

ahiers de Neuropsychologie clinique

n° e-ISSN : 2429-2079

Avril 2016 • n°4

La revue des psychologues spécialisés en neuropsychologie

La communication



Sommaire :

Éditorial

Dossier thématique

Pratique clinique

Actualités associatives

Point bibliographique

COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION



Raphaëlle AMENDOLA

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.
Consultation mémoire du Centre Gériatrique
Département des Bouches-du-Rhône,
Marseille (13). Membre des associations
NeuroPsy13 et Neuropsychy-PACA.



Mathieu HAINSELIN

Rédacteur en chef

Psychologue spécialisé en neuropsychologie.
Maître de conférences en psychologie
expérimentale. CRP-CPO EA 7273, Université
de Picardie Jules Verne, Amiens (80).



David MOREAU

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



Amélie PONCHEL

Directrice de publication

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
et doctorante en neurosciences.
CHRU de Lille (59). Coordinatrice
du Collectif des Psychologues spécialisés
en neuropsychologie
du Nord-Pas-de-Calais. Secrétaire de l'OFPN
et membre de son conseil d'administration.

REMERCIEMENTS

Le comité d'édition et de rédaction remercie les relecteurs qui ont contribué à vous proposer des articles de la meilleure qualité possible. Dans l'ordre alphabétique: Clotilde Arnaud, Laurence Arnaud, Bénédicte Dieudonné, Pauline Caudron, Jérôme Erkes, Yannick Gounden, Jonathan Meyer, Benoît Michel, Marie de Montalembert, Mathilde Muneaux, Hélène Sellier-Chirat, Julie Stéphan, Marie-Pierre Vernier et Sylvie Willems.

Le comité d'édition et de rédaction remercie également les éditions De Boeck Supérieur pour la réalisation de la mise en page de ce numéro.

CRÉDITS	2
REMERCIEMENTS	2
ÉDITORIAL	4
DOSSIER THÉMATIQUE : COMMUNICATION	
Modalités de fonctionnement de quatre collèges : bases communes et hétérogénéités d'application	5
Les écrits du psychologue spécialisé en neuropsychologie en établissement médico-social et sanitaire : éléments législatifs, pratiques et réflexions	13
PRATIQUE CLINIQUE	
Place de la remédiation cognitive dans la prise en charge multimodale d'un enfant suivi en SESSAD	22
ACTUALITÉS ASSOCIATIVES	
NEO, de stagiaires à collègues : naissance d'une association dans les Pays de la Loire	36
Deuxième édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique : rendez-vous les 14 et 15 octobre 2016 à Nîmes	40
POINT BIBLIOGRAPHIQUE	
<i>L'odeur du si bémol</i> , d'Oliver Sacks	41
<i>Mini-SEA : évaluation de la démence fronto-temporale</i> , par Maxime-Louis Bertoux	45

« Aim for the sky and you'll reach the ceiling. Aim for the ceiling and you'll stay on the floor. » (Bill Shankly)

Chers collègues,

C'est avec une émotion toute particulière que ces quelques lignes sont écrites. Depuis le dernier numéro, que de changements ont eu lieu dans le monde de la neuropsychologie clinique ! L'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFFPN) a soufflé sa première bougie. La perspective d'une deuxième édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique (CNNC) prend forme, tandis que les initiatives locales et régionales sur des journées thématiques liées à la pratique clinique se multiplient.

Ce numéro, centré sur la communication, n'a pas rencontré le succès escompté quant à sa thématique principale, au moins en nombre de propositions, preuve que le sujet reste à développer par nous tous, ensemble et individuellement, pour que nous ne soyons plus les spectateurs mais les acteurs de notre spécialité. Symptôme d'une profession qui peine à s'affirmer ? Mieux vaut penser qu'il ne s'agit que des débuts de notre revue et que de nombreux collègues enverront leurs contributions, accepteront de relire les articles de leurs pairs et participeront d'une façon ou d'une autre à mieux faire connaître notre métier et nos pratiques, si passionnants. Le bénévolat dont tous les acteurs des *Cahiers* font preuve est à souligner, tant il est difficile de cumuler les activités.

D'ailleurs, ce numéro est également le dernier pour Mathieu Hainselin, qui doit se résoudre à un départ du Comité Éditorial, tout en continuant de défendre avec conviction la neuropsychologie clinique avec son actuelle casquette d'universitaire. Une fois n'est pas coutume, un message plus personnel de Mathieu, non pas en guise d'adieu mais bien au contraire pour de prochaines rencontres, conclut cet éditorial : « *Pendant toute ma formation de psychologue spécialisé en neuropsychologie, j'ai entendu que le neuropsychologue était avant tout un clinicien. Ayant rapidement intégré ce principe, qui est un acquis non négociable depuis une décennie, j'aime y ajouter que le psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie se doit aussi, en plus, d'être un chercheur. Non pas pour compiler des données sans réflexion ou créer des modèles, mais pour créer, adapter et modifier sans cesse les outils nécessaires à un accompagnement de qualité en pouvant répondre de leur efficacité. Ce n'est pas facile, et même impossible si chercheurs et cliniciens – les occupations n'étant pas exclusives – ne travaillent pas ensemble. En conclusion, apprenons à communiquer et éclatons le plafond de verre qui nous bloque si souvent, pour viser les étoiles que nous indique Bill Shankly... »*

Le comité d'édition et de rédaction
Raphaëlle AMENDOLA, Mathieu HAINSELIN, David MOREAU et Amélie PONCHEL

Pour citer cet article :

Amendola, R., Hainselin, M., Moreau, D. et Ponchel, A. (2016). Éditorial. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 4, 4.

Modalités de fonctionnement de quatre collèges : bases communes et hétérogénéités d'application



Brigitte NEVERS

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Neurologie et consultation mémoire,
CH de Bourg-en-Bresse (CHB) (01).

Représentante du collège
des psychologues du CHB.

brigitte.nevers@gmail.com



Laetitia TAILLEMITE

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Consultation mémoire, CH des Charmettes,
Croix-Rouge Française (69).



Émilie BIT

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Consultation mémoire, CH de Villefranche-
sur-Saône, Hôpital Nord-Ouest (HNO) (69).
Représentante du collège des psychologues
de HNO.

Mots-clés :

- Collège
- Organisation
- Missions
- Similarités
- Différences

Résumé :

Dans le contexte de l'expérimentation de la structuration institutionnelle des psychologues au sein de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), il nous semblait pertinent de présenter les modalités de fonctionnement de quatre collèges de psychologues dont nous avons l'expérience. En effet, si la structuration des psychologues en collèges est répandue à près de 80 % au sein des établissements de la FPH et qu'il existe indéniablement des bases de fonctionnement et des missions communes, des différences peuvent être relevées dans leur mise en application sur le terrain. Concernant les collèges en question dans cet article, les différences semblent principalement porter sur l'implication des psychologues lors du recrutement de collègues au sein des établissements, la procédure d'évaluation des psychologues, la reconnaissance et l'organisation de la fonction Formation Recherche (FIR) et la gestion de la formation continue des psychologues.

Conflits d'intérêts :

Aucun

Pour citer cet article :

Nevers, B., Taillemite, L. et Bit, É. (2016). Modalités de fonctionnement de quatre collèges : bases communes et hétérogénéités d'application. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 4, 5-12.

Il nous a semblé pertinent de présenter les modalités de fonctionnement des collèges de psychologues dont nous avons l'expérience, étant donnée l'expérimentation en cours sur la structuration institutionnelle des psychologues au sein de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) (Circulaires du 30 avril 2012 et du 26 novembre 2012). En effet, cette expérimentation (prévue en 2012 sur deux ans initialement) incite les psychologues à participer à la vie des établissements, cherche à connaître les organisations de psychologues déjà existantes et à leur donner une assise institutionnelle indispensable à la reconnaissance de la place de la psychologie dans les établissements. À terme, l'objectif est de proposer une généralisation des modalités d'organisation auxquelles adhèrent le plus grand nombre, d'où l'intérêt de connaître comment fonctionnent différents collèges. Ainsi, nous présentons les modalités de fonctionnement des collèges de psychologues des établissements du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse – CHB – (FPH), du Centre Hospitalier Saint-Charles et de la Communauté d'Établissements de Saint-Dié-des-Vosges – CH SDDV – (FPH), du Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône, Hôpital Nord-Ouest – HNO – (FPH) et du Pôle Gériatrique Lyonnais – PGL – (Croix-Rouge Française).

Cette expérimentation [de structuration institutionnelle] incite les psychologues à participer à la vie des établissements, cherche à connaître les organisations de psychologues déjà existantes et à leur donner une assise institutionnelle indispensable à la reconnaissance de la place de la psychologie dans les établissements.

POURQUOI SE REGROUPER ET CONSTITUER UN COLLÈGE DE PSYCHOLOGUES ?

Tous les psychologues des établissements précités sont membres de droit du collège existant, qu'ils soient titulaires ou contractuels. Ces collèges sont des instances professionnelles et fonctionnelles et témoignent de la nécessité, pour les psychologues d'un même établissement, de se regrouper pour faire valoir leur travail, leurs projets et leur position dans l'organisation de l'institution qui les emploie. En effet, celle-ci envisage souvent chaque psychologue comme un élément isolé, sans affectation particulière et sans

rôle bien défini ou clairement identifié, générant quelques représentations délétères (l'électron libre, le psychologue interchangeable).

La nécessité de se regrouper pour partager des questions qui nous inquiètent et surtout tenter, à plusieurs, d'y apporter les meilleures réponses possibles, a donc constitué un premier pas vers la création de chacun de ces collèges. Après une période plus ou moins longue d'existence informelle sous forme de regroupements, le besoin de les officialiser auprès de la direction des établissements s'est fait sentir et s'est concrétisé par la création des collèges. L'objectif était principalement de constituer une entité identifiée et reconnue, une telle légitimité institutionnelle devant permettre de faire aboutir des projets communs et profitables à chaque psychologue dans l'exercice de ses fonctions et dans l'intérêt de la prise en charge des patients.

[Le collège est] un lieu de réflexion, de concertation, d'échange et d'élaboration, qui veille à la qualité des actions en psychologie, à leur conformité aux principes éthiques et à ceux du code de déontologie des psychologues.

Chacun de ces collèges n'est ni un mini-syndicat ni une instance de contrôle susceptible d'organiser une hiérarchie interne au corps des psychologues. Il s'agit plutôt d'un lieu de réflexion, de concertation, d'échange et d'élaboration, qui veille à la qualité des actions en psychologie, à leur conformité aux principes éthiques et à ceux du code de déontologie des psychologues (GiRéDeP, 2012). Alors qu'il est possible de constituer un collège de psychologues au sein d'un établissement en créant une association à but non-lucratif déclarée à la préfecture (Loi du 1^{er} juillet 1901), ce n'est pas le cas des collèges présentés dans cet article. En effet, en vertu du principe de la liberté d'association, un regroupement quel qu'il soit (association, collège, ...) peut fonctionner sans être déclaré. Ainsi, leur reconnaissance est surtout locale, les collèges en question n'ont aucune capacité juridique, il n'y a pas de cotisation des membres et pas de moyen de fonctionnement autre que ce que nous accordent les directions. Trois des quatre collèges ont néanmoins rédigé leurs statuts et leurs règlements intérieurs, même si cette démarche n'est pas obligatoire dans le cadre d'une non-déclaration en préfecture. Ces documents, rédigés par et en accord avec l'ensemble

des psychologues concernés, ont été proposés aux directeurs d'établissement ou leurs représentants. Certains points ont nécessité quelques éclaircissements et débats pour aboutir à un compromis, les statuts et le règlement intérieur devant satisfaire la direction de l'établissement et le collège des psychologues, être approuvés et signés conjointement par les deux parties. Le collège de l'HNO a simplement rédigé un protocole d'accord avec l'administration de l'établissement pour la création du collège. La majorité des psychologues n'a souhaité, dans un premier temps, ni la rédaction de statuts ni celle d'un règlement intérieur, de peur d'être contraints de respecter un cadre de fonctionnement trop rigide. Le règlement est toutefois en cours de rédaction aujourd'hui, le collège de l'HNO ayant été confronté à des demandes qui se sont avérées problématiques sans cadre défini pour y répondre.

Dans les statuts et règlements intérieurs des collèges figurent, entre autres, une description de leur organisation et de leurs missions.

À PROPOS DE L'ORGANISATION DES COLLÈGES

L'organisation des quatre collèges décrits est résumée dans le Tableau.

Selon la taille du collège, un bureau élu au sein des membres peut être mis en place. L'élection du bureau du collège du CHB est ouverte à tous les psychologues membres du collège, qu'ils soient titulaires ou contractuels et quelle que soit leur quotité

de travail. Le rôle des représentants a été défini comme celui de porte-parole des membres du collège. Ils n'assument pas de fonction hiérarchique au sein du collège. Ils centralisent les informations et les retransmettent aux membres, sont les interlocuteurs désignés auprès des différentes instances internes ou externes à l'hôpital et consultent leurs pairs pour toutes négociations et décisions. Ils sont mandatés pour exprimer des décisions prises à la majorité des membres. Il en va de même pour le collège de l'HNO. Les deux autres collèges fonctionnent sans représentant, ni secrétaire, par choix au sein des collèges de ne pas instaurer de semblant de hiérarchie, malgré la demande de la direction.

Les réunions des quatre collèges ont lieu une fois par mois et suivent l'ordre du jour établi par les membres. Un compte rendu est rédigé et transmis aux psychologues membres du collège. Chaque psychologue participe aux activités du collège sur son temps de travail. Il est permis que les collèges puissent utiliser les moyens matériels existants (salles de réunion, secrétariat, téléphone).

À PROPOS DES MISSIONS DES COLLÈGES



Les missions sur lesquelles les collèges présentés ici travaillent sont énumérées ci-après. Il s'agit de missions institutionnelles communes à de nombreux collèges de psychologues. Des différences sont toutefois relevées dans la mise en application de ces missions sur le terrain et sont décrites pour chacun des quatre collèges.

Tableau. Organisation des quatre collèges.

	CHB	HNO	CH SDDV	PGL
Nombre de psychologues dans l'établissement	16	13	6	5
Nombre de psychologues membres du collège	14	13	6	5
Constitution d'un bureau	2 représentants 2 secrétaires Mandat de 2 ans renouvelable	2 représentants 2 secrétaires Mandat de 2 ans renouvelable	Non	Non
Rythme des réunions	Mensuel	Mensuel	Mensuel	Mensuel

CHB = Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse ; HNO = Hôpital Nord-Ouest ;
CH SDDV = Centre Hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges ; PGL = Pôle Gériatrique Lyonnais.

Représenter les psychologues de l'établissement. Cette mission se matérialise de la même façon au sein des quatre collèges, par des rencontres plus ou moins régulières avec la direction. Ces rencontres permettent de faire le point sur les demandes des deux partenaires, celles qui aboutissent, celles qui sont en cours de réalisation et qui posent éventuellement problème. Dans ce cas, les difficultés sont exposées, des pistes de réflexion peuvent être proposées pour tenter de les résoudre. Toutes ne le sont pas forcément et certaines restent en suspens (voir ci-après).

 *Les activités des collèges présentés ici se rejoignent quant à leur organisation, mais aussi sur plusieurs missions, malgré les différences dans leur mise en application sur le terrain.* 

Rassembler et unir les psychologues des établissements dans le respect des courants de pensée de chacun et de l'autonomie de travail des uns et des autres. Les quatre collèges rassemblent les psychologues de différents champs théoriques, répartis sur les sites des établissements et au sein de différents services et pôles.

