



DÉCEMBRE 2013

Retour sur la première édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique Toulouse - Octobre 2012



Crédits photo : Thomas C.

* Salle de conférence plénière.

* Barbara Wilson

Page de couverture :

* Spectateurs en fin de congrès

* Standing ovation lors de la clôture du congrès

De haut en bas (et de gauche à droite) :

* Panneau

* Lauréats du prix des posters.

Comité éditorial



Raphaëlle AMENDOLA

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, exerçant à la consultation mémoire du centre gériatrique départemental des Bouches-du-Rhône (Marseille), membre des associations Neuropsychy13 et Neuropsychy-PACA



Dominique CAZIN

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, exerçant dans le service de neurologie du centre hospitalier de Lens (Pas-de-Calais).

Président de l'association Neuropsychologie.fr



Mathieu HAINSELIN

Maître de Conférence en Psychologie Expérimentale à l'Université de Picardie Jules Verne

CRP-CPO EA 7273

Psychologue spécialisé en neuropsychologie



Amélie PONCHEL

Exerce dans le département de pharmacologie médicale (EA1046 : Maladie d'Alzheimer et pathologies vasculaires), Pôle Recherche/Faculté de Médecine, CHRU Lille.

Coordinatrice d'un groupe de travail de psychologues-neuropsychologues cliniciens en Nord-Pas-de-Calais.

Sommaire

♦ Éditorial	2
♦ Mon CNNC à moi : impressions et ressentis	3-7
♦ Premier CNNC : quelle résonance avec ma pratique en gériatrie ?	8-13
♦ L'évaluation dans l'autisme	14-18
♦ Approche compensatoire et environnementale des troubles cognitifs dans le « spectre schizophrénique »	19-26
♦ Regard critique sur la neuropsychologie clinique en France en 2012	27-33
♦ Diversité des interventions des neuropsychologues dans le vieillissement – Intervention dans la communauté	34-37
♦ Prise en charge des patients alcoolodépendants	38-43
♦ Statistiques appliquées en neuropsychologie : le cas unique au quotidien !	44-51
♦ Initiation à la pratique expertale en neuropsychologie	52-57
♦ Du besoin de se regrouper : Réflexions et conseils pour la création d'une association	58-61
♦ Lauréats du prix Neuropsychologie.fr pour les posters professionnels	62-70

Éditorial

Il y a un peu plus d'un an déjà, le premier congrès national de neuropsychologie clinique (CNNC) réunissait des centaines de cliniciens autour d'ateliers et de communications en grande partie dédiés à la prise en charge de nos patients. Nous avons souhaité, avec l'aide de plusieurs collègues, vous inviter à redécouvrir certaines présentations faites à cette occasion.

Avant cela, permettons-nous un rapide historique du congrès ainsi qu'une réflexion sur son avenir. Le CNNC est né des entrailles du rassemblement national initié par Association pour le Rassemblement National des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (ARNPN). Très tôt, il nous est apparu vital de valoriser nos connaissances et pratiques au sein d'un grand rendez-vous national. Quelques collègues de l'association Psy-Neuropsy-MIP ont relevé le défi, rejoints par un large comité scientifique national pour concrétiser la première édition. Nous avons pensé ce congrès comme une manifestation de nos savoirs cliniques, un lieu de rencontre des praticiens, une mise en perspective de nos avancées et du développement de notre spécialité, en complémentarité avec les autres grandes manifestations existantes.

L'émergence du CNNC a suscité des questions, parfois des craintes sur nos intentions et nos projets. Il n'est jamais trop tard pour réaffirmer à chacun qu'il y a une place au sein de la neuropsychologie pour les cliniciens et qu'en la prenant, ils ne divisent pas, ne s'opposent pas aux collaborateurs historiques de la neuropsychologie. Si notre premier rendez-vous n'a fait l'économie d'aucune critique (envers le monde universitaire ou les pratiques en consultation mémoire entre autres), ce fut toujours dans une perspective constructive. L'ARNPN a été créée pour sortir de la plainte, le CNNC ne se confortera pas dedans. Des points de vue ont été exprimés afin de faire place au changement et aux collaborations pour un futur enrichissant pour chacun des acteurs de la neuropsychologie.

En plaçant le CNNC comme une mesure de l'avancée de la discipline, nous avons fait un pari très fort : celui de croire que les psychologues spécialisés en neuropsychologie assumeront la responsabilité de monter un nouveau congrès tous les deux ans, chez eux, avec leurs moyens. Sur ce point, il persiste des inquiétudes légitimes parmi le comité scientifique. Aucune association n'a, pour l'instant, franchi le pas de se porter volontaire pour l'organisation de la deuxième édition du CNNC. Savez-vous que le Québec s'est directement inspiré de notre initiative en organisant leur premier congrès en septembre dernier ? que la Belgique réfléchit aujourd'hui à faire le sien également ? La neuropsychologie française s'est révélée pionnière en donnant vie à ce rendez-vous national, nous ne pouvons pas laisser penser que ce n'était qu'une initiative sans lendemain ! Sachez que l'association organisatrice n'aura à s'occuper que des aspects logistiques : réservation de la salle, repas, encadrement, etc. L'appel aux communications, la mise en place du programme scientifique relèvent des compétences du comité scientifique qui est déjà constitué. Nous vous invitons à relancer le débat dans vos regroupements, la seconde édition étant toujours sans domicile fixe à l'heure actuelle. Le CNNC a besoin de vous.

Terminons sur notre hors série à proprement parler. Nous regrettons d'avoir mis si longtemps à sortir ce numéro spécial, la faute au bénévolat, à nos activités respectives au sein du comité éditorial aussi. Reste que nous espérons attirer votre intérêt grâce à des synthèses de grande qualité sur des sujets très variés, parfois rarement évoqués ! Sachez qu'en parallèle, l'organisation française des psychologues spécialisés en neuropsychologie offrira à ses adhérents une grande partie du colloque en video-streaming, de quoi compléter joliment ce hors série !

Nous vous souhaitons une bonne lecture et de joyeuses fêtes de fin d'année.

Le comité éditorial

Mon CNNC à moi... impressions et ressentis

Mots clés : CNNC | Rassemblement | Neuropsychologie clinique | Psychologue spécialisé en neuropsychologie

Résumé : Dès son annonce, le premier CNNC a suscité beaucoup d'attentes pour l'ensemble d'une profession à la recherche de repères. Pour ceux qui n'étaient pas là, et pour ceux qui veulent le revivre encore un peu, une plongée en immersion dans ces deux jours de débats passionnés, de discussions passionnantes, d'échanges et de partages, à travers le regard d'une jeune diplômée pleine d'espoirs et de questionnements.

Marine PERNICI



Psychologue spécialisée en neuropsychologie en EHPAD à Nice (06)

Présidente de l'association NeurOps6

Vice-présidente de l'association NeuroPsy-PACA

marine.pernici@gmail.com

Diplômée depuis seulement 4 ans, je me pose des questions sur mon identité professionnelle en tant que psychologue spécialisée en neuropsychologie depuis mon entrée dans le monde du travail. Ces questionnements ne font qu'augmenter avec le temps, avec la multiplication des expériences, devant chaque nouveau patient, chaque nouvelle situation. Voilà dans quel contexte arrive pour moi ce premier Congrès National de Neuropsychologie Clinique (CNNC).

L'avant CNNC

A l'annonce du premier CNNC en juillet 2011, j'étais vraiment emballée par cette initiative et impatiente de lire le programme. Un congrès annoncé « pour les neuropsychologues, par les neuropsychologues », que demander de plus ? Une très longue attente commence alors, et plus le temps passe, plus l'effervescence augmente, que ce soit dans les discussions « virtuelles » sur le forum de Neuropsychologie.fr, lors des rencontres avec des collègues, en regroupement local ou lors d'autres congrès.

Enfin un pré-programme est mis en ligne, alléchant ! Les dates et le lieu sont annoncés, les inscriptions sont ouvertes, mais seulement 200 places seront disponibles ! Un petit tour dans les comptes, quinze minutes de réflexion, mais je ne peux pas rater ça, inscription envoyée le lendemain !

Rapidement, la solidarité avec les collègues se met en place : certains trouvent le bon hôtel et négocient les prix, d'autres proposent un hébergement gratuit, de covoiturer d'un peu partout en France, de se rejoindre dans un train ou dans un avion, de partager une valise, et au fur et à mesure, tout s'organise parfaitement. En parallèle, le programme s'étoffe, les communications sont acceptées, et je sens petit à petit qu'un grand moment de partage, tant professionnel qu'humain, se prépare.

Pendant le CNNC

Dix-huit heures quarante-cinq, arrivée à Toulouse avec deux collègues, à peine le temps de poser les valises à l'hôtel qu'on en rejoint d'autres, pour boire un verre, se retrouver ou se rencontrer. Tout de suite, des échanges sur notre métier, de manière naturelle : c'est notre point commun, le point de départ. Un petit restaurant, des fous rires et puis il faut songer à rentrer, car le lendemain c'est le premier jour du premier CNNC, et nous sommes tous très pressés d'y être.

Jeudi 11 octobre 2012, 8h45 : ça y est, on y est, au CNNC ! On retrouve des collègues déjà croisés, on se présente à d'autres, on boit un thé ou un café et puis chacun trouve sa place dans l'amphi. Le CNNC commence !

Pendant cette première journée, les communications s'enchaînent, les discussions et les débats aussi. Voilà ce que j'ai retenu de cette première journée :

L'approche intégrative indispensable prônée par M. Van der Linden (« L'identité professionnelle du psychologue-neuropsychologue : enjeux et moyens ») : nous ne sommes pas des « testeurs » et il ne tient qu'à nous de le prouver, en refusant d'être considérés comme tels, en nous formant à d'autres méthodes, en utilisant d'autres outils, en prenant en compte l'ensemble des facteurs qui sont en jeu dans une situation particulière et unique.

Chacun à notre niveau, nous pouvons proposer des approches innovantes et adaptées, en utilisant les nouvelles technologies par exemple (E. Tramoní : « Intérêt de l'I-Phone dans la prise en charge d'un syndrome amnésique et d'un patient prosopagnosique »), qui permettent une réelle amélioration de la qualité de vie de nos patients, visible par tous, et de ce fait valorisent notre action et nos compétences.

Un long chemin est encore à parcourir quand on écoute le discours de certains médecins (« Intérêt du traitement médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer et les dernières recommandations de la HAS » par L. Bories), mais ils ne sont pas tous à mettre dans le même panier et tous les espoirs sont permis quant à nos échanges avec les autres acteurs du monde médical et paramédical (Table ronde « Les relations avec les autres corps de métiers »). Nous

avons un travail éducatif à réaliser, mais nous devons également savoir nous remettre en question pour pouvoir faire évoluer la situation, plutôt difficile actuellement, au vu des témoignages rapportés par le public présent.

La situation de la neuropsychologie en France en 2012 n'est pas vraiment brillante (« Pratique de la [neuro] psychologie en 2012 » par D. Cazin) et nous en sommes en partie responsables. Les psychologues spécialisés en neuropsychologie sont peut-être trop nombreux et leur (notre) formation a encore d'importantes lacunes. Ces constats ne sont pas des *scoops*, mais, de mon point de vue, il était temps de les faire, de les dire tout haut, c'est là qu'est la nouveauté, la réelle avancée ! Il ne tient plus qu'à nous de modifier ces états de fait.

Des discours décomplexés sont possibles (et je pense bénéfiques et indispensables à l'évolution de nos pratiques), mais quand il s'agit de pointer des dysfonctionnements majeurs dans une pratique spécifique, en l'occurrence celle des consultations mémoire (Symposium « Diversité des interventions des neuropsychologues dans le vieillissement » par V. Mattio, J. Erkes et M. Van der Linden, pages 34-37), cela suscite des débats passionnés. C'est certes un point positif, mais cela démontre aussi que toutes les barrières ne sont pas prêtes à tomber. En effet, les discussions qui ont suivi ces présentations m'ont laissée un peu perplexe. Certaines personnes, plus directement concernées que moi (puisque j'exerce en EHPAD), semblent avoir vécu ces communications comme une mise en cause systématique du fonctionnement des consultations mémoire alors que, personnellement, j'ai trouvé les trois interventions justes et appropriées, très complémentaires, certes provocatrices, mais juste assez. Elles mettaient en évidence des problématiques importantes (tout à fait transposables à d'autres services), devant lesquelles il n'est plus possible de faire l'autruche, mais apportant aussi des solutions et des moyens pour « faire mieux », des manières différentes de travailler, d'envisager les choses. Ainsi, il me semble que c'est tous ensemble que nous devons « combattre » les pratiques qui nuisent à l'image de notre profession et à son développement, d'autant plus si dans notre quotidien nous avons des conditions de travail satisfaisantes et que notre valeur ajoutée est reconnue, ce qui n'est pas

toujours le cas, il devient de plus en plus difficile de le nier.

Ce qui change vraiment au CNNC, ce qui fait la différence, c'est que les thèmes cruciaux, qui semblent parfois tabous dans d'autres congrès, sont enfin abordés : notre identité professionnelle, notre formation, les dérives existantes, notre responsabilité, la nécessité de se regrouper, etc. Enfin il est sujet de nous, de nos difficultés sur le terrain en tant que professionnels, et même si les constats sont plutôt négatifs, même s'il y a de la provocation dans l'air, qu'est-ce que ça fait du bien !

J'y vois de l'espoir, j'y vois des réactions passionnées, j'y vois de l'énergie, j'y vois une envie, maintenant que tout est assumé, de regarder les problématiques en face et de les affronter ensemble, réunis !

À peine le temps de se remettre de la première que la deuxième journée commence déjà. Les communications s'enchaînent toujours autant, il faut courir d'une salle à l'autre pour ne rien rater. Elle passe peut-être encore plus vite que la première, la fatigue commence à se faire sentir, c'est toujours aussi intéressant, plus « pratico-pratique » je trouve, voilà ce que j'en ai retenu :

Les statistiques, c'est fantastique ! (« Statistiques appliquées en neuropsychologie : le "cas unique" au quotidien » par P.Y. Jonin, pages 44-51). Quand c'est expliqué de cette manière, quand c'est appliqué à notre pratique quotidienne, on a envie d'en savoir plus et il y a tant à dire. Sur l'utilisation de certains tests et de certaines normes, même en étant attentif, même en étant rigoureux, les limites sont vraiment importantes et la valeur ajoutée des résultats obtenus à un « test neuropsychologique » est de plus en plus réduite. Cette intervention m'a vraiment confortée dans ma pratique et je suis admirative qu'elle ait pu avoir lieu lors de ce congrès. Sans refuser complètement l'utilisation des tests, avoir conscience de ce à quoi ils peuvent servir, et de ce à quoi ils ne peuvent pas, me semble indispensable aujourd'hui. L'utilisation d'outils écologiques et la prise en compte qualitative des performances, comme l'appréciation du con-

texte de l'évaluation dans une approche intégrative, sont sans aucun doute pour moi l'avenir de notre profession.

Certaines initiatives ont l'air prometteur quant à la formation des futurs psychologues spécialisés en neuropsychologie (« La formation des stagiaires » par K. Lebreton et D. Cazin), notamment à Caen avec la mise en place d'un carnet de suivi des stagiaires qui devrait en inspirer plus d'un. Mais la situation actuelle est loin d'être idyllique, il est de notre devoir, en tant que professionnels, de travailler avec les universitaires pour corriger ensemble les défauts des formations existantes (pourquoi pas via nos regroupements locaux ? Affaire à suivre !). Cette intervention et d'autres, tout comme certaines discussions avec des collègues, m'ont d'autant plus confortée dans mon sentiment que l'accueil d'un stagiaire est une sacrée responsabilité, puisqu'il s'agit de l'encadrer et de le former

afin qu'il devienne un praticien de plus, qui détiendra le titre de psychologue et qui aura en charge des patients et des familles.

Le rassemblement est en marche (Café-débat « Du besoin de se rassembler : débat avec plusieurs associations régionales » par S. Chicherie, M. de Montalembert, R.M. Chaudat et G. Wauquier, pages 58-61) : il y a de plus en plus de regroupements locaux, de nombreux collègues ressentent ce même besoin et ensemble nous pouvons commencer à songer à un rassemblement national, pour prendre la suite de l'ARNPN (Association pour le Rassemblement National des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie, et porter haut les valeurs véhiculées par ce congrès, pour défendre nos droits, notre identité et la valeur de notre approche. Ma participation au stand associatif m'a permis également de parler de mon association, NeurOps6, et d'échanger avec celles et ceux qui étaient présents pour représenter les regroupements qui se sont organisés un peu partout en France. Un réel plaisir de voir et de participer à cette dynamique.

Finalement, j'ai réalisé que mon niveau d'anglais n'est pas encore suffisant pour suivre, la fatigue aidant, une

« Ce qui change vraiment au CNNC, ce qui fait la différence, c'est que les thèmes cruciaux, qui semblent parfois tabous dans d'autres congrès, sont enfin abordés ! »

intervention, aussi passionnante soit-elle, sans devoir lutter contre l'endormissement (« Rééducation en neuropsychologie » par B. Wilson). Désolé Mme Wilson, pour le peu que j'ai suivi, ça avait l'air très intéressant et heureusement, je pourrai me rattraper avec les vidéos du CNNC qui seront sous-titrées.

Lors de cette deuxième journée a également eu lieu la remise des prix « Neuropsychologie.fr — posters professionnels » pour les trois meilleurs posters présentés au CNNC (pages 62-70). Les lauréats présentaient des exemples de prise en charge et une étude de cas unique. Un beau moment également et une belle salve d'applaudissements pour les gagnantes.

Comment raconter le CNNC sans parler des à-côtés, des rencontres avec les collègues de tous les coins de France, des retrouvailles avec d'autres, des échanges, des débats, des désaccords et des questionnements qui nous emmènent jusqu'à tard dans la nuit. C'est difficile à décrire avec des mots, mais je peux vous assurer qu'à Toulouse les nuits sont courtes, puisqu'il faut discuter avec tout le monde et de tout, et c'est également là qu'est l'enrichissement que l'on vient chercher dans un tel congrès.

Et puis le CNNC s'achève, sur une *standing ovation*, avec ce sentiment de fierté de pouvoir dire « j'étais là », avec cette sensation d'avoir participé à un moment « historique » pour la profession. Sur le moment j'ai l'impression d'avoir accumulé une énergie nouvelle et débordante, que tout est possible, que le chemin est dégagé et qu'il ne tient plus qu'à nous d'assumer nos responsabilités et nos échecs, de nous rassembler et de profiter de cette opportunité

qui nous est offerte de faire évoluer nos pratiques et la situation de notre profession.

Une photo finish, quelques échanges encore, pour prolonger le moment, et puis chacun rentre chez soi, chacun retourne sur le terrain, sur son terrain.

L'après CNNC

Après quelques heures de sommeil réparateur, il y a le retour à la réalité, le retour sur le terrain, seule, face aux patients, face aux résidents et aux équipes dans mon cas. Beaucoup d'interrogations : quel bilan tirer de cette expérience ? Comment utiliser cette énergie, cette dynamique ? Comment faire évoluer les choses à mon échelle, dans ma pratique quotidienne ? Comment partager avec les collègues pour que cela ne reste pas qu'une avancée isolée et sans répercussion, pour que cela serve à tous, pour que cela rassemble ?

Le constat principal que je fais est qu'il est de notre responsabilité de faire avancer les choses et de changer nos pratiques, et que si l'on attend que le collègue change, que le supérieur change, que la loi change, nous n'irons pas très loin. Donc, sur le terrain, je me décide à affronter les problèmes et je reprends courage ! En quelques semaines, je n'ai rien révolutionné, mais j'ai quand même déjà commencé à évoluer, j'ai discuté de certaines situations avec mes supérieurs, j'ai relancé certains sujets que chacun préférerait oublier pour ne pas avoir à y faire face. Au lieu de marmonner dans mon coin, j'ai commencé à agir, à dire. Les problèmes n'ont pas disparu, mais j'ai donné mon opinion. Ça concerne l'accueil de stagiaires, les documents « psy » à mettre ou pas dans un dossier, etc. Des sujets auxquels je pensais régulièrement, mais sur lesquels finalement je n'étais jamais passée à l'action, ou que j'avais abandonnés faute d'avancées. J'attendais toujours le bon moment, pensant naïvement que ça se réglerait tout seul, mais avec la dynamique du CNNC, après tous les questionnements sur ma pratique, je ne pouvais plus refuser les évidences et ça fait vraiment du bien !

Bien sûr il y a des remises en question, mais le CNNC m'a avant tout confortée dans ma pratique et dans ma conception de ce métier, je continue donc à faire ce que je faisais déjà, avec d'autant plus de conviction, en étant réassurée et à l'aise, prête à



défendre mes choix et à assumer mes responsabilités en tant que psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Sur un plan plus personnel, l'énergie emmagasinée au CNNC m'a aussi permis de me remotiver pour les activités de mon association NeurOps6, face à une lassitude qui était en train de s'installer. Ce regain d'énergie m'a permis de me rappeler pourquoi je m'étais lancée dans cette aventure du rassemblement dès le début et je veux en profiter pour le rappeler à tous, transmettre cette énergie pour faire naître de nouveaux projets, pour faire avancer ceux qui sont en cours et repartir ensemble, revigorés, vers nos objectifs qui semblent parfois utopiques, mais qui en valent la peine. Cette énergie renouvelée pour participer également à la création d'une nouvelle association, au niveau régional cette fois, pour faire un pas de plus, étape après étape, vers ce rassemblement

national dont nous avons besoin, même s'il faut lui laisser le temps de se construire, sans se précipiter, pour aboutir au résultat tant attendu d'une unité de la profession autour de valeurs communes.

Conclusion

Pour conclure, je retiens de ce premier CNNC que les constats ont été faits, que le rassemblement est en marche, que beaucoup d'idées intéressantes ont été lancées et qu'il ne reste plus qu'à faire vivre cette neuropsychologie clinique là ! Ce fut un moment intense, riche d'enseignements et il ne tient qu'à nous, psychologues spécialisés en neuropsychologie, d'en faire un évènement fondateur d'une « nouvelle ère » de la neuropsychologie en France.

Merci aux organisateurs et à tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce congrès, c'est une réussite immense !

Premier CNNC : quelle résonance avec ma pratique en gériatrie ?

Mots clés : CNNC | Consultation mémoire | Pluridisciplinarité | Reconnaissance | Spécificité

Résumé : Psychologue spécialisée en neuropsychologie, exerçant dans une consultation mémoire, différentes interventions lors de ce premier Congrès National de Neuropsychologie Clinique ont suscité mon intérêt et ont alimenté mes réflexions concernant l'accueil, l'évaluation, l'accompagnement et la prise en charge des personnes présentant des plaintes cognitives. Quel cadre pour l'évaluation de ces personnes ? Quelle spécificité du psychologue spécialisé en neuropsychologie ? Comment mieux définir les compétences et missions de chaque professionnel travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire ? Comment œuvrer pour une meilleure (re)connaissance de notre pratique clinique ?

Hélène VICHARD



Psychologue spécialisée en neuropsychologie,

Consultation mémoire et Hôpital de jour gériatrique, Bain de Bretagne (35)

CMRR CHU Rennes (35)

Membre du CBPNM

Adhérente au SNP

helene.vichard@chu-rennes.fr

Introduction

Ce premier congrès de neuropsychologie clinique a été introduit de façon très logique par Monsieur Van der Linden, qui a d'emblée posé le ton de ces deux journées, en défendant une pratique clinique neuropsychologique, qui prenne vraiment en compte la complexité des phénomènes dans l'évaluation des personnes vieillissantes et qui soit au plus près du quotidien des patients. Il nous incite encore une fois à nous mettre au travail pour continuer de faire évoluer nos pratiques et pour les défendre.

Ces deux aspects — prise en compte de la complexité et des intérêts quotidiens des patients — ne sont-ils pas déjà au cœur de notre pratique à tous ? Que nous y soyons pour certains d'entre nous sensibilisés dès notre formation ou qu'ils apparaissent comme une évidence au fil des années d'expérience clinique, je n'imagine pas des collègues psychologues faisant l'économie de cette réflexion.

Alors quels sont les facteurs qui empêchent parfois d'avoir cette pratique de qualité ? Sont-ils en lien avec un manque de savoir-faire, de formation, de conscience professionnelle ou de compétence ? Sont-ils à rechercher dans des aspects institutionnels, concernant la place donnée aux psychologues dans les structures, la précarité de leur statut, leurs difficultés à s'imposer par rapport aux autres professionnels et à défendre des conditions de travail acceptables ?

Quel cadre pour l'évaluation initiale et le suivi des patients présentant des plaintes cognitives ?

Les missions des consultations mémoire seront questionnées tout au long de ce congrès, et leur bien-fondé parfois remis en question.

Il est dénoncé que l'accompagnement et la prise en charge de patients semblent bien souvent négligés au profit du diagnostic. Le fait d'accorder une place moins centrale au diagnostic, ou en tout cas d'accorder une plus large place aux aspects non médicaux des problèmes psychocognitifs des patients, semble faire consensus. Mais, doit-on pour autant remettre en question l'existence des consultations mémoire ? La prise en charge du vieillissement problématique doit-elle sortir de l'hôpital pour se dérouler dans les structures psychosociales ou d'intervention à domicile ?

La place du médical

Il est objecté que si nous sommes d'accord pour lutter contre le « tout médical », l'autre pendant « tout non médical », voire « tout psychologique » peut également s'avérer dangereux.

Ainsi, je retiens que Peter Whitehouse lui-même dans son ouvrage *Le mythe de la maladie d'Alzheimer* (Whitehouse & George, 2009) précise quels sont les symptômes qui doivent amener à consulter son médecin, indiquant ainsi qu'il ne remet pas en question la part médicale de l'évaluation. Comment penser le contraire ? L'intérêt de rechercher des causes médicales réversibles aux problèmes cognitifs tels que des maladies infectieuses, endocriniennes ou carencielles ne fait pas débat. Comment alors remettre en question la place du médecin spécialiste dans l'évaluation des plaintes cognitives et dans ce cas, pourquoi le psychologue n'interviendrait-il pas dès cette étape de consultation, en lien avec le médecin gériatre ou neurologue ?

Quel rôle pour le psychologue en consultation mémoire ?

Si nombre de médecins semblent penser que le seul intérêt du bilan neuropsychologique est l'aide au diagnostic, je défends l'idée, comme bon nombre de mes collègues, que ces consultations neuropsychologiques prennent au contraire tout leur sens quand elles servent à mieux comprendre le quotidien du patient, en incluant nombre de facteurs causaux et quand elles ont pour but de proposer un plan d'aide individualisé construit avec le patient, tenant compte de la motivation, des intérêts, des attentes, de la demande, des capacités du patient, ainsi que des fac-

teurs susceptibles de limiter ou de favoriser le changement.

L'évolution des missions des consultations mémoire

Les modifications apportées entre le cahier des charges initial en annexe de la circulaire du 30 mars 2005 : « *Mettre en place un projet de soins personnalisé et l'articuler avec le plan d'aide élaboré par les professionnels de terrain et/ou les CLIC* » ; « *Participer au suivi des personnes malades en partenariat avec les médecins de ville (généralistes, neurologues, psychiatres,... et les professionnels médico-sociaux* » ; et celui proposé par la circulaire du 20 octobre 2011 : « *Prescrire les traitements spécifiques et les séances de réhabilitation proposées à domicile par les SSIAD Alzheimer* » (Services de Soins Infirmiers à Domicile) va dans le sens d'une prise en charge des patients qui tend peu à peu à sortir de l'hôpital pour s'effectuer à domicile.

Vers un accompagnement à domicile ?

Au-delà de la pertinence évidente qu'il y a à se rapprocher du milieu de vie du patient, je défends l'intérêt d'une consultation initiale hors du domicile du patient, consultation à laquelle il aura fait la démarche de se rendre. Il ne me paraît pas dommageable que les premières rencontres avec le patient puissent se dérouler dans un espace qui n'entravera pas son intimité et dans lequel il se sera rendu de façon active. Si la rencontre avec le patient est également intéressante et a du sens à domicile, il peut apparaître difficile de proposer un bilan neuropsychologique complet dans un tel cadre.

Le bilan neuropsychologique en consultation mémoire peut également avoir comme finalité de permettre au patient et à sa famille de s'engager dans un éventuel processus d'accompagnement en consultation mémoire, à domicile ou vers une prise en charge dite réadaptative dans des structures de type hôpitaux de jour SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) ou à domicile. Des axes de prises en charge neuropsychologiques diverses peuvent être proposés, même si la consultation mémoire n'aura pas vocation à les mettre tous en œuvre.

Le lien hôpital — structures médico-sociales — domicile est essentiel et doit être une préoccupation

centrale pour tous les professionnels intervenants auprès de ces personnes.

Encore faudrait-il que les différentes structures à domicile ne fassent pas l'économie des compétences des psychologues. L'absence cruelle des psychologues dans les réseaux gériatologiques et dans les nouvelles équipes mobiles telles que les ESA (Équipe Spécialisée Alzheimer à domicile) n'est pas acceptable pour la profession ni pour les patients.

Vers une reconnaissance de notre pratique ?

Il me semble que les critiques qui peuvent être faites sur les pratiques en consultation mémoire ne sont pas tant des critiques du cadre (service hospitalier, comprenant un temps de médecin spécialiste, un temps de psychologue et un temps de secrétariat budgétés par l'ARS [Agence Régionale de Santé]) qu'une remise en question de l'évolution de ses missions, des attentes de certains médecins et directeurs d'hôpitaux par rapport aux consultations neuropsychologiques, et de la façon dont certains collègues n'ont pas pu défendre une pratique satisfaisante.

Depuis plusieurs années déjà les psychologues tentent d'alerter sur les dangers des consultations « à la chaîne » (Baclet, Boisse & Cazin, 2011). Ces dernières ne sont malheureusement pas l'apanage des consultations mémoire. Nombre de collègues exerçant en centre de rééducation font également face à des conditions de travail inadmissibles (jusqu'à 15 patients par jour), et si on veut aller plus loin, c'est toute la société qui est confrontée à cette obligation de productivité et à cette dérive de la logique financière qui prend le dessus sur tous les autres aspects.

