre, une remarque, une question, contactez-nous : cahiers@ofpn.fr

Retrouvez-nous également sur notre site Internet : <http://cahiersdeneuropsychologieclinique.fr/>

Cette revue est une création intellectuelle originale qui, par conséquent, entre dans le champ de la 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 et de Rédaction 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.