Veiller au respect du code de déontologie des psychologues, par le biais de questionnements éthiques dont les psychologues des collèges débattent lors des réunions. Ces discussions peuvent mener à une harmonisation des pratiques. Par exemple, la notion d'urgence en psychologie fait débat entre les collègues et les responsables de certains pôles. Lorsqu'une demande d'intervention psychologique émane dans l'immédiateté de la situation vécue, alors que le psychologue du pôle concerné est ponctuellement indisponible, il est souvent fait appel à un autre psychologue de l'établissement. Ces situations incitent à réfléchir à la notion d'urgence et aux possibilités d'intervention différée, dans des délais raisonnables, par le psychologue du pôle demandeur. Les autres psychologues sollicités dans ce cadre, sans prise en compte de leur spécificité, sont alors parfois amenés à refuser d'intervenir sur des missions qu'ils estiment incompatibles avec leurs compétences et leurs techniques (Principe 2, GiRéDeP, 2012).

Établir des liens et favoriser le dialogue avec la direction, les services médicaux, les différentes instances hospitalières et avec divers organismes extérieurs, pour tout sujet relevant

de la psychologie. Au CHB, les représentants du collège ont présenté cette instance l'année de sa création au Comité Technique d'Établissement (CTE), à la Commission Médicale d'Établissement (CME) et aux cadres supérieurs de santé et cadres de pôle, en proposant des moyens pour joindre le collège (adresse mail principalement). Plusieurs projets ont ensuite pu être menés en collaboration avec divers interlocuteurs :

- l'existence du collège a été matérialisée par la création d'une boîte aux lettres au nom du collège et par la création d'une adresse mail dédiée ;
- dans le cadre de la mise en place des plannings des psychologues du CHB sur un logiciel de gestion et de planification des temps de travail, les échanges avec la direction ont fini par aboutir à ce que les psychologues gèrent eux-mêmes leur planning, puisque les psychologues ne dépendent pas des cadres de santé en charge de cette mission pour leurs agents. D'ailleurs, plusieurs des cadres de santé refusaient cette tâche supplémentaire, de même que certains agents administratifs. Les psychologues du CHB ont donc été spécifiquement formés à l'utilisation des principales fonctionnalités du logiciel, celui-ci ayant été installé sur chacun de leurs postes informatiques, ce qui a aussi été argumenté ;
- la rédaction d'une fiche d'action « plan blanc et rôle du psychologue ». Un plan blanc est un plan spécifique d'urgence sanitaire qui décrit des mesures d'organisation destinées à faire face à une situation exceptionnelle ou une activité accrue d'un hôpital. Il permet d'organiser l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable. Ce travail de réflexion sur le rôle du psychologue en cas de mise en œuvre d'un plan blanc au CHB a été mené avec le directeur technique du Centre d'Enseignement aux Soins d'Urgence (CESU), la vice-présidente du Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD), le conseiller technique de la Chaîne de Survie Intra-Hospitalière (CSIH) et la référente des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).

D'autres projets sont en cours : à la demande de sa direction et en accord avec ses membres, le

collège des psychologues du CHB participe à l'expérimentation de la structuration institutionnelle des psychologues de la FPH.

Au CH SDDV, le collège des psychologues a répondu à des demandes institutionnelles similaires, à savoir la formation spécifique des psychologues au logiciel permettant la gestion des plannings par les psychologues eux-mêmes et la mise en place d'un dispositif psychologique d'urgence lors d'événements majeurs ponctuels internes, semblable au plan blanc national à l'échelle de la communauté d'établissements. Par ailleurs, le collège des psychologues du CH SDDV a élaboré un dispositif d'accompagnement psychologique pour les agents de la communauté d'établissements, en lien avec la médecine du travail.

Au sein de l'HNO, le collège a mis en place des sous-groupes de travail de trois ou quatre psychologues afin d'approfondir les problématiques ou questions soulevées par l'administration (réflexion sur la cotation des actes des psychologues de l'établissement).

Participer à l'évaluation des besoins psychologiques et proposer éventuellement la mise en place de nouveaux types de prestations en faveur des usagers. Pour évaluer les besoins psychologiques du CHB, le collège des psychologues recense systématiquement les appels qu'il reçoit des services dépourvus de psychologues demandant qu'un des psychologues du CHB intervienne lorsqu'ils estiment avoir besoin de leurs compétences. L'idée est que le nombre d'appels d'un même service puisse servir d'indicateur pour contribuer à faire valoir le manque et le besoin de psychologue au sein de ce service auprès de la direction.

C'est également le cas au CH SDDV, où une redéfinition et un redéploiement des missions des psychologues ont été mis en place en raison d'un accroissement majeur du nombre de services demandeurs et du non remplacement d'un psychologue à temps plein parti à la retraite.

Le collège de l'HNO est aussi confronté à cette problématique et y répond de la même façon.

Contribuer au recrutement des psychologues et à leur affectation au sein de l'établissement. Les directions du CH SDDV, de l'HNO et du PGL n'interpellent pas les collèges lors du recrutement d'autres psychologues au sein de leurs établissements.

Depuis la création du collège des psychologues du CHB en décembre 2011 et jusqu'à présent, la Direction des Ressources Humaines (DRH) a plusieurs fois sollicité le collège pour un avis concernant le recrutement d'un psychologue à tel ou tel poste. L'avis du collège est toutefois souvent consulté alors que le choix du candidat est quasiment arrêté, c'est pourquoi le collège du CHB travaille à la possibilité d'intervenir un peu plus en amont du processus. Pour faciliter les démarches de recrutement, le collège des psychologues du CHB, en collaboration avec la DRH, a pour projet de rédiger différentes fiches de poste de psychologue, selon leurs lieux d'affectation notamment. En découlera un travail sur la procédure d'évaluation et de notation des psychologues. En rédigeant cet article et en confrontant nos expériences à ce sujet, nous constatons que les procédures d'évaluation des psychologues ne sont pas homogènes, ni d'un établissement à un autre ni pour les psychologues d'un même établissement, ce qui ne s'explique pas seulement par la différence de statut (titulaire/contractuel) des psychologues d'un établissement. La fonction de la personne chargée de l'évaluation diffère également : représentant du directeur d'établissement, médecin chef de service ou autre. À ce sujet, la proposition d'un psychologue ayant une position intermédiaire dans le rattachement hiérarchique des psychologues à leur direction administrative (le « psychologue N+1 »), censé être plus légitime pour assumer ce rôle, suscite actuellement peu d'adhésion au sein du corps des psychologues du CHB.

Promouvoir et organiser les travaux de réflexion, d'information et de recherche en psychologie, les faire connaître et favoriser leur application. Le collège des psychologues du CHB a instauré des rencontres entre les psychologues de l'établissement et des doctorants ou chercheurs de l'Université de Lyon. Des thèmes d'intervention, en lien avec les pratiques des psychologues en institution, sont régulièrement proposés par les contacts universitaires de certains membres du collège. Les universitaires peuvent alors être accueillis sur place et présenter leur recherche. Il s'ensuit un temps d'échange et de réflexion sur les pratiques des psychologues autour du thème présenté. Le collège a également permis de faire inscrire plusieurs de ses membres intéressés à des cycles de conférences programmés sur l'année. Depuis début 2015, le collège du CHB est abonné par l'établissement à plusieurs revues en lien avec nos différentes spécialités et champs de compétences. Si ces activités

sont bien identifiées comme relevant de la fonction FIR (Formation Information Recherche), d'autres également décrites comme relevant de cette fonction (Circulaire du 30 avril 2012) ne sont pas reconnues comme telles. Le collège du CHB œuvre donc toujours pour la reconnaissance de cette fonction inhérente à notre profession et pour ses possibilités d'applications concrètes. Depuis peu, les psychologues du CHB ont la possibilité de faire apparaître cette fonction sur leur planning via le logiciel dédié.

La fonction FIR est aussi officiellement reconnue au sein du CH SDDV.

Par contre, ce n'est pas le cas au sein de la convention collective de la Croix-Rouge Française qui n'appartient pas à la FPH et ne peut donc reconnaître une fonction inhérente à cette administration. Ainsi, le collège du PGL est investi comme un support favorisant les échanges scientifiques. La direction du PGL finance un temps de supervision au collège des psychologues, à raison de deux heures tous les deux mois.

À l'HNO, le temps FIR a tout simplement été supprimé pour les contractuels (statut très majoritaire au sein de l'établissement puisqu'il concerne 12 psychologues sur 13), alors que la circulaire DGOS du 30 avril 2012 abroge celle du 4 mai 2010 en précisant que la fonction FIR n'est pas liée au statut de fonctionnaire. Le collège a alors négocié la mise en place d'un groupe de supervision d'une heure trente tous les deux mois.

Promouvoir l'organisation et la gestion de la formation continue des psychologues en poste. Au CHB et au CH SDDV, cette mission pourtant primordiale pour les psychologues qui ont pour obligation de maintenir et mettre à jour leurs connaissances (GiRéDeP, 2012), n'est pas encore bien investie au sein des collèges. Les tentatives entreprises dans le sens de l'organisation de la formation continue des psychologues par les psychologues pour que chacun bénéficie plus régulièrement de formations intéressantes n'ont, jusqu'à présent, pas abouti. Ainsi, chaque psychologue fait ses demandes de formation (journées de congrès, diplômes universitaires) de façon individuelle, auprès de son pôle de référence. L'acceptation ou le refus dépend des moyens financiers du pôle et de la reconnaissance de la formation demandée par l'Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier (ANFH), un numéro d'agrément étant nécessaire, voire indispensable.

À l'HNO, une demande de formation commune à tous les psychologues de l'établissement est faite chaque année (par exemple, « la profession de psychologue dans la FPH : aspects juridiques »), un formateur extérieur intervenant sur plusieurs jours. En revanche, le collège ne coordonne pas les formations individuelles des différents psychologues de l'établissement.


Au PGL, le collège des psychologues coordonne les demandes de formation continue des psychologues. Sachant qu'un seul diplôme universitaire par an est financé, les psychologues s'accordent pour désigner chaque année le psychologue susceptible d'en bénéficier.

Participer à l'accueil et à la formation des étudiants en psychologie. La gratification des stagiaires par les établissements publics, devenue obligatoire très récemment (Loi n° 2014-788), rencontre des difficultés d'application. Par exemple, en 2014-2015, la direction du CHB a fait savoir aux psychologues qu'un seul stagiaire par an pouvait être rémunéré, or nous sommes seize psychologues. Cette année 2015-2016, la demande du psychologue supposé bénéficier de la gratification pour son stagiaire en deuxième année de master n'a pas pu aboutir. Les dispositions prises par les directions du CH SDDV et de l'HNO sont similaires. Ainsi, rares sont les étudiants qui trouvent un stage long (supérieur à deux mois) au sein de ces établissements. La possibilité d'honorer dans de bonnes conditions cette mission de formation, qui tient pourtant à cœur à la plupart des psychologues de terrain, est donc de plus en plus limitée. Les psychologues du CHB, du CH SDDV et de l'HNO accueillent des étudiants en début de cursus universitaire pour des stages de courte durée (inférieure à deux mois), non gratifiés, d'observation et d'initiation. Il s'agit souvent d'une démarche qui incombe directement au psychologue contacté par le service formation de son établissement. Si le psychologue ne peut répondre à la demande de stage, il la transmet à ses pairs via le collège qui décide de la réponse à apporter à l'étudiant. Au sein du PGL, la loi concernant la gratification des stagiaires en milieu professionnel (Loi n° 2014-788) est appliquée mais rencontre les mêmes difficultés. Il n'y a pas de concertation entre les membres du collège pour l'accueil et la formation des stagiaires, il s'agit d'une démarche individuelle du psychologue référent, celui-ci ne pouvant toutefois plus accueillir d'étudiant pour un stage supérieur à deux mois.

Particularité du collège du PGL. Les missions des collèges du CHB, du CH SDDV et de l'HNO sont principalement axées sur une dimension institutionnelle. Ce n'est pas tout à fait le cas du collège du PGL, dont les missions sont plus cliniques.

Ainsi, les échanges mensuels de ce collège portent sur des thèmes communs à tous les psychologues, quelle que soit leur orientation (analytique, cognitive, ...) et leur lieu d'exercice (établissement sanitaire ou médico-social), comme par exemple les écrits du psychologue, la notion de confusion et les pratiques professionnelles des équipes (mise en place et animation d'espaces de réflexion autour du thème de la fin de vie et de la loi Léonetti, création d'un comité d'éthique Alzheimer).

Par ailleurs, le collège du PGL propose un temps d'échange mensuel, en soirée, à destination des familles des patients des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

 *Localement [...], l'identification du corps des psychologues regroupés en collège «rassure» et permet de travailler en meilleure collaboration avec différentes instances de l'établissement.*

Il participe à la journée annuelle des psychologues de la Croix-Rouge Française en proposant une communication orale.


L'orientation plus clinique des missions du collège des psychologues du PGL s'explique en partie par le fait que tous les psychologues exercent auprès d'une même population et se trouvent donc souvent confrontés à des problématiques similaires, mais aussi par le fait que peu de demandes institutionnelles sont adressées au collège. Pourquoi ce dernier constat ? Les missions auxquelles le collège des psychologues du PGL peut répondre sont-elles méconnues, celui-ci n'ayant que deux ans d'existence ? Si tel est le cas, faut-il envisager de le présenter à nouveau aux instances de l'établissement ?

POUR CONCLURE

Les activités des collèges présentés ici se rejoignent quant à leur organisation, mais aussi sur plusieurs missions, malgré les différences dans leur mise en application sur le terrain.

Souligner les différences est instructif dans le contexte de l'expérimentation de la structuration institutionnelle des psychologues au sein de la FPH, si l'objectif est d'œuvrer pour harmoniser au mieux les pratiques. Ainsi, les différences relevées entre les quatre collèges présentés ici portent sur l'implication des psychologues lors du recrutement de collègues, la procédure d'évaluation des psychologues, la reconnaissance et l'organisation de la fonction FIR et la gestion de la formation continue. Il aurait été intéressant de disposer de données de ce type de plus grande envergure, données que le dispositif de suivi de l'expérimentation, prévu par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), permettait de recueillir en partie. Le dispositif de suivi s'est toutefois avéré plutôt décevant sur le terrain : aucune information pédagogique n'a été transmise pour étayer les discussions au sein des établissements et les comptes rendus des réunions du comité de suivi n'ont pas été diffusés.

Localement pourtant, du point de vue institutionnel, l'identification du corps des psychologues regroupés en collège «rassure» et permet de travailler en meilleure collaboration avec différentes instances de l'établissement, ce qui nous l'espérons, contribue à faire évoluer des représentations parfois bien ancrées concernant les psychologues. La notion d'indépendance professionnelle liée à notre profession, les textes ne déterminant pas de relation hiérarchique, ni entre les psychologues ni entre notre corps de métier et les autres corps, le non-dit qui entoure notre profession, renforcés par le fait que les psychologues laissent majoritairement peu de traces écrites, contribuent à forger aux psychologues des établissements de santé une image parfois tenace et gênante dans l'exercice de leur profession. Malgré leur autonomie, les psychologues n'ignorent pas les liens qui unissent les différents corps de métier et respectent le cadre institutionnel dans lequel ils interviennent. Plusieurs exemples cités précédemment en témoignent : pouvoir faire intervenir plus facilement un psychologue, si besoin, au sein d'un service qui en est dépourvu, pouvoir visualiser la répartition des

 *Nos rencontres régulières permettent une meilleure cohésion au sein de notre profession, via des échanges autour de thèmes communs à tous les psychologues, quels que soient leur courant de pensée et leur lieu de pratique.*

congés des psychologues sur l'année et par pôle, justifier et rendre transparente leur utilisation du temps FIR.