Deux solutions semblent s'offrir à nous : la première est de créer nous-mêmes nos propres associations d'aide aux patients et à leurs familles. Virginie Mattio (voir l'article « Diversité des interventions des neuropsychologues dans le vieillissement – Intervention dans la communauté », pages 34-37) nous montrera de façon tout à fait encourageante comment il est possible de trouver des financements, pour des projets bien ficelés. Il me semble nécessaire toutefois de contribuer en parallèle aux

changements des pratiques, au sein des réseaux existants, qui ne doivent pas se faire sans nous.

C'est donc bien vers des textes de consensus de la pratique neuropsychologique et vers une organisation nationale capable de défendre une pratique de qualité et de faire des propositions que cette mise en question nous appelle à aller. Si les missions des consultations mémoire ne nous conviennent pas totalement, si la façon dont certains médecins ou certains directeurs d'établissement tentent de nous faire travailler ne nous convient pas, rien ne sert de critiquer le cadre et de le fuir. Nous avons le devoir de réagir en éclairant les différents partenaires et décideurs sur ce que peut être une pratique neuropsychologique clinique de qualité. C'est eux qu'il faut convaincre de la nécessité de prendre en compte la complexité des phénomènes et l'importance d'une prise en charge proche du quotidien des patients. Il faut que nous apprenions à décrire nos pratiques en montrant la plus-value que nous pouvons apporter par rapport aux autres professionnels et par rapport à ce qui est attendu de nous actuellement.

A un niveau individuel, j'ai pu constater que des médecins qui à l'origine comptaient sur des psychologues pour faire des bilans d'aide au diagnostic puis des bilans de suivi sans but précis, constatent d'emblée la plus-value apportée par un psychologue qui se met à proposer des consultations de restitution, de suivi et d'accompagnement, dédiées notamment à aider les aidants à ajuster leur comportement ou à mieux comprendre les attitudes de leur proche. Quand le patient et sa famille ressentent un bénéfice, le médecin spécialiste de la consultation mémoire le reconnaît également et peut se mettre à encourager ces pratiques. Plus récemment, en évoquant lors d'une réunion les concepts de récupération espacée et d'apprentissage sans erreur, j'ai pu voir des médecins gériatres très étonnés, mais intéressés de savoir qu'il était possible d'envisager de nouveaux apprentissages chez des patients présentant des problèmes de mémoire.

Ces observations m'amènent à penser que si nous sommes régulièrement exclus des nouveaux projets (plan Alzheimer en général, équipes mobiles ESA en particulier), cela est en grande partie dû à une méconnaissance de nos compétences.

Vers une évolution des pratiques ?

Différentes communications durant le CNNC vont illustrer le rôle du psychologue auprès des patients vieillissants, et c'est bien cette pratique-là qu'il nous faut défendre.

Les entretiens de restitution, dans le cadre d'une approche collaborative centrée sur la personne, présentés par Jérôme Erkès peuvent être relativement facilement proposés dans le cadre d'une consultation mémoire et devraient, selon moi, faire partie intégrante de tout bilan. Ils sont un premier pas vers l'accompagnement du patient car ils permettent déjà de rechercher avec lui et ses proches une meilleure compréhension de ses difficultés et des possibilités d'acceptation, d'adaptation et d'aménagement. Ils permettent de remettre le patient au cœur de la consultation.

La remise des prix pour les communications affichées, soutenue par l'association Neuropsychologie.fr a parfaitement couronné le congrès : le public a attribué le premier prix à un poster présentant deux situations de revalidations cognitives individualisées, mises en place au sein d'un hôpital de jour gériatrique (voir le poster « Essais cliniques de revalidations cognitives individualisées ciblées sur des activités de vie quotidienne », pages 63-65), témoignant qu'il est possible de reproduire des programmes de revalidations cognitives proposés initialement dans les cliniques universitaires dans des structures plus petites. Ce type de prise en charge est selon moi un des principaux axes de développement de notre profession auprès des personnes âgées.

Je retiens enfin de l'intervention de Martial Van der Linden sur le rôle des neuropsychologues en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) la nécessité de changer de culture, de prendre en compte les buts, les aspirations, les valeurs des personnes, leurs intérêts, de reconnaître leurs envies en termes d'amitié, de plaisir, de sortie, d'activité domestique, d'activité de loisir, ainsi que la nécessité d'aider les personnes à être dans les conditions qui vont leur permettre d'augmenter leur engagement dans les activités, la nécessité d'aménager la communication. Il s'agit également de s'interroger sur la façon dont les

personnes donnent du sens à leur situation et tentent de maintenir leur identité.

Spécificité et place du psychologue dans l'équipe pluridisciplinaire

L'évaluation et la prise en charge fonctionnelle sont mises à l'honneur lors de ces deux journées, et semblent peu à peu prendre le dessus, ou du moins compléter, les évaluations et prises en charge « papier-crayon ». J'ai assisté à deux interventions de grande qualité illustrant l'intérêt de ce type d'évaluation chez des patients schizophrènes (Stéphane Raffard, voir pages 19-26) puis chez des patients porteurs de sclérose en plaques (Mélanie Deschepper). Des outils tels que Profinteg sont notamment présentés (Wojtasik *et al.*, 2010). Je transfère sans problème l'intérêt de ces évaluations et de ces prises en charge auprès de mes patients vieillissants, témoignant de l'enrichissement mutuel possible de nos différents domaines d'exercice.

La question de savoir qui des psychologues spécialisés en neuropsychologie ou des ergothérapeutes sont légitimes pour effectuer ce type d'évaluation et de prise en charge, y compris au domicile des patients, reste en suspens me semble-t-il, même si je crois comprendre de la part des deux intervenants qu'ils défendent la légitimité des psychologues à les réaliser. Ce type d'évaluation et de prise en charge nécessite de bien connaître les modèles du fonctionnement cognitif, d'avoir procédé à une évaluation fine, d'avoir une connaissance des processus impliqués dans les tâches et de prendre en compte divers facteurs psychoaffectifs et socio-environnementaux pouvant influencer le comportement et les performances. Il apparaît assez nettement que seul le psychologue est formé et compétent dans tous ces domaines.

Martial Van Der Linden soulignera par ailleurs l'inconvénient qu'il y a à multiplier inutilement le nombre d'intervenants, ce que je ressens pleinement dans ma pratique actuelle au sein d'un hôpital de jour d'évaluation gériatrique. Il est plus difficile d'apporter une meilleure compréhension des modifications du comportement ou de l'autonomie si celles-ci ont été rapportées par la famille à l'infirmière et que le bilan quant à lui est proposé par le psychologue. De même,

ne perd-on pas d'information si la personne qui a évalué les troubles des processus cognitifs n'est pas la même que celle qui a vu le patient réaliser une activité en situation dite « écologique » ? Je ne remets pas en cause la nécessité pour le patient d'avoir accès à des professionnels experts des aspects sociaux, moteurs, et ergonomiques, mais je remets ici en question le partage classique des tâches au sein des équipes pluridisciplinaires, qui me semble parfois aller à l'encontre d'une prise en compte globale du patient et ne permet pas de lui garantir le temps qui lui est nécessaire pour s'engager dans une relation de confiance avec un professionnel et élaborer peu à peu une demande propre.

Les réflexions sur le rôle du psychologue au sein de l'équipe pluridisciplinaire seront tout juste ébauchées lors de ces journées et cette problématique semble loin de faire consensus au sein de notre profession. Le partage des rôles avec les autres professionnels, notamment les orthophonistes et les ergothérapeutes reste à définir, et il me paraît urgent de travailler sur cette question. Encore une fois, il me semble nécessaire de mettre en commun nos différentes pratiques et de tenter d'en faire ressortir peu à peu des consensus, que ce soit au niveau de la formation des équipes, de la mise en place d'un plan d'accompagnement individualisé, mais également au niveau de la mise en œuvre de ce plan auprès des patients et familles, en lien avec les autres professionnels, en institution, au domicile et dans la communauté.

Perspectives

Je ne m'attarderai pas sur d'autres thèmes tout aussi essentiels et qui ont été également abordés, comme le lien avec les universitaires qu'il importe de développer pour s'associer sur des projets communs, la question du lien avec les instances nationales représentant les psychologues (un représentant de la FFPP, Fédération Française des Psychologues et de la Psychologie, était présent lors de ces deux journées) et le développement important ces derniers mois de regroupements locaux et régionaux de psychologues spécialisés en neuropsychologie.

Deux autres interventions ont retenu mon attention. L'une concernait une méthode facilitatrice des stratégies de récupération basée sur l'imagerie mentale. L'autre traitait du développement d'une méthode

visant à déterminer l'influence de la récupération consciente et par habitude (automatique) dans une même performance. Ces deux recherches proposées par des collègues psychologues illustrent bien la façon dont la recherche a pleinement sa place dans nos pratiques et permet aux psychologues de contribuer à l'évolution permanente de notre discipline, de nos pratiques et de nos compétences.

Conclusion

Je repars de ce congrès pleine d'énergie et de projets, satisfaite et soulagée de voir comment la profession évolue, alors qu'on aurait pu craindre il y a quelques années qu'elle dérive vers une pratique de plus en plus purement psychométrique, dans un rôle de « passeurs de tests » que certains partenaires voudraient bien nous donner, que ce soit pour orienter le diagnostic, voire même sans objectif particulier.

J'ai le sentiment que notre profession est en train de mûrir et de se construire en prenant une place centrale et surtout bien spécifique dans la prise en charge des patients atteints de pathologies neurologiques et de leur famille. Je reste consciente que cette évolution passera obligatoirement par une structuration nous permettant d'une part de proposer des consensus de pratique et d'autre part de défendre une pratique de qualité auprès des différents partenaires. Au travail ! Pour que vive la neuropsychologie clinique !

Références bibliographiques

Baclet, C., Boisse, M.F., & Cazin, D. (2011). L'évaluation neuropsychologique en danger dans les consultations mémoire. *Le Journal des Psychologues*, 287(5), 11-13.

Circulaire N°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/10/cir_33961.pdf

Whitehouse, P.J., & George, D. (Traduit par Juillerat-Van der Linden, A.C. & Van der Linden, M.) (2009). *Le mythe de la maladie d'Alzheimer : ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*. Marseille : Solal.

Wojtasik, V., Olivier, C., Lekeu, F., Quittre, A., Adam, S., Salmon, E. (2010). A grid for a precise analysis of daily activities. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(1), 120-136.
doi:10.1080/09602010902934514

L'évaluation dans l'autisme

D'après les présentations de Patrice GILLET et Martine BRETIERE

Mots clés : Evaluation \ Trouble du Spectre Autistique (TSA) | Modèle neuropsychologique | Remédiation | Batterie FEE

Résumé : Ce symposium se propose d'aborder la difficulté de l'évaluation chez les enfants porteurs d'un Trouble du Spectre Autistique. Après avoir fait un bref rappel de l'histoire des recherches dans ce domaine, Patrice Gillet nous propose un modèle neuropsychologique de l'autisme basé sur le modèle lésionnel et illustre ses propos avec l'exemple des particularités de l'attention visuospatiale. Il conclut que les remédiations fonctionnelles fondées sur les observations des déficits lésionnels peuvent s'adapter à la population avec autisme. Martine Bretière, à travers une étude de cas, nous montre l'intérêt d'une nouvelle batterie, la FEE (Fonctions Exécutives Enfant), dans le dépistage et la prise en charge des dysfonctionnements exécutifs dans les troubles du spectre autistique, en comparant notamment les résultats aux plaintes extériorisées à la BRIEF (Inventaire d'Evaluation Comportementale des Fonctions Exécutives).

Anne-Marie CAULETIN-GILLIER



Psychologue spécialisée en neuropsychologie en libéral, Nice (06)

Membre des associations NeurOps6 (06) et NeuroPsy-PACA

Modératrice de l'association Neuropsychologie.fr

cauletinam@gmail.com

Rappel historique

Dans son article princeps définissant le syndrome autistique, Léo Kanner, dès 1943, présentait des cas d'enfants autistes avec une description sémiologique à la fois comportementale et cognitive (Kanner, 1943). Il envisageait en effet la description de l'autisme avec un déterminisme biologique qui préfigurait l'approche neuropsychologique actuelle. Par rapport aux descriptions de l'époque, les choses n'ont guère évolué.

Au plan comportemental, sont rapportés : un trouble du contact, un déficit de la communication (verbale et gestuelle), des activités stéréotypées, des centres d'intérêt restreints et une recherche d'immuabilité (crainte de l'imprévu).

Sur le plan cognitif, sont fréquemment observés : un manque d'imagination et une rigidité cognitive, une faible cohérence centrale, un manque de théorie de l'esprit et d'empathie, des îlots d'habiletés constructives, un intérêt pour les détails, une écholalie et une mémoire écholalique.

Historiquement, une partie du courant psychodynamique s'est opposée à la neuropsychologie, ralentissant l'intégration de l'autisme comme un syndrome neurodéveloppemental.

XXI^e siècle : imagerie et neuropsychologie

L'apport de l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) a permis de montrer des atypies fonctionnelles, notamment dans le traitement des visages (Schultz, 2000). Les autistes traiteraient les visages comme des objets (activation du gyrus temporal inférieur versus du gyrus fusiforme). Ces atypies dans le développement de

nombreuses fonctions adaptatives ne se verraient que lorsque les exigences de l'environnement vont les solliciter.

Les modèles neuropsychologiques de l'autisme sont basés sur des modèles lésionnels (Valeri & Speranza, 2009).

À la suite de lésions préfrontales (antérieures) :

- ✦ Impossibilité de mise à distance par rapport au réel, difficultés à passer volontairement d'une activité à l'autre, difficultés à dégager des propriétés communes d'un ensemble disparate d'éléments, réactions dépendantes des impressions sensorielles.
- ✦ Trouble du raisonnement logique, distractibilité, impulsivité, persévérations, défaut de planification et d'anticipation, perte du programme des actions dirigées vers un but.
- ✦ Sociopathie acquise, perte de jugement moral, perte des initiatives et de la faculté de décider et choisir, jovialité puérile, indifférence affective, activités compulsives, difficultés à identifier les émotions et à les exprimer, perte de la vie imaginaire.
- ✦ Collectionnisme, intolérance à la frustration, changements brusques d'humeur, stéréotypies (sucage d'objets non comestibles), réduction du jeu.

À la suite de lésions limbiques (amygdalo-hippocampiques) :

- ✦ Désinhibition du comportement, épisodes de peur panique, difficultés à identifier les émotions, dysfonctionnement du rythme veille-sommeil, amnésie antérograde, trouble de la mémoire de reconnaissance des personnes.

À la suite de lésions corticales postérieures :

- ✦ Trouble de l'identification des visages (prosopagnosie), des objets (agnosie visuelle) et des sons (agnosie auditive), trouble de la compréhension du langage seul, manque du mot, néologismes, jargonaphasie, écholalie, trouble du schéma corporel, de l'utilisation des objets.

À la suite de lésions du cervelet :

- ✦ Troubles du contrôle moteur et de la coordination visuo-manuelle.

Illustration des particularités en attention visuospatiale

Chez les enfants porteurs d'autisme, les performances dans les épreuves de barrage peuvent évoquer une « pseudo-héminégligence visuospatiale », alors qu'il s'agit en fait d'une hyperfocalisation attentionnelle (ou « tunnel de vision »). En effet, les autistes ont du mal à quitter un point visuospatial pour aller explorer ailleurs. D'après le paradigme classique de Posner, le pattern d'orientation de l'attention visuospatiale dans l'autisme se rapprocherait de celui de patients présentant des lésions pariétales ou cérébelleuses.

À la lumière de ces particularités, on comprend mieux :

- ✦ Les conséquences adaptatives : que peuvent comprendre les autistes de leur environnement quand celui-ci va trop vite ou est trop riche ? La prise d'informations fragmentaires ne leur donnera accès qu'à une partie du sens. Cette difficulté à désengager l'attention ouvre néanmoins des perspectives pour la prise en charge en analysant les conséquences adaptatives.
- ✦ Certains troubles du comportement : les stéréotypies d'utilisation et les autostimulations visuelles (comme faire tourner les roues d'une voiture miniature, agiter un objet allongé devant les yeux), qui sont des actions visant à focaliser l'attention, ont une valeur anxiolytique. La recherche de l'immuabilité et la crainte (voire la peur) de l'imprévu peuvent aussi s'interpréter en termes d'hyperfocalisation attentionnelle.

En conséquence, on pourra s'appuyer sur les modèles d'héminégligence visuospatiale pour adapter une rééducation « fonctionnelle », afin de les aider à mieux explorer l'espace visuel, mieux désengager leur attention et leur permettre de se sentir plus sécurisés.

Par ailleurs, cette hyperfocalisation sur des détails permet de mieux comprendre les îlots d'habi-

letés visuoconstructives. La plupart des autistes se révèlent en effet très doués pour les épreuves comme les cubes de Kohs (Shah & Frith, 1983) car ils sont sensibles à la présentation séparée des éléments visuels et bénéficient ainsi d'un « effet facilitateur ». Leur traitement perceptif est local et non holistique. Dans le test de Navon par exemple (Navon, 1977), leur attention se portera sur les petites lettres (b) qui servent à construire la grande lettre (H), sans pour autant visualiser cette dernière.

Ce traitement perceptif local pourra constituer un avantage, voire un talent, notamment en graphisme ou en dessin architectural, mais les pénalisera grandement dans les situations sociales. En effet, grâce à l'oculométrie (*eye-tracking*), il a été démontré que les autistes balayent les scènes en fixant des points non pertinents, contrairement aux contrôles sains qui effectuent une relation triangulaire entre les divers protagonistes (Pelphrey *et al.*, 2002). Ce style de traitement perceptif local traduirait une difficulté à construire une représentation globale de la situation et à rassembler tous les détails pour en faire un tout cohérent, ce qui entraîne le déficit de « cohérence locale ».

En ce qui concerne le décodage et le traitement des états affectifs, la compréhension nécessitant un traitement global de la personne (assemblage « mental » de différents détails comme la forme de la bouche, des sourcils, la position des mains, la tonalité de la voix), la rééducation fonctionnelle pourra se faire en référence à la prosopagnosie.

En conclusion, certains concepts, nés dans la psychologie de l'autisme, rejoignent d'autres concepts neuropsychologiques et inversement. Les remédiations fonctionnelles fondées sur les observations des déficits lésionnels peuvent s'adapter à la population avec autisme.

Le cas d'Y., 7 ans

Martine Bretière, psychologue spécialisée en neuropsychologie au CESA (Centre d'Evaluation Savoyard de l'Autisme), rapporte le cas d'Y., jeune garçon de 7 ans, diagnostiqué comme ayant un « autisme spécifique » sans déficience intellectuelle. Elle souhaite démontrer l'intérêt d'une nouvelle batterie, la FEE (Fonctions Exécutives Enfant), dans le dépistage et la

prise en charge des dysfonctionnements exécutifs dans les troubles du spectre autistique.

La FEE

La FEE est une batterie nouvelle, en cours de développement et de validation par les équipes de Jean-Luc Roulin et Nathalie Fournet à l'Université de Savoie ainsi qu'Arnaud Roy et Didier Le Gall à l'Université d'Angers. Cette batterie reprend des tests classiques pour lesquels elle fournit de nouvelles normes et de nouveaux protocoles, ainsi que des épreuves modifiées et des tâches nouvellement créées.

La planification est évaluée au moyen de trois épreuves : la figure complexe de Rey (avec un protocole un peu différent comportant un programme en cinq étapes après la passation), des labyrinthes et des scripts concernant des actions quotidiennes.

L'inhibition s'évalue également par trois épreuves : le Barre-Joe (une épreuve de barrage), le Stroop, et une épreuve de *tapping*.

La flexibilité est testée grâce au Brixton-J, au NCST (un type de Wisconsin Card Sorting Test, test de classement de cartes) et au Trail Making Test.

Enfin, la mémoire de travail est évaluée par une double tâche, une mise à jour verbale et une tâche visuospatiale.

Présentation du cas Y.

Y. a été dépisté à l'âge de 4 ans ½, avec un profil particulier :

- ✦ Communication : il a commencé à répéter des chiffres et des lettres et n'avait aucun problème d'articulation. Puis est apparue une écholalie immédiate et un langage stéréotypé.
- ✦ Relations sociales : il peut s'isoler, a des difficultés dans les interactions sociales et peu de regard social. Il a peu de jeux imaginaires et pas de jeux de faire-semblant. Il tourne autour de l'adulte lorsqu'il souhaite demander quelque chose.
- ✦ Comportements et intérêts : ses intérêts sont restreints aux chiffres et lettres. Il retient par cœur les histoires. Il accepte difficilement la nou-

veauté (comme les vêtements) et les changements de routines.

- ✦ Expression verbale actuelle : son vocabulaire est élaboré, il construit ses phrases mais produit des écholalias (phrases toutes faites prises dans des dessins animés, des histoires). Sa prosodie est très particulière, avec un langage « précieux ».
- ✦ Scolarité en cours préparatoire : il présente d'excellentes capacités d'apprentissage verbal, est dysgraphique, et montre une agitation et une hyperactivité.
- ✦ Prise en charge spécialisée : il est accueilli depuis deux ans au CATSA (Centre d'Accueil Thérapeutique Spécifique pour l'Autisme).

Le bilan neuropsychologique montre :

- ✦ Une efficacité intellectuelle dans la norme
- ✦ Sur le plan socio-émotionnel (en vie quotidienne et dans un groupe d'habiletés sociales) :
 - Peu d'expressions émotionnelles ou alors extrêmes et inadaptées socialement.
 - De nombreux comportements inadaptés dans la cour de récréation, probablement en lien avec l'incompréhension des situations socio-émotionnelles.
 - Une prosodie étrange, avec des tonalités de voix variables et inadaptées aux situations.
 - Pas ou peu de demandes spontanées.
 - Peu d'empathie, peu d'intérêt pour les états émotionnels des autres enfants.
- ✦ Sur le plan exécutif :
 - Des problèmes pour initier, arrêter ou changer d'activité
 - Des difficultés de flexibilité : résistance au changement, rigidité comportementale
 - Un déficit d'inhibition : thèmes récurrents, intérêts restreints, persévérations

- Des troubles attentionnels, avec des difficultés de filtrage des informations pertinentes : agitation, impulsivité, absence de contrôle.

La batterie FEE a été administrée à Y., accompagnée par une évaluation des manifestations comportementales avec la BRIEF (Inventaire d'Évaluation Comportementale des Fonctions Exécutives ; Roy, Fournet, Roulin & Le Gall, 2013), version parents et enseignants.

Alors que la BRIEF rapporte des plaintes sur la planification, l'inhibition, la flexibilité et la mémoire de travail, la FEE n'objective une perturbation significative que pour le domaine de la planification. Cette batterie permet donc de mettre en évidence de réels déficits fonctionnels, tandis que l'observation montre la contamination d'un processus sur les autres dans la vie quotidienne. Par ailleurs, il semble que dans le cas d'Y., le contexte culturel permettait de masquer le déficit de planification.

La comparaison entre les observations des parents et celles du groupe d'habiletés sociales extériorise un décalage, avec une observation parentale moins « sévère » que celle du groupe, notamment pour le contrôle émotionnel et l'initiation. En effet, la situation de groupe a tendance à majorer les difficultés par rapport au cadre familial connu, qui comporte plus de routines. De plus, il existe souvent une plus grande tolérance familiale, liée à l'habitude, vis-à-vis des troubles.

Conclusion et perspectives

Le symposium a été conclu sur la nécessité de faire évoluer les critères diagnostiques du DSM-V (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 5ème édition) :

- ✦ Abandonner les sous-groupes cliniques actuels et l'approche catégorielle (Asperger, Trouble Envahissant du Développement, Autisme typique).
- ✦ Adopter une approche dimensionnelle basée sur le profil cognitif et neuropsychologique, en faveur d'une seule entité clinique, le TSA = Trouble du Spectre de l'Autisme.

L'évaluation par la batterie FEE pourrait être pertinente pour différencier plusieurs profils en termes de

compétences ou faiblesses d'un ou plusieurs processus exécutifs, notamment l'inhibition, la flexibilité, la planification.

Références bibliographiques

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, 2, 217-250.

Navon, D. (1977). Forest before trees: the precedence of global features in visual perception. *Cognitive Psychology*, 9(3), 353-383. doi:10.1016/0010-0285(77)90012-3

Pelphrey, K.A., Sasson, N.J., Reznick, J.S., Paul, G., Goldman, B.D., & Piven, J. (2002). Visual scanning of faces in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(4), 249-261. doi:10.1023/A:1016374617369

Roy, A., Fournet, N., Roulin, J.L., & Le Gall, D. (2013). *BRIEF – Inventaire d'Evaluation Comportementale des Fonctions Exécutives (Adaptation Française de Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C., & Kenworthy, L.)*, Hogrèfe France Editions, Paris.

Schultz, R.T. (2000). Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 331-340. doi:10.1001/archpsyc.57.4.331

Shah, A., & Frith, U. (1983). An islet of ability in autistic children: a research note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 613-620. doi:10.1111/j.1469-7610.1983.tb00137.x

Valeri, G., & Speranza, M. (2009). Modèles neuropsychologiques dans l'autisme et les troubles envahissants du développement. *Développements*, 1(1), 34-48.

Pour en savoir plus

Gillet, P. (2000). *Neuropsychologie de l'enfant*. Marseille : Solal.

Gillet, P., & Barthelemy, C. (2011). Développement de l'attention chez le petit enfant : implication pour les troubles autistiques. *Développements*, 9, 17-25. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DEVEL_009_0017

Gillet, P., Chabernaud, C., Batty, M., Barthelemy, C., & Jambaque, I. (2009). La reconnaissance visuelle chez l'enfant avec autisme : résultats préliminaires à une adaptation pour enfants de la Birmingham Object Recognition Battery (BORB). *Développements*, 3, 35-44. doi:10.3917/devel.003.0035

Gillet, P., Lenoir, P., Batty, M., & Barthelemy, C. (2007). Traitement local et global des informations visuelles chez les enfants avec autisme : considérations neuropsychologiques. *Evolutions Psychomotrices*, 75, 22-28.

Hommet, C., Jambaque, I., Billard, C., & Gillet, P. (2005). *Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement*. Marseille : Solal.

Meaux, E., Gillet, P., Barthelemy, C., & Batty, M. (2010). « S'il te plaît... Dessine-moi un visage ! » : Représentation des informations faciales chez les enfants atteints d'autisme. *Bulletin scientifique de l'ARAPI*, 25, 61-66.

Approche compensatoire et environnementale des troubles cognitifs dans le « spectre schizophrénique »

Mots clés : Schizophrénie | Réhabilitation neuropsychologique | Approche compensatoire | Vie quotidienne

Résumé : La « remédiation cognitive » dans la schizophrénie connaît un essor important dans les pays anglo-saxons et tend à s'implanter en France via des programmes de prises en charge standardisés utilisés par un ensemble de professionnels de la santé, notamment psychologues spécialisés en neuropsychologie, mais aussi par des personnels paramédicaux tels que les ergothérapeutes et les infirmiers. Dans cet exposé, nous présenterons rapidement deux programmes de prises en charge neuropsychologiques utilisant les approches compensatoires. Le premier programme, le Cognitive Adaptive Training (CAT), est une approche individuelle visant à modifier l'environnement du sujet en prenant en compte les déficits cognitifs, le profil comportemental et l'environnement propre du patient afin de l'aider à faire face à ses difficultés cognitives. Le second programme, développé par Elizabeth Twamley, a la particularité de proposer une approche groupale. Afin d'essayer de répondre à la complexité et l'hétérogénéité des troubles cognitifs présents dans la schizophrénie, nous aborderons spécifiquement les modifications effectuées sur le CAT en collaboration avec Marie-Noëlle Levaux (Université de Liège). Nous discuterons des limites des programmes de remédiation existants et de la nécessité de les intégrer, comme toute prise en charge psychologique, dans une approche globale et nécessairement individualisée et centrée sur les difficultés en vie quotidienne. Enfin, nous évoquerons et discuterons de l'importance de la place du psychologue spécialisé en neuropsychologie dans la « remédiation cognitive » des individus souffrant de schizophrénie afin d'aller au-delà de programmes « clés en main » et ce, en se basant sur notre expérience clinique et les données de la littérature scientifique.

Stéphane RAFFARD



Maître de conférences,
Service Universitaire de Psychiatrie de
Montpellier.
(Laboratoire Epsilon, EA 4556, Uni-
versité de Montpellier 3)
stephane.raffard@univ-montp3.fr

Les psychologues français spécialisés en neuropsychologie exercent, et exerceront de plus en plus, dans le domaine des pathologies mentales, et notamment auprès de patients souffrant de schizophrénie. Cette tendance à voir notre champ d'exercices, longtemps restreint aux pathologies cérébrales acquises ou dégénératives, s'étendre depuis plusieurs années dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale est un fait nouveau en France. Nous présenterons dans cet article un bref rappel des connaissances scientifiques sur le concept de schizophrénie et rappellerons notamment l'importance de la prise en compte des déficits cognitifs présents dans cette pathologie. Un panorama des méthodes de prises en charge neuropsychologiques sera exposé. Les intérêts et les limites des différentes approches seront discutés. Enfin, nous proposerons quelques recommandations et réflexions sur les modalités de mise en œuvre de ces prises en charge.

L'importance de la cognition dans les troubles du spectre schizophrénique

La schizophrénie est un trouble multifactoriel nécessitant d'être appréhendé sous une approche dimensionnelle et continue. Il apparaît évident que l'approche catégorielle classique, distinguant

des sous-types de schizophrénie (paranoïde, catatonique) n'a que peu de pertinence autant pronostique, descriptive, que concernant les aspects de prise en charge (pour revue, voir Bentall, 2006 ; Cuesta, Basterra, Sanchez-Torres & Peralta, 2009). Des données récentes ont mis en évidence que la schizophrénie et les troubles mentaux en général devraient préférentiellement s'appréhender à travers une approche continue plutôt que discrète et qu'au moins six dimensions permettent de décrire la symptomatologie d'un individu ayant reçu un diagnostic de schizophrénie.

- ♦ Les symptômes positifs, qui sont des manifestations pathologiques anormales par leur intensité et la fréquence de leur présence (hallucinations, idées délirantes),
- ♦ Les symptômes négatifs, anormaux par leur absence, comme le retrait social, l'émoussement des affects,
- ♦ Les anomalies thymiques,
- ♦ Les symptômes moteurs comme les déficits de coordination intra et interpersonnelle,
- ♦ La dimension de désorganisation,
- ♦ La dimension cognitive.

Cette dernière dimension a reçu un intérêt particulier au cours des vingt dernières années. On se rappelle que le terme initial précédant le terme « schizophrénie » proposé par Bleuler était celui de « démence précoce » (Kraepelin, 1919) qui mettait déjà en évidence l'importance des troubles de la sphère cognitive dans la description symptomatologique des individus ayant reçu ce diagnostic.

Un ensemble d'études a pu mettre en évidence que les troubles cognitifs dans la schizophrénie sont présents avant le premier épisode puis s'accroissent après celui-ci, pour demeurer relativement stables au cours du temps (Hoff, Svetina, Schields, Stewart & DeLisi, 2005). Il existe cependant un sous-groupe de patients institutionnalisés de manière chronique subissant une détérioration cognitive franche au cours du temps. Donnée importante, la symptomatologie, exceptée celle dite « négative », influence peu les déficits cognitifs. Il s'agira cependant pour le

clinicien de privilégier au maximum une évaluation clinique en phase de stabilité du fait des effets confondants d'autres symptômes sur les performances, mais aussi pour placer le sujet en position de choix et de participation éclairée.

En ce qui concerne les traitements pharmacologiques, ils ont pour la plupart (en fonction du dosage ou du nombre) des conséquences délétères sur le fonctionnement cognitif et il s'agira d'en évaluer le coût/bénéfice afin que le médecin psychiatre en ajuste au mieux la posologie et la prescription. Nous voudrions signaler au lecteur un article particulièrement intéressant sur le sujet de Morrison, Hutton, Shiers & Turkington (2012a). Les auteurs rapportent des données récentes provenant de plusieurs méta-analyses montrant que l'efficacité des antipsychotiques est actuellement fortement surestimée, à la fois sur leurs impacts directs sur les symptômes et sur la réadaptation, avec de plus des effets secondaires importants, comme une forte prise de poids, des syndromes métaboliques ou des symptômes extrapyramidaux (Leucht *et al.*, 2012). D'autres études ne rapportent pas ou peu d'efficacité de ces traitements (antipsychotiques classiques ou atypiques) sur le fonctionnement cognitif, malgré les nombreux essais publiés sur le sujet et les croyances fortement répandues chez les médecins psychiatres que les antipsychotiques de seconde génération (atypiques) sont moins délétères (Tandon, 2011) et pourraient même améliorer la cognition chez les patients traités, ce qui est actuellement loin d'être démontré (Goldberg *et al.*, 2007). En parallèle, plusieurs études de cette équipe (voir par exemple Morrison *et al.*, 2012b) utilisent des prises en charge psychologiques (thérapies comportementales et cognitives, TCC) incluant des patients non traités et apportent des éléments intéressants sur l'idée qu'il existe des traitements efficaces alternatifs, du moins pour un certain nombre d'entre eux. Il nous semble en cela légitime de proposer que les interventions psychologiques dont fait partie la « remédiation cognitive » sont devenus incontournables dans la prise en charge des individus présentant des symptômes psychotiques.

Pour revenir sur les troubles cognitifs, ils apparaissent comme de forts prédictors du fonctionnement en vie quotidienne, de la qualité de vie, ou de

la capacité à la reprise du travail dans la schizophrénie (tout comme dans le cadre des lésions cérébrales acquises). On peut distinguer deux formes de déficits cognitifs : ceux impliquant des facteurs spécifiques comme la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, et ceux impliquant des facteurs généraux comme un ralentissement global du traitement de l'information, mesuré par les temps de réaction, et la limitation des ressources cognitives. Si les déficits cognitifs apparaissent comme étant des déficits « traits », relativement stables dans le temps, certains facteurs peuvent en influencer l'expression et l'intensité comme la symptomatologie (notamment l'apathie ou le manque de coopération), le manque de stimulation environnementale, les traitements pharmacologiques, les prises de toxiques ou encore l'état psychoaffectif. Donnée importante, il n'existe pas de profil type des altérations cognitives dans la schizophrénie. Les profils sont très hétérogènes (Levaux, Van der Linden, Larøi & Danion, 2012), nécessitant de la part du psychologue une évaluation complète ne pouvant se limiter à une simple évaluation dite cognitive, mais devant prendre en compte l'ensemble des sphères évoquées plus haut. Il s'agira aussi d'informer au maximum le patient sur les objectifs de l'évaluation et de la centrer à la fois sur la plainte subjective et les handicaps en vie quotidienne, ceux-ci constituant la (les) cible(s) de la prise en charge neuropsychologique.

La prise en charge des troubles cognitifs dans la schizophrénie

Nous préférons le terme de réhabilitation neuropsychologique à celui de remédiation cognitive, ce dernier laissant à penser que la cible de la prise en charge neuropsychologique est uniquement cognitive. De plus, la réhabilitation neuropsychologique fait partie plus globalement de la réadaptation psychiatrique et s'inscrit dans les modèles du rétablissement qui commencent progressivement à être intégrés en France.

La remédiation cognitive se réfère à un entraînement comportemental basé sur des interventions visant à améliorer le fonctionnement cognitif, avec pour objectif de maintenir ces améliorations dans le temps et de les généraliser à la fois à tout le fonctionnement cognitif et à la vie quotidienne.

À l'heure actuelle, les résultats des prises en charge cognitives, s'ils se sont avérés dans un premier temps encourageants, possèdent de nombreuses limites.

La première est le faible effet de généralisation des résultats obtenus à la fois sur les autres processus cognitifs et dans la vie quotidienne. En effet, deux méta-analyses parues ces dix dernières années (McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo & Mueser, 2007 ; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk & Czobor, 2011) ne montrent que des effets de taille faibles, qui deviennent modérés quand la prise en charge cognitive est couplée à des prises en charge comportementales ciblant les habiletés sociales (voir Figure 1). Une des premières explications de ces résultats décevants est la nature des programmes principalement d'approche restauratrice. Les techniques utilisées sont à la base d'entraînement de fonctions cognitives et ne ciblent que peu ou pas du tout les déficits en vie quotidienne.

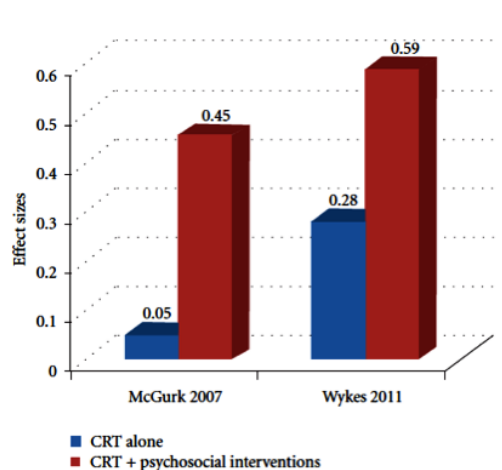


Figure 1 : Tailles d'effet (d de Cohen) de remédiations cognitives sur le fonctionnement. Données provenant des méta-analyses de McGurk *et al.* (2007) et Wykes *et al.* (2011), graphique tiré de Penades *et al.* (2012). CRT = Cognitive Remediation Therapy, thérapie de remédiation cognitive

En bleu : thérapie de remédiation cognitive seule.

En rouge : thérapie de remédiation cognitive couplée à des interventions psychosociales.

Une seconde limite est que les prises en charge sont évaluées suivant les critères classiques des études randomisées : prises en charge quasi identiques pour chaque patient sans prendre en compte l'extrême hétérogénéité des profils cognitifs et des handicaps

propres à chacun d'entre eux, limite stricte dans le temps de l'intervention ne prenant pas en compte les buts et objectifs de revalidation propres à chaque patient (pouvoir suivre une conversation, retenir une liste de courses à faire, maintenir un appartement propre) et on peut se poser la question de la motivation intrinsèque des participants à ces études.

Utilisation des approches compensatoires chez les individus souffrant de schizophrénie

Comme nous l'avons vu précédemment, les approches dites restauratrices ont montré un intérêt limité dans la prise en charge des troubles cognitifs présents dans la schizophrénie, notamment quand ces prises en charge ne dispensent pas de stratégies permettant aux patients de les appliquer et de les généraliser en dehors des séances de réhabilitation (Wykes *et al.*, 2011).

Il existe cependant d'autres types de prise en charge des troubles cognitifs. Les stratégies compensatoires sont basées sur le contournement des difficultés. L'approche compensatoire part du principe qu'il existe des façons différentes d'accomplir une même tâche. Autrement dit, elle propose différentes approches permettant d'atteindre le même but. Par exemple, une personne qui fait les courses et ne parvient pas à se rappeler les cinq articles qu'on lui a demandé d'acheter a probablement un déficit en mémoire verbale. Si cette personne peut ranger ces cinq articles dans différentes catégories (produits laitiers, apéritifs et produits pour animaux) et que cela lui permet de se rappeler que la liste des courses comportait du lait, des yaourts, des chips, du coca et de la litière pour chat, il s'agit d'une stratégie mnémotechnique basée sur l'organisation permettant de compenser le trouble mnésique.

On distinguera aussi les approches environnementales/adaptatives visant à modifier l'environnement afin de l'adapter aux difficultés cognitives du patient plutôt que le contraire. Nous évoquerons dans ce papier une combinaison de ces deux approches.

Deux programmes d'approche compensatoire et/ou environnementale ont été développés spécifique-

ment, à notre connaissance, dans les troubles du spectre schizophrénique.

Cognitive Adaptation Training (CAT)

Le CAT, développé par la psychologue américaine Dawn Velligan, est une intervention à la fois de type compensatoire et environnemental qui se déroule au domicile du patient et dont le but est de réduire l'impact des déficits cognitifs dans sa vie quotidienne. Le CAT comprend une évaluation neuropsychologique, une évaluation comportementale permettant de proposer un profil cognitivo-comportemental pour chaque patient, et une évaluation environnementale, notamment du lieu de vie du patient.

Une fois ces évaluations effectuées, il va s'agir de déterminer quels sont les buts prioritaires que le patient souhaite modifier (comme l'hygiène intérieure, personnelle, l'orientation temporo-spatiale, effectuer des courses). Ceux-ci sont ensuite priorisés en fonction de leur faisabilité.

Plusieurs cas cliniques ont été publiés (Draper, Stutes, Maples & Velligan, 2009 ; Velligan, Mahurin, True, Lefton & Flores, 1996 ; Velligan *et al.*, 2000), dont un récemment en Hollande (Quee *et al.*, 2012). Ces études, ainsi que plusieurs autres randomisées (Velligan *et al.*, 2000 ; 2002 ; 2008a) sont d'une grande aide pour le clinicien voulant mettre en place ce type d'intervention. Celles-ci ont pu mettre en évidence des résultats particulièrement efficaces, à la fois sur la symptomatologie des patients (notamment les symptômes négatifs), le nombre de rechutes et d'hospitalisations, la qualité de vie (Velligan *et al.*, 2002), la prise du traitement (Velligan *et al.*, 2008b) et enfin le fonctionnement global (Velligan *et al.*, 2009). À noter que le fonctionnement cognitif n'était pas évalué en pré-post car il ne constituait pas un objectif direct dans les prises en charge environnementales et compensatoires.

Malgré des résultats particulièrement pertinents car centrés sur la vie quotidienne des patients, un ensemble de limites évidentes ressortent de ce programme :

- ♦ Une proposition de profils cognitivo-comportementaux trop limités. Six profils sont proposés : avec ou sans troubles exécutifs puis un com-

portement de type apathique, désinhibé ou mixte.

- ✦ Une évaluation neuropsychologique ne prenant pas en compte l'hétérogénéité du fonctionnement cognitif présent dans la schizophrénie (Levaux *et al.*, 2012).
- ✦ Une évaluation en vie quotidienne ne permettant pas un séquençage des difficultés à effectuer une tâche précise, et donc ne permettant pas de faire un lien entre processus cognitifs altérés et difficultés à effectuer l'activité.
- ✦ L'absence des techniques de réhabilitation neuropsychologique et psychologique permettant de mieux prendre en charge chaque patient de manière individualisée.

C'est pour ces raisons que nous avons proposé, avec Marie-Noëlle Levaux, de modifier un ensemble de pratiques et de variables d'évaluation. Nous souhaitons améliorer la pertinence de l'évaluation, approfondir l'étude des déficits cognitifs et apporter des méthodes d'évaluation et de prise en charge des variables psychoaffectives, de la conscience des troubles et de la motivation. Nous avons établi une version francophone du CAT (Raffard & Levaux, 2012, non publié) à laquelle nous avons ajouté un ensemble de techniques issues des TCC (approche motivationnelle, apprentissage par *modeling*, renforcement positif, techniques d'entretien) et de la neuropsychologie (récupération espacée, double codage).

Programme groupal de E. Twamley

Il s'agit d'une prise en charge groupale des troubles cognitifs, d'approche essentiellement compensatoire. Ce programme présente à notre avis plusieurs avantages :

- ✦ Proposer un format de groupe particulièrement pertinent pour les patients jeunes. En effet, c'est une période de construction de l'identité, caractérisée par le besoin d'appartenance au groupe, dans laquelle l'opinion et le *feed-back* des pairs priment sur ceux des parents (Leclerc & Lecomte, 2012).
- ✦ Contrer l'isolement social des patients, souvent en retrait social depuis de nombreuses années.

- ✦ Permettre d'évoquer des expériences, des difficultés entre pairs, ce qui participe au processus de normalisation des symptômes particulièrement important dans la schizophrénie.

Ce programme de groupe dure douze séances, d'environ deux heures chacune. Une technique compensatoire est expliquée et expérimentée lors de chaque séance, et individualisée pour faire correspondre chaque technique à des situations propres à chaque individu. Cela permet d'augmenter la motivation intrinsèque des participants (voir Tableau 1 pour le contenu des différentes séances). Chaque participant a un cahier personnel. Les thérapeutes du groupe ont une formation TCC. Il est animé par un psychologue et co-animé par un infirmier, afin de maximiser la généralisation des techniques. En effet, ces méthodes peuvent être indicées par le personnel

Tableau 1 : Programme d'E. Twamley (traduit par Raffard et collaborateurs, non publié)

Séance 1	Introduction et agendas
Séances 2 à 5	Mémoire prospective, vigilance au cours des conversations, vigilance au cours des activités
Séances 6 à 9	Apprentissage verbal et mémoire
Séances 9 à 11	Flexibilité cognitive
Séance 12	Conclusion

infirmier lors des rencontres en hôpital de jour ou lors de visites au domicile par exemple.

Plusieurs études ont été publiées sur l'efficacité de ce groupe (Twamley, Vella, Burton, Heaton & Jeste, 2012 ; Twamley, Burton & Vella, 2011 ; Twamley, Savla, Zurhellen, Heaton & Jeste, 2008), ce qui a motivé notre désir de le traduire et de le mettre en place dans le service universitaire de psychiatrie adulte de Colombière, à Montpellier. En effet, ces études montrent que les bénéfices de ce groupe se généralisent significativement à la vie quotidienne, au fonctionnement global, et améliorent la qualité de vie ainsi que les symptômes négatifs. Cette technique bénéficie particulièrement aux patients ayant le fonctionnement cognitif le plus bas.

C'est un programme relativement peu coûteux en termes de matériel et de temps. Il s'agira évidemment de l'adapter en fonction des participants. Le programme initial sur douze séances nous apparaît un peu trop court et ne permet pas de s'attarder assez sur certaines techniques apportées, comme la vigilance au cours de conversations ou la résolution de problèmes. Il est de plus proposé à chaque patient d'effectuer des exercices en vie quotidienne, qui sont ensuite revus durant les séances suivantes.

Que ce soit dans le groupe Twamley ou le CAT, il s'agit de permettre un transfert de certaines connaissances, sous la supervision d'un soignant spécialisé qui va secondairement favoriser le transfert des acquis à la vie quotidienne des patients. En effet, les équipes infirmières passent un temps important avec les patients. Il est donc nécessaire de sensibiliser les équipes aux problèmes cognitifs présents dans la schizophrénie, afin de permettre de faire le lien entre ces troubles et les difficultés en vie quotidienne. Cela favorise la compréhension d'un ensemble de difficultés rencontrées chez les patients et trop souvent attribuées à la symptomatologie psychotique, comme certains comportements apathiques par exemple (qui pourraient être expliqués par des déficits attentionnels : le patient ne lit plus, car il n'arrive pas à retenir ce qu'il lit), des difficultés d'hygiène (difficultés de planification), les oublis de rendez-vous ou de prise de traitement, qui ne s'expliquent pas seulement par un défaut d'*insight* dans certains cas.

Conclusion

Les approches compensatoires et environnementales dans la prise en charge des troubles cognitifs, bien que peu développées et disponibles en France, apparaissent particulièrement efficaces dans la prise en charge des troubles cognitifs. Centrées sur les difficultés en vie quotidienne, elles favorisent une généralisation et une application des techniques apprises par le patient dans son environnement proche.

L'approche groupale de Twamley pourrait être particulièrement intéressante pour les patients jeunes en début de maladie, comme cela semble être le cas pour les thérapies comportementales. Évidemment, elle est à intégrer dans une prise en charge personnalisée, fabriquée « sur mesure » pour chaque cas

individuel (Levaux *et al.*, 2012), et peut de ce fait être mise en place en parallèle et couplée avec d'autres types de prises en charge, du fait des facteurs influençant à la fois la cognition et l'évolution des troubles (*insight*, dépression, adhésion au traitement, environnement de vie).

De plus, ces approches apparaissent comme beaucoup plus pertinentes que les approches restauratrices se présentant sous forme de programmes assistés par ordinateur (d'Amato *et al.*, 2011) ou de manuels papier-crayon existant actuellement en langue française, visant avant tout une restauration des fonctions altérées et montrant un transfert faible, voire nul, aux difficultés des patients dans la vie quotidienne.

Il s'avère néanmoins qu'elles souffrent de certaines limites évoquées précédemment, surtout si on se contente de les utiliser comme des programmes standardisés. En clinique, les programmes présentés ci-dessus ne sont que des outils faisant partie d'un ensemble de pratiques, de techniques, et ne sont jamais à considérer comme des recettes toutes faites. Ils doivent s'inscrire dans des projets de vie individualisés dans lesquels, nous le rappelons, la cible d'intervention n'est pas le déficit, mais bien le handicap et la (les) plainte(s) du patient dans sa vie quotidienne (Bentall, 2006).

Références bibliographiques

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4), 11-23. doi: 10.1037/h0095655
- Bentall, R. (2006). Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. *Medical Hypotheses*, 66, 220-233. doi:10.1016/j.mehy.2005.09.026
- Cuesta, M.J., Bastera, V., Sanchez-Torres, A., & Peralta, V. (2009). Controversies surrounding the diagnosis of schizophrenia and other psychoses. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 1475-1486. doi:10.1586/ern.09.102
- D'Amato, T., Bation, R., Cochet, A., Jalenques, I., Galland, F., Giraud-Baro, E., Pacaud-Troncin, M., Augier-Astolfi, F., Llorca, P.M., Saoud, M., & Brunelin, J. (2011). A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for

- schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 125(1-2), 284-290. doi:10.1016/j.schres.2010.10.023
- Draper, M.L., Stutes, D.S., Maples, N.J., & Velligan, D.I. (2009). Cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65(8), 842-853. doi:10.1002/jclp.20612
- Goldberg, T.E., Goldman, R.S., Burdick, K.E., Malhotra, A.K., Lencz, T., Patel, R.C., Woerner, M.G., Schooler, N.R., Kane, J.M., & Robinson, D.G. (2007). Cognitive improvement after treatment with second-generation antipsychotic medications in first-episode schizophrenia: is it a practice effect? *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1115-1122. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1115
- Hoff, A.L., Svetina, C., Shields, G., Stewart, J., & DeLisi, L.E. (2005). Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 78(1), 27-34. doi:10.1016/j.schres.2005.05.010
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. New York: Huntington.
- Leclerc, C., & Lecomte, T. (2012). TCC pour premiers épisodes de psychose : pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 22(3), 104-110. doi:10.1016/j.jtcc.2012.07.006
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J.M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 379(9831), 2063-2071. doi:10.1016/S0140-6736(12)60239-6
- Levaux, M.N., Van der Linden, M., Larøi, F., & Danion, J.M. (2012). Caractérisation des difficultés dans la vie quotidienne de personnes souffrant de schizophrénie en rapport avec les facteurs cognitifs et cliniques. ALTER, *European Journal of Disability Research*, 6(4), 267-278. doi:10.1016/j.alter.2012.08.003
- McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzler, D.I., McHugo, G.J., & Mueser, K.T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07060906
- Morrison, A.P., Hutton, P., Shiers, D., & Turkington D. (2012a). Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? *The British Journal of Psychiatry*, 201, 83-84. doi:10.1192/bjp.bp.112.112110
- Morrison, A.P., Hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Brabban, A., Callcott, P., Christodoulides, T., Dudley, R., French, P., Lumley, V., Tai, S.J., & Turkington, D. (2012b). Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 1049-1056. doi:10.1017/S0033291711001899
- Penades, R., Catalan, R., Pujol, N., Masana, G., Garcia-Rizo, C., & Bernardo, M. (2012). The integration of cognitive remediation therapy into the whole psychosocial rehabilitation process: an evidence-based and person-centered approach. *Rehabilitation Research and Practice*, ID 386895. doi:10.1155/2012/386895
- Quee, P.J., Schneider, H., van Slogteren, S., Wiersma, D., Bruggeman, R., & Velligan, D.I. (2012). Cognitive adaptation training provided to chronically hospitalized patients with schizophrenia in the Netherlands: two case reports. *Case Reports in Psychiatry*, ID 596162. doi:10.1155/2012/596162
- Tandon, R. (2011). Antipsychotics in the treatment of schizophrenia: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(Suppl 1), 4-8. doi:10.4088/JCP.10075su1.01
- Twamley, E.W., Burton, C.Z., & Vella, L. (2011). Compensatory cognitive training for psychosis: who benefits? Who stays in treatment? *Schizophrenia Bulletin*, 37 (Suppl 2), S55-S62. doi:10.1093/schbul/sbr059
- Twamley, E.W., Savla, G.N., Zurhellen, C.H., Heaton, R.K., & Jeste, D.V. (2008). Development and pilot testing of a novel compensatory cognitive training intervention for people with psychosis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(2), 144-163. doi:10.1080/15487760801963678
- Twamley, E.W., Vella, L., Burton, C.Z., Heaton, R.K., & Jeste, D.V. (2012). Compensatory cognitive training for psychosis: effects in a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(9), 1212-1219. doi:10.4088/JCP.12m07686
- Velligan, D.I., Bow-Thomas, C.C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T.J., & Miller, A.L. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1317-1323. doi:10.1176/appi.ajp.157.8.1317
- Velligan, D.I., Diamond, P.M., Maples, N.J., Mintz, J., Li, X., Glahn, D.C., & Miller, A.L. (2008a). Comparing the efficacy of interventions that use environmental supports to improve outcomes in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 312-319. doi:10.1016/j.schres.2008.02.005
- Velligan, D.I., Diamond, P.M., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Zeber, J., Ereshefsky, L., Lam, Y.W., Castillo, D., & Miller, A.L. (2008b). The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes

in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 483-493. doi:10.1093/schbul/sbm111

Velligan, D.I., Draper, M., Stutes, D., Maples, N., Mintz, J., Tai, S., & Turkington D. (2009). Multimodal cognitive therapy: combining treatments that bypass cognitive deficits and deal with reasoning and appraisal biases. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 884-893. doi:10.1093/schbul/sbp075

Velligan, D.I., Mahurin, R.K., True, J.E., Lefton, R.S., Flores, C.V. (1996). Preliminary evaluation of cognitive adaptation training to compensate for cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(4), 415-417.

Velligan, D.I., Prihoda, T.J., Ritch, J.L., Maples, N., Bow-Thomas, C.C., & Dassori, A. (2002). A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 283-292. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/28/2/283.abstract>

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R., & Czobor P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *The American Journal of Psychiatry*. 168(5), 472-485. doi:10.1176/appi.a-jp.2010.10060855

Regard critique sur la neuropsychologie clinique en France en 2012

Mots clés : CNNC | Formation | Historique | Organisation nationale

Résumé : Cet article vise à faire un point critique sur la formation des psychologues spécialisés en neuropsychologie en France aujourd'hui. Celle-ci s'est formalisée en 1992 par la création du premier master de psychologie spécialisé en neuropsychologie et l'offre de formation n'a cessé de s'étoffer depuis, avec un essor de plus en plus important depuis les années 2000. Cet article met en lumière les manques et les besoins au niveau de la formation : déséquilibre quantitatif entre théorie et pratique, manque d'information sur l'histoire de la profession et trop faible prise en compte des réalités de terrain avec la formation de plus de professionnels qu'il n'existe de postes à pourvoir, etc. Le constat est amer, mais réalisé dans l'objectif d'apporter des pistes d'amélioration dans les années à venir. Trois acteurs ont un rôle fort à jouer dans la formation : le monde étudiant, mais aussi les responsables universitaires et les professionnels. Une collaboration plus étroite entre ces différents acteurs s'avère indispensable afin d'améliorer l'articulation entre formation pratique et théorique des futurs psychologues spécialisés en neuropsychologie.

Dominique CAZIN



Psychologue spécialisée en neuropsychologie,

Consultation mémoire et service de neurologie, CH Dr Schaffner, Lens (62)

Président de l'association neuropsychologie.fr

cazindominique@gmail.com

Si les thématiques engagées et l'objectif assumé de proposer une formation par les psychologues, pour les psychologues sont des éléments incontestables de la réussite de cette première édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique (CNNC), il y en a d'autres que je souhaite rappeler en guise d'introduction.

Ce rendez-vous historique est aussi la conséquence d'un enchaînement d'événements dont on peut dater les premiers soubresauts au début des années 2000. L'offre de formation universitaire s'est alors rapidement développée, amenant sur le marché de manière beaucoup plus visible une nouvelle espèce de psychologues : les neuropsychologues.

Chacun s'est attelé à trouver sa place et, chemin faisant, a rencontré des difficultés assez semblables d'un établissement à l'autre : la question de l'identité professionnelle par rapport aux autres psychologues et aux paramédicaux en place, les problématiques d'exercice professionnel spécifiques par rapport aux autres champs de la psychologie, l'instrumentalisation de la profession, etc.

L'arrivée des réseaux a permis d'agréger nombre de ces difficultés professionnelles, mais a aussi donné les moyens à des professionnels éloignés les uns des autres de réfléchir à ce qu'il convenait de faire. La création de l'Association pour le Rassemblement National des Psychologues Neuropsychologues (ARNPN), en 2008, fut le point d'orgue des réflexions sur les difficultés et les enjeux que la profession devait affronter. L'assemblée générale constitutive a fait, d'emblée, un lien naturel entre la structuration de la profession et la tenue de journées nationales de la neuropsychologie, afin de promouvoir la pratique neuropsychologique par les psychologues.

Tout ceci pour rappeler que le CNNC n'est pas qu'un lieu d'échange de pratiques. C'est un moment qui nous permettra aussi de mesurer les avancées de la profession dans son identité, ses objectifs, et la place qu'elle s'accorde. Pussions-nous être fiers de nous retrouver tous les deux ans pour cela.

Vingt ans déjà

Le plus ancien master de neuropsychologie en France a fêté ses 20 ans il y a peu, célébrant par la même occasion deux décennies universitaires et professionnelles. Du point de vue universitaire, comment l'offre de formation a-t-elle évolué durant cette période ?

Il est possible de définir deux grandes périodes dans l'histoire de la formation des psychologues spécialisés en neuropsychologie en France : les années 1990 et les années 2000.

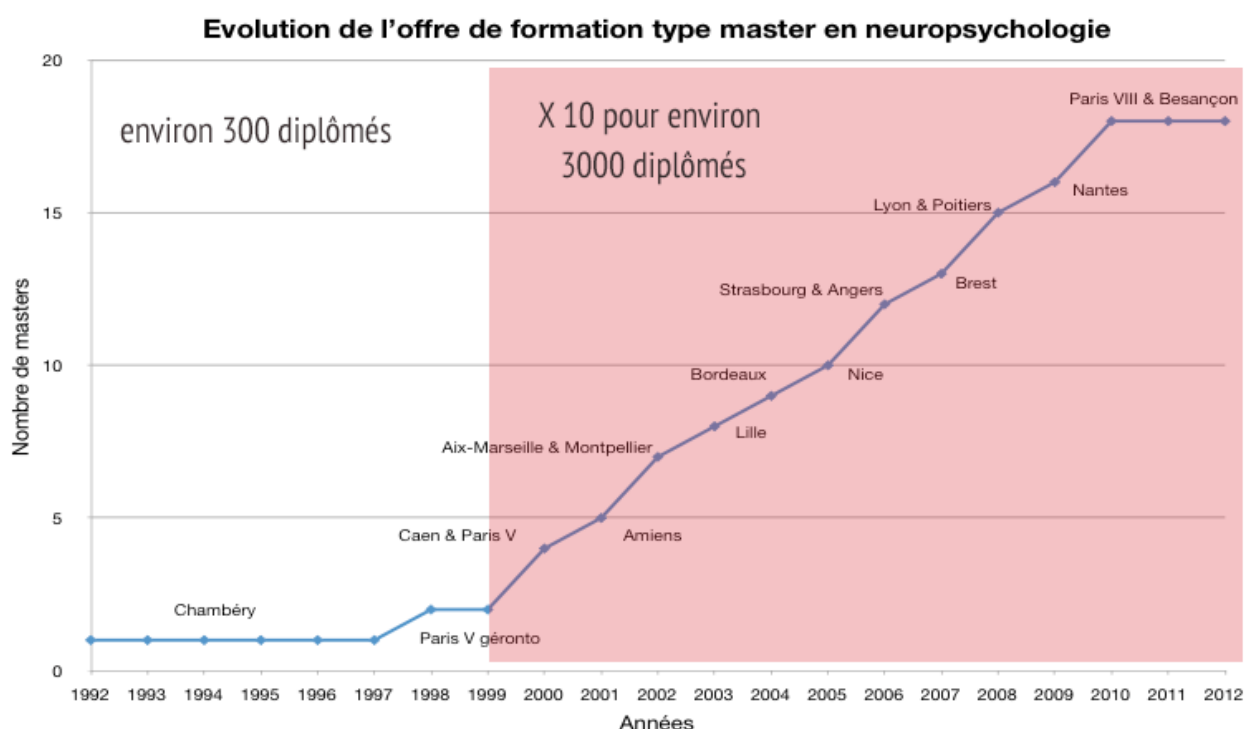
Durant la première décennie, une, puis deux, puis quatre formations se sont développées sur la vague « neuropsychologie », formant durant les dix premières années environ 300 professionnels. On peut, sans trop de retenue, affirmer que les universités se sont engouffrées dans l'ouverture de formations, puisqu'un facteur dix sépare le nombre de diplômés entre la fin de la première période et aujourd'hui.