D'un point de vue collégial, nos rencontres régulières permettent une meilleure cohésion au sein de notre profession, via des échanges autour de thèmes communs à tous les psychologues, quels que soient leur courant de pensée et leur lieu de pratique. L'implication des psychologues au sein

d'un collège témoigne aussi de leur ouverture sur les problématiques institutionnelles.

Plusieurs avancées concrètes, décrites dans cet article, découlent de ce regard réciproque des uns vers les autres. Celui-ci permet un dialogue et un échange constructif, qui va dans le sens des objectifs de l'expérimentation sur la structuration institutionnelle des psychologues de la FPH, localement parlant du moins.

Références

[Circulaire DGOS/RH4 n° 2010-142 du 4 mai 2010](#) relative à la situation des psychologues dans la fonction publique hospitalière.

[Circulaire DGOS/RH4 n° 2012-396 du 26 novembre 2012](#) relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de la structuration institutionnelle de l'activité des psychologues de la fonction publique hospitalière.

[Circulaire DGOS/RHSS n° 2012-181 du 30 avril 2012](#) relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

GiRéDeP. (2012). Actualisation du code de déontologie des psychologues de mars 1996.

En ligne : www.codededeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html

[Loi du 1^{er} juillet 1901](#) relative au contrat d'association. *JORF du 2 juillet 1901, page 4025.*

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

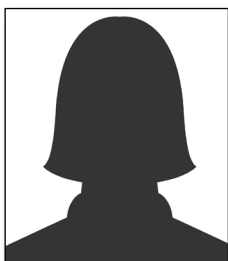
Les écrits du psychologue spécialisé en neuropsychologie en établissement médico-social et sanitaire : éléments législatifs, pratiques et réflexions



Pauline CAUDRON

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.
CH d'Abbeville (80).

Membre de l'Association des Psychologues
Picards Spécialisés en Neuropsychologie
(A2PSN, www.a2psn.neuropsychologie.pro).
mail.a2psn@gmail.com



Lucille ELOY

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.
CHI Montdidier-Roye (80).
Présidente de l'A2PSN.

Mots-clés :

- Confidentialité
- Secret professionnel
- Secret partagé
- Compte rendu

Résumé :

Dans le cadre des réunions d'intervision de l'Association des Psychologues Picards Spécialisés en Neuropsychologie (A2PSN), nous avons proposé des regards croisés sur les écrits du psychologue spécialisé en neuropsychologie travaillant dans des établissements sanitaires et médico-sociaux français. Cet article fait la synthèse de notre présentation abordant les recommandations pratiques en neuropsychologie, la législation et la déontologie concernant nos écrits. Dans notre pratique professionnelle, nous nous heurtons à la difficulté d'articuler les préconisations d'exhaustivité de nos écrits présentant le fonctionnement psychologique de l'individu avec notre obligation légale et déontologique de secret professionnel. Les textes législatifs et le code de déontologie nous apportent quelques réponses concernant les notions de confidentialité, secret professionnel et secret partagé. Cependant, dans un contexte où notre code de déontologie n'a pas d'existence légale et le statut des écrits du psychologue n'est pas clairement défini dans les textes législatifs, il reste difficile d'établir des règles strictes concernant le contenu de nos écrits. Nous proposons quelques réflexions menées au sein de notre association sur nos écrits, tant sur leur contenu que sur leur forme. Nous devons garder à l'esprit que nos écrits nous engagent à la fois sur les plans professionnel, institutionnel, déontologique et légal.

Conflits d'intérêts :

Aucun

Pour citer cet article :

Caudron, P. et Eloy, L. (2016). Les écrits du psychologue spécialisé en neuropsychologie : éléments législatifs, pratiques et réflexions. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 4, 13-21.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux (Encadré 1) sont le théâtre d'une évolution notable des pratiques des psychologues en matière d'écrits. Dans le passé assez avars d'écrits, les psychologues doivent répondre aujourd'hui à l'exigence de transparence et de traçabilité de la part de leurs établissements mais également à leur volonté de s'intégrer à une approche globale et pluridisciplinaire de la personne prise en soin. Notre jeune spécialité de psychologue spécialisé en neuropsychologie a, dès son début, répondu à ces attentes. Cependant, nous sommes tiraillés entre les exigences de notre cadre de travail, notre déontologie, la législation et les attentes des institutions en matière d'écrits et de partages d'informations.

Partant de ce postulat et dans le cadre des réunions d'intervision de notre association locale, l'Association des Psychologues Picards Spécialisés en Neuropsychologie (A2PSN), nous avons proposé un temps d'information et de réflexion sur les écrits du psychologue spécialisé en neuropsychologie exerçant dans des établissements médico-sociaux ou sanitaires français. Pour ce faire, nous avons choisi de croiser nos regards par le biais de deux retours de formations (Formation : « Les écrits professionnels du psychologue » proposée par la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP) (Guinot, 2014) et Diplôme Universitaire (DU) de « Prises en charge neuropsychologiques des affections cérébrales » de l'Université Montpellier 3 en 2013-2014). Nous avons étayé notre propos par des lectures complémentaires dont nous proposons une synthèse.

Dans cet article, nous exposerons le contenu de notre présentation d'information divisée en deux parties : l'une sur la particularité des écrits du psy-

chologue spécialisé en neuropsychologie et l'autre sur les aspects législatifs et déontologiques de nos écrits.

LA PARTICULARITÉ DES ÉCRITS DU PSYCHOLOGUE SPÉCIALISÉ EN NEUROPSYCHOLOGIE

Nos écrits prennent diverses formes en fonction de la population auprès de laquelle nous intervenons, de notre formation, du destinataire ou encore de leur finalité. Ainsi nous sommes amenés à rédiger des attestations, des comptes rendus d'évaluation clinique (avec ou sans psychométrie), des transmissions destinées à l'équipe pluridisciplinaire dans laquelle nous sommes intégrés, des rapports d'activité, etc.

Dans cet article nous avons centré notre propos sur l'écrit le plus courant dans le domaine de la neuropsychologie et celui qui nous demande le plus de temps de rédaction : le compte rendu de l'évaluation neuropsychologique. Nous avons choisi de n'aborder que la population adulte et adulte âgée auprès de laquelle nous intervenons.

Nous avons guidé notre réflexion par la lecture du *Traité de neuropsychologie adulte 2^e édition* (Seron et Van der Linden, 2014) et plus particulièrement trois de ses chapitres (Chapitres 7, 8 et 33). Une autre source d'information fut le cours du Professeur Van der Linden au sein du DU « Prises en charge neuropsychologiques des atteintes cérébrales », dispensé à l'Université Montpellier III en 2014 intitulé « Une formulation psychologique de cas : l'exemple de la démence ».

Nous allons tout d'abord présenter la proposition du Professeur Van der Linden d'aller vers une « formulation psychologique de cas » dans la démence et ensuite, ce qu'elle implique pour la pratique de notre évaluation dans l'optique de refléter la com-

Nous sommes tiraillés entre les exigences de notre cadre de travail, notre déontologie, la législation et les attentes des institutions en matière d'écrits et de partages d'informations.

ENCADRÉ 1. Établissements sanitaires et médico-sociaux

Un établissement sanitaire (ou établissement public de santé) est un établissement relevant du code de la santé publique français, qui intervient dans la politique de santé.

Un établissement médico-social est un établissement relevant du code de l'action sociale et des familles français, qui intervient dans la politique sociale.

plexité du fonctionnement psychologique du patient dans nos comptes rendus.

ALLER VERS UNE « FORMULATION PSYCHOLOGIQUE DE CAS »

Van der Linden et Juillerat Van der Linden (2014) nous invitent à changer notre approche de l'évaluation dans la démence. La complexité du fonctionnement cérébral et la multiplicité des facteurs qui le modulent sont l'objet de nombreuses études (pour revue dans la démence, Van der Linden et Juillerat Van der Linden, 2014). Notre rôle de psychologue est donc de faire le lien entre les facteurs psychologiques et les facteurs de vie et sociaux (estime de soi, sentiment d'auto-efficacité, activité physique, stress, thymie, isolement, alimentation, ...). Les stéréotypes et les représentations du patient et de ses proches sur le fonctionnement cognitif ou sur sa pathologie doivent être investigués. Doivent également être mises en évidence les conséquences des changements cognitifs sur la vie familiale et de couple mais aussi sur ses activités de loisirs ou ses contacts sociaux. Identifier ces facteurs nous permettra de concourir au maintien ou à l'amélioration de la qualité de vie du patient. La mise en place et la proposition d'un accompagnement adapté est alors possible, visant l'optimisation du fonctionnement cognitif du patient. Ces considérations peuvent s'appliquer auprès de tout public rencontré par le psychologue spécialisé en neuropsychologie.



Notre rôle de psychologue est donc de faire le lien entre les facteurs psychologiques et les facteurs de vie et sociaux (estime de soi, sentiment d'auto-efficacité, activité physique, stress, thymie, isolement, alimentation, ...).



L'ANAMNÈSE ET L'ÉVALUATION : QUELS ÉLÉMENTS DEVRIONS-NOUS RECUEILLIR POUR POUVOIR ÉCRIRE ?

Le fonctionnement neuropsychologique est la combinaison d'un ensemble complexe de facteurs tels que l'histoire de vie, l'environnement physique, familial ou psychologique du patient. L'anamnèse constitue donc un moment clé de l'évaluation neuropsychologique.

Seron et Van der Linden (2014) précisent que les principaux objectifs de l'anamnèse sont de :

- recueillir les informations sur les raisons de l'origine de l'examen ;
- établir l'historique de la maladie ;
- établir l'histoire des déficits cognitifs ;
- recueillir des informations sur le passé scolaire, professionnel et familial ;
- examiner la prise de conscience ;
- établir un inventaire des handicaps ou des difficultés en vie quotidienne ;
- apprécier de manière globale certains aspects du fonctionnement cognitif du patient au cours de l'entretien.

De plus, l'entretien clinique doit être idéalement complété de questionnaires comme le Questionnaire d'Auto-évaluation de l'Attention (Coyette *et al.* non daté) ou le Questionnaire d'Auto-évaluation de la Mémoire (Van der Linden *et al.*, 1989) mais aussi le questionnaire général PROFINTEG (Wojtasik *et al.*, 2010). L'utilisation d'échelles mesurant l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, la dépression ou la qualité de vie est également préconisée pour permettre de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrit la plainte du patient.

LE CONTENU DU COMPTE RENDU

Pour Seron et Meulemans (2014), le compte rendu en neuropsychologie devrait comprendre trois parties, que nous allons décrire brièvement.

Présentation du patient et de la question à l'origine de l'examen



Dans une première partie, il serait tout d'abord nécessaire de reformuler la question à l'origine de l'évaluation. Il faudrait ensuite synthétiser les apports de l'anamnèse, du dossier médical mais aussi décrire les plaintes du patient et les observations de ses proches. Tout autre élément permettant de mieux comprendre le fonctionnement cognitif et psychologique du patient devrait être exposé (thymie, qualité de vie, sommeil, ...). La source des informations devrait être indiquée : provient-elle du dossier médical ? S'agit-il d'une plainte spontanée du patient ou de son entourage ? Est-elle rapportée suite à une question du psychologue ?

Présentation des tests et des tâches ainsi que les résultats

Cette partie est consacrée à la description des résultats et ne contient pas d'interprétation. Elle doit comprendre les noms des tests utilisés, leurs versions mais aussi les scores bruts obtenus et la référence aux normes utilisées.

Conclusion

Les conclusions doivent être accessibles et compréhensibles pour les personnes à qui le compte rendu est destiné. Il faut donc éviter le « jargon psychologique » et faire attention aux possibles confusions de concepts. Par exemple, la mémoire à court terme est souvent comprise par le grand public mais aussi par les professionnels avec qui nous travaillons comme la mémoire de ce qu'il s'est passé il y a quelques heures ou au cours de la journée. Il nous appartient donc de simplifier les concepts pour que nos conclusions ne soient pas mal interprétées.

 *Les conclusions [du compte rendu de l'évaluation neuropsychologique] doivent être accessibles et compréhensibles pour les personnes à qui le compte rendu est destiné. Il faut donc éviter le « jargon psychologique » et faire attention aux possibles confusions de concepts.* 



Plus concrètement, cette partie doit répondre à plusieurs questions. Existe-t-il un déficit ? Ce déficit résulte-t-il d'une atteinte cérébrale ? Existe-t-il une évaluation par rapport à un examen antérieur ? Quels sont les handicaps en vie quotidienne ? Quelles sont les capacités préservées ? Existe-t-il quelque chose à faire pour venir en aide au patient ou soutenir sa famille ? Comment optimiser le fonctionnement cognitif ?

Après nous être intéressées aux apports de la littérature francophone de référence sur le contenu du compte rendu du psychologue spécialisé en neuropsychologie, nous allons à présent aborder les aspects de la législation française concernant cette pratique.

LES ASPECTS LÉGISLATIFS ET DÉONTOLOGIQUES

La plupart des psychologues français se réfèrent au code de déontologie encadrant notre profession (GiRéDeP, 2012). Ce code de déontologie a pour vocation de guider tout psychologue dans son exercice en énonçant les grands principes moraux régissant la profession. La complexité des situations que nous rencontrons nous astreint à mener une réflexion éthique continue afin d'y répondre de manière individualisée et respectueuse de la déontologie de la profession. Nous accompagnant dans nos questionnements déontologiques, ce code n'a cependant aucune existence légale. C'est pourquoi il nous rappelle que « *le psychologue réfère son exercice aux principes édictés par les législations nationale, européenne et internationale sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection.* » (Code de déontologie des psychologues, GiRéDeP, 2012).

Nous avons donc considéré le cadre déontologique des psychologues et le cadre législatif français de la loi commune pour aborder les notions de secret professionnel et de secret partagé.

 « *Le psychologue réfère son exercice aux principes édictés par les législations nationale, européenne et internationale sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection.* » (Code de déontologie des psychologues, GiRéDeP, 2012). 

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LE SECRET PARTAGÉ

Le respect du secret professionnel est une obligation à la fois déontologique et pénale pour la profession.

Dans le Tableau, nous avons choisi de vous présenter les différentes références qui ont guidé notre réflexion sur le secret professionnel, le secret partagé et la levée du secret. Il convient de rappeler que notre lecture des différents textes législatifs ne peut se substituer à une analyse juridique exhaustive effectuée par un professionnel du droit français.

Tableau. Le secret professionnel et partagé dans la loi et le code de déontologie des psychologues.