S'il semble exister un essoufflement depuis 2010, des informations nous laissent penser que l'offre va continuer d'augmenter, avec au moins deux nouvelles formations en attente d'accréditation. Tout ceci ne tient pas compte, bien sûr, des parcours recherche (Diplômes d'Etudes Approfondies [DEA] et masters recherche), des masters de psychologie cognitive et des masters de gérontopsychologie.

Dans le même temps, les universitaires dans le champ de la neuropsychologie ont également contribué à l'essor de la Société de Neuropsychologie de Langue Française (SNLF), un organisme qui a offert nombre de colloques et ouvrages aux nombreux praticiens en recherche de contenu francophone.

Il convient de rappeler ici que la SNLF se définit elle-même comme une « société savante », et qu'elle n'a jamais eu pour objet de s'attaquer à la question spécifique des psychologues œuvrant dans le champ de la neuropsychologie, qu'il s'agisse de leur insertion, leur reconnaissance ou l'évolution de leurs pratiques cliniques.

Parce que l'objectif premier de l'université est de former, nous pourrions être tentés de considérer qu'elle ne fait qu'assumer ses missions générales. Ce serait pourtant faire peu de cas d'une question essentielle pour toute profession : quels mécanismes



garantissent à l'université une bonne gestion de l'offre et de la demande, ainsi qu'une cohérence des programmes de formation en neuropsychologie ?

Du point de vue du clinicien, ces vingt dernières années tendent à démontrer qu'il n'existe pas de projet pour la neuropsychologie en France. L'ouverture d'une formation est devenue un objectif en soi, alors qu'elle ne devrait être qu'un moyen. A qui ont servi les créations de masters ces dix dernières années : la profession ou les universités ?

Si cette question en gêne plus certains que d'autres, nombreux sont ceux à justifier l'expansion des formations grâce à la « bonne » insertion professionnelle dont jouiraient nos étudiants. Il convient, je crois, d'y regarder de plus près et de s'armer de quelques chiffres.

Une enquête du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche en 2011 a montré que si le taux d'insertion était bon (à deux ans et demi de leur diplôme, 93% des étudiants ont eu accès à un emploi) le taux d'emploi stable l'était nettement moins chez les psychologues (seulement 58%) tout comme l'accès à un emploi à temps plein (66%).

Une enquête spécifique à la neuropsychologie montre que notre profession, bien que très à la mode ces derniers temps, n'est pas épargnée non plus. L'ARNPN a publié, en 2010, une enquête menée chez les psychologues spécialisés en neuropsychologie. Parmi les 358 répondants, 42% seulement avaient un temps plein (incluant les multiples cumuls pour y parvenir), 27% étaient à mi-temps et le tiers restant cumulait des temps partiels, parfois inférieurs à 20%.

Il est temps de réclamer des indices fiables pour jauger le parc de formations actuel. Le taux d'emploi stable à deux ans et le temps de travail sont des indicateurs honnêtes dont les étudiants et la profession devraient disposer à l'avenir. Lorsque l'on connaît le salaire moyen d'un débutant, vivre avec un mi-temps lui-même découpé sur deux structures éloignées géographiquement tient du casse tête. Doit-on laisser faire ou se réjouir de cela ?

Outre la formation des étudiants en psychologie, l'université s'est également attelée à former d'autres professionnels à la neuropsychologie, à la rééduca-

tion, aux psychothérapies, etc. La diffusion de nos connaissances et pratiques participe indubitablement au flou identitaire qui règne en neuropsychologie. Il est parfois devenu bien compliqué, pour un psychologue, de faire valoir son expertise auprès de médecins ou paramédicaux auréolés d'une formation courte en neuropsychologie (type diplôme universitaire) et disposant de statuts plus confortables dans le champ de la santé.

Si les universitaires ont contribué à diffuser très largement et sans véritable projet la neuropsychologie, le constat professionnel n'est guère plus glorieux depuis la première promotion de neuropsychologie en 1992.

Nos collègues parisiens se sont organisés en associations locales, parmi lesquelles le Collège des Psychologues Cliniciens spécialisés en Neuropsychologie (CPCN) et l'Association du DESS (Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées) de Neuropsychologie de Paris V (ADEN). Au-delà de cela, aucune instance professionnelle n'a su émerger durant la première décennie d'existence, et il a fallu attendre la fin de la seconde décennie pour voir resurgir la question de notre organisation avec l'ARNPN.

Cette absence d'organisation professionnelle a, sans aucun doute, contribué à la situation que nous connaissons aujourd'hui : aucun projet professionnel national, l'absence de développement d'outils et de matériel clinique et une incapacité à peser sur l'expansion des formations universitaires.

La situation à l'étranger

Le modèle anglais est commode pour une comparaison avec notre système français, parce que la taille de la population est relativement proche de la nôtre, parce que l'organisation de la spécialité démarre la même année que l'ouverture de notre premier DESS, et que nous comptons le même nombre de psychologues dans nos pays.

Sur la question des chiffres, les choses sont simples : en 2012, nous comptons déjà trois fois plus de neuropsychologues que les Anglais ! Pour quelles raisons ?

Le modèle américain est très éloigné de ce que nous connaissons en Europe, mais il présente

l'avantage de mettre en perspective la courbe d'évolution du nombre de diplômés en France. Suivant les statistiques dont nous disposons, dans cinq ans nous compterons le même nombre de diplômés qu'un pays aussi grand que les Etats-Unis, qui compte cinq fois plus d'habitants que la France.

Il semble possible de lier l'existence d'organisations professionnelles à leur degré de développement. Ces pays gèrent la formation d'un point de vue global, dans une logique qui dépasse la sphère d'influence et les intérêts locaux d'une personne ou d'un laboratoire. Les neuropsychologues y disposent d'instances représentatives fortes et collaborent au futur de la profession. Sans une rénovation du système de formation universitaire français, sans une instance professionnelle et des psychologues plus responsables, la neuropsychologie française ne rejoindra jamais les plus hauts standards actuels.

Regard critique sur nos formations

Au-delà de l'expansion même des formations, il nous faut aussi nous attarder sur le contenu des parcours, sur l'enseignement qui amène un étudiant à disposer du droit à exercer.

Notre enquête ARNPN, réalisée en 2010, a mis en exergue trois principaux griefs par rapport à la formation reçue : un manque de clinique, un manque de stage, et un manque de compétences diversifiées. Tout ceci nous permet de questionner le modèle actuel de formation des neuropsychologues, formation pour la plus grande part adossée à un laboratoire de recherche dont les objectifs et les maîtres d'œuvre sont souvent très éloignés des préoccupations professionnelles.

Le temps des étudiants n'est-il pas trop accaparé par les processus de recherche dans lesquels ils sont impliqués, les conduisant à participer de manière découpée à la récolte de données, l'analyse statistique de scores bruts, la revue de publications fondamentales ? Ce temps ne devrait-il pas être mieux réparti, également orienté vers une pratique découverte beaucoup trop tardivement, de manière aléatoire selon la qualité des stages ? Nous devrions engager les étudiants à produire des réflexions sur l'identité du psychologue, sur la production de travaux pratiques, outils, normes, guides destinés aux familles et

patients, techniques de prise en charge, sur la place de l'approche psychothérapeutique également.

Quelle plus-value à un mémoire expérimental, basé sur des tâches d'amorçage perceptif, pour un étudiant en passe de devenir professionnel et à qui il manque tant de compétences ?

Par un jeu de spécialisation de plus en plus précoce, les étudiants sont amenés à se spécialiser parfois dès la troisième année universitaire. Cette tendance a pour effet d'assécher notre parcours de sa dimension clinique. La situation est telle que des services ont déjà fait le choix d'une prise en charge duelle pour un même patient : il ira voir le neuropsychologue pour les tests, et le psychologue clinicien pour se consoler de ses piètres performances. Le neuropsychologue n'est-il pas un psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie ?

L'absence de formation clinique solide n'a pas pour seul effet de nous rendre partiellement incompetents, cela participe également à renforcer l'instrumentalisation de notre spécialité, à qui l'on confie des tâches d'évaluateur. Nous devons en prendre conscience.

La supervision professionnelle

Les psychologues contribuent, eux aussi, à ces manques dont souffre le corps étudiant. Au même titre que chercheur n'est pas synonyme d'enseignant, psychologue n'est pas synonyme de référent.

Combien de cas de jeunes diplômés qui croient affirmer leur statut en devenant eux-mêmes encadrants ? Combien sont également plus ou moins contraints de prendre des stagiaires, dans la majorité des cas pour des raisons fallacieuses, alors qu'ils démarrent tout juste leur expérience professionnelle. Combien encore sont plus expérimentés, mais participent à ce qui s'apparente à du travail dissimulé, transformant du temps d'apprentissage en temps de « mise en autonomie ».

Accompagner un étudiant n'est pas un droit mais un engagement envers la profession toute entière. Je vous propose de mesurer le degré d'avancement de notre profession à la manière dont nous traitons nos étudiants : utilisés par l'université pour réaliser des protocoles expérimentaux et compiler des revues de littérature, utilisés par la profession pour palier au

manque d'embauche et exercer sans aucun cadre, que pouvons-nous espérer pour l'avenir de notre profession ?

Observons comment certains étudiants se présentent, par exemple sur les réseaux sociaux (comme Tweeter) : ils y parlent d'"IRM", de "blouse blanche", de "cerveau". On observe ici un glissement sémantique du psychologique vers le médical.

Ce glissement a de graves conséquences : il signera tôt ou tard une grande frustration ou pire, un épanouissement dans le rôle paramédical. Ce à quoi nous assistons n'est ni plus ni moins que le morcellement de la profession, par un processus de perte d'identité. Refusons cela.

L'encadrement de l'étudiant est le fruit d'une collaboration universitaire / praticien qui reste encore trop difficile. Citons le cas d'un master, vieux de 20 ans, qui avoue sans peine n'avoir jamais recalé un étudiant de master 2 pour un « problème de stage ». Le futur psychologue ne risque rien en cas de clinique défaillante, mais pourrait ne pas être validé pour un problème de statistique ? Qui forme-t-on au juste ? Pour quelles missions ?

Histoire de la psychologie versus histoire de la profession

S'il y a un cours généralement peu apprécié des étudiants, c'est celui sur l'histoire de la psychologie. N'est-il pas étonnant de constater que personne ou presque ne connaît l'histoire des premiers collègues, diplômés dès les années 1950 à la suite de la création de la licence de psychologie à la Sorbonne ? Qui connaît le GEPUP (Groupe d'Etudes de Psychologie de l'Université de Paris), première association de praticiens qui publia dès 1956-1957 deux numéros spéciaux sur les problèmes liés à l'enseignement, les statuts, et les débouchés en psychologie, préoccupations déjà importantes à l'époque !

Faut-il diversifier la psychologie, l'unifier sous un seul titre, nombreux furent les débats qui animèrent les praticiens de l'époque. La question de la psychothérapie fut longuement débattue, la place du psychologue par rapport au médecin également.

Robert Samacher rapporte les propos de différents personnalités de l'époque (Samacher R., 2009). En

1950, Georges Heuyer (médecin-chef) affirme que le psychologue ne peut être qu'un assistant, un « *auxiliaire médical au service du médecin* ». René Diatkine (psychologue), s'inquiète de « *l'augmentation considérable d'étudiants en psychologie* » et « *fait part de la difficulté de les employer tous* ». Marcel Bergeron, psychiatre, souligne quant à lui « *les conditions précaires du travail des psychologues* ». Pierre Jampolsky, psychologue, contribua à la place que nous occupons aujourd'hui : puisque les psychiatres souffrent déjà de leurs effectifs, ils délègueront certaines de leurs responsabilités aux psychologues qui, en retour, « *ne peuvent faire autrement que d'accepter le contrôle médical* ».

Si l'histoire de la profession n'avait pas été oubliée, les psychologues auraient pu affronter ces problématiques présentes dès nos premières années d'existence. Le clivage entre praticiens d'un côté et enseignants de l'autre a contribué à substituer une histoire (celle de la profession) pour une autre (celle des sciences humaines). Le manque d'organisation des praticiens a participé, quant à lui, à l'amnésie collective. Sans histoire et sans mémoire, le risque était grand de se retrouver à la place qui est la nôtre aujourd'hui.

De nos formations découlent nos pratiques

Sans cette amnésie, nous aurions également pu prévoir la résurgence massive du fantasme du psychotechnicien, diplômé en une année et sous l'étroite supervision médicale. En s'adossant au courant psychodynamique, les premiers psychologues ont peut-être trouvé de quoi s'extraire de ce désir d'évaluation du pouvoir en place, pouvoir médical mais déjà aussi, institutionnel.

Le psychologue a toujours eu besoin de cette étape pour prendre en charge, elle n'est pas remise en cause. Ce qui l'est par contre, c'est la place que nous avons accepté de lui donner au détriment de toutes nos autres pratiques. Outre les raisons historiques, l'orientation de la formation en neuropsychologie a largement contribué à la situation actuelle. Expérimentale, peu clinique, et en partie délivrée par des médecins, tout était réuni pour reformer des psychotechniciens. Non, pas tout ! Il aura également fallu compter sur la bienveillance desdits psychologues,

souvent trompés par l'illusion de participer à une pratique noble, dure, scientifique. Comme si le pouvoir médical rejaillissait un peu sur nous.

Posons ce simple constat : combien d'entre nous envisageraient d'abandonner l'utilisation du RL/RI-16 items ? Olivier Guard (neurologue et membre du GRECO, Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives) illustre à lui seul l'importance qu'a pu prendre cet outil dans notre pratique. Puisqu'il est indispensable d'avoir ce score et qu'il n'est pas compliqué de faire passer un test, il s'est donc mis au travail pour réaliser un « Grober simplifié » ! (Guard, 2007). Ainsi, il n'a même plus besoin du psychotechnicien.

Nous sommes nombreux à mesurer le recentrage qui s'exerce sur notre discipline : épreuves minutes, scores plutôt que profils. Plus que l'anamnèse, plus que la lecture transversale des données, ce que l'on veut de nous aujourd'hui, ce sont les scores du Mini Mental State Examination (MMSE), du RL/RI-16 ou encore de la BREF (Batterie Rapide d'Efficience Frontale).

Je propose, afin de comprendre l'actuelle prépondérance de l'évaluation à visée médicale dans le champ de nos pratiques, de considérer deux acteurs centraux dans notre histoire : le pouvoir médical et le pouvoir universitaire. Le premier est, sans conteste, à l'origine de l'essor de la neuropsychologie professionnelle. Il a fait entrer la spécialité dans les centres hospitaliers et a assuré son financement. Le second a répondu à l'appel d'offre du pouvoir médical en mettant en marche la formation de professionnels pouvant s'insérer sur ces nouveaux postes.

Du point de vue des intérêts, les premiers ont enfin obtenu du personnel capable de répondre à la demande institutionnelle (dépistage et diagnostic précoce), les second à une manne importante justifiant l'ouverture de masters, et donc de postes et d'heures de formation. Le hiatus est profond : nos employeurs nous recrutent sur un profil de poste tronqué, évidé de compétences indispensables à une pratique professionnelle complète.

La conséquence de tout cela, c'est un délitement de nos pratiques. A croire que la valeur du

professionnel se mesure dorénavant dans sa capacité à répondre à la demande d'évaluation, fût-elle idiote. Nos défaillances psychométriques, l'utilisation d'outils sans aucune formation, ou avec du matériel incomplet, toutes ces failles peuvent difficilement s'accommoder du haut degré d'expertise que nous revendiquons. Nous sommes aussi de plus en plus nombreux à exprimer notre malaise dans la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement, la faute à une absence de formation initiale dans ce domaine. Les techniques thérapeutiques individuelles ou de groupes nous semblent hors de portée. Le champ de la rééducation reste un domaine trop peu exploré. Travailler autrement impliquera de former autrement, à l'université et sur le terrain.

Sur notre place dans les lieux voués à la seule évaluation, la question de ce qu'il faut faire se pose. Certains sont partisans d'un départ du giron médical, d'autres pensent qu'il faut le révolutionner de l'intérieur. Quelle que soit la réponse, il ne semble pas indispensable de croire que la contribution des psychologues au diagnostic médical finira par tomber : les marqueurs biologiques sont de plus en plus précis, il existe des compétences diagnostiques transversales à de multiples professions montantes parmi lesquelles les orthophonistes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes et même les infirmières mémoire. Enfin, il faudra aussi compter sur l'épuisement de la profession. Combien d'entre nous, après 6 ou 8 ans d'exercice, envisagent une réorientation professionnelle ? Lorsque ce moment arrivera, que feront tous ces psychologues experts dans cette seule tâche d'évaluation ?

Le CNNC nous prouve qu'il existe une vie en dehors du diagnostic à visée médicale : des collègues innovent en s'appropriant les nouvelles technologies comme outils compensatoires, d'autres développent des expertises dans la modification de l'environnement, dans l'intervention à l'intérieur de la communauté. L'association CORIDYS nous rappelle qu'il est possible de concevoir l'approche neuropsychologique en dehors d'une direction médicale. Ces interventions sont autant de témoignages pour ceux qui auraient fini par douter de notre utilité ailleurs que dans la contribution au seul diagnostic.

Au final, de nos formations et de nos pratiques découle notre identité professionnelle.

Sans en être véritablement conscients, les neuropsychologues sont aujourd'hui les dignes héritiers des tensions inhérentes à la création de la psychologie. Le 28 novembre 1947, Daniel Lagache prononce à la Sorbonne la leçon inaugurale de son cours de psychologie, publiée en 1949 sous le titre *L'unité de la psychologie*. Il tente de répondre à la question d'Edouard Claparède : existe-t-il une ou plusieurs psychologies ?

Notre existence en tant que spécialité a fait resurgir cette question que l'on croyait enfouie à jamais. Oui, il existe des psychologues de différentes orientations, riches de différentes pratiques. Souvenons-nous de cet héritage afin de convaincre les 20% de neuropsychologues qui ne se sentent pas, aujourd'hui, psychologues (enquête ARNPN, 2010). Ils représentent presque 700 collègues. Sans cette unité autour d'un seul titre, la psychologie ne perdrait pas seulement sa grande richesse, elle risquerait surtout sa dissolution.

Conclusion

En guise de conclusion, nous devons nous réjouir de l'essor de la neuropsychologie clinique, car elle offre un champ d'applications que personne ne peut nier aujourd'hui auprès des personnes cérébrolésées. La psychologie toute entière en ressort plus riche. La naissance même de notre spécialité a implicitement

posé des défis que nous devons relever : défi identitaire, défis sur nos formations et nos pratiques.

A différents niveaux, nous pouvons déjà agir de manière significative. Engageons-nous, en tant que professionnels, à être une force de proposition plus présente auprès des universités. Ils ne changeront pas seuls, et il existe des bonnes volontés de part et d'autre. En lien avec ceci, accroissons nos techniques de prise en charge et travaillons à en démontrer la validité auprès des acteurs publics. Engageons une grande réflexion afin de sortir de la contribution au diagnostic médical qui ne peut être l'unique fer de lance de la spécialité. Investissons les réseaux non médicalisés, l'un n'est pas incompatible avec l'autre.

Nous devons miser aujourd'hui sur la maturité de notre réseau professionnel pour qu'émerge une organisation professionnelle en neuropsychologie. Il n'y a jamais eu autant d'associations et autant d'énergie disponible pour y parvenir, nous ne pouvons pas rater ce rendez-vous historique.

Références bibliographique

- Guard, O. (2007). Une forme simplifiée du test de Grober & Buschke en neurologie courante et en consultation de mémoire de proximité. *Neurotransmission*, 12, 6-9.
- Lagache, D. (1949). *L'unité de la psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Samacher, R. (2009). Enseignement, status et débouchés de la psychologie en 1956-1957. *Bulletin de Psychologie*, 62(500), 143-148.

Diversité des interventions des neuropsychologues dans le vieillissement

Intervention dans la communauté

Mots clés : Appel à mobilisation | Inclusion | Personnes âgées | Handicap cognitif | Société

Résumé : La personne âgée présentant des troubles cognitifs reste une personne avec des obligations citoyennes. Par contre, elle est peu à peu exclue de notre société, qui la prive de sa participation, de son utilité sociale, voire de son statut social. Elle reste pourtant en mesure d'exercer toute une série d'activités. Prévention, formation et lutte contre la stigmatisation s'avèrent trois axes importants à développer en France pour une meilleure inclusion des personnes âgées présentant des troubles cognitifs dans notre société, et plus précisément dans leur cadre de vie. Le manque cruel de services aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs et à leurs proches vivant encore à domicile semble justifier une mobilisation et des initiatives, notamment dans un environnement de proximité et via la mise en place de recherches-actions participatives. Proposer un accompagnement individualisé des familles, une aide à domicile de qualité, favoriser le bénévolat, permettre d'apporter une contribution utile, renforcer l'intégration sociale, chasser les préjugés, prendre en compte les facteurs psychosociaux influençant la situation, mais également créer des centres de documentation, bibliothèques, former les soignants, sensibiliser le grand public, sont autant d'actions dans lesquelles notre profession participera à mieux penser la place de la personne âgée présentant des troubles cognitifs et de ses proches dans la cité. Nous montrerons en quoi les psychologues spécialisés en neuropsychologie ont un grand rôle à jouer dans ces champs de l'éducation, l'information et la mise en avant d'une image différente.

Virginie MATTIO



Psychologue spécialisée en neuropsychologie, La Seyne sur Mer (83)

Directrice de CORIDYS VAR

virginie.mattio@coridys.asso.fr

Introduction, cadre théorique

Définitions

La communauté est définie comme l'interaction d'organismes partageant un environnement commun. La citoyenneté est le fait d'être reconnu comme membre d'une cité nourrissant un projet commun. Selon la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, les Hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits.

Force est de constater que certaines personnes se voient retirer ce statut : les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs !

Contexte

La loi Handicap du 11 février 2005 a permis la reconnaissance de l'impact que peuvent avoir les troubles cognitifs. Or, elle demeure très peu appliquée dans le champ du handicap cognitif. Une meilleure compréhension des différences interindividuelles est nécessaire.

Voici des exemples de situations que j'ai personnellement rencontrées et que nous, psychologues spécialisés en neuropsychologie, sommes tous susceptibles de rencontrer (les noms ont été modifiés).

C'est l'histoire de M. André, 76 ans, à Toulon, qui rentre dans un bus

et qui demande au chauffeur « Pourriez-vous m'indiquer quand on arrive à l'arrêt du 14 juillet ? ». Et le chauffeur lui répond : « Non, ce n'est pas mon travail ! »

C'est l'histoire de Mme Dumont, 90 ans, à Bandol, qui va à la Poste et ne sait plus comment remplir son recommandé avec accusé de réception. Elle demande de l'aide à la postière. La dame lui répond : « Non, ce n'est pas mon travail ! »

C'est l'histoire de M. Henry, 83 ans au Beausset, qui refusait d'aller vivre en institution, malgré ses différents épisodes d'errance, à chaque fois ramené chez lui ou à l'hôpital. Son épouse, qui perdait la mémoire aussi, reçoit un jour un coup de téléphone : « Madame, votre mari a été ramené par les pompiers aux urgences ... à Lyon » (soit à 400 km de chez lui).

C'est l'histoire de Mme Ferru, 77 ans, qui vient à Coridys à La Seyne nous demander ce qu'on pourrait faire pour que son mari puisse continuer à aller seul acheter son pain et chez l'orthophoniste comme il le fait depuis plusieurs années, sauf que cela fait trois fois qu'il rentre durant la nuit. « Mon médecin traitant dit qu'il n'y a rien à faire. Dois-je l'en empêcher ? ».

C'est l'histoire de Mme Gustin qui marchait le long d'une route principale à La Seyne. Elle avait l'air assez âgée et n'avait pas de sac à main. Mais ce qui aurait pu attirer l'attention des dizaines de voitures qui lui passaient à côté sans la regarder, c'est surtout que cette route n'a pas de trottoir, et n'est jamais empruntée par les piétons puisqu'elle mène tout droit à l'autoroute !

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, **cognitives** ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées)

Problématique et hypothèse

Problématique pour eux

Manque d'information, manque d'aide à domicile de qualité, manque de prévention, manque de services d'accompagnement individualisés : voilà ce qu'ils vivent ! Malgré les lois, les recommandations, les plans « ceci » ou « cela », des situations d'inégalité et d'exclusion persistent. Les personnes présentant des troubles cognitifs et leurs familles se trouvent confrontées à des situations d'isolement, d'exclusion et de marginalisation. Là est le vrai fléau ! Les personnes, leurs familles, et les professionnels ont besoin de nous !

Problématique pour nous

Nos conditions de travail ne nous permettent pas toujours d'être satisfaits de ce que nous réalisons, nous forçant à laisser des situations problématiques sans réponse. Encore aujourd'hui, nombreux sont ceux qui pensent que les psychologues cliniciens spécialisés en neuropsychologie sont seulement des « testeurs ». Or, nous le savons, notre profession va bien au-delà de la simple évaluation du fonctionnement cognitif ! Notre champ d'action s'étend également au domaine de l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs et de leur entourage. Le domaine de la prévention et de l'information doit être investi !

Ces difficultés sont en partie liées à la méconnaissance de notre profession, de la diversité de nos compétences. Face à ces situations inacceptables, nous avons un rôle à jouer. Nous sommes un chaînon manquant ! Nous devons réagir !

Hypothèse

Ces personnes, leurs familles et les professionnels qui les entourent ont besoin de nous. Si nous proposons de bons projets, solides sur le plan méthodologique, sans oublier le patient et son entourage (oui, de la recherche clinique !), nous pourrions trouver des financements. Tous reconnaîtront l'utilité de la neuropsychologie et les familles seront mieux accompagnées.

Méthodologie

La méthode de recherche-action, fondée par Kurt

Lewin, se base sur des expériences réelles dans des groupes sociaux naturels.

« La recherche-action [...] commence toujours par une insatisfaction profonde, une attente, un désir d'aller plus loin, un questionnement qui ne trouve pas de réponses dans les savoirs classiques, l'intuition que des processus fondamentaux se jouent même si nous ne pouvons pas encore les définir ni même les percevoir » (Epi-Ethno Santé, 2007).

Ces recherches ont un double objectif : « transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations » (Barbier, 1997). Le chercheur est aussi l'acteur de la transformation (Mesnier & Missotte, 2003).

Population

La population concernée regroupe des personnes présentant des troubles cognitifs, mais aussi leur environnement social (aidants familiaux, proches, professionnels), mais également d'autres intervenants, et NOUS, psychologues spécialisés en neuropsychologie !

Financement

N'attendons pas que nos postes soient créés par d'autres, ils ne nous conviendront jamais autant que si nous les créons nous-mêmes !

Des financements existent, allons les chercher : répondons aux appels à projets des collectivités, des fondations, ainsi que d'autres organismes. Initiations des projets en sollicitant des subventions de différents partenaires (organismes d'assurance, de mutuelle, de caisse de retraite ou autres privés).

Dispositif expérimental et outils utilisés

Intervenons dans le champ de la prévention et de l'accompagnement de cette population, en informant le plus grand nombre.

Des variables influençant le fonctionnement cérébral de la personne :

- ✦ Stress, inquiétude, anxiété et dépression,
- ✦ Statut socio-économique,

- ✦ Problèmes généraux de santé physique, perte auditive ou visuelle, régime alimentaire,
- ✦ Motivation, activités sociales,
- ✦ Décès autour de la personne, dynamique du couple,
- ✦ Isolement, prise de médicaments,
- ✦ Enfance,
- ✦ Problèmes psychologiques.

Mais aussi des axes de travail possibles :

- ✦ Confiance en soi, estime de soi, sentiment d'auto-efficacité,
- ✦ Accompagnement psychologique, *coping*, résilience, *empowerment*,
- ✦ Relations, humeur/moral,
- ✦ Comportement,
- ✦ Guidance familiale.

Proposons des formations pour pallier l'absence de connaissance de ces phénomènes. Intervenons en formation initiale et continue :

- ✦ des professionnels de santé : infirmiers, aides-médico-psychologiques, aides-soignants, agents de service hospitalier, aides à domicile mais aussi orthophonistes, ergothérapeutes, médecins généralistes ou spécialistes,
- ✦ des professionnels des services publics.

Enfin, agissons pour lutter contre la stigmatisation, reconnue dans le rapport mondial Alzheimer 2012 comme un obstacle majeur pour les patients. Nous pouvons : informer le grand public, réduire l'isolement, donner la parole, reconnaître les droits des personnes et de leurs proches, impliquer les personnes au sein de leur communauté locale, soutenir et informer les soignants non professionnels et professionnels, améliorer la qualité des soins à domicile et dans les centres de soin, améliorer la formation fournie aux prestataires de soins primaires et d'autres choses encore.

Résultats

Notre profession participera à mieux penser la place de la personne âgée présentant des troubles cognitifs et de ses proches dans la cité.

Ce type d'expérience existe déjà et des résultats sont constatés en Belgique (avec les villes « Alzheimer admis » ou « amies démente », voir [ce lien](#)), en Suisse (avec [l'association VIVA](#) – Valoriser et Intégrer pour Vieillir Autrement), au Québec (avec [l'Alzheimer Society](#)).

En France, nous remarquons ces initiatives avec [l'association Alzheimer autrement](#) et je témoigne ici en tant que psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie et directrice d'une [association CORIDYS départementale](#).

Le travail décrit ci-dessus est notre quotidien ! Nous y croyons ! Nous le réalisons !

Nous avons conservé le modèle de plateforme ressources initié par l'association CORIDYS nationale en 1994, avec quatre pôles de compétences semblant venir combler le manque actuel en France :

- ♦ Information / documentation
- ♦ Accompagnement par des spécialistes
- ♦ Innovation expertise
- ♦ Organisme de formation

Conclusion

Nous pouvons faire bouger les choses ! C'est possible ! Je vous engage !

En effet, à celles ou ceux qui pensent que l'on peut, que l'on doit faire quelque chose sans plus attendre, je propose de réfléchir ensemble à créer dans votre département une association qui vous le permettra !

Si les statuts de CORIDYS peuvent vous convenir, si vous voulez participer à cette aventure avec nous, je propose de fournir un maximum de procédures, plaquettes, projets à déposer et tous les documents nécessaires à ceux qui auront constitué un bureau et conseil d'administration et déposé ces statuts auprès de leur préfecture.

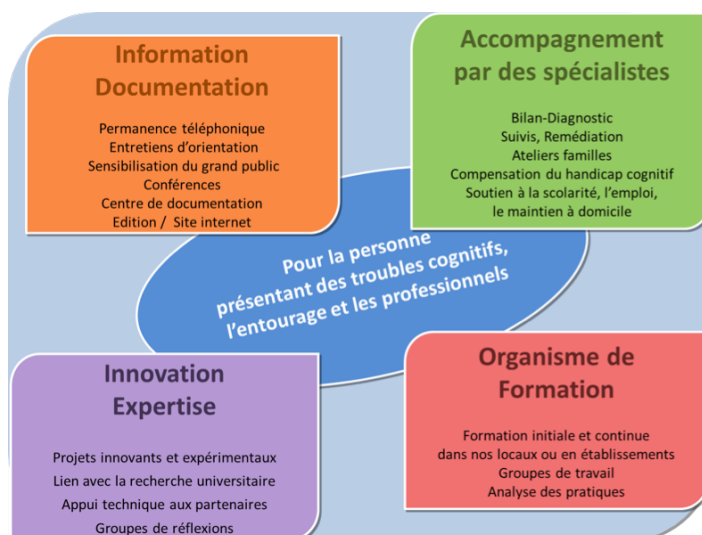
Je vous engage donc à vous faire connaître (virginie.mattio@coridys.aso.fr), nous demander nos statuts (qui sont les mêmes pour les autres associations CORIDYS déjà créées) et des conseils pour une création et un développement le plus pérenne possible.

Références bibliographiques

Barbier, R. (1997). *La recherche-action existentielle*. Paris : L'Harmattan.

Mesnier, P.M., & Missotte, P. (2003). *La recherche-action : une autre manière de chercher, se former, transformer*.

Epi-Ethno Santé. (2007). *La charte de recherche-action*. <http://www.epi-ethno-sante.org>



Prise en charge des patients alcoolo-dépendants

D'après les présentations de Hélène BEAUNIEUX, Coralie LANNUZEL, Nadège BORDAS et Céline BOUDEHENT

Mots clés : Alcoolo-dépendance | Prise en charge | Troubles cognitifs | Parcours de soin | Abstinence

Résumé : Ce symposium a pour objectif général de décrire les troubles neuropsychologiques consécutifs à un mésusage d'alcool et leurs conséquences cliniques en termes de prise en charge de l'alcoolo-dépendance et de diagnostic différentiel. Les études de neuropsychologie et neuroimagerie conduites auprès de patients alcoolo-dépendants ont permis d'affiner nos connaissances sur la sémiologie des déficits neuropsychologiques liés à la consommation chronique d'alcool. Ces connaissances scientifiques récentes, qui feront l'objet de la première communication, amènent à reconsidérer non seulement les pratiques cliniques en addictologie, mais aussi la prise en compte des troubles neuropsychologiques liés à l'alcool par les neuropsychologues hors du champ de l'addictologie. L'évaluation neuropsychologique des patients alcoolo-dépendants en clinique courante en France reste encore rare. Pourtant, les cliniciens reconnaissent qu'elle pourrait leur permettre de mieux comprendre les difficultés de certains patients et d'ajuster leurs parcours de soin en conséquence de la nature et de la sévérité des troubles neuropsychologiques. Ce point fera l'objet de la seconde communication. La troisième communication aura pour objectif d'exposer les travaux réalisés dans d'autres pathologies et de discuter les expériences cliniques actuellement en cours en addictologie. Enfin, la question des troubles neuropsychologiques liés à la consommation chronique d'alcool est peu considérée dans le cadre des examens neuropsychologiques à visée différentielle par les neuropsychologues hors du champ de l'addictologie. La dernière communication aura pour objet d'exposer et de discuter des éléments sémiologiques permettant de faire la part des troubles neuropsychologiques liés au mésusage d'alcool de ceux consécutifs à une pathologie dégénérative ou une lésion cérébrale acquise.

Sandrine CHICHERIE



Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Consultations mémoire, CH de Carpentras (84)

Présidente des associations PsyNeuV (84) et NeuroPsy-PACA

Secrétaire de l'association neuropsychologie.fr

s.mauries.chicherie@gmail.com

L'objectif général de ce symposium était de décrire les troubles neuropsychologiques consécutifs à un mésusage d'alcool et leurs conséquences cliniques en termes de prise en charge de l'alcoolo-dépendance et de diagnostic différentiel.

Neuroimagerie et neuropsychologie de l'alcoolo-dépendance : contribution des travaux expérimentaux à la pratique clinique

Dans sa communication, Hélène Beaunieux s'est appliquée à démontrer l'existence d'un continuum entre l'alcoolisme chronique et le syndrome de Korsakoff et donc l'intérêt de prendre en charge ces patients.

On retrouve des atteintes morphologiques et fonctionnelles, ainsi que des déficits cognitifs équivalents chez les patients alcoolo-dépendants (AD) et chez les patients présentant un syndrome de Korsakoff (SK). Les différences se font au niveau de la sévérité des troubles et de leur caractère réversible. Ainsi, les atteintes cérébrales se situent au niveau frontal, limbique, diencephalique et cérébelleux. Il n'y a pas d'atteinte cérébrale spécifique entre les deux populations, mais chez les patients SK, l'atteinte de la région thalamique médiane est en général plus importante (Pitel *et al.*, 2012).

Au niveau cognitif, des déficits de la mémoire épisodique, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives sont présents, mais les déficits mnésiques sont plus sévères chez les patients SK, chez qui l'on retrouve une amnésie antérograde et rétrograde marquée. Le profil exécutif est quant à lui assez similaire. D'autre part, une étude de Le Berre *et al.*, (2010) a permis de mettre en évidence un déficit de la mémoire de travail chez certains patients AD, qui ont tendance à surestimer leurs capacités mnésiques. Le point le plus distinctif entre les deux populations est le caractère réversible des déficits cognitifs chez les patients AD devenus abstinents, alors qu'ils sont irréversibles chez les patients SK. Toutefois, il existe un taux important de rechute alcoolique et la perte de patients suivis sur le long terme complique l'étude des possibilités de récupération. Malgré tout, il semble que les capacités de mémoire épisodique s'améliorent avec l'abstinence, sans forcément se normaliser, et que les déficits exécutifs sont aggravés en cas de rechute. Ces résultats montrent l'importance de prendre en charge les patients AD avant que les troubles ne soient irréversibles.

Quel est le parcours de soin d'un patient en addictologie ? Après une semaine de sevrage, la prise en charge peut être débutée avec de l'éducation thérapeutique, un travail motivationnel et de prévention des rechutes (qui restent malgré tout de 60 % à la sortie).

Les troubles cognitifs ont un impact négatif sur cette prise en charge. Ainsi, les patients AD ont des difficultés d'acquisition de nouvelles connaissances et des déficits dans la prise de décision, corrélés à une atrophie du cortex ventro-médian, cingulaire et hippocampique, rendant difficile le travail de changement de comportement face à l'alcool.

L'approche doit donc intégrer les facteurs psychiatriques, génétiques, familiaux, sociaux, cliniques et cognitifs. L'évaluation et la remédiation neuropsychologique ont de ce fait toute leur place en service d'addictologie.

Intérêt de l'évaluation neuropsychologique en addictologie

Dans sa communication, Coralie Lannuzel s'est attachée à présenter en quoi une évaluation

neuropsychologique des troubles liés à l'AD a un intérêt pour une prise en charge individualisée.

Les étapes du processus de changement de comportement face à l'alcool définies par Le Berre *et al.* (2012) sont les suivantes :

1. Pré-contemplation : Le patient est un « consommateur heureux ». La prise en charge consiste à ce stade à lui faire prendre conscience du comportement à risque en passant par les souvenirs épisodiques des conséquences passées.
2. Contemplation : Le patient envisage de changer son comportement, tout en éprouvant toujours du plaisir à la consommation. Il oscille donc entre les coûts et les bénéfices de la situation actuelle (boire) versus future (s'abstenir). Le travail motivationnel s'appuie ici sur l'auto-évaluation et les capacités de prise de décision pour passer à l'étape suivante.
3. Préparation : Le patient décide de changer. L'éducation thérapeutique a ici toute sa place, afin de faire évoluer le patient vers l'action. On l'informe sur sa maladie et sur les conséquences qu'elle peut générer sur le domaine social, physique et neuropsychologique. Cela sous-entend l'apprentissage de nouvelles informations sur l'alcool, la santé, etc.
4. Action : Le patient essaye de changer, en mettant en place des stratégies d'abstinence. Cela implique les capacités exécutives, notamment de prise de décision et de planification. En parallèle, un travail de prévention de la rechute est réalisé sur la base d'ateliers autour de situations à risque : pouvoir les identifier, ainsi que les envies et les émotions ressenties (souvenirs épisodiques des habitudes de consommation), préparer des stratégies pour éviter la rechute (planification, flexibilité, inhibition).
5. Maintien : De nouvelles habitudes de vie doivent être intégrées pour maintenir l'abstinence dans le temps.

L'implication neuropsychologique est ici très claire, à chaque étape du processus de changement.

Un déficit en mémoire épisodique va rendre difficile la possibilité d'évoquer les conséquences négatives des consommations, de se rappeler les situations à risque, de les anticiper en imaginant le contexte spatial (bar, maison), temporel (le soir) ou social (seul, avec des amis) et d'identifier les envies en se rappelant de la sensation de *craving* (envie irrésistible, sensation de manque).

Une atteinte des fonctions exécutives va perturber les capacités de se représenter une situation à risque, de résister à une envie, de planifier des stratégies d'évitement, d'envisager des alternatives, de prendre des décisions, etc.

Ces éléments montrent l'intérêt de travailler sur l'identification des profils cognitifs, mais leur hétérogénéité ne permet pas de prédire quels patients présenteront des troubles susceptibles de perturber la prise en charge.

Toutefois, il est possible de repérer différents facteurs de risque (carences nutritionnelles, troubles hépatiques, comorbidités psychiatriques) au développement de troubles cognitifs chez les patients AD, afin de leur proposer une évaluation neuropsychologique. En revanche, il n'y a pas de causalité linéaire entre la consommation d'alcool et la présence de troubles cognitifs. Connaître l'existence de troubles cognitifs permettrait ainsi d'adapter le parcours de soin.

L'évaluation neuropsychologique doit donc s'intéresser aux fonctions cognitives potentiellement touchées dans le cadre de l'alcoolodépendance : mémoire épisodique, mémoire de travail, attention et fonctions exécutives. De plus, le bilan doit être réalisé

chez un patient abstinente et sevré des benzodiazépines.

Les conclusions ne doivent pas être trop hâtives, car ces patients peuvent récupérer rapidement, et elles doivent se focaliser sur les possibilités d'amélioration.

Ainsi, en cas d'absence de trouble, une prise en charge standard pourra débuter avec les thérapies cognitivo-comportementales et l'éducation thérapeutique. Dans le cas contraire, le patient restera en convalescence durant un mois, puis sera réévalué. Si les troubles persistent, une prise en charge médico-sociale sera mise en place dans le cadre d'un service de soins et de réadaptation spécialisé en addictologie, avec des ateliers de remédiation cognitive.

La prise en charge en addictologie est une prise en charge motivationnelle, nécessitant une approche globale, et où la résistance au changement peut parfois trouver sa source dans l'existence de troubles neuropsychologiques. Un travail est actuellement en cours sur l'élaboration d'un outil d'évaluation rapide des capacités cognitives des patients AD (BEARNI, Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment ; Beaunieux *et al.*, non publié), à disposition de tout le personnel soignant.

Balbutiements de la remédiation cognitive en addictologie

L'abstinence permet une récupération spontanée des troubles cognitifs, mais celle-ci peut être partielle et varie en fonction de la durée d'abstinence, de l'âge, de la consommation antérieure, de la présence d'un tabagisme associé et de la fonction cognitive considérée.

Tableau 1 : Diagnostic différentiel entre la maladie d'Alzheimer et le syndrome de Korsakoff

	Maladie d'Alzheimer	Syndrome de Korsakoff
Amnésie antérograde	Évolution progressive	Apparition brutale, puis stable
Troubles exécutifs	Souvent associés	Souvent associés
Troubles instrumentaux	Souvent associés avec l'évolution	Fonctions préservées
Imagerie cérébrale	Atteinte de la région hippocampique mais en pratique atrophie cortico-sous-corticale	Atteinte d'encéphalique mais en pratique atrophie cortico-sous-corticale

La remédiation cognitive présente un réel intérêt chez les patients abstinentes afin d'augmenter le bénéfice des ateliers proposés dans le cadre de leur prise en charge, de favoriser le maintien de l'abstinence et de limiter l'impact des troubles cognitifs au quotidien. Le but de la remédiation est de faire acquérir aux patients de nouvelles stratégies cognitives.

Les tâches utilisées lors de la remédiation doivent être adaptées en termes de quantité d'information, de durée et de processus cognitifs impliqués. Les points essentiels de la méthodologie que l'on peut citer sont les suivants :

- ✦ Utiliser l'apprentissage sans erreur, la catégorisation ou les moyens mnémotechniques,
- ✦ Encourager le patient à découper la tâche en plusieurs étapes,
- ✦ Vérifier l'utilisation des stratégies en faisant verbaliser le patient pour choisir la plus pertinente,
- ✦ Viser la généralisation : on recherche un transfert horizontal (sur une même tâche) et un transfert vertical (dans la vie quotidienne),
- ✦ Utiliser le renforcement positif et la valorisation

- ✦ Donner une visibilité à long terme de la prise en charge en précisant la durée d'engagement,
- ✦ Evaluer les bénéfices au quotidien par le biais d'échelles de répercussion fonctionnelle,
- ✦ Fixer des objectifs sociaux et professionnels clairs,
- ✦ Favoriser les tâches à domicile, afin de préparer la fin de la prise en charge.

Voici quel peut être le déroulement de séances types en individuel et en groupe, telles qu'elles sont menées au sein du service d'addictologie au CHU Paul Brousse (Villejuif).

Une séance individuelle débute généralement par la correction des exercices faits à domicile et par un retour sur la séance précédente. Est proposé dans un second temps un travail sur la mémoire épisodique, sur la métamémoire et/ou sur les fonctions exécutives. Les séances sont adaptées aux demandes du patient. A partir de la cinquième séance, le travail à domicile se fait dans la mesure du possible sur la base de matériel professionnel spécifique au patient.

Les séances de groupe dites de « mobilisation cognitive » permettent de favoriser la communication,

Tableau 2 : Diagnostic différentiel entre la démence lobaire fronto-temporale variante frontale (DLFT-vf) et l'alcool-dépendance

	DLFT-vf	Alcool-dépendance
Troubles comportementaux	Agressivité/Apathie Prise de risque Absence de prise en compte des émotions de l'entourage Consommation excessive d'alcool dans 30 à 41 % des cas	Agressivité Prise de risque Absence de prise en compte des émotions de l'entourage
Profil neuropsychologique	Troubles exécutifs d'intensité modérée à sévère	Troubles exécutifs d'intensité faible à modérée
Évolution de l'altération cognitive et comportementale avec l'abstinence	Persistance	Stabilité ou régression
Imagerie cérébrale	Atrophie cortico-sous-corticale à prédominance frontale dans tous les cas	Atrophie cortico-sous-corticale (dans certains cas à prédominance frontale)

d'encourager la prise de parole en public et de prendre conscience de ses difficultés en les confrontant à celles des autres. Afin de renforcer leur aspect social, les groupes sont construits dans l'idée que les membres pourront se rencontrer en dehors des séances. A Villejuif, le déroulement des séances de groupe est pensé avec une fréquence bihebdomadaire, de sorte que le premier jour est davantage orienté sur des apprentissages sémantiques et le second sur un travail attentionnel, avec des exercices impliquant la mémoire de travail, les fonctions visuospatiales, la mémorisation en situation écologique et la cognition sociale.

Nous avons donc vu qu'il existe des troubles cognitifs chez les patients AD sans complication neurologique et en dehors d'un SK. L'évaluation et la rééducation chez ces patients ont un réel intérêt : il faut améliorer leur prise en charge et favoriser le maintien de l'abstinence. La présence des troubles cognitifs chez ce type de patients présentant un mésusage

d'alcool, dont ils n'ont souvent pas conscience, amène à la question des diagnostics différentiels dans les pathologies neurodégénératives, ou dans les lésions organiques acquises.

Alcool-dépendance et diagnostics différentiels

Les troubles cognitifs peuvent apparaître dès qu'il existe une consommation d'alcool excessive. L'Organisation Mondiale de la Santé la définit à partir de plus de deux verres par jour pour une femme, plus de trois pour un homme, associés à moins d'un jour d'abstinence par semaine (http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_french.pdf).

Deux grandes différences apparaissent entre le profil typique d'une maladie d'Alzheimer (MA) et celui du SK (voir Tableau 1). L'amnésie antérograde débute insidieusement et évolue progressivement

Tableau 3. Diagnostic différentiel entre la démence à corps de Lewy (DCL) et l'alcool-dépendance

	Démence à corps de Lewy	Alcool-dépendance
Profil clinique	Fluctuations attentionnelles	Fluctuations attentionnelles liées à la consommation
	Hallucinations visuelles diurnes, détaillées et récidivantes	Hallucinations visuelles seulement au cours d'un <i>delirium tremens</i> (complication du sevrage)
	Symptômes parkinsoniens souvent discrets	Ataxie cérébelleuse (surtout quand la consommation est ancienne) et polynévrite des membres inférieurs pouvant faire évoquer des symptômes parkinsoniens
	Symptômes évocateurs de DCL	Certains symptômes évocateurs de la DCL (chutes, dépression, troubles du sommeil) peuvent se retrouver lors d'une consommation excessive
Profil neuropsychologique	Troubles essentiellement attentionnels, exécutifs et visuospatiaux	Présentation cognitive pouvant être similaire à celle de la DCL
Évolution avec l'abstinence	Persistance	Stabilité ou régression

dans le cas d'une MA. Des troubles instrumentaux se développent également avec l'évolution, alors que l'amnésie apparaît brutalement et en l'absence de déficit des fonctions instrumentales dans le cas d'un SK..

En comparant le profil comportemental et cognitif de la démence lobaire fronto-temporale variante frontale (DLFT-vf) à celui des patients présentant un mésusage d'alcool (voir Tableau 2), on retrouve plusieurs similitudes dans le type de modifications comportementales, d'autant plus que la DLFT-vf peut entraîner une consommation excessive d'alcool. Toutefois, les troubles exécutifs seraient plus intenses dans la DLFT-vf, mais surtout, les troubles perdurent malgré l'abstinence d'alcool. A l'inverse, s'ils sont consécutifs à la consommation d'alcool, on constate une amélioration des troubles comportementaux après sept jours d'abstinence, et une régression des troubles exécutifs après 3 à 12 mois. Cependant, il existe une importante hétérogénéité dans la récupération selon l'âge des patients et l'intensité de leurs troubles, ce qui nécessite d'imposer un temps d'abstinence suffisamment long pour pouvoir observer une évolution.

C'est également l'évolution avec l'abstinence qui va permettre de réellement distinguer les troubles consécutifs à une AD de ceux liés à une démence à corps de Lewy (voir Tableau 3).

En dernier lieu, il semble qu'un quart à un tiers des traumatismes crâniens (TC) surviennent au cours d'alcoolisations aiguës, et que les séquelles neuropsychologiques du TC sont potentiellement liées à la consommation d'alcool (lésions cérébrales

plus importantes, déficits cognitifs plus sévères et récupération plus difficile), posant la question de la prise en charge.

Conclusion

Pour terminer, je souhaiterais partager mon impression personnelle concernant ce symposium : j'ai trouvé les quatre communications très intéressantes et particulièrement clinico-pratiques. Elles m'apportent un éclairage particulier dans ma pratique en consultation mémoire de proximité. En effet, la problématique de l'impact neuropsychologique d'un mésusage d'alcool se pose pour certains patients. La question de leur consommation actuelle, mais également passée est importante à poser durant l'entretien. Ce symposium m'a poussé à la rendre systématique.

Références bibliographiques

- Le Berre, A.P., Pinon, K., Vabret, F., Pitel, A.L., Allain, P., Eustache, F., & Beaunieux, H. (2010). Study of metamemory in patients with chronic alcoholism using a feeling-of-knowing episodic memory task. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(11), 1888-1898. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01277.x
- Le Berre, A.P., Vabret, F., Cauvin, C., Pinon, K., Allain, P., Pitel, A.L., Eustache, F., Beaunieux, H. (2012). Cognitive barriers to readiness to change in alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(9), 1542-1549. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01760.x
- Pitel, A.L., Chetelat, G., Le Berre, A.P., Desgranges, B., Eustache, F. & Beaunieux, H. (2012). Macrostructural abnormalities in Korsakoff syndrome compared to uncomplicated alcoholism. *Neurology*, 78(17), 1330-1333. doi:10.1212/WNL.0b013e318251834e

Statistiques appliquées en neuropsychologie : le cas unique au quotidien !

Mots clés : Statistiques | Psychométrie | Score Z | Cas unique

Résumé : Nombre d'entre nous utilisons des étalonnages ou groupes contrôles quotidiennement, transformons des scores, utilisons des indicateurs de tendance centrale et de dispersion (moyenne, écart-type), ou encore appliquons des seuils de significativité statistique (le célèbre « moins deux écarts-types »). Pourtant, nous connaissons souvent assez mal les postulats qu'implique cette pratique, et par conséquent maîtrisons rarement les erreurs engendrées dans l'interprétation d'un score. Les tests et procédures d'évaluation étant centraux dans nos bilans, cet état de fait semble paradoxal, compte tenu de son impact sur nos interprétations cliniques. Or, différents outils existent aujourd'hui pour considérer chaque patient comme un authentique « cas unique », et mettre en œuvre une démarche statistique rigoureusement adaptée à l'individu. Ces outils sont pourtant méconnus, sous-utilisés, au profit du traditionnel « score Z » qui est en réalité le plus souvent inapproprié. Au cours de cet exposé, les limites des mesures statistiques descriptives les plus utilisées en neuropsychologie clinique seront détaillées, et les moyens pratiques d'y remédier seront décrits. Les méthodes proposées seront transmises explicitement et illustrées de vignettes cliniques.

Pierre-Yves JONIN



Psychologue spécialisé en neuropsychologie, Service de Neurologie et CMRR Haute-Bretagne,

CHU de Rennes (35)

pierreyves.jonin@gmail.com

Eh oui : c'est bien au quotidien que nous faisons des tests statistiques ! Malgré les réticences, voire les allergies développées parfois lors de nos années universitaires vis-à-vis des statistiques, nous, psychologues, pratiquons tous les jours les statistiques inférentielles dès lors que nous interprétons des scores obtenus à des tests.

En effet, en langage statistique, pourquoi faisons-nous « passer des tests » ? Simplement pour tester l'hypothèse dite « nulle » (la fameuse « H_0 ») selon laquelle le score obtenu par la personne évaluée correspond à une observation issue de la population générale. Autrement dit, nous cherchons à *tester l'hypothèse selon laquelle la performance d'une personne dans un test donné est attendue*, ne dévie pas des performances auxquelles on peut s'attendre chez des personnes exemptes de troubles neuropsychologiques. Mais, comme souvent, nous ne nous contentons pas d'un seul test, il arrive que nous testions des hypothèses plus complexes comme : *l'hypothèse nulle selon laquelle la différence entre les performances obtenues à un test A et à un test B ne dévie pas des différences observées dans la population normale*. Rejeter cette hypothèse nulle, c'est en effet ouvrir la porte à une interprétation en termes de dissociation simple : M. X ou Mme Y présente une dissociation entre ses performances en mémoire immédiate et en mémoire différée par exemple.

On comprend aisément que ces tests d'hypothèse sont donc

cruciaux, puisqu'ils fondent nos interprétations et font ainsi écho au devoir de probité de notre déontologie professionnelle. Mais connaissons-nous suffisamment ces tests d'hypothèse et les appliquons-nous correctement ?

Pratique courante

Si nous disposons de normes, alors ces tests d'hypothèse sont possibles en principe. Comment les envisageons-nous le plus souvent ? Simplement au moyen du sacro-saint « score Z ». De quoi s'agit-il ?

$$ScoreZ = \frac{x - \mu}{\sigma}$$

Dans cette équation, x correspond au score obtenu par le sujet, μ correspond à la moyenne des scores observée en population générale, et σ correspond à l'écart-type (racine carrée de la variance) également observé en population générale. Ce score Z obtenu, nous l'interprétons dans le cadre de référence de la loi normale, dont la représentation graphique est la fameuse courbe de Gauss (voire Figure 1) :

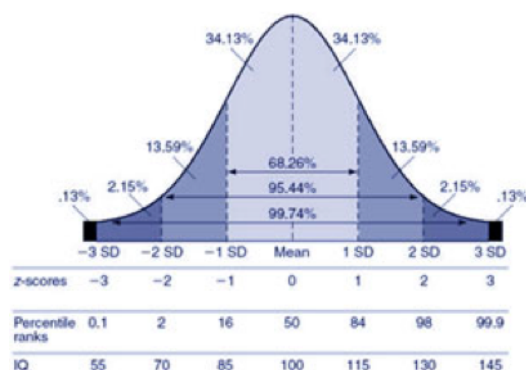


Figure 1 : Course de Gauss, représentation de la loi normale

Comme nous le savons tous, ce score Z indique à quel point la performance du patient s'écarte de la moyenne. Le plus souvent en neuropsychologie, nous pouvons faire l'hypothèse que la performance du sujet, si elle diffère de la moyenne en population générale, sera supérieure ou inférieure à celle-ci, c'est-à-dire que nous pouvons prédire le sens de cette différence éventuelle.

Par exemple, la littérature est suffisamment abondante pour faire l'hypothèse que lors d'un test

chronométré, une personne souffrant de la maladie de Parkinson risque d'obtenir un score (temps de réalisation par exemple) supérieur à la moyenne. Dans ce cas, le calcul du score Z peut être assimilé à un test statistique réalisé en unilatéral par opposition à un test bilatéral. Dans le premier cas, on peut prédire le sens de la différence, dans le second non.

Comme nous sommes généralement dans le premier cas de figure, et que par convention le seuil alpha de significativité est fixé à 5 % (on accepte un risque d'erreur de 5 %), un score Z pourra être considéré comme significativement différent de la moyenne s'il est de 1,645 ou plus au-dessus ou en dessous de la moyenne (selon l'hypothèse directionnelle de départ).

Si aucune hypothèse sur le sens de la différence ne peut être faite, alors le score Z devra atteindre 1,960 pour être considéré comme déviant significativement de la moyenne.

Rappel : comment obtient-on ces inférences ?

Ces inférences sont obtenues à partir des tables de la loi normale centrée réduite qui donnent, pour chaque valeur sur l'axe des abscisses, la probabilité correspondante sous la courbe. Autrement dit, puisque l'on connaît la fonction mathématique décrivant la loi normale, on peut connaître, pour chaque valeur obtenue sur l'axe des x (le score Z), l'aire correspondante sous la courbe.

Prenons un exemple : le score Z de 1,5 (soit 1,5 écart-type au-dessus de la moyenne) considéré en bilatéral correspond à une aire sous la courbe de 0,9332, ce qui signifie que 93,32 % de la population générale obtient un score inférieur ou égal. Le même score Z considéré en unilatéral correspond à une valeur de 0,4332 : on a cette fois considéré uniquement la moitié (50 %) droite de la courbe (la « cloche »).