Document de référence	Secret	Conditions d'autorisation de levée du secret	Secret partagé, échange d'informations
Code pénal	La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession est punie par la loi (Article 226-13).	Privations et sévices sur mineur ou personne qui n'est pas en mesure de se protéger. Caractère dangereux pour soi ou autrui d'une personne détentrice d'une arme ou manifestant l'intention d'en acquérir. (Article 226-14). Obligation de levée du secret dans le cadre d'une instruction judiciaire (Article R642-1).	–
Code de la procédure pénale	–	Obligation de levée du secret dans le cadre d'une instruction judiciaire (Articles 56, 81, 96 et 99-3).	–
Code civil	–	Danger pour la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur (Article 375).	–
Code de la santé publique	Respect de la vie privée et du secret des informations (Article L1110-4; Loi n° 2002-303).	–	Les informations sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe sauf opposition de la personne dûment informée (Article 1110-4).
Code de l'action sociale et des familles	Respect de la vie privée et confidentialité des informations (Article L311-3).	Danger pour la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur (Articles L226-2-1 et L226-4).	Élaboration d'un plan personnalisé pour la personne handicapée par une équipe pluridisciplinaire (Article L146-8). Autorisation de partage d'information à caractère secret dans le cadre de la politique de protection de l'enfance avec l'information préalable des intéressés (Article L226-2-2). Coordination des activités des professionnels de santé auprès des personnes âgées atteintes de pathologies neurodégénératives ou dépendantes (Article L113-3).
Code de déontologie des psychologues (GiRéDeP, 2012)	Respect du secret professionnel (Principe 1, article 7).	Tenir compte des dispositions légales en vigueur en matière de secret professionnel et d'assistance à personne en péril. (Article 19).	Restriction des informations échangées, réponse prudente aux questions posées et argumentée uniquement si nécessaire. Recherche de l'assentiment de l'intéressé pour toute transmission. (Articles 8 et 17).

D'après notre lecture des textes, il semblerait que la confidentialité soit un droit accordé aux usagers et que celle-ci soit garantie par l'obligation au secret des professionnels qui les accompagnent.

Ainsi, de par notre profession, nous serions dans l'obligation de ne divulguer aucune information à caractère secret qui nous soit confiée par les usagers sauf dans des situations de danger, privations ou

séances concernant une personne mineure ou dans l'impossibilité de se protéger par elle-même du fait de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. Dans le cas d'usagers majeurs en pleine possession de leurs facultés à se protéger, seul un médecin pourrait révéler des informations à caractère secret aux autorités avec l'accord de la victime. Enfin, le secret professionnel ne semble pas être opposable à une réquisition dans le cadre d'une instruction judiciaire.



La question des écrits des psychologues interroge le droit de lever le secret professionnel en dehors des situations d'insécurité et de danger immédiat.



Dans le cadre des établissements sanitaires tout comme dans celui des établissements médico-sociaux, la loi rappelle l'obligation de tout professionnel au respect de la vie privée et au secret (établissements sanitaires) ou à la confidentialité (établissements médico-sociaux) des informations concernant l'utilisateur.

L'obligation de secret professionnel, garant de la confidentialité, et ses conditions de levée nous sont apparues bien encadrées tant d'un point de vue déontologique que législatif. Dans ce contexte, pouvons-nous partager et échanger des informations à caractère secret ?

La question des écrits des psychologues interroge le droit de lever le secret professionnel en dehors des situations d'insécurité et de danger immédiat. Le code de déontologie (GiRéDeP, 2012) permet la transmission d'informations à un tiers dans la mesure où ces informations sont restreintes au strict nécessaire pour la finalité professionnelle et après le recueil de l'assentiment de l'intéressé. La notion d'information strictement nécessaire est laissée à l'appréciation du psychologue en fonction de la réflexion éthique qui le guide dans sa pratique.

Il ne semble pas exister de cadre législatif général concernant l'échange et le partage d'informations dans le secteur médico-social. On retrouve cependant dans les textes une notion d'autorisation de partage d'informations dans le domaine de la protection de l'enfance, d'un travail en équipe pluridisciplinaire dans le domaine du handicap et d'une coordination des professionnels de santé dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Pour les établissements sanitaires, la loi paraît plus claire. Avec le consentement exprès de l'intéressé, plusieurs professionnels de santé pourraient échanger des informations relatives à l'utilisateur pour permettre la continuité de ses soins. Les informations concernant sa prise en charge sont considérées comme confiées à l'ensemble de l'équipe de soins de l'établissement. Ces textes évoquant le partage d'informations ne précisent pas les modalités de partage et semblent concerner tout autant les transmissions orales qu'écrites quel que soit le support.



Notons que, dans les textes législatifs, il est souvent question des professionnels de santé et notre profession n'est pas référencée comme une profession de santé dans le code de la santé publique française (4^e partie du code de la santé publique en vigueur au 3 mars 2015). Cependant, les recommandations de l'ANAES (2003, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé, ancienne HAS : Haute Autorité de Santé) rappellent la particularité des psychologues qui n'ont pas d'existence réglementaire mais dont l'intervention doit figurer dans les dossiers médicaux sous forme d'une « notion de contact avec le psychologue ».

LA PLACE LÉGALE DE NOS ÉCRITS

Concernant la place de ces écrits, les textes de loi sont peu informatifs. Nos écrits n'ont pas de statut légal. Même s'ils ne font pas partie des documents constituant le dossier médical (Article R1112-2 du code de la santé publique), s'ils sont intégrés au dossier médical par un médecin ils en sont indivisibles (recommandations de l'ANAES, 2003). Dans la mesure où ces écrits, quelle que soit leur forme, comprennent des éléments permettant l'identification de la personne concernée et des informations sur sa vie privée et son comportement, ils pourraient être considérés comme des documents administratifs (Loi n° 78-753). Qu'ils soient intégrés au dossier médical ou considérés comme des documents administratifs, ces documents sont accessibles à la personne qu'ils concernent selon les réglementations en vigueur (Loi n° 78-753, Article L1111-7 du code de la santé publique, Article L311-3 du code de l'action sociale et des familles).

La loi ne semble pas reconnaître les notes dites « personnelles ». Cependant, un arrêté du 5 mars 2004 évoque le caractère intransmissible et inaccessible des notes de professionnels de santé, considérées comme personnelles dans la mesure où elles

ne sont pas destinées à être conservées, échangées ou à contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic. Nombre de nos écrits ne rentrent pas dans ces dernières considérations.

 *Le code de déontologie (GiRéDeP, 2012) préconise que nos écrits répondent prudemment à la question posée par le destinataire, qu'ils soient argumentés par nos observations directes uniquement si cela est nécessaire et toujours avec l'assentiment ou l'information de l'intéressé.* 

DISCUSSION : QUE DEVONS-NOUS ET POUVONS-NOUS ÉCRIRE ?

Les ouvrages de référence en neuropsychologie clinique nous imposent des standards élevés pour nos écrits qui se doivent de présenter un panorama exhaustif du fonctionnement du patient que nous rencontrons. Il incombe à notre profession de refléter la complexité du fonctionnement cérébral et psychologique.

Les textes législatifs et les recommandations de bonnes pratiques inhérents aux missions des services de santé publique et médico-sociaux insistent sur la nécessité de pluridisciplinarité. Notre place dans l'accompagnement pluridisciplinaire est indéniable et il serait, à notre sens, dommageable pour l'usager que sa dimension psychologique ne soit pas abordée lors de l'établissement des plans d'accompagnement ou de soin des structures menant des missions sanitaires ou médico-sociales. Notre implication dans cette pluridisciplinarité représente une opportunité pour notre profession d'acquérir une meilleure visibilité et reconnaissance auprès des professionnels de santé.

Cependant, comment concilier une description exhaustive des conditions de vie des patients, de

leurs antécédents psychologiques et médicaux avec le secret professionnel ? Comment garantir le respect à la vie privée du patient par nos écrits ? Comment faire valoir le temps dont nous avons besoin pour mettre en évidence cette complexité et la restituer, à l'heure où la rentabilité est exigée dans le domaine de la santé ? Comment faire valoir notre formation universitaire et notre spécificité professionnelle tout en rendant accessibles nos propos à ceux qui les lisent ? Ces questions ont constitué un vaste débat au sein de notre association mais n'ont pas trouvé de consensus. Elles illustrent la difficulté de notre spécialité, encore jeune, à trouver sa place dans les deux domaines auxquelles elle est attachée : la psychologie et la neuropsychologie.

Devant le flou législatif qui entoure nos écrits, il convient pourtant de rester prudent quant à leur contenu et leur diffusion. Le code de déontologie (GiRéDeP, 2012) préconise que nos écrits répondent prudemment à la question posée par le destinataire, qu'ils soient argumentés par nos observations directes uniquement si cela est nécessaire et toujours avec l'assentiment ou l'information de l'intéressé (Articles 13 et 17). Il est également conseillé dans ce code de rédiger dans des termes clairs et compréhensibles par tous et d'inscrire sur tout document la date de rédaction, notre nom, notre fonction, nos coordonnées professionnelles, notre numéro ADELI (Encadré 2), l'objet de l'écrit et notre signature (Articles 16 et 20). Bien que nos écrits répondent au questionnement de leur destinataire et de ce fait n'ont pas vocation à être réemployés dans d'autres circonstances sans l'accord du psychologue, nous devons garder à l'esprit que nous ne pouvons maîtriser pleinement leur devenir. Ainsi, lorsque nous acceptons leur intégration dans le dossier médical nous acceptons tacitement le partage de ces informations aux professionnels de santé qui graviteront autour de la personne tout au long de son parcours de soin.

Lors des discussions avec les membres de notre association qui ont suivi notre présentation sur ces

ENCADRÉ 2. Numéro ADELI

Le numéro ADELI est un numéro de référence du psychologue dans le système d'information national français sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur.

aspects législatifs et déontologiques, nous avons émis plusieurs idées concernant la forme de nos écrits.

Nous avons proposé :

- l'inscription en haut ou bas de page d'une phrase rappelant au destinataire sa responsabilité quant à la diffusion de l'écrit ;
- la pagination de nos documents au format « x sur y » pour s'assurer de la complétude de nos documents auprès de leurs destinataires ;
- l'usage d'un tampon encreur comprenant notre nom, fonction, coordonnées professionnelles et n° ADELI sur tous les documents voués à la transmission à un tiers ;
- un rappel de la relativité des informations contenues au regard du contexte particulier dans lequel elles ont été recueillies (temporalité, environnement, ...).



Les préconisations scientifiques et déontologiques et nos obligations légales nous obligent à écrire avec précaution en gardant à l'esprit que [...] nos productions écrites nous engagent envers : la loi commune, l'utilisateur, l'institution, le corps des psychologues [et] nous-mêmes.



CONCLUSION

Les contenus de nos écrits sont multiples et répondent aux particularités de nos formations et des attentes des institutions dans lesquelles nous exerçons : comptes rendus d'accompagnement, comptes rendus d'évaluation, attestations d'accompagnement, transmissions aux professionnels de santé, rapports d'activité, ... Les préconisations scientifiques et déontologiques et nos obligations légales nous obligent à écrire avec précaution en gardant à l'esprit que quelles que soient leur forme et leur finalité, nos productions écrites nous engagent envers :

- la loi commune, qui nous impose le devoir de secret professionnel, protège le droit à la confidentialité pour l'utilisateur mais nous ouvre des possibilités de partage pluridisciplinaire ;
- l'utilisateur, qui doit être informé de l'existence de l'écrit, assentir à sa diffusion et pourra y avoir accès à sa demande ;
- l'institution, qui attend souvent du psychologue de concourir aux plans des soins ou d'accompagnements pluridisciplinaires ;
- le corps des psychologues, que nous représentons dans l'institution ;
- nous-mêmes, par la valorisation de nos actions et de notre pratique.

Références

ANAES. (2003). Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations. En ligne : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

[Arrêté du 5 mars 2004](#) portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès. *JORF* n° 65, page 5206, texte n° 16.

[Code civil](#) en vigueur. [Article 375](#) en vigueur au 22 mars 2015.

[Code de l'action sociale et des familles](#) en vigueur. [Article L113-3](#) en vigueur au 22 décembre 2010 ; [Article L226-2-1](#) en vigueur au 22 mars 2015 ; [Article L226-2-2](#) en vigueur au 6 mars 2007 ; [Article L226-4](#) en vigueur au 22 mars 2015 ; [Article L311-3](#) en vigueur au 19 mai 2011 ; [Article L146-8](#) en vigueur au 12 février 2005.

[Code de la procédure pénale](#) en vigueur. [Article 56](#) en vigueur au 15 décembre 2011 ; [Article 81](#) en vigueur au 29 mars 2012 ; [Article 96](#) en vigueur au 1 août 2009 ; [Article 99-3](#) en vigueur au 6 janvier 2010.

[Code de la santé publique](#) en vigueur. [Article L1110-4](#) en vigueur au 12 août 2011 ; [Article L1111-7](#) en vigueur au 1^{er} août 2011 ; [Article R1112-2](#) en vigueur au 7 février 2006.

[Code pénal](#) en vigueur. [Article 226-13](#) en vigueur au 1 janvier 2002 ; [Article 226-14](#) en vigueur au 7 mars 2007 ; [Article R642-1](#) en vigueur au 1^{er} mars 1994.

- Coyette, F., Arno, P., Leclercq, M., Seron, X., et Van der Linden, M. (non daté). Questionnaire d'auto-évaluation de l'attention (QAA): élaboration de normes à partir d'une population de 220 sujets adultes.
En ligne : www.unige.ch/fapse/psychoclinique/upnc/outils1/
- GiRéDeP. (2012). Actualisation du code de déontologie des psychologues de mars 1996.
En ligne : www.codedeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html
- Guinot, B. (2014) Formation: Les écrits professionnels du psychologue. Fédération Française des Psychologues et de Psychologie.
- [Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF du 5 mars 2002, page 4118, texte n° 1.*
- [Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978](#) portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal. Version en vigueur au 4 mars 2015. *JORF du 18 juillet 1978, page 2851.*
- Seron, X. et Meulemans, T. (2014). La rédaction du rapport. Dans X. Seron et M. Van der Linden, *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte: Tome 1 – Évaluation*. (2^e édition). (p. 131-142). Louvain-la-Neuve: De Boeck-Solal.
- Seron, X. et Van der Linden, M. (2014). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte: Tome 1 – Évaluation*. (2^e édition). Louvain-la-Neuve: De Boeck-Solal.
- Van der Linden, M. (2014). Diplôme Universitaire. Prises en charge neuropsychologiques des affections cérébrales – Une formulation psychologique de cas: l'exemple de la démence. Recueil inédit, Université Paul Valéry-Montpellier 3.
- Van der Linden, M. et Juillerat Van der Linden, A.C. (2014). L'évaluation neuropsychologique dans la démence: un changement d'approche. Dans X. Seron et M. Van der Linden, *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte: Tome 1 – Évaluation*. (2^e édition). (p. 575-598). Louvain-la-Neuve: De Boeck-Solal.
- Van der Linden, M., Wijns, C., Von Frenkell, R., Coyette, F. et Seron, X. (1989). *Un questionnaire d'auto-évaluation de la mémoire (QAM)*. Bruxelles: Éditest.
- Wojtasik, V., Olivier, C., Lekeu, F., Quittre, A., Adam, S. et Salmon, E. (2010). A grid for a precise analysis of daily activities. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(1), 120-36. Doi:[10.1080/09602010902934514](https://doi.org/10.1080/09602010902934514).

Place de la remédiation cognitive dans la prise en charge multimodale d'un enfant suivi en SESSAD



Romain GIFFARD

Psychologue spécialisé en neuropsychologie.
Thérapeute praticien AFTCC.