Reprenons l'exemple du patient parkinsonien, et imaginons que son score (temps de réalisation), disons à la partie A du Trail Making Test (TMT) après transformation en score Z soit de 1,5. Nous pouvons dire que la probabilité d'obtenir un score supérieur en population générale est d'environ 6,7 %, autrement dit que seulement 6,7 % de la population

est susceptible d'obtenir un tel score, ou encore que 93,3 % de la population est susceptible d'obtenir un score équivalent ou inférieur. Par conséquent, si l'on suit la convention d'un seuil d'erreur acceptable de 5 %, on ne peut rien dire de cette performance. Dire qu'elle est différente de la moyenne reviendrait à assumer presque 7 % de risque d'erreur. En revanche, si le même patient obtient un score Z de 1,7 (en unilatéral), cette fois cela correspond à une probabilité de 0,9554, ce qui signifie que 95,54 % de la population est susceptible d'obtenir une performance égale ou inférieure (nous parlons toujours de temps de réalisation au TMT A), donc que 4,46 % seulement de la population est susceptible d'obtenir un score supérieur à celui du patient (c'est-à-dire d'être plus lent que lui). Au seuil de 5 %, nous pouvons donc conclure que le temps de réalisation de ce patient n'est pas issu de la population dite normale (donc nous rejetons H_0).

Ces rappels sont très importants à deux titres :

- ♦ La transformation en score Z (qui est une standardisation parmi d'autres, comme les notes standard ou scores T) est fondée sur un postulat très fort : cette transformation implique que l'on dispose des paramètres de dispersion μ et σ en population générale, ou au moins d'estimations acceptables (respectivement m et s).
- ♦ Ce n'est pas l'écart à la moyenne qui fait le déficit, mais bien la fréquence associée à cet écart. *Ce n'est donc pas parce que vous obtenez un score Z de +/- 2 que ce score n'est pas normal*, c'est uniquement parce que la probabilité d'obtenir un tel score est inférieure à 5 % que ce score n'appartient pas à la population générale ou « normale ».

Quel est donc le problème ?

Le plus souvent, nous utilisons des tests qui présentent deux inconvénients majeurs : ils souffrent d'un effet « plafond » chez les sujets sains (la plupart des sujets obtiennent des scores proches du score maximum possible) ou au moins une asymétrie importante (vers le plafond ou vers le plancher) et ils ne sont pas véritablement étalonnés. Les auteurs ont simplement administré le test à un groupe de sujets sains, constituant ainsi un groupe contrôle. Compte tenu par ailleurs des effets de l'âge, du genre, du

niveau d'étude, ce groupe contrôle est souvent scindé en sous-groupes pour finalement générer des tailles d'échantillons très petites.

On peut ainsi citer le TOP 30 (Thomas-Antérion & Puel, 2006), mesurant en principe une composante de la mémoire sémantique sur entrée visuelle (visages). Imaginons que vous administrez ce test à une personne âgée de plus de 70 ans, et que vous utilisez la méthode du score Z pour situer sa performance par rapport à la population générale. L'ouvrage décrivant ce test vous fournit les paramètres μ et σ pour ce faire. Malheureusement, ceux-ci proviennent d'un échantillon de trois sujets sains ! Il est donc évident que cet échantillon ne permet non seulement pas d'obtenir μ et σ , mais pas non plus d'obtenir des estimations correctes de ces paramètres (trois sujets ne peuvent évidemment suffire pour qu'un échantillon soit représentatif de la population).

Les exemples peuvent malheureusement être multipliés dans nos « malles » de tests : test d'apprentissage spatial « La Ruche » (Violon & Wijns, 1984), figure de Rey (Delbecq-Derouen & Beauvois, 1989), RL/RI-16 version parallèle (Van der Linden *et al.*, 2004), fluences verbales (Cardebat, Doyon, Puel, Goulet & Joannette, 1990). Chaque fois, les tailles d'échantillon sont insuffisantes, les scores sont marqués d'un effet plafond, l'effet du niveau d'étude n'est pas pris en compte, ou la distribution des scores chez les sujets témoins est marquée d'un « aplatissement » important (écarts-types très élevés, rendant quasi impossible l'obtention d'un score anormal).

Par ailleurs, le score Z obtenu de cette façon n'est pas seulement un faux ami, parce que son calcul repose sur des valeurs fausses (même les estimations de μ et σ sont presque toujours inconnues), mais aussi il conduit à des interprétations erronées. En effet, dire qu'un score n'est pas issu de la population générale parce que le score Z associé est inférieur à -1,65 n'a de sens que si on peut assurer que moins de 5 % de la population de référence est susceptible d'obtenir un tel score, comme nous l'avons vu plus haut. Or, puisque nous calculons le score Z en confondant paramètres de dispersion et statistiques descriptives sur de petits échantillons non représentatifs (confondre μ et σ avec la moyenne m et l'écart-type s calculés sur $N=3$ sujets par exemple), ce score Z ne

nous permet pas d'inférer une aire sous la courbe qui soit exacte.

Quel effectif N serait suffisant, en pratique, pour pouvoir utiliser m et s calculés sur un groupe contrôle comme estimateurs acceptables de μ et σ ? Selon Strauss, Sherman et Spreen (2006), ou Mitrushina, Boone, Razani et D'Elia (2005) par exemple, ce N devrait être d'au moins 50 dans chaque cellule, c'est-à-dire pour chaque niveau d'étude, genre, tranche d'âge, etc. si ces variables ont un effet sur les performances. Autrement dit, hormis les échelles cliniques type Wechsler, aucun outil « neuropsychologique » ou presque ne remplit ces conditions.

Quelles conséquences en pratique ?

Usage des scores Z à partir d'échantillons de petite taille ($N < 50$)

Un seul exemple chiffré, tiré de Crawford et Howell (1998) suffira à la démonstration.

Si on considère le seuil en dessous duquel un quotient intellectuel (QI) mesuré sera considéré comme différent des QI obtenus en population générale, en se basant sur la transformation Z, on obtient un QI de 75 comme score seuil (équivalent à un score $Z = -1,64$). Ceci est valable pour un échantillon dans lequel m et s peuvent être acceptés comme de bons estimateurs de μ et σ ; dans notre exemple, cela correspond à un N d'environ 120.

Imaginons maintenant un « étalonnage » réalisé avec le même effectif que celui de la tâche de fluence verbale (Cardebat *et al.*, 1990) soit $N = 14$ sujets par cellule. Dans ce cas, la simulation de Crawford et Howell indique qu'un seuil de 73 pour le QI devrait être considéré, et non 75.

Enfin, si on prend un N de 6 (il s'agit par exemple du nombre de témoins par cellule pour une personne âgée de plus de 70 ans dans le test TOP 30 ; Thomas-Antérion & Puel, 2006) cette fois, le seuil pour affirmer que le QI mesuré n'est pas « normal » se situerait entre 65 et 69 !

Limites intrinsèques aux scores Z

Signification des scores Z ?

Nous avons vu qu'un score Z renseigne sur l'écart à la moyenne, mais pas sur la fréquence de cet écart. Ainsi, il n'est pas immédiat pour le clinicien de repérer qu'un score Z de -1,4 correspond à 7 % de la population, alors qu'en réalité, c'est cette valeur qui a du sens et permet de réellement situer une performance par rapport à ce qui est attendu chez une personne en bonne santé. Le score Z en lui-même n'apporte donc aucune information pour l'interprétation psychométrique.

Interprétation des scores extrêmes ?

M X., 73 ans, titulaire du Baccalauréat, a obtenu un score de 131/144 à l'échelle de Mattis. L'étalonnage de Schmidt *et al.* (1994) nous indique que cela correspond à un score Z de -4,04. Avec une hypothèse unilatérale, un calculateur sur internet nous indique que ce score Z correspond à une aire sous la courbe de 0,0027, soit une prévalence de 1/370 (voir Strauss *et al.*, 2006). Autrement dit, un tel score Z a une chance sur 370 (0,27 %) de se produire en population générale.

Problème : l'étalonnage de Schmidt comprend « seulement » 100 sujets pour la cellule concernée. Dire que ce score n'appartient pas à la population normale est donc possible, mais dire si ce score Z est différent de celui obtenu par M. X à la même échelle, 6 mois plus tard, disons cette fois de -2, est impossible. Cette première limite montre que le Z-scoring conduit à des mesures incohérentes, et difficiles à interpréter le plus souvent en dessous de 3 écarts-types.

Usage des scores Z lorsque les qualités psychométriques des tests sont inconnues

La confusion trop fréquente entre étalonnage d'un test et simple constitution d'un groupe contrôle entraîne le plus souvent une méconnaissance des qualités psychométriques (non disponibles ou généralement non quantifiées ou quantifiables).

Intercorrélations et comparaison des performances entre tests

Nous affectionnons les scores Z, car ils nous permettent une comparaison aisée de scores entre eux. On est ainsi tenté de penser qu'un score Z de -1,8 en mémoire verbale, comparé à un score Z de 0,2 en mémoire visuelle suggère une dissociation modalité-

spécifique. Cela pose en fait problème, car la différence requise pour affirmer la dissociation dépend de l'intercorrélacion entre les deux tests : plus les scores aux tests sont intercorrélés en population générale, et moins la différence requise chez un individu entre ses scores à ces deux tests sera grande pour évoquer une dissociation.

En 1957, Payne et Jones (cités par Crawford, Howell & Garthwaite, 1998) soulignaient cet effet en montrant que seul 1,3 % de la population est susceptible d'obtenir une différence de scores Z égale à 1 (par exemple, score $Z_1=0,7$; score $Z_2=-0,3$) si l'intercorrélacion est de 0,90 entre les deux tests ; en revanche, si cette intercorrélacion est de 0,10, alors le même écart de 1 pourra être obtenu par 22,8 % de la population. Cela signifie qu'une différence de 1 entre deux scores Z peut être considérée comme anormale dans le premier cas (on peut ainsi parler de dissociation), tandis que la même différence dans le second cas est attendue dans la population générale.

Fidélité et erreur de mesure

La fidélité est cruciale puisqu'elle renvoie à l'inévitable erreur de mesure. En effet, un score mesuré est en fait égal à l'addition d'une erreur de mesure au score réel (inconnu). Plus cette erreur est faible, plus la fidélité augmente. Ainsi, comme cela est de plus en plus exigé dans la littérature, et déjà possible pour certaines échelles (comme celles de Wechsler), nous devrions systématiquement associer un intervalle de confiance à nos scores, pour prendre en compte cette erreur de mesure.

Si on considère par exemple l'indice de vitesse de traitement (IVT), dont la fidélité est de $r=0,90$, pour un score d'indice de 68, en fait le score réel se situe entre 58 et 78, soit une marge d'erreur de 20 points ! On ne peut donc pas exclure totalement que ce score soit normal en réalité (il peut en effet être supérieur à 75), contrairement à ce qu'indique l'indice mesuré de 68. En revanche, pour l'indice de compréhension verbale (ICV) dont la fidélité est meilleure ($r=0,96$), le même score d'indice de 68 correspond en réalité à un score se situant entre 62 et 74, ne laissant que peu de doute sur le caractère anormal de la performance.

Asymétrie des distributions

Enfin, attardons-nous sur les conséquences de l'usage de scores Z (ou autres transformations classiques comme les notes standard et les scores T) en cas de distribution asymétrique des scores dans la population, même si l'échantillon normatif est de taille suffisante.

Ces asymétries sont fréquentes en neuropsychologie (à l'extrême, il s'agit d'effets plafond ou plancher). Un exemple classique peut être emprunté à l'échelle clinique de la mémoire de Wechsler, dans sa troisième édition (Wechsler, 2000). Si un sujet obtient un score Z de 0,67 (12/19 en note standard) au sous-test « Mots couplés », et qu'il obtient un score Z de 2,67 (17/19 en note standard) au sous-test « Mémoire logique », on peut être tenté de conclure à une dissociation, expliquée par exemple par le caractère organisé d'emblée, ou « concret » des histoires du sous-test « Mémoire logique ». En effet, l'effet plancher (asymétrie positive) forte du sous-test « Mots couplés » entraîne que le score standard maximum obtenu en population générale est de 12/19 (soit un score Z de 0,66). En revanche, l'absence d'un tel effet pour l'autre sous-test entraîne une plus large distribution des scores, sur l'ensemble de l'échelle des notes standard (1 à 19). Aucune dissociation n'existe ici, contrairement à ce que semblent indiquer nos scores Z.

En conclusion, on peut retenir que l'usage systématique des scores Z en pratique courante peut conduire à :

- ✦ Considérer comme anormale une performance normale,
- ✦ Interpréter abusivement des différences entre performances,
- ✦ Ne pas prendre en compte les erreurs de mesure,
- ✦ Perdre en sensibilité (en cas d'aplatissement important),
- ✦ Contourner abusivement les effets plafond et plancher,
- ✦ Obtenir des scores Z non interprétables théoriquement.

Comment y remédier ?

Trois méthodes peuvent être envisagées :

- ♦ Choisir une expression des scores différente des transformations standards classiques,
- ♦ Changer de méthode d'inférence statistique,
- ♦ Élargir sa palette de normes et ainsi choisir, pour chaque patient, l'étalement le plus adapté.

Exprimer les scores autrement

Nous avons vu que la transformation en score Z conduit à des erreurs ou impasses d'interprétation et qu'elle est souvent invalide en neuropsychologie, parce qu'on ignore les paramètres réels de dispersion en population générale. L'usage d'une approche non paramétrique semble donc tout indiqué. On peut ainsi paraphraser Strauss *et al.* (2006), ainsi que Crawford et Garthwaite (2009) pour proposer « *Des percentiles, s'il vous plaît !* ». En effet :

- ♦ L'usage des rangs quantiles donne une indication simultanée du niveau de performance (dans la norme ou non) ET de la fréquence d'occurrence de cette performance en population.
- ♦ En cas de non-respect de la loi normale, les rangs correspondent à une approche non paramétrique plus adaptée à la distribution fréquemment rencontrée dans nos tests (aplatissement, asymétrie, effet plafond ou plancher).
- ♦ En cas de distribution atypique ou de petit effectif, ils peuvent limiter les erreurs.
- ♦ Il est possible d'utiliser de petits groupes contrôles « maison ». En effet, si la distribution du groupe contrôle dont on dispose n'est pas exprimée en centiles, on peut utiliser facilement la formule suivante pour obtenir le rang centile associé à chaque score brut obtenu par les témoins, puis par les patients :

$$\text{Rang centile} = \frac{m + 0,5k}{N} \times 100$$

Avec m = nombre de scores inférieurs au score brut considéré ;

k = nombre de scores égaux au score brut considéré ;

N = taille de l'échantillon.

(Pour une discussion concernant les définitions alternatives des rangs centiles, voir Crawford & Garthwaite, 2009).

Dès lors, si on fixe le seuil de significativité de 5 % ($p=0,05$), le seuil utilisé pour rejeter H_0 sera le dixième rang centile (percentile 10) en unilatéral et le cinquième rang centile (percentile 5) en bilatéral.

Si on ne dispose pas, pour un test donné, de la distribution des scores issus d'un groupe contrôle, on peut alors s'aider de programmes de conversion de scores comme le « Percentile Program ». Dès lors, il suffit d'entrer un score Z, un score T ou une note standard, et le programme le convertit en rang centile. Cependant, plus l'erreur d'asymétrie sera grande dans la distribution originale, plus l'erreur de conversion risque d'être grande. L'idéal serait donc de plaider auprès des auteurs de tests pour qu'ils donnent accès à la distribution des scores bruts, ce qui existe déjà parfois dans la littérature et peut donc s'avérer très utile au clinicien.

Dernière mise en garde d'importance : la transformation en rangs centiles n'étant pas linéaire (contrairement à la transformation centrée réduite ou score Z), il n'est pas possible de directement comparer entre eux deux rangs, comme ici des centiles. En effet, une différence de vingt points entre le 24^e et le 4^e centile n'a pas du tout la même signification que la même différence entre les centiles 35 et 55. Pour le premier cas, les vingt points de différence sont cliniquement significatifs (puisque un score est anormal et l'autre dans la norme) ; dans la seconde situation, les deux performances sont normales.

Si on se réfère aux scores Z, une différence d'un point entre un score $Z=0$ et un score $Z=1$ correspond à un écart de 34 points centiles, car 34 % de la population normale obtient des performances se situant entre ces deux scores Z. En revanche, la même différence d'un point entre les scores $Z=2$ et $Z=3$ correspond à un écart de 2,5 points centiles, puisque seulement 2,5 % de la population se situe entre ces deux scores Z (Strauss *et al.*, 2006).

Changer de méthode statistique

Puisqu'en neuropsychologie nous n'avons presque jamais accès aux paramètres de dispersion des scores en population générale, John R. Crawford,

professeur à l'Université d'Aberdeen propose de considérer les moyennes et écarts-types disponibles dans la plupart des études normatives pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire de mauvaises estimations de μ et σ . Ainsi, il suggère de considérer chaque score obtenu par un patient à un test comme un « cas unique », et d'appliquer un test t modifié pour tester l'hypothèse selon laquelle le score de notre patient est ou non issu de la population générale.

Les pages web du site du Pr Crawford regorgent d'explications détaillées pour les différentes déclinaisons des méthodes qu'il propose (Bayésienne ou non, permettant de tester une simple différence ou une dissociation, de prédire un score en retest, etc.) et, chaque fois, la publication de référence est accessible gratuitement comme le programme permettant d'implémenter les calculs.

En outre, le Pr Crawford a développé une méthode permettant d'associer un intervalle de confiance aux scores exprimés en rangs centiles, ce qui permet de tenir compte de l'erreur de mesure, tout en respectant le fait que les distributions des scores à nos tests ne sont pas gaussiennes.

Enfin, chaque méthode statistique développée par le Pr Crawford fournit non seulement la significativité de l'écart à la moyenne pour le score que nous avons documenté, mais également la probabilité (pourcentage) qu'un score soit obtenu en population normale, avec l'intervalle de confiance associé. Ainsi, on ne peut qu'inciter les cliniciens à utiliser cette approche pour limiter avantageusement les biais inhérents au sacro-saint *Z-scoring*.

Choisir ses normes

Les limites évidentes des étalonnages dont nous disposons doivent nous conduire à une grande prudence dans nos interprétations, nous l'avons indiqué plus haut. Une dernière méthode pour tenter de pallier ces limites est de multiplier les étalonnages disponibles !

Ainsi, pour des tests très répandus en clinique tels que la figure de Rey, des auteurs comme Mitrushina *et al.* (2005) ont réalisé un travail conséquent de recensement critique des données normatives disponibles. Parfois, pour un test donné, plusieurs dizaines de « normes » sont ainsi présentées et cri-

tiquées. Le clinicien peut donc, selon les caractéristiques démographiques du patient évalué (une personne de très haut niveau par exemple) choisir l'étude normative présentant le meilleur compromis entre un effectif N élevé et des sujets sains partageant les mêmes caractéristiques que le patient.

On ne saurait que trop recommander de consulter cet ouvrage de Mitrushina *et al.*, ainsi que la collecte systématique des normes ou études publiées rapportant des données « contrôles » sur des tests connus et souvent pratiqués. Si on s'intéresse par exemple au fameux RL/RI-16, on verra tout l'intérêt de choisir ses normes après l'étude comparative proposée par Amieva, Michael et Allain (2011). En effet, pour illustrer l'effet de cohorte, les auteurs montrent combien les seuils pathologiques sont considérablement plus bas (donc moins stricts) si on considère un étalonnage réalisé en population générale plutôt qu'un étalonnage effectué auprès d'une population type « consultation mémoire » par exemple.

Conclusion

La pratique systématique du score Z comme seule méthodologie d'inférence statistique en neuropsychologie est le plus souvent invalide. Il est frappant de constater que, malgré tout, elle reste largement majoritaire dans nos comptes-rendus. Cet article s'est ainsi longuement attardé sur la documentation des effets néfastes de cette pratique sur nos interprétations cliniques. L'usage de l'une des trois méthodes alternatives proposées dans cet article, seules ou en combinaison, doit permettre au clinicien de réaliser des interprétations psychométriques moins erronées, c'est-à-dire limitant autant les erreurs de type I (dire d'un score qu'il est anormal alors qu'il ne l'est pas) que celles, peut-être plus importantes encore à éviter en clinique, de type II (interpréter un score comme normal alors qu'il ne l'est pas).

Références bibliographiques

- Amieva, H., Michael, G., & Allain, P. (2011). *Les normes et leur utilisation*. Dans Neuropsychologie en pratique(s) (GRETHIC). Marseille : Solal.
- Cardebat, D., Doyon, B., Puel, M., Goulet, P., & Joanette, Y. (1990). Evocation lexicale formelle et sémantique chez des sujets normaux : performances et dynamiques de produc-

tion en fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'étude. *Acta Neurologica Belgica*, 90, 207-217.

Crawford, J.R., & Garthwaite, P.H. (2009) Percentiles please: the case for expressing neuropsychological test scores and accompanying confidence limits as percentile ranks. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(2), 193-204. doi:10.1080/13854040801968450

Crawford, J.R., & Howell, D.C. (1998). Comparing an individual's test score against norms derived from small samples. *The Clinical Neuropsychologist*, 12(4), 482-486. doi:10.1076/clin.12.4.482.7241

Crawford, J.R., Howell, D.C., & Garthwaite, P.H. (1998). Payne and Jones revisited: estimating the abnormality of test score differences using a modified paired samples t tests. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20(6), 898-905. doi:10.1076/jcen.20.6.898.1112

Delbecq-Derouesné, J., & Beauvois, M.F. (1989). Memory processes and aging: a defect of automatic rather than controlled processes? *Archives of Gerontology and Geriatrics Suppl*, 1, 121-150.

Mitrushina, M., Boone, K.B., Razani, J., & D'Elia, L.F. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. (2nd Edition) New-York : Oxford University Press.

Schmidt, R., Freidl, W., Fazekas, F., Reinhart, B., Grieshofer, P., Koch, M., Eber, B., Schumacher, M., Polmin, K., & Lechner, H. (1994). The Mattis Dementia Rating Scale: normative data from 1 001 healthy volunteers. *Neurology*, 44(5), 964. doi:10.1212/WNL.44.5.964

Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, & commentary*. (3rd Edition) New-York : Oxford University Press.

Thomas-Antérion, C., & Puel, M. (2006). *La mémoire collective, mémoire des événements publics et des célébrités : les batteries EVE 30 et TOP 30*. Marseille : Solal.

Van der Linden, M., Coyette, F., Poitrenaud, J., Kalafat, M., Calicis, F., Wayns, C., Adam, S. et les membres du GREMEM. (2004). L'épreuve de rappel libre/rappel indicé à 16 items (RL/RI-16). Dans M. Van der Linden et les membres du GREMEM. *L'évaluation des troubles de la mémoire*. Marseille : Solal.

Violon, A., & Wijns, C. (1984). *Le test de la ruche. Test de perception et d'apprentissage progressif en mémoire visuelle*. Braine le Château, Belgique : L'application des techniques modernes.

Wechsler, D. (2000). *Echelle d'intelligence de Wechsler pour adultes, troisième édition*. Paris : Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.

Pour aller plus loin

Brooks, B.L., Strauss, E., Sherman, E.M., Iverson, G.L. (2009) Developments in neuropsychological assessment: refining psychometric and clinical interpretive methods. *Canadian Psychology*, 50(3), 196-209. doi:10.1037/a0016066

Crawford, J.R., & Garthwaite, P.H. (2002). Investigation of the single case in neuropsychology: confidence limits on the abnormality of test scores and test score differences. *Neuropsychologia*, 40, 1196-1208. doi:10.1016/S0028-3932(01)00224-X

Crawford, J.R., & Garthwaite, P.H. (2005). Testing for suspected impairments and dissociations in single-case studies in neuropsychology: evaluation of alternatives using Monte Carlo simulations and revised tests for dissociations. *Neuropsychology*, 19(3), 318-333. doi:10.1037/0894-4105.19.3.318

Lezak, M.D., Howieson, D.B., Loring, D.W., Hannay, H.J., & Fischer, J.S. (2004). *Neuropsychological assessment*. (4th Edition). New-York : Oxford University Press.

Initiation à la pratique expertale en neuropsychologie

D'après la présentation de Marie-Christine GELY-NARGEOT

Mots clés : Expertise \ Ethique \ Approche holistique \ Diagnostic différentiel \ Justice

Résumé : Cet atelier vise à présenter les connaissances de base et les grands principes directeurs des règles de procédure applicables aux mesures d'instruction confiées à un psychologue par la justice. Il vise également à échanger sur les différents aspects (théorique, méthodologie, éthique) de l'expertise neuropsychologique à travers la présentation de cas. Dans un premier temps, qui se vaudra très pratique, seront ainsi exposés les grands principes directeurs qui régissent la pratique expertale judiciaire avec le statut légal de l'expertise neuropsychologique, la procédure pour devenir neuropsychologue expert judiciaire, les différentes missions confiées, la procédure légale et le déroulement d'une expertise neuropsychologique. Puis dans un second temps seront présentées différentes études de cas qui permettront d'échanger sur la pratique de l'expertise neuropsychologique du dommage cérébral. Lors de l'expertise psychologique du dommage cérébral, les conclusions des magistrats portent essentiellement sur le « chiffrage » des séquelles à retenir. Pour ce faire, le psychologue expert a pour rôle préliminaire de « dé-chiffrer » le comportement. Toutefois, ce travail n'est que rarement simple, puisque le traumatisme subi peut précipiter une décompensation psychique, et les lésions cérébrales peuvent entraîner des troubles du comportement et de la personnalité. Nous illustrerons notre propos par différentes présentations de cas, où en l'absence de cette approche holistique des états mentaux et du comportement, les tableaux cliniques furent interprétés de façon erronée et attribués à tort, induisant alors de lourdes conséquences en matière d'imputabilité et donc de réparation du dommage subi. Enfin, l'encadrement de l'activité du psychologue expert par la législation et l'éthique judiciaire d'une part, par le code de déontologie des psychologues d'autre part, ne supprime pas les questions éthiques qui surgissent au cours de la pratique expertale. Nous les abordons à travers deux exemples.

Anne-Marie CAULETIN-GILLIER



Psychologue spécialisée en neuropsychologie en libéral, Nice (06)

Membre des associations NeurOps6 (06) et NeuroPsy-PACA

Modératrice de l'association Neuropsychologie.fr

cauletinam@gmail.com

Qui est l'expert judiciaire et qui peut le devenir ?

L'expert judiciaire est par essence un « connaisseur instruit » dans son domaine de compétences. Du fait de son expérience, il est rompu à percevoir ce qui n'est pas aisément décelable. Il est investi d'un pouvoir important, et donc par corollaire d'une responsabilité considérable qu'il doit avoir constamment à l'esprit pour accomplir sa mission avec conscience, objectivité et impartialité.

Les qualités requises pour être expert sont la qualification, la compétence et l'expérience. Ce n'est donc pas une mission envisageable pour des débutants.

« Expert judiciaire », c'est une fonction et non un titre. Cela ne correspond à aucun grade dans la fonction judiciaire, et cela n'est assujéti à aucun diplôme spécifique et n'établit aucun droit, notamment de publicité (cf. éthique expertale).

Les principes fondateurs de la pratique expertale

Ils sont mis en application par le nouveau Code de procédure

civile et définis par la loi relative aux experts judiciaires, loi n° 71-498 du 29 juin 1971, modifiée par la loi n° 2004-130 du 11 février 2004 (article 46 Journal Officiel, 11 février 2004), consolidée le 19 juin 2008 : « Sous les seules restrictions prévues par la loi ou les règlements, les juges peuvent désigner pour procéder à des constatations, leur fournir une consultation ou réaliser une expertise, une personne figurant sur l'une des listes établies en application de l'article 2. Ils peuvent, le cas échéant, désigner toute autre personne de leur choix ».

L'expertise judiciaire n'est pas systématique, elle dépend des besoins du juge et de ses attentes. Elle a donc un caractère facultatif, ponctuel, contractuel. L'expert judiciaire n'exerce donc pas une profession, mais une fonction de collaboration confiée par une juridiction. Le juge est désigné comme seule autorité à apprécier l'utilité et la nécessité de la mission, ainsi que son étendue (pouvoir souverain du juge) (Gély-Nargeot, 2009).

L'expert est donc un simple auxiliaire entièrement assujéti à cette autorité.

Comment s'inscrire sur les listes d'aptitude à la fonction d'expert judiciaire ?

Il existe deux listes :

- ♦ Une liste nationale, établie par le bureau de la Cour de cassation
- ♦ Une liste spécifique, dressée par chaque Cour d'appel.

La demande d'inscription sur la liste spécifique de la Cour d'appel dans le ressort de laquelle le candidat exerce son activité professionnelle principale est une requête personnelle, adressée au Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance. C'est une démarche volontaire qui l'engage à participer, en toute connaissance de cause, au fonctionnement du service public de la justice, mais également à en respecter les règles.

Le décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 fixe les conditions générales d'inscription sur l'une des listes d'experts :

« N'avoir pas été l'auteur de faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ;

Exercer ou avoir exercé pendant un temps suffisant une profession ou une activité en rapport avec la spécialité ;

Exercer ou avoir exercé cette profession ou cette activité dans des conditions conférant une qualification suffisante ;

N'exercer aucune activité incompatible avec l'indépendance nécessaire à l'exercice de missions judiciaires d'expertise ;

Être âgé de moins de 70 ans »

Ces conditions ont trait, d'une manière générale, à l'honneur et la probité de la personne. Elles insistent sur sa nécessaire expérience et sa qualification professionnelle.

La demande doit être effectuée sous forme de lettre sur papier libre, en précisant les domaines ou spécialités pour lesquels la demande est introduite, ainsi que les rubriques de la liste pour lesquelles il souhaite son inscription. En annexe de cette lettre doivent figurer :

- ♦ Un curriculum vitae,
- ♦ Un extrait de casier judiciaire,
- ♦ Une copie certifiée conforme des diplômes présentés à l'appui de la demande,
- ♦ Les travaux déjà effectués dans les spécialités concernées,
- ♦ Toute pièce permettant d'apprécier ses compétences.

Après au moins cinq ans d'inscription sur la liste spécifique de la Cour d'appel dont il dépend, l'expert peut demander son inscription sur la liste nationale.

Le serment

L'expert prête « serment d'apporter son concours à la justice, d'accomplir sa mission, de faire son rapport et de donner son avis en son honneur et en sa conscience ». (<http://actu.dalloz-etudiant.fr>).