Unité enfant, ITEP Jeanne Chevillotte,
Les Mureaux (78). SAMSAH Horizon 95,
Groslay (95). ESAT, AIPEI, Le Raincy (93).

romain.giffard@sfr.fr

Mots-clés :

- Remédiation cognitive
- Métacognition
- TDAH
- Trouble des conduites
- Entraînement des habiletés parentales

Résumé :

Cet article décrit l'évaluation et la prise en charge multimodale d'un enfant de dix ans présentant des troubles externalisés. Le bilan révèle un déficit attentionnel, associé à un trouble des conduites dont le retentissement social, scolaire et familial est important. Le suivi s'inscrit dans un contexte institutionnel pluridisciplinaire (SESSAD – Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile) et valorise une approche intégrée. L'article met l'accent sur l'articulation et le contenu des interventions centrées d'une part sur l'environnement pédagogique, le contexte familial (entretiens inspirés des programmes d'entraînement des habiletés parentales ou PEHP) et d'autre part sur l'enfant (remédiation cognitive). Cette étude de cas clinique est l'occasion d'aborder le rôle du psychologue dans l'évaluation, la guidance et la régulation du processus thérapeutique et de mesurer comment les techniques de thérapie comportementale et cognitive complètent les techniques de remédiation.

Conflits d'intérêts :

Aucun

Pour citer cet article :

Giffard, R. (2016). Place de la remédiation cognitive dans la prise en charge multimodale d'un enfant suivi en SESSAD. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 4, 22-35.

INTRODUCTION

Devant les troubles externalisés chez l'enfant (Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité – TDAH –, trouble oppositionnel, trouble des conduites), la neuropsychologie clinique développe des modèles théoriques de plus en plus affinés (pour une revue, voir Clément, 2010). La vaste étude américaine du MTA Cooperative Group (2004) met en valeur les approches multimodales, associant médication et prise en charge psychosociale. En France, dans ses recommandations de décembre 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise – dans les approches non médicamenteuses – la psychoéducation, la guidance parentale, les interventions impliquant l'école, les thérapies comportementales et cognitives et les pratiques rééducatives. Concernant le trouble des conduites, Perisse *et al.* (2006) proposent une revue des thérapies psychosociales, notamment le développement des habiletés sociales de l'enfant par la résolution de problèmes, les programmes éducatifs parentaux et les approches systémiques.



Dans ses recommandations de décembre 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise – dans les approches non médicamenteuses – la psychoéducation, la guidance parentale, les interventions impliquant l'école, les thérapies comportementales et cognitives et les pratiques rééducatives.



Dans ce contexte, la remédiation cognitive constitue une modalité thérapeutique de plus en plus citée chez l'enfant, dans une perspective tant restauratrice que compensatrice (Deforge, 2011 ; Fournier et Seguin, 2012 ; Giroux, Parent et Guay, 2010 ; Guay et Laporte, 2006 ; Paour, Bailleux et Perret, 2009). Les enfants accueillis en institution manifestent cependant des troubles hautement comorbides qui engagent des interventions intégratives et soutenues dans le temps.

Cette étude présente une intervention en remédiation cognitive inscrite dans une approche globale. Après la phase d'évaluation et de contractualisation, les différents éléments de la prise en charge multimodale sont décrits (aménagements pédagogiques, entretiens de guidance parentale inspirés des Pro-

grammes d'Entraînement aux Habiletés Parentales – PEHP –, remédiation cognitive). L'intérêt et les limites de ce type d'intervention sont discutés.

ÉVALUATION

ÉVALUATION CLINIQUE, CONTEXTE SCOLAIRE ET FAMILIAL

Boris¹ est âgé de 10 ans. Actuellement en CM2, il est signalé par l'école et une orientation en SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, Encadré 1) est proposée, en alternative à une déscolarisation.

Les comportements-problèmes sont multiples et s'observent dans plusieurs contextes (école, famille, centre de loisir) : agitation psychomotrice, opposition aux adultes, rejet des règles communes, intolérance aux frustrations, bagarres fréquentes, concentration fragile, besoin d'avoir le regard de l'autre pour se maintenir dans une activité. Boris décrit ses difficultés avec ses mots « *J'ai du mal à l'école la matinée du matin et aussi la matinée de l'après-midi* » évoquant bien les fluctuations attentionnelles au cours de la journée, et aussi son agitation « *On m'appelle taxi parce que je cours partout* ».

Sur le plan des acquisitions, Boris a pris du retard dans différents domaines, notamment le langage oral et écrit.

En relation avec l'adulte, Boris se montre enthousiaste et vif, dit tout ce qui lui passe par la tête. En situation d'évaluation, il accepte les épreuves et s'y investit suffisamment pour rendre les résultats interprétables. Sur le plan du comportement, on observe une tendance à l'agitation, qu'il tente de contenir avec difficulté, une attention fragile, une tendance à répondre avec précipitation et à oublier les consignes et une intolérance aux situations d'attente.

À l'échelle de Conners (Conners, 1997, version 48 items), les dimensions « troubles des conduites » (-2,6 écarts-types), « difficultés d'apprentissage » (-2,8 écarts-types) et « impulsivité-hyperactivité » (-2,2 écarts-types) sont problématiques, les domaines « manifestations psychosomatiques » et « anxiété » se situent dans la norme.

1. Afin de garantir l'anonymat de l'enfant et de sa famille, le prénom a été modifié et des caractéristiques de la situation familiale ont été changées.



Les observations suggèrent chez Boris un déficit d'attention avec hyperactivité, associé à un trouble des conduites dont le retentissement social, scolaire et familial est important.



Sur le plan familial, Boris est l'unique enfant d'un couple parental séparé depuis sa petite enfance. La mère a un enfant d'une seconde union. Celle-ci reconnaît ses difficultés à faire face à un enfant « épuisant », qui s'agite beaucoup, entre vite en opposition et « fait des crises de colère ». Boris a peu de contact avec son père. Après plusieurs années de relations conflictuelles avec l'école, la mère nourrit un vécu de persécution assez douloureux qui ne facilite pas la collaboration : « *L'école au moindre geste ils m'appellent, je ne sais plus quoi faire* ».

Le Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale – QAECEP – (Terisse et Trudelle, 1988) montre chez la mère un faible sentiment de satisfaction (degré de frustration, d'anxiété et de motivation liées au rôle parental) et d'efficacité (degré de compétence, d'habileté à résoudre des problèmes, d'aptitude découlant du rôle parental). Les plaintes subjectives suggèrent une souffrance sur laquelle il est nécessaire d'intervenir.

Le bilan de l'orthophoniste montre un retard de langage oral et écrit (lexique, lecture, orthographe). L'évaluation de psychomotricité signale des difficultés de coordination et de motricité fine (graphisme).

Les observations suggèrent chez Boris un déficit d'attention avec hyperactivité, associé à un trouble des conduites dont le retentissement social, scolaire et familial est important.

BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE

(voir Tableau 1)

D'une part, Boris présente des déficits significatifs dans deux domaines cognitifs :

- les ressources attentionnelles sont très fragiles (voir les résultats à la batterie TEA-Ch, Manly, Robertson, Anderson et Nimmo-Smith, 1999) et confirment les observations cliniques de son comportement pendant les épreuves. Excepté l'attention visuelle sélective simple (tâche de barrage unique, subtests « recherche dans le ciel » et « carte géographique »), les autres composantes de l'attention sont perturbées. En modalité auditive, l'attention sélective simple est limitée. Boris effectue des erreurs de type omission et manifeste des fluctuations dans le niveau de ses performances (subtest « coups de fusil »). En situation d'attention partagée (subtests « faire deux choses à la fois » et « écouter deux choses en même temps »), il se montre très vite dépassé par le rythme et la durée de l'épreuve, il contrôle difficilement les activités parallèles, néglige une tâche pour l'autre et est sensible aux interférences. Sur des tâches simples et de courte durée, il ne présente pas de trouble majeur de l'inhibition ni de la flexibilité (subtest « mondes contraires ») mais est

ENCADRÉ 1. SESSAD

Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile : dispositif médico-social destiné à accompagner des enfants en situation de handicap dans leur intégration scolaire. Le SESSAD intervient sur notification de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant (domicile, école, etc.) et dans les locaux du service. L'équipe est composée de cadres, de personnels administratifs, en charge du transport, de personnels socio-éducatifs et médico-psychologiques (orthophoniste, psychomotricien, psychiatre et psychologue).

Tableau 1. Récapitulatif des résultats quantitatifs au WISC IV, à la NEPSY et au TEA-Ch

WISC-IV	Intervalle de confiance = 95 %
Indice Compréhension Verbale (ICV)	81-98 ⁽¹⁾ (RP ⁽²⁾ = 21, zone moyenne faible)
Indice Raisonnement Perceptif (IRP)	74-92 (RP = 10, zone moyenne faible)
Indice Mémoire de Travail (IMT)	94-112 (RP = 58, zone moyenne)
Indice Vitesse de Traitement (IVT)	82-101 (RP = 25, zone moyenne)
	Dissociation IRP/IMT
Subtests :	Note standard ⁽³⁾
<i>Similitudes</i>	08
<i>Vocabulaire</i>	07
<i>Compréhension</i>	09
<i>Cubes</i>	03
<i>Identification de concepts</i>	08
<i>Matrices</i>	10
<i>Mémoire des chiffres</i>	11
<i>Séquences lettres-chiffres</i>	10
<i>Arithmétique</i>	10
<i>Codes</i>	08
<i>Symboles</i>	09
NEPSY Subtests des domaines «traitements visuo-spatiaux» et «fonctions praxiques»	Note standard
<i>Copie de figures (bidimensionnelles)</i>	06
<i>Cubes (constructions tridimensionnelles)</i>	08
<i>Précision visuo-motrice</i>	08 (erreurs tracé : RP = 3-10)
TEA-Ch Test d'évaluation de l'attention pour enfants Subtests et fonctions évaluées	Version A
<i>Recherche dans le ciel</i> Attention sélective, modalité visuo-spatiale	Temps par cible : RP = 35 Note d'attention : RP = 20
<i>Coups de fusil</i> Attention soutenue, modalité auditive, inhibition, mémoire de travail	RP = 17 (pas de RP inférieur pour sa catégorie d'âge) (6 réponses correctes /10)
<i>Petits hommes verts</i> Contrôle attentionnel visuo-spatial, flexibilité mentale, mémoire de travail	Quantité réponses : RP = 34 (5 réponses correctes / 7) Note de temps : RP = 15
<i>Faire deux choses en même temps</i> Attention divisée (intermodale : visuelle et auditive)	RP < 05
<i>Carte géographique</i> Attention sélective, modalité visuo-spatiale	RP = 48
<i>Écouter deux choses à la fois</i> Attention divisée auditive	RP = 22
<i>Mondes contraires</i> Contrôle attentionnel, flexibilité	Temps endroit : RP = 65 Temps inversé : RP = 50
<i>Transmission de codes</i> Attention soutenue, modalité auditive, mémoire de travail	RP = 06 (26 réponses correctes, 14 omissions)

(1) Moyenne 100, écart-type 15.

(2) RP = rang percentile (indique la proportion ou pourcentage d'individus qui sont égaux ou inférieurs à ce rang).

(3) Moyenne 10, écart-type 3.

assez ralenti par l'effort cognitif (subtest « petits hommes verts »). En revanche, les situations plus complexes et plus longues nuisent considérablement à la qualité et la stabilité de son efficacité. En effet, sur la durée (attention continue), Boris est en grande difficulté. Il s'accroche au début, se relance à la fin mais les fluctuations et éclipses attentionnelles sont caractéristiques (par moment il donne l'impression de s'échapper complètement de la tâche, au subtest « transmission de codes »);

- les traitements visuo-spatiaux constituent un secteur où Boris présente quelques difficultés. Le graphisme (« copie de figures » de la NEPSY, Korkman, Kirk et Kemp, 2003) est limite. Les capacités visuo-constructives et de raisonnement abstrait dans l'espace sont très fragiles (épreuve des « cubes » du WISC IV, Wechsler, 2005). Toutefois la manipulation et la représentation des relations spatiales en trois dimensions est mieux réussie (subtest « cubes » de la NEPSY). Le contrôle visuo-moteur est perturbé par l'impulsivité (nombreuses erreurs de tracé à « précision visuo-motrice » de la NEPSY). Boris reconnaît être en difficulté à l'école dans les exercices de géométrie et de dessin.

D'autre part, Boris montre des compétences dans plusieurs domaines :

- la conceptualisation : la pensée abstraite verbale se situe dans la moyenne (« similitudes » du WISC IV). Lorsqu'on élimine les composantes praxiques et visuo-motrices de la tâche, Boris présente un niveau de raisonnement et des compétences d'abstraction non verbale proches de la norme. L'impulsivité nuit à sa performance. Lors de la passation, il est nécessaire de le contenir pour mener son raisonnement jusqu'au bout (« identification de concepts » et « matrices » du WISC IV);
- la vitesse de traitement cognitif est bonne, au détriment cependant de la précision (erreurs de type fausse-alarme au subtest « symboles » du WISC IV), ce qui est en faveur d'un style impulsif;
- Boris possède quelques aptitudes logico-mathématiques. Il s'appuie sur des ressources

moyennes en mémoire de travail qui lui permettent d'encoder la consigne verbale, de traiter et manipuler mentalement les informations en cours.

Au premier plan, Boris présente un déficit attentionnel significatif touchant la plupart de ses composantes, sa pensée se construit de manière discontinue et il est sensible aux stimulations extérieures qui viennent le parasiter et nuire à ses apprentissages. L'impulsivité cognitive se double d'une impulsivité comportementale et émotionnelle qui se traduit par une intolérance des situations frustrantes et une tendance à sur-réagir dans les relations aux autres.

PRISE EN CHARGE MULTIMODALE

CONTRAT THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRAL

L'équipe contractualise avec la famille et l'enfant différentes modalités d'interventions non médicamenteuses (la famille de Boris s'oppose à la prescription de méthylphénidate) :

- une médiation scolaire (projet personnalisé de scolarisation, aménagements dans la relation pédagogique, demande d'heures d'auxiliaire de vie scolaire ou AVS);
- un accompagnement éducatif (activités individuelles et ateliers collectifs) destiné à entraîner les habiletés sociales de Boris;
- une prise en charge intensive de type remédiation cognitive sur quatre à cinq mois (deux séances par semaine de 30-35 minutes, soit environ 32 séances) semble adaptée (au profil cognitif, à l'âge et à la motivation de l'enfant);
- la mise en place de séances de psychomotricité;
- la rééducation en orthophonie, qui débute après la phase de remédiation cognitive pour éviter la « surcharge » et maintenir un bon niveau de motivation chez l'enfant;
- le soutien à la parentalité dans le contexte d'un enfant présentant une agitation psychomotrice et des comportements d'opposition (suivant les PEHP, Hauth-Charlier, 2009).



Les enfants passent beaucoup plus de temps dans leurs environnements scolaires et familiaux qu'en institution, ce qui fait de ces contextes de vie des cibles thérapeutiques majeures.



Les enfants passent beaucoup plus de temps dans leurs environnements scolaires et familiaux qu'en institution, ce qui fait de ces contextes de vie des cibles thérapeutiques majeures.

AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES

Pour Boris, un lien avec la psychologue scolaire est établi lors du retour de bilan. Celle-ci attendait une évaluation et un diagnostic pour accompagner l'enseignant dans l'accueil de cet enfant.

L'éducatrice du SESSAD, par sa proximité avec l'école et l'enseignant, assure une médiation durant toute la durée du suivi. Elle est présente à l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation.

Les listes des recommandations et aménagements pédagogiques pour les enfants présentant un TDAH sont intéressantes mais souvent longues selon les manuels (notamment Moret et Mazeau, 2013). Il est préférable de retenir l'attention de l'enseignant sur quelques principes que lui-même pourra adapter dans son cadre et ses supports de travail (notamment réduire la quantité d'informations, limiter les distracteurs, séquencer les tâches, renforcer les comportements adaptés, tolérer un certain niveau d'agitation et reconnaître le besoin de pause). La psychologue scolaire se charge, dans ses contacts avec l'enseignant et l'AVS, de participer à la psychoéducation sur les manifestations comportementales de l'enfant, afin de réduire la stigmatisation et les mouvements de rejet. En effet, ces explications aident à tolérer de manière empathique l'enfant en souffrance et le regard positif de l'enseignant sur l'enfant constitue un facteur favorisant l'estime de soi et la motivation.

ENTRETIENS PSYCHOLOGIQUES CENTRÉS SUR LES HABILITÉS PARENTALES

Le père de Boris n'a pas répondu aux invitations. Seule la mère accepte de participer aux entretiens. Cette guidance parentale individualisée (réalisée par le psychologue spécialisé en neuropsychologie)

s'inspire des PEHP, issus des travaux de Barkley (1997 ; pour une revue voir Hauth-Charlier et Clément, 2009) et utilise des techniques cognitivo-comportementales (Vera, 2009).

Condition de base

Alliance thérapeutique : cette approche de guidance s'appuie sur un rapport collaboratif centré sur la compréhension des interactions et la recherche de solutions aux impasses relationnelles. Cette considération du parent comme partenaire permet notamment de lutter contre la stigmatisation de la fonction parentale (souvent mise en cause par l'entourage).

Conceptualisation du problème


Analyse fonctionnelle : le retentissement des comportements de Boris sur l'environnement familial est majeur. Ces troubles participent à une détérioration des relations au sein de la famille, aboutissant à des réponses comportementales et émotionnelles qui entretiennent la pathologie, dans un processus circulaire qui aggrave les troubles de l'attachement. On observe un niveau élevé de stress, de culpabilité et de retrait social chez la mère. Celle-ci se décrit moins compétente et ressent une moindre satisfaction dans l'exercice de son rôle parental.

Techniques thérapeutiques

Psychoéducation (répétée tout le long du suivi) : le partage d'informations sur le développement de l'enfant et ses troubles constitue un préalable à la modification des conceptions erronées relatives aux comportements de Boris. Les capacités d'auto-contrôle de Boris sont limitées, il est victime de son propre trouble et en souffre. L'objectif consiste à développer l'empathie de l'adulte envers l'enfant et de discuter son interprétation selon laquelle « il le fait exprès ». La psychoéducation favorise une sorte de transfert d'expertise du thérapeute vers le parent.

Intervention sur les cognitions parentales dysfonctionnelles : Johnston et Freeman (1997) montrent que les parents d'enfant TDAH attribuent plus souvent les comportements opposants et agressifs à des causes internes et stables dans le temps. En considérant son enfant responsable de ses comportements perturbateurs, la mère tend à y répondre de manière négative. Progressivement, elle abandonne toute tentative d'éducation et de gestion

de conflits et se sent impuissante face aux comportements, en les pensant hors de son contrôle. Ce sentiment de non maîtrise est reconnu comme l'un des plus importants facteurs prédictifs de détresse psychologique chez le parent (Harrison et Sofronoff, 2002).

 *L'objectif [de la psychoéducation] consiste à développer l'empathie de l'adulte envers l'enfant et de discuter son interprétation selon laquelle « il le fait exprès ». [Elle] favorise une sorte de transfert d'expertise du thérapeute vers le parent.*



Systèmes de renforcement : Madame développe – non intentionnellement – des stratégies éducatives inappropriées, voire contre-productives. Par exemple une attention paradoxale, selon laquelle elle va tendre à ignorer les comportements adaptés de Boris (exemple : jouer dans le calme), alors qu'elle va sur-réagir aux comportements inadaptés (exemple : hurler). Ainsi s'installent des interactions coercitives où chacun contraint l'autre, où seules les conduites aversives et négatives permettent à Boris et sa mère d'obtenir la conséquence attendue (la compliance pour la mère, l'attention pour le fils). Ces pratiques parentales génèrent l'escalade et participent au maintien durable des comportements antisociaux de l'enfant. D'autant que les enfants instables sont moins sensibles aux punitions que les autres enfants. Boris va préférer de l'attention négative (où il est réprimandé) à une absence d'attention, avec pour conséquence un renforcement du sentiment qu'il est mauvais, ce qui peut augmenter son insécurité et relancer sa recherche compensatrice du regard de l'autre. La mère accepte d'entraîner la compliance de Boris en lui demandant des petites commissions ou services qui n'impliquent qu'un très simple et très bref effort de sa part, lui offrant ainsi la possibilité d'être immédiatement en réussite et félicité. De plus, le parent est invité à instaurer et ritualiser une espèce de fenêtre d'attention positive (« moment spécial »), où il va consacrer 20 minutes quotidiennement autour d'une activité non conflictuelle (temps de jeu où l'enfant obtient l'attention de l'adulte de manière inconditionnelle) afin de l'amener à observer et vivre activement des expériences d'interaction positive.

Ces entretiens parentaux visent à améliorer l'estime de soi parentale, les habiletés éducatives et le sentiment de satisfaction et de compétence dans les interactions (Hauth-Charlier, 2009).

REMÉDIATION COGNITIVE INDIVIDUALISÉE


Le projet de remédiation :

- cible le déficit attentionnel et dysexécutif (inhibition, attention continue, partagée), en privilégiant l'entraînement intensif et spécifique sur des ateliers sollicitant ces fonctions ;
- vise le développement d'une conscience métacognitive chez Boris, c'est-à-dire sa capacité à se décentrer de son fonctionnement, à s'observer en train d'agir et de penser, dans un objectif de meilleure auto-régulation ;
- tente d'améliorer son sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire favoriser le sentiment interne qu'il est à l'origine du processus et qu'il le contrôle (efficacité perçue). Ce sentiment constitue un support à l'estime de soi, et l'outil de remédiation favorise des expériences où il peut mettre en œuvre ses compétences et vivre de nombreux moments de réussite.

Voir Encadré 2 pour quelques rappels théoriques sur les principes de remédiation.

Dans cette situation, la remédiation se construit avec la plateforme informatisée Cognibulle (Virole, 2012, voir Encadré 3) pour différentes raisons : attractivité visuelle de l'interface, progressivité dans la difficulté, possibilité de cibler les fonctions à entraîner et faible directivité laissant une grande souplesse dans l'utilisation clinique.

Boris parle beaucoup pendant les exercices, il commente sans cesse par des exclamations, parle aussi de ce qu'il a fait ou va faire dans sa journée. Au début, il n'a pas conscience que ses mouvements et verbalisations incessantes constituent de véritables distracteurs internes. Il est parasité par sa propre

 *Cicerone et al. (2000) établissent certains principes de base de la remédiation, qui notamment devrait intégrer plusieurs modalités, inclure plusieurs niveaux de complexité, varier les types de réponses demandées, s'appuyer sur des rétroactions fréquentes, offrir des stratégies d'enseignement (métacognition) et être intensive.*



ENCADRÉ 2. Principes de remédiation : quelques rappels théoriques

Les techniques de remédiation se réfèrent aux approches *bottom-up* et *top-down* du fonctionnement cognitif, s'appuyant toutes les deux sur les mécanismes de plasticité cérébrale (Edmond, Poissant, Mendrek et Raiche, 2007). Les approches *bottom-up* s'inscrivent dans une démarche restauratrice destinée à récupérer ou améliorer les fonctions déficitaires par l'entraînement intensif. Ces approches sont dites « spécifiques au domaine » (Sturm, 1999) et visent les processus élémentaires (par exemple l'inhibition ou la mémoire de travail).

La littérature sur le sujet montre dans quelle mesure cette approche restauratrice, lorsqu'elle est pratiquée seule, comporte des limites notamment en terme de transfert des acquis et de maintien dans la durée (Deforge, 2011). Dans ce contexte, les approches *top-down* amènent une complémentarité dont l'efficacité est de plus en plus reconnue (Bosson, Hessels et Hessels-Schlatter, 2009; Giroux *et al.*, 2010; Poissant, 2006). Celles-ci utilisent l'entraînement métacognitif visant l'intériorisation des mécanismes de contrôle du comportement.

Cicerone *et al.* (2000) établissent certains principes de base de la remédiation, qui notamment devrait intégrer plusieurs modalités, inclure plusieurs niveaux de complexité, varier les types de réponses demandées, s'appuyer sur des rétroactions fréquentes, offrir des stratégies d'enseignement (métacognition) et être intensive.

De façon transversale, certains facteurs individuels (motivation intrinsèque, style d'attribution de la performance, sentiment d'efficacité personnelle, estime de soi) constituent des variables qui ont une incidence sur les effets de la remédiation (Paour *et al.*, 2009).

ENCADRÉ 3. Cognibulle

Ensemble de 10 ateliers stimulant les fonctions exécutives, l'attention, la mémoire de travail, le raisonnement. Chaque atelier comprend 10 niveaux de difficulté. La durée des séances est de 30 minutes ou plus selon l'âge de l'enfant. Les modalités d'utilisation du programme peuvent être plus ou moins libres ou dirigées selon le cadre posé par le clinicien. Le contexte est voulu interactif avec le psychologue afin de développer les capacités métacognitives et la valorisation de soi.

fluence verbale, plus ou moins désordonnée, avec des conséquences négatives sur le contrôle de la tâche en cours.

C'est un enfant enthousiaste, vif, dynamique qui investit très favorablement les séances. Il réagit bien au défi, le passage des différents niveaux est très motivant pour lui, il montre une forte implication personnelle à dépasser les difficultés.

Afin de tenir compte de la fatigabilité, Boris alterne les ateliers au cours d'une même séance. En effet, les échecs (éclipses attentionnelles, persévérations) à certains moments peuvent être interprétés comme une conséquence de la fatigue, de même que les irritations et débordements émotionnels face à l'enjeu de réussite que se fixe l'enfant.

Dimension métacognitive

Verbalisation de l'action : elle constitue une technique de base. Boris est invité à se représenter et décrire la situation, ses composants, les risques, les « pièges », « comme un détective » afin de les contourner et « ne pas se laisser avoir ! », « être plus malin que le jeu ». La verbalisation de ses actions et stratégies demande dans les premières séances beaucoup de contenance pour éviter l'éparpillement de sa pensée. Le psychologue joue ce rôle « inhibiteur » et lui montre comment l'utilisation du langage peut le rendre plus performant, avant d'estomper progressivement cette fonction de guidance à mesure que l'enfant automatise la procédure. Cette approche répond au déficit de langage intériorisé souvent

observé chez les enfants ayant des troubles du développement (Paour *et al.*, 2009).

Élaboration des stratégies, stimulation de la flexibilité : Boris, sur un atelier sollicitant les processus d'inhibition, procède avec rapidité, de proche en proche mais l'impulsivité de sa coordination visuo-motrice l'amène à commettre des erreurs (ce qui réinitialise le niveau automatiquement). Une discussion l'aide à utiliser de nouvelles stratégies, par exemple « identifier les objets les plus difficiles à atteindre et commencer par eux ». Boris persévère souvent dans des stratégies inadaptées, il est nécessaire de l'accompagner à imaginer des alternatives et à développer sa flexibilité dans la recherche de solutions.

Résolution de problème et inhibition : selon Poissant (2006), l'inhibition de la réponse permet à l'enfant d'utiliser ses processus métacognitifs (*monitoring* de l'action en cours et autorégulation). Face à ses commentaires anarchiques qui parasitent sa pensée et le contrôle de ses actions, Boris est amené à décrire factuellement ce qu'il voit et ce qu'il se passe : « *Il faut arriver à la porte de sortie dès que j'ai mangé tous les fruits... mais je dois éviter les papillons, les abeilles qui bougent dans tous les sens, les piquants, ...* ». Puis il imagine des stratégies pour faire face au problème : « *Il faut que je ralentisse quand j'arrive près de ces piquants, le passage est étroit... et le papillon finalement fait toujours le même trajet... et le hérisson s'arrête avant cet endroit, je peux donc me cacher là en attendant qu'il passe...* ». Ses comportements d'observation sont renforcés fréquemment, ainsi que la manière dont il se représente l'action et le but, dont il séquentialise des étapes. Améliorer les capacités d'inhibition favorise la mise en place d'une mémoire de travail et d'un langage interne où peut se réaliser l'autorégulation cognitive.

Dimension psychologique

Motivation intrinsèque : pendant une partie de chaque séance, Boris a le choix de l'atelier qu'il souhaite travailler, afin de favoriser l'autodétermination et donc la motivation intrinsèque (celle où l'enfant trouve un intérêt pour l'activité elle-même et non pour d'éventuelles récompenses externes).

Style d'attribution de la performance : par ces expériences et les feedbacks fréquents, Boris est incité à internaliser ses performances afin d'assouplir progressivement son style attributif (tendance

de l'enfant à attribuer des causes aux événements, à ses actions, ses performances, causes plus ou moins dépendantes de son contrôle personnel) (Vera, 2009). L'accompagnement de ses réussites et échecs permet de soutenir le passage d'une causalité externe non contrôlable (« *C'est pas pour moi ce jeu ! C'est impossible !* ») à une causalité plus souple fondée sur des facteurs internes et contrôlables (« *Quand j'ai fait comme ça, ça a marché* »). Ces biais cognitifs s'observent aussi sur le plan relationnel : c'est un enfant qui attribue de manière rigide l'origine de ses difficultés à autrui. Il se vit comme victime des agressions des camarades sans percevoir son implication dans l'escalade des interactions. Au passage, nous voyons ici la complémentarité entre la remédiation et les techniques cognitivo-comportementales chez l'enfant (Vianin, 2012).

Estime de soi : Boris a accumulé sur plusieurs années une grande quantité de réactions stigmatisantes et négatives (notamment par l'environnement scolaire) face à ses conduites. Il internalise le fait qu'il est mauvais. Dans ce contexte, son propre rejet de la situation d'apprentissage semble s'inscrire dans un sentiment d'impuissance apprise (Seligman *et al.*, 1984) sur lequel se basent ses conduites d'évitement et d'opposition. La remédiation est l'occasion de lui apporter de nombreux *feedbacks* positifs. Elle constitue un cadre expérientiel stimulant, optimiste, toujours valorisant, qui dédramatise la situation de résolution de problèmes. Initialement, Boris pouvait se condamner brutalement lors des confrontations aux échecs et aux difficultés (« *Je suis nul, j'y arriverai pas, c'est mort, c'est trop dur...* ») en se focalisant sur les erreurs jusqu'à même les anticiper. L'impact des séances sur l'estime de soi se mesure dans des petites phrases véhiculant un sentiment de capacité et de maîtrise : « *Il faut jamais dire qu'on va pas y arriver !... Je suis déjà au niveau 6 !... Je suis en forme aujourd'hui, je sens que je vais battre mon record !* ». Certains ateliers peuvent être utilisés comme médiation destinée à « désensibiliser » l'enfant du vécu d'échec et de frustration (à l'origine de réactions émotionnelles excessives) en lui proposant des jeux éloignés de l'enjeu scolaire.