Ce principe insiste sur la responsabilité de l'expert. Lorsqu'il accepte une mission, il est tenu de la remplir jusqu'à complète exécution (un rapport signé qui l'engage) et il procède lui-même aux opérations d'expertise.

Toutefois, en s'engageant personnellement, il s'ouvre la possibilité de refuser toute mission ou question qui échapperait à sa compétence. Il peut ainsi suggérer de désigner un co-expert, ou de lui adjoindre une personne plus qualifiée pour un avis sapiteur. Ces deux types de collaborateurs qui assistent l'expert opèrent toujours sous son contrôle, mais jamais dans la sous-traitance.

Poursuites disciplinaires

L'expert s'expose à des poursuites disciplinaires pour toute contravention aux lois et règlements relatifs à sa profession / mission, tout manquement à la probité ou à l'honneur, même se rapportant à des faits étrangers aux missions qui lui ont été confiées. Les poursuites vont du simple avertissement à la radiation avec privation définitive du droit d'être inscrit sur une des listes d'experts.

L'expertise psychologique

Elle couvre un vaste champ, qui s'étend de l'agresseur à la victime, du détenu à l'homme libre, de l'enfant à la personne âgée. L'objectif est de livrer au magistrat des données utiles, afin de fonder un arbitrage en matière de litige, de réparation lors d'une procédure civile, ou encore de comprendre les actes du sujet déviant lors d'une procédure pénale.

La justice attendra alors de l'expert qu'il lui fournisse une description de la personnalité ou du dommage cérébral, de livrer des hypothèses explicatives et d'argumenter sur une décision (pronostic, mesure de protection, de sauvegarde, de prise en charge). Si la justice juge des faits, des délits, et non des individualités, et se doit d'établir la vérité objective des faits, la psychologie quant à elle éclaire le comportement, la dynamique psychique qui anime les actes sous-tendant les faits, et livre une signification à ceux-ci. Elles sont donc complémentaires.

Procédures au Civil

Pour illustrer l'expertise dans le cadre de procédures civiles, Mme Gély-Nargeot nous a commenté un

exemple de mission dans le cas d'une expertise de dommage cérébral :

1. *Examiner Monsieur X, décrire les lésions imputables à l'accident, indiquer après s'être fait communiquer tous les documents relatifs aux examens, soins et interventions dont la victime a été l'objet, leur évolution et les traitements appliqués, préciser si ces lésions sont bien en relation directe et certaine avec l'accident.*
2. *Déterminer la durée de l'incapacité temporaire de travail, en indiquant si elle a été totale ou si une reprise partielle est intervenue, et dans ce cas en préciser les conditions et la durée.*
3. *Fixer la date de consolidation des blessures.*
4. *Dégager, en les spécifiant, les éléments propres à justifier une indemnisation au titre de la douleur et éventuellement du préjudice esthétique en les qualifiant de très légers, légers, modérés, moyens, assez importants ou très importants.*
5. *Dire si, du fait des lésions constatées initialement, il existe une atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions, et dans l'affirmative, après en avoir précisé les éléments, chiffrer le taux de déficit physiologique résultant au jour de l'examen de la différence entre la capacité antérieure (dont le cas échéant les anomalies devront être discutées et évaluées) et la capacité actuelle.*
6. *Dire si l'état de la victime est susceptible de modification en aggravation ou en amélioration. Dans l'affirmative, fournir à la Cour toutes les précisions utiles sur cette évolution, son degré de probabilité, et dans le cas où un nouvel examen apparaîtrait nécessaire, indiquer le délai dans lequel il devra y être procédé.*
7. *Dire si, malgré son incapacité permanente, la victime est au plan médical physiquement et intellectuellement apte à reprendre, dans les conditions antérieures ou autres, l'activité qu'elle exerçait lors de l'accident.*
8. *Préciser notamment les séquelles spécifiques qui auraient pu être conservées suite à un traumatisme crânien générateur d'un coma d'une durée de x jours.*

Le principe du contradictoire

L'expertise judiciaire n'échappe pas au respect du principe du contradictoire auquel elle est soumise. Selon l'article 14 du nouveau Code de Procédure Civile, « *nulle partie ne peut être jugée sans avoir été entendue ou appelée.* ».

Cela signifie que chacune des parties a été en mesure de discuter l'énoncé des faits et les moyens juridiques que ses adversaires lui ont opposés. L'expert est donc tenu de soumettre aux différentes parties ses documents, les résultats de ses investigations, et ses conclusions, afin qu'ils puissent être débattus.

L'expert prend en considération toute observation ou réclamation, il notifie dans son rapport la suite qui leur a été donnée.

Le non-respect de ce principe peut annuler les opérations d'expertise et représente une violation d'une des règles principes de l'éthique judiciaire.

Le rapport d'expertise

Il se présente ainsi :

- ✦ Déroulement des faits,
- ✦ Exposé des documents,
- ✦ État antérieur : antécédents psychologiques, psychiatriques et médicaux,
- ✦ Dires et doléances,
- ✦ Constatations d'examen : examen psychologique et neuropsychologique (psychométrique, cognitif, écologique et comportemental),
- ✦ Discussion et conclusion.

Tableau 1 : Cas de M. FH

Expertise psychiatrique	Expertise neuropsychologique
Trouble du cours de la pensée : surproduction verbale, afflux désordonné d'images, exaltation.	Syndrome dysexécutif majeur : logorrhée, rupture de consignes, comportement moriatique.
Trouble du contenu de la pensée : pensée diffuse, absence de cohérence, absence de résultats tangibles, digressions lyriques.	Fuite des idées, passage du coq à l'âne, incapacité d'organiser un comportement orienté vers un but, trouble de prise de décisions, apragmatisme.
Trouble de l'imaginaire : thèmes mégalomaniacques et érotiques dominants.	Persévérations continues et récurrentes sur les thèmes du théâtre et de la vie sexuelle, fabulations.
Dissociations : appauvrissement affectif, dépression, réactions émotionnelles brutales (colères, injures, menaces).	Syndrome dysexécutif majeur : émoussement affectif, apathie, troubles de l'impulsivité et agressivité, défaut de régulation émotionnelle.
Mise en échec dans sa relation à autrui : absence d'autocritique, intolérance à la frustration.	Sociopathie acquise (Damasio <i>et al.</i> , 1994) : trouble de la conscience de soi, anosognosie, impulsivité non contrôlée.
Conclusions	
Altération de la mémoire; maniérisme, Pensées mal structurées, dissociations; dysfonctionnement social; décompensation psychique sur mode dissociatif (cf. troubles à 20 ans).	Trouble de la mémoire de travail; comportement moriatique, désinhibition; troubles dysexécutifs (système attentionnel superviseur); sociopathie acquise, pseudopsychopathie; syndrome orbitofrontal majeur, trouble de l'autocontrôle.
Non imputable à l'accident.	Imputable à l'accident.

Études de cas

Suite à cette partie théorique, Mme Gély-Nargeot a choisi d'illustrer l'importance de l'expertise judiciaire au travers d'études de cas dans lesquelles l'expertise psychiatrique et l'expertise neuropsychologique s'opposaient. Deux d'entre elles sont présentées succinctement ici.

Cas de M.FH

Le patient est un homme de 47 ans, marié et père de deux enfants, exerçant la profession de comédien. Il a été réformé du service militaire à 20 ans. Il a été victime d'un accident de la voie publique, a subi un polytraumatisme grave ayant entraîné un coma d'emblée. Le tableau 1 reprend les deux expertises ainsi que leurs conclusions.

Cas de M.AB

Monsieur AB est un imprimeur de 52 ans, marié et père de deux enfants. Il pratique l'apiculture comme loisir. Il a été hospitalisé suite à des piqûres d'abeilles et a montré un comportement étrange (fugue, fabulations).

Il a été examiné par un psychiatre qui a conclu à des bouffées délirantes et a prescrit une corticothérapie. Il a de ce fait été hospitalisé d'office en hôpital psychiatrique pendant quatre mois, avec une chimiothérapie importante.

Six mois plus tard, M. AB saisit la justice et intente un procès au psychiatre qui a émis le diagnostic. Il demande réparation, avec un euro symbolique de dommages et intérêts.

La demande du juge vis-à-vis de l'expert est de se prononcer sur l'existence de réels troubles psychiatriques, et dans ce cas de déterminer s'il existait un état antérieur, ou si les manifestations peuvent être en lien avec les piqûres d'abeilles (voir Tableau 2).

Questions d'éthique

Pour terminer, un certain nombre de questions sont laissées à notre appréciation.

Notre code de déontologie met en avant le respect de la liberté des personnes, ce qui pose la question du consentement libre et éclairé. Il nous engage également au respect du secret professionnel. En ce sens,

Tableau 2 : Cas de M. AB

Expertise psychiatrique	Expertise neuropsychologique
Bouffées délirantes polymorphes : rupture brutale avec l'état habituel.	Syndrome confusionnel d'installation rapide (venin).
Appréhension fragmentaire du monde, modification de la perception de la réalité extérieure : comportements étranges (mange son réveil, se coiffe avec sa brosse à dents, heurte les portes).	Trouble de différentes fonctions mentales supérieures (gnosies, praxies, attention) : agnosie visuelle aperceptive, apraxie idéatoire et de l'habillage, héminégligence.
Désorganisation des processus idéiques.	Trouble du contrôle mental.
Fabulations et productions délirantes : fracture du bras l'année précédente, salut militaire aux soignants.	Chronotaxis, amnésies reduplicatives : fracture du bras 20 ans auparavant, service militaire en hôpital psychiatrique.
Dysthymie : passivité psychique, excitation affective.	Syndrome frontal mixte : apathie, désinhibition.
Conclusions	
Bouffées délirantes polymorphes, trouble de conscience; idées délirantes.	Encéphalopathie réversible (Gayet-Wernicke); lésions thalamiques, déconnexion fronto-thalamique.
Décompensation non imputable à l'événement.	Imputable à l'événement.

la mission de l'expert judiciaire est d'éclairer la justice et non d'apporter des preuves. L'expert doit donc se limiter à répondre aux questions posées.

L'éthique se fonde sur les principes de neutralité et d'indépendance. La fonction d'expert s'entend donc comme une prestation, et ne peut en aucun cas devenir un métier. Le psychologue expert ne peut envisager son activité dans le cadre d'un emploi régulier lui offrant un salaire. L'éthique de l'expert doit donc endiguer toute tentation d'utiliser des procédés pour obtenir des missions. Chaque mission doit être considérée comme une parenthèse dans la vie du sujet, qui doit être fermée à l'issue de la mission. Le psychologue doit donc se garder de laisser émerger une demande thérapeutique qu'il prendrait lui-même en charge.

La question de l'indemnisation pécuniaire peut également faire débat. La justice offre la reconnaissance sociale à la victime, mais elle postule également que cette dernière ne peut se réparer que par un apport d'argent. N'est-ce pas réduire la dignité de la victime ?

Enfin, la responsabilité de l'expert doit l'amener à peser chaque mot de sa conclusion, qui peut être vécue comme violente par la victime. Pour ne pas obérer l'attribution des intérêts compensatoires, les choses se doivent d'être dites, mais il faut en dire le moins possible et du mieux possible, sachant que nous nous devons de respecter la vie privée de la victime, mais que le secret professionnel se mue en parole publique débattue. Le secret devient alors partagé et couvert exclusivement par le secret judiciaire.

Références bibliographiques

Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A.M., & Damasio, A.R. (1994). The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264(5162), 1102-1105. doi:10.1126/science.8178168

Gély-Nargeot, M.C. (2009). L'expertise psychologique en milieu judiciaire. Dans O. Bourguignon, *La pratique du psychologue et l'éthique* (p. 127-141). Wavre : Mardaga.

Du besoin de se regrouper : réflexions et conseils pour la création d'une association

Mots clés : Association | Regroupement | Organisation | Loi 1901 | Psychologue spécialisé en neuropsychologie

Résumé : Durant tout le CNNC, un stand associatif était ouvert. Il a permis aux associations existantes de distribuer des informations aux professionnels présents, se faire connaître des collègues présents durant le congrès, et donner quelques conseils aux psychologues spécialisés en neuropsychologie souhaitant se rassembler en association. L'association régionale NeuroPsy-PACA rassemble les associations PsyNeuV (84), NeurOps6 (06) et Neuropsychy13 (13) (ainsi que des membres individuels) depuis octobre 2012. Elle est le fruit d'un long travail de réflexion pour l'organisation de nos regroupements dans la région PACA. Forts de cette expérience, nous ne pouvons qu'engager les collègues des autres régions à suivre une démarche similaire. L'objectif de cet article est de donner quelques conseils et pistes de réflexion pour la création d'une association de psychologues spécialisés en neuropsychologie dans votre région.

Sandrine CHICHERIE



Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Consultations mémoire, CH de Carpentras (84)

Présidente des associations PsyNeuV (84) et NeuroPsy-PACA

Secrétaire de l'association Neuropsychologie.fr

s.mauries.chicherie@gmail.com

Le besoin de se regrouper naît d'une envie d'une ou de plusieurs personnes motivées. Une fois l'idée lancée, les objectifs quelles que soient les régions, quel que soit le niveau du regroupement, sont invariables. Un regroupement permet de développer un travail en réseau, de contribuer à la formation continue des professionnels ou à la formation initiale des étudiants, de mettre en place des projets locaux, et de représenter notre profession.

Au fur et à mesure des réunions, si une dynamique apparaît, la question de créer une association est forcément posée. Pour y répondre, il faut se demander quels seraient les avantages et les inconvénients d'évoluer vers un regroupement formalisé en association, ou de rester en un regroupement informel. Chaque groupe doit prendre le temps de faire son propre cheminement et trouver ses propres réponses. Malgré tout, nous vous proposons quelques réflexions sur cette question.

Les avantages de se constituer en association

- ✦ Formaliser l'existant ;
- ✦ Devenir un interlocuteur légitime et clair, auprès du public, des autres professionnels et des autorités ;
- ✦ Structurer et « démocratiser » le fonctionnement interne, par l'écriture de statuts définissant précisément sa raison, ses objectifs, ses moyens, son organisation et par une plus grande répartition des tâches au sein d'un bureau ;
- ✦ Favoriser et rendre possible le développement de nombreux projets, comme par exemple :

- Faciliter nos rencontres, notamment par l'organisation de réunions sur le temps de travail (un déplacement dans un cadre associatif est plus facilement accepté par l'employeur) et la mise à disposition de locaux
- Rendre visibles et accessibles nos compétences auprès d'un public diversifié (associations de patients, milieux pédagogiques, sanitaires et sociaux, etc.) et promouvoir notre spécificité professionnelle : existence et reconnaissance officielle d'un réseau de professionnels cliniciens
- Rendre possibles les financements et favoriser le développement des projets soutenus (subventions de laboratoires, de collectivités locales et territoriales)
- Pérenniser notre démarche en lui donnant de la consistance
- Permettre de nous inscrire dans une problématique nationale afin de rendre visibles nos problématiques locales (spécificité régionale) et d'apporter nos idées dans le développement d'une association nationale de neuropsychologues.

Les inconvénients de se constituer en association

Certaines limites sont à prendre en compte avant de s'engager dans la formation d'une association :

- ♦ Nécessité que plusieurs personnes s'investissent dans le bureau : coût en temps et risque d'essoufflement
- ♦ Nécessité de réflexions et de démarches initiales lourdes : rédaction des statuts, du règlement intérieur, inscription à la préfecture et ouverture d'un compte bancaire
- ♦ Difficultés de gestion : validation des membres (nécessité de définir des critères), gestion des cotisations et renouvellements, rédaction de procès-verbaux, réalisation d'assemblées générales et déclaration obligatoire de tout changement dans la gestion ou l'objet de l'association
- ♦ Responsabilité civile et pénale des dirigeants
- ♦ Besoin de fonds, au minimum pour financer la publication obligatoire des statuts au Journal Officiel (JO) des associations (de 44 à 90€ à ce jour), mais éventuellement aussi pour aller à des colloques, organiser des réunions spéciales et faire venir des intervenants extérieurs
- ♦ **Pour quel avenir ?**

Ces inconvénients restent limités, à partir du moment où plusieurs personnes s'investissent dans la gestion de l'association. D'ailleurs, cette nécessité vaut également pour un regroupement informel, qui risque l'essoufflement si peu de personnes sont impliquées, et qui malheureusement n'a aucune valeur légale, ne serait-ce que pour justifier la participation des membres.

Les démarches sont surtout lourdes au départ, mais la demande de création et d'inscription au JO peut désormais se faire en ligne. Le financement de la publication au JO doit être anticipé lors du vote d'une cotisation. De plus, d'autres associations existent déjà et peuvent vous conseiller quant aux démarches à faire.

La répartition des rôles au sein du bureau permet d'alléger les tâches, reposant bien souvent sur une seule personne si le regroupement est informel. Un bureau doit être composé d'au moins trois personnes : un président, un secrétaire et un trésorier (légalement, deux suffisent le rôle de secrétaire pouvant être tenu par le président ou le trésorier). Mais le bureau peut être dans l'idéal élargi, avec des adjoints ou des chargés de mission spécifique (chargé du site Internet, chargé de relations avec les instances, chargé de relations avec les autres associations ou tout autre chargé de missions nécessaire aux besoins de l'association).

Enfin, il faut effectivement avoir conscience, avant tout engagement, qu'une association déclarée a le même statut qu'une personne morale, et qu'en ce sens, elle et ses dirigeants sont exposés à des risques divers et peuvent être poursuivis (responsabilité civile et pénale). Pour couvrir ces risques, il est possible de souscrire à une assurance. Sur ce point, nous vous conseillons la lecture de cette page Internet.

Quelques conseils

Il n'y a pas encore de regroupement dans votre département ou région? N'hésitez pas à vous lancer!

Parlez-en à vos collègues autour de vous, postez un appel sur un forum (comme celui de Neuropsychologie.fr), et organisez une première rencontre. Cette première réunion sera l'occasion pour chacun de se présenter, et d'évoquer ses attentes d'un tel regroupement. C'est aussi le moment de décider du jour de la semaine, de l'horaire, du lieu, du contenu des prochaines réunions, ainsi que de la fréquence des rencontres.

C'est souvent difficile de contenter tout le monde, des aménagements sont à faire comme ne pas garder un jour ou un horaire fixes, changer de lieu une fois sur deux, alterner des thèmes concernant la population enfant avec d'autres concernant l'adulte, etc.

Les messageries Internet sont un vrai plus pour organiser tout cela. Les sites comme Doodle.com sont également très pratiques en facilitant le choix d'une date ou d'un horaire.

Votre regroupement est informel mais se maintient dans le temps et/ou vous souhaitez mettre en place des projets? Pourquoi ne pas vous constituer en association?

Cela vous permettrait de formaliser l'existant, et de rendre ainsi votre regroupement plus visible et plus légitime face aux autres regroupements de professionnels et face aux instances officielles. Cela permettrait également d'encadrer votre fonctionnement actuel (rôle de chacun, répartition des tâches, choix décisionnel, admission).

Constituer une association est le meilleur moyen de développer et de pérenniser votre action régionale ou départementale, tout en vous inscrivant dans des problématiques nationales.

En pratique, comment faire?

1. Consacrez tout ou une partie de quelques unes de vos réunions à cette question : un maximum de personnes doivent adhérer à ce projet et s'impliquer dans cette démarche. Vous devez également réfléchir et décider quels seront les

objectifs de votre association (développer un réseau, favoriser les échanges, soutenir la formation continue et initiale, promouvoir la neuropsychologie, représenter ses membres à un niveau départemental ou régional, organiser des événements).

2. Mettez ensuite en place un groupe de travail, qui rédigera les statuts de l'association, ainsi qu'un règlement intérieur (n'hésitez pas à nous contacter pour des exemples). Ces documents seront diffusés à l'ensemble du groupe pour validation.

A noter :

Si l'objet de l'association dépasse 1000 caractères, le coût de la déclaration sera plus élevé (au 18/01/2013, 90€ contre 44€ si inférieur à 1000 caractères).

Toute modification de gestion (nom ou sigle de l'association, adresse du siège social, adresse du site Internet si donnée initialement) ou d'objet doit être déclarée à la préfecture dans les trois mois, sous peine de sanctions. Les modifications statutaires (nom ou sigle de l'association, objet, adresse du siège social ou du site internet) peuvent, si vous le souhaitez, faire l'objet d'une publication au JO, mais celle-ci n'est pas obligatoire, d'autant plus que ces modifications ont un coût (au 18/01/2013, 31€ jusqu'à 1000 caractères, et 90€ si plus).

3. Organisez une assemblée générale constitutive en invitant toutes les personnes susceptibles d'être intéressées par votre association. Cette assemblée générale sera le lieu pour voter les statuts, le règlement intérieur, le nom de l'association, l'adresse du siège social et le montant de la cotisation s'il y a lieu. Il faudra également élire les membres du bureau et/ou du conseil d'administration. Un procès verbal devra être rédigé.
4. Maintenant, il ne reste plus qu'à déclarer votre création d'association à la préfecture ou à la sous-préfecture dont dépend le siège social, et demander sa publication au JO des associations. Depuis 2012, cette déclaration peut se faire en ligne.

Un membre du conseil d'administration doit créer un compte et faire l'enregistrement. Il aura besoin :

- ✦ Du titre de l'association tel qu'il figure dans ses statuts, éventuellement suivi de son sigle
- ✦ De l'objet de l'association
- ✦ De l'adresse du siège social, voire de l'adresse de gestion si différente
- ✦ Des noms, professions, domiciles et nationalités des personnes en charge de son administration
- ✦ D'un exemplaire numérique des statuts datés et signés par au moins deux personnes mentionnées sur la liste des dirigeants (bureau ou conseil d'administration), portant leur nom, prénom, et fonction au sein de l'association
- ✦ D'un exemplaire numérique du procès verbal de l'assemblée générale constitutive signé sous le dernier article par le président ou le secrétaire de séance.

Plus d'informations sur cette page : <http://vosdroits.service-public.fr/associations/F1119.xhtml>

5. Enfin, une fois votre déclaration publiée au JO, vous avez la possibilité d'ouvrir un compte bancaire. Plusieurs banques proposent une ouverture de compte avec chéquier et des frais de gestion gratuits. Par contre, les virements, une carte

bancaire ou la consultation du compte par Internet sont souvent payants. N'hésitez pas à vous renseigner.

Vous faites déjà partie d'une association constituée et vous souhaitez créer un site internet ?

Le portail Neuropsychologie.fr met à votre disposition gratuitement une solution de création et d'hébergement de site web, ainsi qu'un nom de domaine de type « votre_asso.neuropsychologie.pro ».

Pour que vive la neuropsychologie clinique !

Pour aller plus loin :

Plus d'informations dans ce topic : <http://www.neuropsychologie.fr/index.php?/topic/5451-un-site-pour-votre-association-neuropsychologiepro>

Sites internet d'associations de psychologues spécialisés en neuropsychologie :

<http://www.neuropsychologie.fr>

<http://www.cpcn.fr>

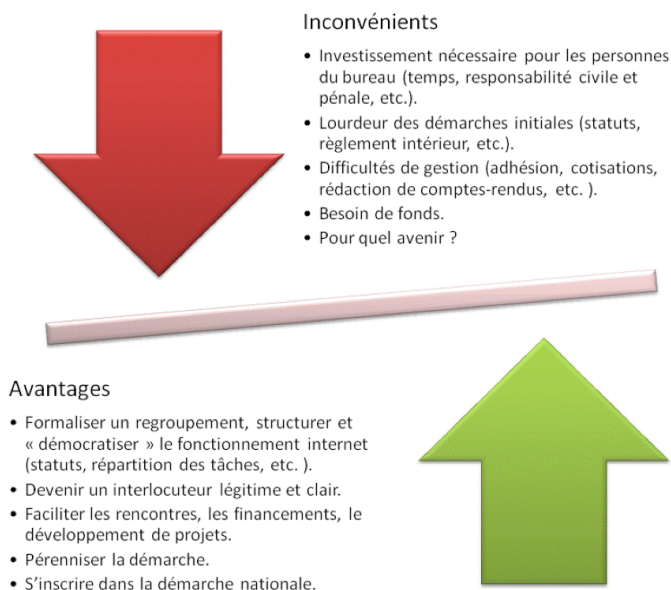
<http://association06.neuropsychologie.pro>

<http://www.apnb.neuropsychologie.pro>

<http://psy-neuropsychy-mip.com/Accueil>

<http://cbpncm.wordpress.com>

<http://neuropsychyhone.sitego.fr>



Lauréats du prix Neuropsychologie.fr pour les posters professionnels

L'association Neuropsychologie.fr a tenu à soutenir ce premier Congrès National de Neuropsychologie Clinique par l'attribution de prix posters. Durant les trois premières demi-journées de congrès, les participants ont pu voter anonymement pour leur poster préféré. Ces votes ont permis d'élire trois posters, qui ont été mis à l'honneur dans la salle de conférences plénière. Des prix ont été attribués aux auteurs : 400€ pour le premier prix, 300€ pour le deuxième et 200€ pour le troisième. Cette initiative avait pour objectif de soutenir l'effort de communication des collègues. Pour la prochaine édition, nous attendons des soumissions encore plus nombreuses, que ce soit pour les communications orales ou affichées : les psychologues spécialisés en neuropsychologie ont beaucoup de choses à partager !

Les prix Neuropsychologie.fr ont été attribués à :

-1er Prix : Le Vourc'h F, Kervarrec A. (Douarnenez) pour : « Projet de revalidation individualisée ciblant des activités de vie quotidienne pertinentes auprès des personnes présentant un vieillissement cérébral/cognitif problématique au sein d'un hôpital de jour gériatrique de proximité »

-2ème Prix : De Anna F, Gour N., Meunier J., Ceccaldi M. (Marseille) pour : « Prise en charge multidisciplinaire d'une amnésie massive par lésion bilatérale des noyaux thalamiques antérieurs »

-3ème Prix : Bourlon C., Bourgeois A., Vandier J., Bordier A., Barradij M., Urbanski M., Bartolomeo P., Duret C. (Boissie Le Roi, Paris et Milan) pour : « Membre fantôme surnuméraire : le cas de Mme S »



Essais cliniques de revalidations cognitives individualisées ciblées sur des activités de vie quotidienne

Le Vourc'h, F.¹, Kervarrec, A.¹

¹ Hôpital de Jour Gériatrique de Douarnenez (29)
florence.levourch@ch-douarnenez.fr

Nous vous présentons ici nos essais cliniques de revalidations cognitives individualisées, ciblées sur des activités de la vie quotidienne, et des expertises auprès de personnes présentant un vieillissement cérébral et cognitif problématique au sein d'un hôpital de jour gériatrique (HDJ), en s'inspirant des projets thérapeutiques psychologiques et sociaux proposés dans la littérature.

Notre hypothèse était qu'il est possible de reproduire ce type d'interventions dans une structure plus légère que les grands centres où sont effectuées les recherches publiées. Les résultats seront positifs pour les patients.

Deux projets de revalidation ont été élaborés : l'un pour le patient M1 (en 2009) et l'autre pour le patient M2 (en 2011). Ces prises en charge s'attachaient à des buts spécifiques définis avec les patients, en incluant autant que possible les aidants. Leur objectif global était de maintenir une vie autonome et plaisante.

Les objectifs pour le patient M1 étaient de reprendre une activité de réalisation de maquettes à la maison et une activité de pétanque en groupe en dehors du domicile (deux domaines d'expertise perdus), ainsi que d'utiliser un agenda et un tableau.

La revalidation était soutenue par un programme pluridisciplinaire incluant des activités de stimulations cognitives (supervisées par une infirmière et une aide-soignante), la participation à un atelier cuisine en groupe (menées par un ergothérapeute), et le suivi du projet de revalidation cognitive et des entretiens type *counseling* avec l'aidant principal (réalisés par une psychologue et une stagiaire-psychologue).

L'intervention a été menée au rythme d'une journée par semaine pendant six mois.

Pour le patient M2, les objectifs étaient de faciliter l'accès aux prénoms de ses petits-enfants par la technique de récupération espacée, de travailler le calcul mental (domaine d'expertise), de l'initier à la pratique du Sudoku et de mettre en place un agenda mémoire.

La revalidation cognitive était réalisée par un binôme de professionnels (ergothérapeute et psychologue) et comportait dix séances de deux heures hebdomadaires et trois séances d'une heure pour des entretiens avec le patient et son proche. Nous avons réalisé un Plan d'Intervention Individualisé Interdisciplinaire (PIII).

Résultats : Que ce soit pour M1 ou M2, on relève, sur le plan cognitif, une amélioration globale, ainsi que dans certains domaines. Certaines difficultés persistaient toutefois, avec notamment une aggravation des troubles mnésiques.

Mais surtout, de nettes améliorations ont été observées :

- ✦ Concrètement, la reprise effective d'activités, avec recouvrement et développement de nouvelles capacités
- ✦ Les patients rapportaient qu'ils « se sentaient mieux » sur le plan affectif
- ✦ Les proches évoquent également des changements positifs, notamment au niveau comportemental.

Résultats à plus long terme : Validité des résultats à 2 ans.

En conclusion, il existe d'autres moyens de soins que les solutions de stimulations cognitives ou médicamenteuses. Il est possible de permettre à un patient de retrouver des capacités, réduire son handicap, réduire ses troubles du comportement, en s'appuyant aussi sur ses expertises, malgré un vieillissement cérébral ou cognitif problématique. Les gains en termes d'activités, d'autonomie, psychologiques et sociaux démontrés dans la littérature sont retrouvés ici, et semblent durer dans le temps. Il est donc possible de reproduire, dans des structures légères, les programmes de revalidation cognitive

(approche individualisée psychologique et sociale) proposés initialement dans les cliniques universitaires, même sur une période courte de trois mois et un programme d'une vingtaine d'heures seulement.

Perspectives : Il serait intéressant d'associer à ce dispositif de revalidation un dispositif de réintégration sociale et de revalorisation personnelle dans le cadre d'activités en groupe pour un « vieillir autrement », à l'instar de l'expérience de l'association VIVA, en Suisse (Valoriser et Intégrer pour Vieillir Autrement - <http://www.association-viva.org/>).