REMÉDIATION COGNITIVE ET RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

La situation de remédiation est aussi l'occasion d'améliorer sa tolérance aux situations d'attente – génératrices d'impulsivité – par des exercices où il

doit différer ses réponses et la satisfaction immédiate. Dans son travail de médiation, le psychologue peut s'appuyer sur les travaux de Sonuga-Barke (2003) et l'hypothèse de l'aversion du délai de réponse. L'auteur propose de considérer les comportements inattentifs et hyperactifs comme « l'expression d'un style motivationnel sous-jacent » qui amène l'enfant à fuir les situations de délai. Le modèle montre dans quelle mesure l'enfant TDAH, face à un choix entre une récompense faible mais immédiate et une autre forte mais plus espacée dans le temps, a tendance à réduire le délai et choisir l'immédiateté (symptôme d'impulsivité). En l'absence de choix, l'enfant a tendance à agir sur l'environnement pour éviter l'expérience subjective de l'attente (symptômes d'agitation et d'inattention). Ce modèle motivationnel s'appuie sur l'hypothèse d'un déficit des circuits neuronaux de la récompense chez ces enfants. En effet, le gradient de récompense serait plus court et abrupt pour les enfants TDAH. En ce sens, seules les réponses très proches temporellement d'un renforcement sont valorisées. C'est pourquoi l'enfant est plus sensible aux renforcements immédiats et répétés pour mener une action jusqu'au bout. Sonuga-Barke propose aussi un modèle à deux voies (voir Schéma) intégrant d'une part l'hypothèse classique de Barkley sur le déficit exécutif et inhibiteur, et d'autre part l'hypothèse « motivationnelle » présentée ci-dessus. Cette seconde voie est intéressante car elle intègre l'environnement (notamment le style parental). En effet, il est démontré dans quelle mesure le style relationnel et éducatif « incohérent, impulsif, désorganisé » aggrave l'aversion pour le délai et les comportements impulsifs, hyperactifs et inattentifs de l'enfant (Clément, 2010). Les parents, sous la pression des comportements de l'enfant, ont tendance à punir l'échec face à l'attente et créent des contextes d'émergence et de renforcement de l'aversion du délai chez l'enfant impulsif. Ce modèle justifie pleinement les approches combinées car il montre comment les actions de remédiation et d'intervention parentale s'enrichissent mutuellement.

La reconnaissance du déficit d'attention a permis à l'équipe pédagogique d'envisager les comportements perturbateurs de cet enfant sous un angle différent, avec davantage de compréhension et donc d'aménagements dans les situations d'apprentissage.

ÉVOLUTION ET LIMITES DE CETTE PRISE EN CHARGE MULTIMODALE

La mère de Boris a participé aux entretiens avec une relative régularité. Son regard empathique sur son fils a sensiblement évolué. Elle perçoit les efforts que celui-ci produit pour se contrôler et lui formule davantage de compliments. Elle n'attribue plus son éparpillement à de la provocation volontaire et systématique. Au domicile les accès de colère de Boris face aux frustrations sont devenus rares. Les relations entre Madame et l'institution scolaire se sont apaisées, ce qui en retour a contribué à diminuer les attitudes coercitives de la mère.

Le cadre éducatif du SESSAD a participé au maintien de la scolarisation de Boris (collaboration avec l'enseignant et la psychologue scolaire). La reconnaissance du déficit d'attention a permis à l'équipe pédagogique d'envisager les comportements perturbateurs de cet enfant sous un angle différent, avec davantage de compréhension et donc d'aménagements dans les situations d'apprentissage.

L'accompagnement de l'enfant dans des expériences successives de réussite lui permet d'acquérir la conviction interne de pouvoir mobiliser des compétences dans d'autres domaines.

Boris a progressé dans plusieurs composantes de l'attention et des fonctions exécutives, à savoir le maintien de l'attention sur la durée, la flexibilité et le partage attentionnel (attention divisée en situation intermodale), ainsi que le contrôle inhibiteur. Les performances restent cependant fragiles dans les situations de double tâche en modalité auditive (voir Tableau 2).

Toutefois le SESSAD est intervenu sur une durée relativement courte (un an et demi) et ne prend pas en charge les enfants après 12 ans (pour une raison d'agrément). Une orientation vers un ITEP (Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique) est préconisée car le retard scolaire accumulé ne permet par l'entrée au collège. De plus les difficultés de comportement, bien que réduites, ne sont pas encore compatibles avec une inscription en EGPA (Enseignement Général et Professionnel Adapté).

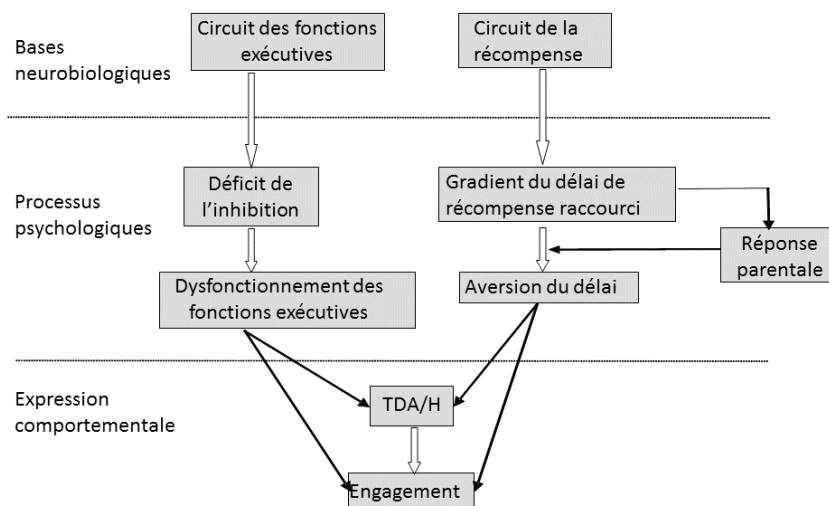


Schéma. Modèle à double-voie de Sonuga-Barke (2003)

Modèle à double-voie de Sonuga-Barke (2003), présentant simultanément le TDAH comme le résultat d'un trouble dysexécutif (à gauche) et comme la conséquence d'un style cognitif aversif au délai (à droite), modulé par la réponse de l'environnement, notamment parental. Schéma traduit depuis Sonuga-Barke, 2003.

Cette présentation met en évidence quelques « ingrédients » actifs lors d'une remédiation, sans pouvoir attribuer de manière spécifique l'évolution des performances (TEA-Ch, Manly *et al.*, 1999) à la

La question du lien entre l'environnement virtuel de remédiation et l'environnement scolaire réel se pose. La difficulté de transférer les acquis en milieu écologique est probablement plus importante chez

pratique de celle-ci. En effet, les autres facteurs liés à la globalité du dispositif de soins peuvent avoir leur influence, d'autant que Boris a fortement investi les intervenants. De plus cet enfant n'a pas bénéficié d'un bilan de fin de prise en charge (à un an par exemple), ce qui ne permet pas de mesurer le maintien des effets de la remédiation sur la durée.



Le refus du traitement constitue probablement une limite aux effets des interventions décrites. Cependant concernant la médication, l'étude du MTA Cooperative Group (2004) relativise son impact en avançant que son utilisation isolée ne permet pas aux enfants d'apprendre à développer leurs capacités attentionnelles et à auto-réguler leurs comportements et leur impulsivité.

Tableau 2. Comparaison des résultats aux épreuves d'attention (TEA-Ch) pré- et post- remédiation cognitive

TEA-Ch Test d'évaluation de l'attention pour enfants Subtests	Bilan initial Version A	Bilan post-remédiation cognitive (+ 5 mois) Version B
Recherche dans le ciel	Temps par cible: RP = 35 Note d'attention: RP = 20	Temps par cible: RP = 50 Note d'attention: RP = 25
Coups de fusil	RP = 17 (6 réponses correctes /10)	RP = 20 (8 réponses correctes / 10)
Petits hommes verts	Quantité réponses: RP = 34 (5 réponses correctes / 7) Note de temps: RP = 15	Quantité réponses: RP = 100 (7 réponses correctes / 7) Note de temps: RP = 85
Faire deux choses en même temps	RP < 05	RP = 30
Carte géographique	RP = 48	RP = 35
Écouter deux choses à la fois	RP = 22	RP = 11
Mondes contraires	Temps endroit: RP = 65 Temps inversé: RP = 50	Temps endroit: RP = 85 Temps inversé: RP = 55
Transmission de codes	RP = 06 (26 réponses correctes, 14 omissions)	RP = 100 (40 réponses correctes, 0 omission)

RP = rang percentile (indique la proportion ou pourcentage d'individus qui sont égaux ou inférieurs à ce rang).

l'enfant (dont les habiletés métacognitives sont en développement, selon Poissant, 2006) que l'adulte. Cependant, l'accompagnement de l'enfant dans des expériences successives de réussite lui permet d'acquérir la conviction interne de pouvoir mobiliser des compétences dans d'autres domaines.

 Cette complémentarité [entre la réhabilitation neuropsychologique et les thérapies cognitives et comportementales] enrichit les stratégies de prise en charge et considère certaines dimensions psychologiques intriquées au fonctionnement cognitif (estime de soi, motivation intrinsèque, sentiment d'efficacité personnelle, attribution de la performance). 

CONCLUSION

Élément d'une intervention multidimensionnelle, la remédiation constitue un outil qui complète la palette de soins en SESSAD.

Dans les perspectives de ce travail, Boris aurait pu bénéficier des programmes de métacognition en groupe qui ont montré une efficacité significative (Büchel, 2006 ; Deforge, 2011 ; Giroux *et al.*, 2010).

Cependant ces outils restent difficiles à manier dans de bonnes conditions avec des enfants aux conduites externalisées, souvent hautement comorbides. En effet, les troubles manifestés par les enfants en institution sont sévères et leurs capacités de verbalisation souvent fragiles, ce qui complique les approches métacognitives (qui à la fois stimulent et s'appuient sur des capacités de décentration, de *self-monitoring*, de prise de conscience de leur fonctionnement) et limite la généralisation en vie quotidienne et scolaire.

C'est pourquoi les stratégies compensatoires (adaptation pédagogique) et l'intervention sur le contexte (notamment familial) représentent des axes prioritaires. En effet, le renforcement des habiletés parentales vient apporter un soin aux processus d'attachement parent-enfant fréquemment perturbés dans le cas des pathologies du comportement.

La remédiation cognitive s'appuie sur des modèles et techniques partagées entre la réhabilitation neuropsychologique et les thérapies comportementales et cognitives (Vianin, 2012). Chez l'enfant, cette complémentarité enrichit les stratégies de prise en charge et considère certaines dimensions psychologiques intriquées au fonctionnement cognitif (estime de soi, motivation intrinsèque, sentiment d'efficacité personnelle, attribution de la performance).

Références

- Barkley, R.A. (1997). *Defiant children. A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: The Guilford Press.
- Bosson, M., Hessels, M. et Hessels-Schlatter, C. (2009). Le développement de stratégies cognitives et métacognitives chez des élèves en difficulté d'apprentissage. *Développements*, 3(2), 14-20. Doi : [10.3917/devel.001.0014](https://doi.org/10.3917/devel.001.0014).
- Büchel, P. (2006). Programmes d'éducation cognitive pour jeunes ayant un TDAH et des difficultés d'apprentissage. Dans Chevalier, N., Guay, M.C. et Poissant, H. (Dir.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, soigner, éduquer et surtout valoriser* (p. 159-188). Saint-Nicolas : Presses de l'Université du Québec.
- Cicerone, K.D., Dahlber, C., Kalmar, K., Langenbahn, D.M., Malec, J.F., Bergquist T.F., Felicetti, T., Giacino, J.T., Harley, J.P., Harrington, D.E., Herzog, J., Kneipp, S., Laatsch, L. et Morse, P.A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommandations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(12), 1596-1615. Doi : [10.1053/apmr.2000.19240](https://doi.org/10.1053/apmr.2000.19240).
- Clément, C. (2010). Hypothèses et modèles théoriques du TDAH : vers une approche holistique du trouble. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(3), 79-86. Doi : [10.1016/j.jtcc.2010.09.001](https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.09.001).
- Conners, C.K. (1997). *Conners'rating scales-revised*. New York: Multi-Health Systems Inc.

- Deforge, H. (2011). Prise en charge des troubles attentionnels et exécutifs chez l'enfant. La remédiation cognitive : pratiques et perspectives. *Développements*, 8(2), 5-20. Doi : [10.3917/devel.008.0005](https://doi.org/10.3917/devel.008.0005).
- Edmond, V., Poissant, H., Mendrek, A. et Raiche, G. (2007). Autorégulation cognitive chez l'enfant avec un trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH) : revue des études en imagerie cérébrale fonctionnelle. *Revue de Neuropsychologie*, 17(2), 181-206.
- Fourneret, P. et Seguin, C. (2012). Intérêt de la remédiation cognitive dans le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité. Dans Franck, N. (Dir.), *Remédiation cognitive* (p. 219-240). Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Giroux, S., Parent, V. et Guay, M.C. (2010). La remédiation cognitive et la remédiation métacognitive pour les personnes ayant un TDAH : deux stratégies d'intervention novatrices et pourquoi pas complémentaires ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(3), 87-92. Doi : [10.1016/j.jtcc.2010.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.09.004).
- Guay, M-C. et Laporte, P. (2006). Programmes de remédiation cognitive pour le TDAH. Dans Chevalier, N., Guay, M.C. et Poissant, H. (Dir.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, soigner, éduquer et surtout valoriser*. (p. 189-205). Saint-Nicolas : Presses de l'Université du Québec.
- Harrison, C. et Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress : role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711. Doi : [10.1097/00004583-200206000-00010](https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00010).
- Haute Autorité de Santé. (2014). Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, recommandations de bonne pratique. www.has-sante.fr
- Hauth-Charlier, S. (2009). Évaluation du programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les parents d'enfant ayant un TDAH issus d'une population française. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(4), 163-166. Doi : [10.1016/j.jtcc.2009.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.10.007).
- Hauth-Charlier, S. et Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDAH : considérations pratiques et implications cliniques. *Pratiques Psychologiques*, 15(4), 457-472. Doi : [10.1016/j.prps.2009.01.001](https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.001).
- Johnston, C. et Freeman, W. (1997). Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 636-645. Doi : [10.1037/0022-006x65.4.636](https://doi.org/10.1037/0022-006x65.4.636).
- Korkman, M., Kirk, U. et Kemp, S. (2003). *NEPSY, bilan neuropsychologique de l'enfant*. Paris : ECPA.
- Manly, T., Robertson, I., Anderson, V. et Nimmo-Smith, I. (1999). *TEA-Ch, test d'évaluation de l'attention chez l'enfant*. Paris : ECPA.
- Moret, A. et Mazeau, M. (2013). *Le syndrome dysexécutif chez l'enfant et l'adolescent, répercussions scolaires et comportementales*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- MTA Cooperative Group. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up : 24-month outcomes of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 113(4), 754-761. Doi : [10.1542/peds.113.4.754](https://doi.org/10.1542/peds.113.4.754).
- Paour, J.L., Bailleux, C. et Perret, P. (2009). Pour une pratique constructiviste de la remédiation cognitive. *Développements*, 3(3), 5-14. Doi : [10.3917/devel.003.0005](https://doi.org/10.3917/devel.003.0005).
- Perisse, D., Gerardin, P., Cohen, D., Flament, M. et Mazet, P. (2006). Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(8), 401-410. Doi : [10.1016/j.neurenf.2005.09.006](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.09.006).
- Poissant, H. (2006). Métacognition et TDAH. Dans Chevalier, N., Guay, M.C. et Poissant, H. (Dir.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, soigner, éduquer et surtout valoriser* (p. 57-67). Saint-Nicolas : Presses de l'Université du Québec.
- Seligman, M.E., Peterson, C., Kaslow, N.J., Tanenbaum, R.L., Alloy, L.B. et Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 235-238. Doi : [10.1037/0021-843x.93.2.235](https://doi.org/10.1037/0021-843x.93.2.235).
- Sonuga-Barke, E.J. (2003). The dual pathway model of AD/HD : an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593-604. Doi : [10.1016/j.neubiorev.2003.08.005](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2003.08.005).
- Sturm, W. (1999). Rééducation des troubles de l'attention. Dans Azouvi, P., Perrier, D. et Van der Linden, M. (Dir.), *La rééducation en neuropsychologie* (p. 125-145). Marseille : Solal.