PROJETS DE REVALIDATION INDIVIDUALISEE CIBLANT DES ACTIVITES DE VIE QUOTIDIENNE PERTINENTES AUPRES DE PERSONNES PRESENTANT UN VIEILLISSEMENT CEREBRAL/COGNITIF PROBLEMATIQUE AU SEIN D'UN HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE DE PROXIMITE

F. LE VOURCH, A. KERVARREC,
Hôpital de jour gériatrique de Douarnenez

Introduction

Hypothèse : En s'inspirant de la démarche et de l'esprit des projets à visée thérapeutiques psychologiques et sociales proposés dans la littérature (M. et A.C. Van der Linden, S. Adam) il est possible de reproduire ce type d'interventions dans une structure plus légère de type hôpital de jour gériatrique de proximité et les résultats seront positifs pour les bénéficiaires de ces soins.

Présentation : Les prises en charge s'attachaient à viser des buts spécifiques, jugés pertinents, de la vie quotidienne, autour de la question de la réappropriation d'expertises pour les deux personnes; ces objectifs étaient définis avec eux, en incluant autant que possible les aidants; dans l'objectif global de maintenir une vie autonome et épanouissante autant que possible, une dignité et un sens à leur vie.

Données initiales & Méthodologie

Patient M1, 2009

Patient M1, 78 ans; marié; 3 enfants, ancien charpentier, vivant toujours à domicile;
En 2007 : AVC (lacune ischémique frontale gauche)
Novembre 2008 : première consultation à la consultation gériatrique pour apragmatisme, agressivité, trouble de la mémoire

Plaintes :

- **Mr M1 :** « depuis l'AVC j'ai des hauts et des bas, ...j'ai plus envie de sortir, ...dehors je me sens faible et je me perds. »
- **Son épouse :** il ne veut plus sortir, tourne en rond dans l'appartement, ne joue plus à la pétanque, allume les lumières sans les éteindre, ouvre les portes sans les fermer.

Examen Psychologique

Capacités préservées	Capacités réduites
<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de stockage en mémoire de travail • Fonctions instrumentales (praxies et gnosies visuelles) • Calcul • Fluences verbales + langage écrit et oral 	<ul style="list-style-type: none"> • trouble sévère en mémoire épisodique • fléchissement mémoire court terme • fléchissement modéré capacités exécutivo-attentionnelles • difficultés en communication spontanée non retrouvées aux épreuves verbales

⇒ Les troubles du comportement sont interprétés comme réactionnels aux dégradations cognitives (défenses narcissiques)

Programme Pluridisciplinaire incluant :

des activités de stimulations cognitives (individuelle et AMP) individuelles ou en groupe
la participation à un atelier cuisine en groupe (ergothérapeute)
le suivi du projet de revalidation cognitive et 2 entretiens type « counseling » avec l'aidant principal (psychologue et psychologue stagiaire).
+ repas collectifs

Une journée par semaine pendant 6 mois, Total : 180h

Objectifs fixés avec le patient dans le cadre de la revalidation cognitive :

- reprendre une activité de réalisations de maquettes + autres activités manuelle à domicile
- + une activité de pétanque en groupe à l'extérieur (= 2 domaines d'expertise perdus)
- utiliser un agenda et d'un tableau.

Patient M2, 2011

Patient M2, 79 ans; marié; 6 enfants, ancien agriculteur, vivant toujours à domicile;
mai 2011 : première consultation à la consultation gériatrique pour apparition brutale de troubles mnésiques en mai 2011

Plaintes :

- **Mr M2 :** évoque une mémoire courte avec des trous sans que cela ne le gêne
- **Son épouse :** il ne sort plus, ne sait plus quel jour on est, réalise des rangements incongrus, présente moins d'intérêt pour les jeux télévisés qu'il ne ratait jamais

Examen Psychologique

Capacités préservées	Capacités réduites
<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de stockage en mémoire de travail • capacités visuo-constructives • langage oral 	<ul style="list-style-type: none"> • mémoire épisodique verbale (3 processus) • gnosies visuelles • capacités de raisonnement et abstraction verbale • ralentissement idéomoteur • atteinte relative des capacités exécutivo-attentionnelles • capacités de calcul abaissées

⇒ Le patient est conscient de ses difficultés cognitives, de sa restriction d'autonomie et en raison de difficultés cardiaques parallèles il dû restreindre ses activités quotidiennes. Altération de son image personnelle.

Programme Pluridisciplinaire :

réalisé par un binôme de professionnel (ergothérapeute/psychologue)
10 séances de 2h hebdomadaire (1h auprès de chaque professionnel)
3 séances d'1h pour des entretiens avec le patient et son proche pour la réalisation de plan d'intervention individualisé interdisciplinaire.

2h par semaine pendant 3 mois

Total: 23h (10X moins que M1)

objectifs fixés avec le patient dans le cadre de la revalidation cognitive :

- faciliter l'accès aux prénoms de ses petits-enfants (technique de récupération espacée)
- travail du calcul mental (domaine d'expertise)
- initiation à la pratique du Sudoku
- mise en place d'un agenda.

Résultats

Patient M1, 2009

Observations :

- **Mr M1 et Son épouse :** Monsieur M. va mieux, il ressort, il s'occupe à la maison avec ses maquettes et d'autres activités diverses. Il sollicite beaucoup moins son épouse. Il a repris la pétanque. Il parle mieux.

Données psychométriques :

	MMS	Golberg	Pichot	Zarit	Fluence lex	DO	Praxies	Sim	MdC	RLR16	Portes	TM1A	TM1B	Rey
2008	21	4	2	32	8	80	15/16	6	6	11	-	108	KO	31
2009	26	4	2	46	7	79	16/16	5	8	KO	15	105	346	36
interprétation	↑	→	→	↑	→	→	↑	→	↑	↓	→	↑	↑	↑

* recuite en syndrome dépressif majeur de l'épouse

Patient M2, 2011

Observations :

- **Mr M2 :** « Ca va mieux. J'ai une occupation toute la journée. »
- **Son épouse :** « A domicile, il lit, il promène son chien tous les jours, il aide à la vaisselle, il regarde la TV, les infos. » Questions pour un champion », « l'assemblée nationale ».

Données psychométriques :

	MMS	Golberg	Pichot	Zarit	Fluence lex	DO	Calcul	Sim	MdC	RLR16	orthog Lex	TMTA	TM1B	Rey
2011	22	1	3	7	12	73	2sur5	1	14	30	3sur5	152	325	28
2012	26	0	2	5	19	80	5sur5	7	13	34	5sur5	180	321	30
interprétation	↑	↑	↑	→	↑	↑	↑	↑	→	→	↑	↓	→	→

Synthèse des résultats de M1 et M2

Sur le plan cognitif, après la prise en charge - une amélioration globale est notée ainsi que dans certains domaines - mais la persistance ou l'aggravation de certains difficultés (mémoire notamment)

MAIS SURTOUT

-Reprise effective d'activités ; recouvrement et développement de nouvelles capacités.

-D'un point de vue affectif, les personnes se sentent aller mieux (baisse de la souffrance narcissique)

-Les proches évoquent également des changements positifs, notamment au niveau comportemental avec baisse de l'agressivité et reprise d'activités (= apathie = disparue)
= changement de l'image du patient auprès de son entourage

A l'issue de la remédiation, afin de poursuivre leurs efforts d'optimisation de leurs capacités :

-M1 a été orienté vers un accueil de jour gériatrique

-M2 vers une prise en charge par un orthophoniste libéral associée à des encouragements pour reprendre des activités de vie sociale (activités paroissiales).

Résultats à plus long terme : maintien des résultats à 2 ans.

Conclusions et perspectives

■ Il existe d'autres solutions thérapeutiques psychologiques spécialisées plus fécondes et plus riches que les solutions de stimulations cognitives ou médicamenteuses aujourd'hui reconnues comme d'effets limités au quotidien.

■ Ainsi il est possible de permettre à un patient de retrouver des capacités, réduire ses handicaps, réduire ses troubles du comportement, en s'appuyant aussi sur ses expertises, malgré un vieillissement cérébral / cognitif problématique

■ Les gains en termes d'activités-autonomie, les gains psychologiques et sociaux sont reproduits et semblent durer dans le temps pour les patients.

■ Il est possible de reproduire les programmes spécialisés de revalidation cognitives (approche individualisée psychologique et sociale) proposées initialement dans les cliniques universitaires, dans des structures légères, type hôpital de proximité, même sur une période courte de 3 mois et un programme de quelques 20h seulement.

NOUVELLES PISTES : Il doit être possible d'associer à ce dispositif de revalidations centrées sur la personne un dispositif de réintégration sociale et de revalorisation personnelle dans le cadre d'activités en groupe pour un « vieillir autrement ». À l'instar de l'expérience de l'Association VIVA, en Suisse (Valoriser et Intégrer pour Vieillir Autrement) www.association-viva.org

Références : Adam S, Van Der Linden M, Andres P, Quittre A, Olivier C & Salmon E (1999) La prise en charge en Centre de Jour de patients Alzheimer au stade débutant. In Ph. Azouvi, D. Perrier & M. Van Der Linden (Eds). La Rééducation en Neuropsychologie : Etudes de cas (pp. 275-297) Marseille SOLAL -- Quittre A, Adam S, Olivier C & Salmon E (2009) Maladie d'Alzheimer précoce : utilisation conjointe d'un agenda et d'un téléphone portable pour le maintien de l'orientation spatio-temporelle. In S. Adam, P. Allain, G. Aubin & F. Coyette (Eds). Actualités en rééducation neuropsychologique : Etudes de cas (pp 333-365) Marseille SOLAL -- M et AC Fourgon Du Tilleul : Mythe-Alzheimer.over-blog.com - www.association-viva.org

Prise en charge multidisciplinaire d'une amnésie massive par lésion bilatérale des noyaux thalamiques antérieurs

De Anna, F.¹, Gour, N.^{1,2}, Meunier, J.¹, Ceccaldi, M.^{1,2}, Felician, O.^{1,2}

¹ Service de Neurologie et Neuropsychologie, CHU Timone Adultes, Marseille

² Aix-Marseille Université, INSERM U 1106 / Institut de neurosciences des systèmes, Marseille

francesca.deanna@ap-hm.fr, gour.natalina@ap-hm.fr, meunier.jeanne@ap-hm.fr, ceccaldi.mathieu@ap-hm.fr, felician.olivier@ap-hm.fr

Une femme de 63 ans a été victime en 2007 d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique responsable d'une lésion isolée des noyaux bi-thalamiques antérieurs. Cette patiente conservait, à distance, un syndrome amnésique diencephalique sévère, se caractérisant par une amnésie épisodique rétrograde et antérograde, une désorientation spatio-temporelle, et un dysfonctionnement sous-cortico-frontal plus modéré dominé par un manque d'initiative. Ce syndrome a généré une perte d'autonomie marquée avec de multiples difficultés au quotidien : conduites répétitives, perte d'objets, troubles de la mémoire spatiale et impossibilité à initier toute activité. Associée aux troubles cognitifs, une fragilité psychologique a été observée. Une évaluation approfondie de son fonctionnement cognitif a permis de mettre en évidence, sur le plan mnésique, une dissociation entre une atteinte massive de la mémoire épisodique et une préservation de la mémoire sémantique et procédurale.

Une prise en charge multidisciplinaire a été instituée avec une psychologue clinicienne et une neuropsychologue. En sollicitant les capacités cognitives préservées, nous avons étudié ses capacités à apprendre de nouvelles connaissances sémantiques

avec un protocole d'apprentissage sans erreurs de 48 mots de vocabulaire. Les performances de la patiente ont été comparées à celles d'un groupe de quatre sujets sains appariés.

Le protocole comprenait : une phase d'apprentissage (24 sessions) et une phase de test (rappel indicé et reconnaissance). Un rappel différé à 2 mois a également été proposé.

Les résultats montrent que malgré les troubles massifs de la mémoire épisodique, de nouvelles acquisitions sémantiques sont possibles, plaidant en faveur des modèles dissociatifs de la mémoire déclarative. Ces résultats offrent également un support théorique à sa prise en charge rééducative.

Dans un deuxième temps, et dans une perspective plus écologique, nous avons abordé l'apprentissage d'une nouvelle procédure, telle que l'utilisation d'un ordinateur portable. Ce travail fut basé sur la répétition d'essais par la méthode d'apprentissage sans erreur. A ce jour, la patiente a appris avec succès l'utilisation de l'ordinateur, bien qu'elle n'initie pas cette activité spontanément. Cet élément fait émerger une réflexion sur la fonction de l'entourage dans le transfert des apprentissages au quotidien.



PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE D'UNE AMNÉSIE MASSIVE PAR LÉSION BILATÉRALE DES NOYAUX THALAMIQUES ANTERIEURS

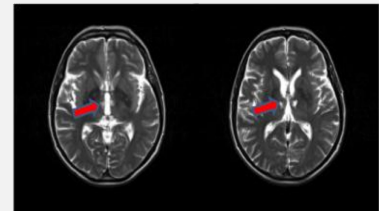
Francesca DE ANNA, Natalina GOUR, Jeanne MEUNIER, Mathieu CECCALDI, Olivier FELICIAN

Service de Neurologie et Neuropsychologie, CHU Timone - INSERM U1106 – Marseille, France



Inserm

- MG., femme de 63 ans professeur de yoga, fut victime en 2007 d'un accident vasculaire cérébral ischémique bi-thalamique.
- L'examen neurologique somatique était normal.
- A distance, MG conservait un profil neuropsychologique caractérisé par:
 - o Une désorientation temporelle et spatiale
 - o **Une amnésie épisodique rétrograde et antérograde sévère** (QM = 53), contrastant avec des **connaissances sémantiques rétrogrades spectaculairement préservées**
 - o Un syndrome sous cortico-frontal dominé par un **manque d'initiative**
 - o Une perte d'autonomie marquée
 - o Un fonctionnement cognitif global (QI = 97) et instrumental préservés

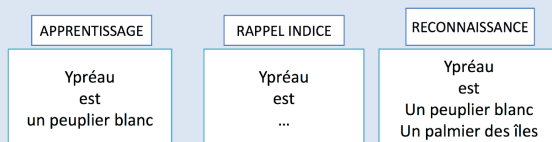


IRM : lésion isolée et bilatérale des noyaux thalamiques antérieurs.

Objectif 1 : évaluer les aspects antérogrades de la mémoire sémantique au moyen d'un protocole d'apprentissage de nouvelles informations sémantiques.

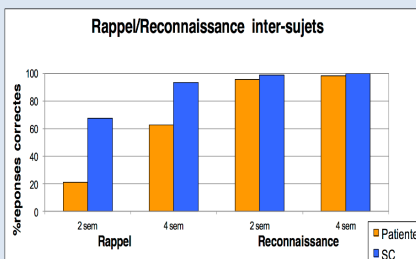
Méthode

MG, ainsi que 4 Sujets Contrôle, furent soumis à un protocole d'apprentissage sans erreur de 48 mots de vocabulaire (1).

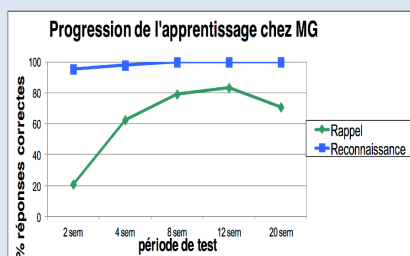


→ 2 sessions par semaine → 2 apprentissages par session

Résultats



→ dissociation rappel/reconnaissance, en faveur du processus de reconnaissance



→ amélioration performances en rappel indicé dans le temps, maintien 2 mois après

Objectif 2 : dans un contexte écologique, mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire en sollicitant les capacités cognitives préservées.

Méthode

Apprentissage de l'utilisation d'un ordinateur portable sur la base des capacités procédurales préservées(3): lien avec l'entourage et l'extérieur.

Technique d'apprentissage sans erreur

- 1) Suit indications écrites pour familiarisation et apprentissages élémentaires: 8 étapes – 6 sous-étapes
- 2) Apprentissage étape 1, puis 2,... sur la base de la répétition et par estompage. Evaluation de l'apprentissage en favorisant les processus de reconnaissance.
- 3) Lorsque apprentissages élémentaires en place: la patiente écrit elle-même les fiches pour les nouveaux apprentissages (e-mails et internet)
- 4) Généralisation de l'apprentissage à un ordinateur fixe

1 session par semaine
2 apprentissages par session



CAPACITES ACQUISES: allumer l'ordinateur, ouvrir document vierge, écrire un texte, enregistrer le document, fermer la page, accéder à internet et rechercher une information, lire et écrire des e-mails.

○ AUCUN SOUVENIRS EXPLICITE DES SEANCES D'APPRENTISSAGE

○ IMPLICATION DE L'ENTOURAGE NECESSAIRE

Discussion

- La lésion bilatérale du système hippocampo-mamillo-thalamique antérieur pourrait expliquer les troubles massifs de la mémoire épisodique présentés par cette patiente (2).
- Cependant, les résultats montrent que des nouvelles acquisitions sémantiques sont possibles. L'intégrité du système sous-hippocampo-thalamique dorso-médian pourrait sous-tendre la préservation des capacités mnésiques résiduelles (2).
- Lors d'une prise en charge rééducative l'apprentissage de nouvelles procédures et de nouvelles connaissances sémantiques est possible en exposant notre patiente à un apprentissage répétitif. L'évaluation des apprentissages doit s'appuyer sur les processus préservés de reconnaissance.

Références :

(1) Bayley et Squire, The Journal of Neuroscience, 2002 (2) Aggleton and Brown, Behavioral and Brain Sciences, 1999 (3) Van der Linden et Coyette, Broken memories: neuropsychological case studies, 1995

Membre fantôme surnuméraire : le cas de Mme S.

Bourlon, C.¹, Bourgeois, A.², Vandier, J.¹, Bordier, A.¹, Baradji, M.¹, Urbanski, M.², Bartolomeo, P.^{2,3,4}, Duret, C.¹

¹ Service de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle, Clinique Les Trois Soleils, Boissise le Roi, France

² INSERM-UPMC UMRS 975, Hôpital de la Salpêtrière, Paris, France.

³ Fédération de Neurologie, AP-HP, Hôpital de la Salpêtrière, Paris, France.

⁴ Département de Psychologie, Université Catholique, Milan, Italie.

c.bourlon@gmail.com

La perception du corps peut être perturbée suite à diverses atteintes du système nerveux. Généralement, le terme de membre fantôme est utilisé chez les patients amputés des extrémités des membres et est défini comme une perception erronée, comme « *l'expérience persistante des aspects posturaux et moteurs d'un membre après sa perte physique* ». Chez les patients hémiplegiques après un accident vasculaire cérébral, un phénomène similaire peut se produire, consistant en l'expérience d'un membre supplémentaire (Halligan & Marshall, 1995), appelé membre fantôme surnuméraire (Critchley, 1953) ou troisième membre (Fredericks, 1963 ; Melzack, 1990). Ce membre fantôme réplique généralement le côté plégique (Bakheit, 2000) et peut inclure le bras, la main, le pied, la jambe ou même la tête, ensemble ou séparément. Les caractéristiques du membre fantôme sont très diverses, elles sont le plus souvent kinesthésiques et somesthésiques, plus que visuelles (Grossi, Di Cesare & Tamburro, 2002 ; Bakheit & Roundhill, 2005). Ce phénomène ne persiste généralement pas dans le temps et reste de rare occurrence (McGonigle *et al.*, 2002 ; Miyazawa, Hayashi, Komiya & Akiyama, 2004).

Nous rapportons dans cette étude le cas de Madame S., admise dans notre service de rééducation fonctionnelle quelques semaines après un accident vasculaire cérébral sur probable poussée hypertensive. Le bilan lésionnel met en évidence un hématome localisé dans la région fronto-temporale droite. Madame S. est âgée de 58 ans, droitnière, française et travaille dans une compagnie d'assurance. Elle présente à son arrivée des séquelles d'hémiplégie gauche avec un déficit de sensibilité profonde aux

membres inférieur et supérieur et de sensibilité superficielle au membre supérieur. Sur le plan cognitif, la patiente présente des signes de négligence spatiale gauche, sans amputation du champ visuel, ainsi qu'un syndrome dysexécutif cognitif. En revanche, les capacités mnésiques semblent efficaces et il n'existe pas de désorientation temporo-spatiale.

Un mois après son hospitalisation, Madame S. rapporte la survenue de sensations « étranges » au niveau de sa main gauche. Elle décrit l'impression de posséder comme « une troisième main », qui pourrait effectuer des mouvements, comparables à une main « normale ». Elle rapporte comme des sensations fantômes au niveau de son membre supérieur parétique.

Le dialogue ci-dessous illustre l'entretien clinique entre le Psychologue (P) et Madame S. (MS):

P : *Combien de mains avez-vous ?*

MS : *Etonnement, j'ai l'impression d'avoir trois mains. Je sais que ce n'est pas possible parce que j'ai ma main droite en bonne santé et ma main gauche paralysée (la patiente montre ses mains), ce qui fait deux. Mais parfois, j'ai la sensation étrange d'avoir une troisième main qui m'aide dans ma vie quotidienne.*

P : *Que faites vous exactement avec cette troisième main ?*

MS : *Quand j'ai mal à la tête, par exemple, elle peut me masser ; elle peut également tourner les pages de mon livre, c'est vraiment bizarre. Est-ce que c'est normal ?*

P : Est-ce que vous pouvez la voir ?

MS : Non, mais je sens sa présence comme si elle existait. Elle peut se déplacer, toucher des tissus. J'ai une sensation de chaleur, comme si elle touchait une plaque chaude et de lourdeur comme si je portais quelque chose de lourd.

Ces sensations sont donc principalement retrouvées au niveau kinesthésique (sensation de mouvement, impression par exemple de tourner des pages ou de se gratter la tête) mais aussi somesthésique (sensation de chaleur). La patiente ne peut en revanche pas voir ce membre fantôme, il n'y a donc pas, dans ce cas, de caractéristiques visuelles. Enfin, ce phénomène est critiqué : la patiente est parfaitement consciente que ce membre supplémentaire n'existe pas.

Ce phénomène d'occurrence rare chez des patients vasculaires est principalement retrouvé après des lésions hémisphériques droites (Miyazawa *et al.*, 2004 ; Bakheit & Roundhill, 2005 ; Staub *et al.*, 2006). Madame S. présente une lésion corticale frontale et temporale droite, touchant également au niveau sous-cortical, l'insula et les ganglions de la base. Une dysconnexion thalamo-corticale pourrait être à l'origine de ce phénomène. L'interruption de ce réseau (que l'on pourrait démontrer dans le cas présent en utilisant la tractographie avec tenseur de diffusion) pourrait conduire à une altération des afférences et du *feed-back* sensori-moteur et induire une phénoménologie illusoire très proche de l'expérience d'un mouvement effectif.

Références bibliographiques

Bakheit, A.M. (2000). Illusory movements of the paralysed upper limb in stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 69(6), 837. doi:10.1136/jnnp.69.6.837

Bakheit, A.M., & Roundhill, S. (2005). Supernumerary phantom limb after stroke. *Postgraduate Medical Journal*, 81(953), e2. doi:10.1136/pgmj.2004.027086

Critchley, M. (1953). *The parietal lobes*. New York : Hafner.

Fredericks, J. (1963). Occurrence and nature of phantom limb phenomena following amputation of body parts and following lesions of the central peripheral nervous system. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*, 66, 73-97.

Grossi, D., Di Cesare, G., & Tamburro, R.P. (2002). On the syndrome of the "spare limb": one case. *Perceptual and Motor Skills*, 94(2), 476-478. doi:10.2466/pms.2002.94.2.476

Halligan, P.W., & Marshall, J.C. (1995). Supernumerary phantom limb after right hemispheric stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 59(3), 341-342.

McGonigle, D.J., Hanninen, R., Salenius, S., Hari, R., Frackowiak, R.S., & Frith, C.D. (2002). Whose arm is it anyway? An fMRI case study of supernumerary phantom limb. *Brain*, 125(6), 1265-1274. doi:10.1093/brain/awf139

Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neurosciences*, 13(3), 88-92. doi:10.1016/0166-2236(90)90179-E

Miyazawa, N., Hayashi, M., Komiya, K., & Akiyama, I. (2004). Supernumerary phantom limbs associated with left hemispheric stroke: case report and review of the literature. *Neurosurgery*, 54(1), 228-231. doi:10.1227/01.NEU.0000097558.01639.F5

Staub, F., Bogousslavsky, J., Maeder, P., Maeder-Ingvar, M., Fornari, E., Ghika, J., Vingerhoets, F., & Assal, G. (2006). Intentional motor phantom limb syndrome. *Neurology*, 67(12), 2140-2146. doi:10.1212/01.wnl.0000249135.78905.75

Membre fantôme surnuméraire le cas de Madame S

Bourlon, C.¹, Bourgeois, A.², Vandier, J.¹, Bordier, A.¹, Baradji, M.¹, Urbanski, M.²,
Bartolomeo, P.^{2,3,4}, Duret, C.¹

¹ Service de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle, Clinique Les Trois Soleils, Boissise le Roi, France

² INSERM-UPMC UMRS 975, Hôpital de la Salpêtrière, Paris, France

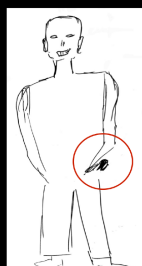
³ Fédération de Neurologie, AP-HP, Hôpital de la Salpêtrière, Paris, France

⁴ Department of Psychology, Catholic University, Milan, Italy

Introduction

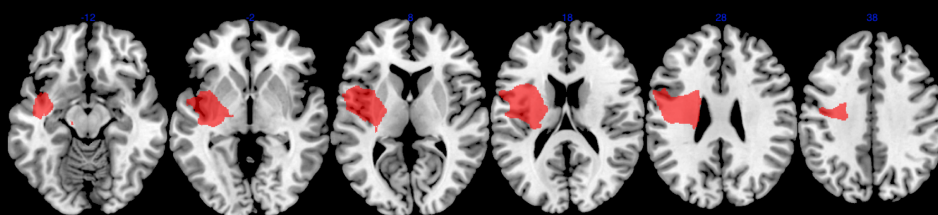
L'impression de sentir un membre absent comme toujours existant est un phénomène bien connu chez les patients amputés sous le nom de membre fantôme. Un phénomène similaire peut se produire après une lésion cérébrale et plus particulièrement chez le patient hémiplégique consistant en l'**illusion d'un membre supplémentaire** (Halligan et al, 1993) appelé alors membre fantôme surnuméraire (Critchley, 1953). Il est considéré comme transitoire et inhabituel (Miyazawa et al., 2004). Même si plusieurs cas ont été rapportés dans la littérature (cf. Striavasta et al. 2008 pour revue), les caractéristiques descriptives et les corrélats anatomiques du phénomène restent discutés.

Description du cas



Sexe:	femme
Age:	58 ans
Latéralité:	droitière
Motif d'hospitalisation:	hématome fronto-temporal droit
Déficit moteur:	hémiparésie gauche
Déficit de sensibilité:	profonde aux membres inférieur et supérieur gauche superficielle au membre supérieur gauche
Déficit cognitif:	signes de négligence spatiale unilatérale gauche syndrome dysexécutif

A 1 mois d'un accident vasculaire cérébral, Madame S, hospitalisée dans notre service de rééducation, rapporte la survenue de **sensations fantômes** au niveau du membre supérieur gauche parétique, induisant l'impression de posséder « **une troisième main** ». Ces sensations sont principalement retrouvées au niveau moteur (sensation de mouvement) et somesthésique (sensation de chaleur). En revanche, il n'existe pas de sensation visuelle. Ce phénomène est critiqué, la patiente étant **parfaitement consciente** que ce membre supplémentaire n'existe pas. Plus d'un an après son hospitalisation, ce phénomène est toujours présent.



régions frontales (gyrus pré et post-central, opercule rolandique, opercule frontal inférieure, gyrus frontal inférieure), temporales (gyrus temporal supérieur, gyrus de Heschl), insula et ganglions de la base (noyau caudé, putamen, pallidum)

Discussion

Les **connexions thalamo-corticales** semblent impliquées dans la construction des représentations internes de notre environnement. L'interruption de ce réseau pourrait conduire à une altération des afférences et du feedback sensori-moteur et induire une phénoménologie illusoire très proche de l'expérience somatosensorielle d'un mouvement effectif (Staub et al. 2006). Une possible dysconnexion pourrait alors être testée dans le cas présent en utilisant la tractographie à partir d'images en tenseur de diffusion.

Références

- Critchley M (1953). *The parietal lobes*. New York, Hafner.
- Halligan PW, Marshall JC, and Wade DT. Three arms: a case study of supernumerary phantom limb after right hemisphere stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 56 (2): 159-166, 1993.
- Miyazawa N, Hayashi M, Komiya K, and Akiyama I. Supernumerary phantom limbs associated with left hemispheric stroke: case report and review of the literature. *Neurosurgery*, 54 (1): 228-231; discussion 231, 2004.
- Srivastava A, Taly AB, Gupta A, Murali T, Noone ML, Thirithahalli J, Gangadhar BN, Kumar JK, and Jayakumar PN. Stroke with supernumerary phantom limb: case study, review of literature and pathogenesis. *Acta Neuropsychiatrica*, 20 256-264, 2008.
- Staub F, Bogousslavsky J, Maeder P, Maeder-Ingvar M, Fornari E, Ghika J, Vingerhoets F, and Assal G. Intentional motor phantom limb syndrome. *Neurology*, 67 (12): 2140-2146, 2006.

Contribuez à votre revue, c'est simple !

Les cahiers de neuropsychologie clinique vous donnent la possibilité de valoriser vos travaux personnels, synthèses de lectures, notes de congrès et formations, posters professionnels, etc.

N'hésitez pas à soumettre vos documents et vos questions à l'adresse suivante :

cahiers@neuropsychologie.fr

L'équipe éditoriale