- Terisse, B. et Trudelle, D. (1988). *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (QAECEP), traduction du Parenting Sens of Competence Scale, Groupe de recherche en adaptation scolaire et sociale (GREASS)*. Département des sciences de l'éducation, Université du Québec, Montréal.
- Vera, L. (2009). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Vianin, P. (2012). Des outils de thérapie cognitivo-comportementale pour la remédiation cognitive. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 22(3), 97-103. Doi : [10.1016/j.jtcc.2012.06.004](https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2012.06.004).
- Virole, B. (2012). *Cognibulle*. Paris : ECPA.
- Wechsler, D. (2005). *WISC-IV*. Paris : ECPA.

NEO, de stagiaires à collègues : naissance d'une association dans les Pays de la Loire



William AKTAS

Psychologue spécialisé en neuropsychologie.

Trésorier de l'association NEO. EHPAD, La Baule (44). Cohorte Constances, Centre d'examen de santé, Saint-Nazaire (44).
Activité libérale, prestations en institution, Pouliguen (44).



Johanna POTHIER

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.
Présidente de l'association NEO. Pôle médecine physique et réadaptation, CHU de Nantes (44).
Expert judiciaire près la Cour d'Appel de Rennes (35).



Julie MOREAU

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Vice-présidente de l'association NEO.
Association DNS (Douleur Neurologie Saumur), Saumur (49).
Accueil de jour Alzheimer, CH de Saumur (49).

Mots-clés :

- NEO
- Regroupement
- Association
- Pays de la Loire
- Réseau

Résumé :

Devant la nécessité de se regrouper autour de notre spécialité, plusieurs associations de psychologues spécialisés en neuropsychologie ont pu naître à travers de multiples départements et régions de France. Face au constat qu'aucune association de ce type n'existait dans la région des Pays de la Loire, un groupe de psychologues liés par leur formation commune et leur ancienne maîtrise de stage, s'est lancé dans cette aventure. Cet article a pour objectif de retracer le processus de genèse de Neuropsychologues Ensemble Ouest (NEO) et de faire connaître cette nouvelle entité administrative capable d'accueillir de nouveaux membres et d'initier un regroupement régional.

Conflits d'intérêts :

Aucun

Pour citer cet article :

Aktas, W., Boiteau, A., Moreau, J., Pothier, J. et Robin, M. (2016). NEO, de stagiaires à collègues : naissance d'une association dans les Pays de la Loire. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 4, 36-39.



Alice BOLTEAU

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Membre fondateur de l'association NEO.
Membre du Collectif des psychologues spécialisés en neuropsychologie du Nord-Pas-de-Calais. Hôpital de jour gériatrique, CH de Lens (62). Unité Cognitivo-Comportementale, CH d'Arras (62).



Maëva ROBIN

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Secrétaire de l'association NEO.
Pôle médecine physique et réadaptation, CHU de Nantes (44).

Pour contacter NEO :
neuropsychy.neo@gmail.com

UNE IDÉE QUI GERME

Cette association a été créée par six membres fondateurs qui ont suivi leur cursus (dans son ensemble ou en partie) à l'université de Nantes et qui ont été diplômés entre 2003 et 2013. Nous avons fait connaissance par le biais de notre ancienne maître de stage et avons donc tous, à un moment ou à un autre de notre formation et pendant plusieurs mois, arpenté les couloirs d'un même lieu de stage. Au fil du temps, nous nous sommes un peu éloignés les uns des autres car chacun d'entre nous est parvenu à trouver un emploi dans différentes villes et au sein de différentes structures. Chacun a pu se construire une expérience, s'enrichir et consolider sa pratique. Nous étions cependant tous plus ou moins isolés dans nos structures et nous ressentions toujours le besoin d'avoir des contacts réguliers pour échanger sur des situations complexes ou tout simplement semblant intéressantes à partager. Nous avons des interrogations non seulement sur notre pratique, les cas que nous rencontrons mais aussi, de manière plus vaste, sur cette spécialité qu'est la neuropsychologie en France et son évolution. Ces échanges restaient cependant totalement informels et se limitaient à un petit nombre de professionnels. Au fil des mois et des différentes situations vécues sur lesquelles nous échangeons, est apparue l'envie d'aller au-delà de ce réseau. Nous souhaitons non seulement poursuivre cet enrichissement des connaissances et des pratiques grâce à des échanges avec des professionnels venant d'autres horizons, mais aussi essayer de promouvoir et faire connaître notre spécialité à un niveau local. L'idée de mettre en place une association de psychologues spécialisés en neuropsychologie a germé plus précisément grâce aux échanges du forum de Neuropsychologie.fr.



Nous avons décidé de devenir acteurs de notre propre formation et de la promotion de notre spécialité.



En effet remarquant que plusieurs collègues s'étaient regroupés en association dans de nombreuses régions, nous nous sommes rendu compte qu'aucune organisation comme celle-ci n'existait dans les Pays de la Loire. C'est lors d'un séjour à Caen, dans le cadre d'un congrès de neuropsychologie, que la décision de la création d'une association a été définitivement prise. Nous avons finalement décidé de prendre le problème à bras-le-corps et de ne pas attendre passivement qu'une association se

crée dans notre région. C'était un véritable défi mais nous avons décidé de devenir acteurs de notre propre formation et de la promotion de notre spécialité. Même si nous n'étions pas tous réunis lors de ce congrès, le fait de se retrouver dans un contexte d'échange de connaissances sur la neuropsychologie a affirmé cette motivation à se regrouper. C'est également lors de ce séjour que le nom et le sigle de cette association ont été trouvés. En effet, après des exercices d'anagrammes et une séance de fluences sur le trajet de Caen à Nantes, NEO (Neuropsychologues Ensemble Ouest) est née.

UNE INITIATIVE QUI SE CONCRÉTISE

De retour dans la région nous avons contacté d'autres collègues qui n'avaient pu être présents au congrès et leur avons soumis l'idée. Ils ont été très enthousiastes et ont immédiatement adhéré au projet. Nous nous sommes unis autour de ce projet commun et avons donné naissance à l'association NEO le 5 juillet 2013. En effet, c'est lors de l'assemblée générale constitutive que cette idée commune a pu se transformer en une véritable entité. Lors de cette assemblée, il a fallu présenter et adopter le projet de constitution de l'association, puis choisir le nom de cette association. NEO traduit tout simplement cette envie de créer un réseau qui rassemble les professionnels de la région des Pays de la Loire autour d'une perspective commune, d'où « Neuropsychologues Ensemble Ouest ». La phase qui a alors été la plus longue lors de cette assemblée constitutive fut celle où il a fallu présenter un projet d'adoption des statuts et du règlement intérieur. Même si cette phase a dans un premier temps été grandement facilitée par l'obtention de documents types sur Neuropsychologie.fr, les seize articles formant les statuts ainsi que les cinq articles du règlement intérieur ont été revus point par point. A suivi la désignation des premiers membres du bureau et la mise en place d'une organisation au sein de ce bureau. Notre ancienne maître de stage, représentant le noyau dur de cette association, s'est tout naturellement vue proposer le rôle de présidente de NEO.



NEO traduit tout simplement cette envie de créer un réseau qui rassemble les professionnels de la région des Pays de la Loire autour d'une perspective commune.



Ce bureau s'est ensuite réuni tous les deux mois, puis faute d'avancées significatives tous les mois afin de créer une dynamique et une organisation administrative (création d'un compte bancaire, de procédures et de formulaires d'adhésion, etc.). Effectivement, afin de pouvoir accepter des adhérents, il paraissait primordial d'avoir un fonctionnement bien établi et crédible. En parallèle, il a également fallu penser à une communication permettant à ce collectif de germer au milieu des Pays de la Loire. Pour commencer un logo a été créé. Celui-ci représente un ensemble de signes « psy » (Ψ) formant les lettres NEO, à l'image des objectifs de l'association et tel un clin d'œil au paradigme de Navon. Cet emblème, représentant l'identité de ce regroupement, servira ensuite à l'association pour se faire connaître dans ses communications. Ont ensuite été amorcées la création des cartes de visite des membres du bureau et la conception du site internet. Ce dernier a été construit dans l'objectif de faire connaître NEO aux professionnels, faciliter les adhésions et les échanges entre les membres. Pour ce faire, un forum a été mis en place sur le site de NEO afin de faciliter la transmission des informations entre membres (dates de réunions, propositions de thèmes, etc.).

En parallèle, nous avons démarré une première démarche de promotion, de diffusion d'informations et d'échanges entre professionnels. Pour nous, cela devait passer par un recensement des psychologues spécialisés en neuropsychologie présents dans la région. Les objectifs de ce recensement sont multiples : permettre aux différents psychologues spécialisés en neuropsychologie de pouvoir mieux orienter les patients vers d'autres collègues en fonction des pathologies et du secteur géographique, faciliter les échanges d'informations entre confrères et consœurs, mais aussi organiser des réunions. Cette démarche est amorcée mais est continuellement poursuivie du fait de sa complexité. Toujours dans l'optique de promouvoir notre spécialité, l'association a créé une plaquette d'informations à l'attention du grand public et des professionnels avec lesquels nous sommes amenés à travailler, afin de présenter l'activité du psychologue spécialisé en neuropsychologie et permettre une orientation adéquate des patients.

Ceci est parti du constat d'une méconnaissance de notre spécialité, non seulement de la part des patients mais aussi de certains professionnels de santé. Cette plaquette est aujourd'hui à disposition sur le site de NEO (www.association-neo.neuropsychologie.pro) et chacun peut la consulter et la communiquer aux personnes intéressées.

Enfin, l'association s'est également questionnée quant à la possibilité d'occuper un local pouvant accueillir les regroupements. Après de longues investigations, nous avons finalement trouvé une salle de réunion au sein d'un établissement de santé.



L'association a créé une plaquette d'informations à l'attention du grand public et des professionnels [...] afin de présenter l'activité du psychologue spécialisé en neuropsychologie et permettre une orientation adéquate des patients.



UNE ASSOCIATION QUI SE DÉVELOPPE

L'association NEO ayant pour but de devenir un véritable mouvement régional et un partenaire de l'OFPN (Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie), elle s'est fixé des objectifs à court et à moyen terme.

Le premier objectif de NEO est de consolider et terminer les outils de communication en cours d'élaboration. Ceci amenant à un deuxième objectif dont dépend directement son développement, fédérer les psychologues spécialisés en neuropsychologie via une adhésion à l'association. Aujourd'hui, plusieurs nouveaux membres sont venus enrichir les rangs de l'association. Ces nouveaux adhérents ont le plus souvent connu NEO par le bouche-à-oreille ou grâce au site internet.

Pour l'année 2014, NEO s'était également fixé comme projet d'organiser au moins deux réunions thématiques. Ainsi des présentations et discussions sur l'expertise en neuropsychologie ainsi que sur l'iatrogénie médicamenteuse et les fonctions cognitives ont déjà été réalisées et appréciées. Face au succès de ces réunions, il a été décidé de reconduire cette organisation en 2015. La première réunion de l'année a déjà été réalisée et avait pour thème le syndrome d'apnée du sommeil. Ces réunions ont lieu le vendredi en fin d'après-midi pour permettre aux adhérents de pouvoir compter un temps de déplacement, notamment s'ils utilisent une demi-journée de temps FIR (Formation Information Recherche). La fréquence est fixée à une réunion tous les trois mois et l'organisation est discutée entre membres de l'association grâce à une *mailing-list*, puis validée en réunion de bureau. L'association a

pour objectif d'utiliser davantage la partie forum de son site internet au fur et à mesure de son expansion. Les thématiques abordées sont choisies en fonctions des thématiques demandées par les membres et des volontaires pour les animer. Ces réunions sont aussi l'occasion de faire intervenir d'autres professionnels pour enrichir certaines thématiques comme cela fut le cas lors de la présentation sur l'expertise qui fut co-animée par une avocate et une psychologue spécialisée en neuropsychologie expert judiciaire.



Le premier objectif de NEO est de consolider et terminer les outils de communication en cours d'élaboration. Ceci amenant à un deuxième objectif [...] fédérer les psychologues spécialisés en neuropsychologie.



Les membres de l'association veulent mettre en place des ateliers de réflexion et de travail pour répondre à nos besoins en matériel d'évaluation et de rééducation (création, normalisation, etc.). Ils souhaitent également, dans le prolongement de ces ateliers, s'investir dans la publication d'articles et participer à certains groupes de réflexion de plus grande ampleur. C'est en ce sens que NEO a demandé et obtenu le statut d'association partenaire de l'OFPN.

NEO s'est posée la question d'une collaboration pour organiser le prochain CNNC (Congrès National de Neuropsychologie Clinique) à Nantes, mais au vu de l'émergence de ce regroupement et de sa petite taille, il a été décidé de repousser cet objectif à plus long terme. Nous avons donc convenu de nous concentrer sur des objectifs plus à notre portée dans un premier temps et de ne pas brûler les étapes.

UN RÉSEAU QUI S'ÉTEND

Après avoir passé beaucoup de temps à mettre en place un fonctionnement administratif efficace, l'association NEO est fin prête à accueillir de nouveaux membres. Ce regroupement, qui a pour vocation première d'être un lieu permettant aux psychologues spécialisés en neuropsychologie d'accéder à un espace d'échanges et de formation continue, n'en oublie pas pour autant l'importance d'entretenir une convivialité nécessaire à une profession qui a besoin de maintenir un esprit confraternel.

La démarche à suivre et les documents à remplir pour adhérer à l'association NEO sont disponibles sur notre site internet :

www.association-neo.neuropsychologie.pro

Deuxième édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique : rendez-vous les 14 et 15 octobre 2016 à Nîmes



CNNC 2 : 2^e Congrès National de Neuropsychologie Clinique

Interventions en neuropsychologie : de l'accompagnement à la remédiation

Les 14 et 15 octobre 2016 à Nîmes

Ce congrès professionnel a pour objectif de répondre aux attentes spécifiques des psychologues spécialisés en neuropsychologie en leur permettant de :

- se tenir informés de l'évolution des connaissances dans le domaine de la neuropsychologie clinique ;
- mener une réflexion approfondie autour des pratiques professionnelles ;
- partager leur expérience clinique.

À travers des communications scientifiques qui pourront apporter des éléments nouveaux destinés à venir enrichir la pratique clinique et également à travers des témoignages de collègues venant partager leurs expériences singulières, nous souhaitons faire de ce congrès un moment incontournable pour les psychologues spécialisés en neuropsychologie.

Les communications porteront principalement sur les interventions à visée thérapeutique ou préventive auprès de différents publics. Comme à chaque édition, des thèmes plus transversaux (formation, statistiques, identité professionnelle, ...) seront aussi abordés. Une place sera également faite aux autres champs de la discipline, notamment dans le cadre des communications affichées.

Des moments d'échanges sont prévus et nous espérons qu'ils seront le lieu de réflexions permettant de faire évoluer notre spécialité, pour une pratique clinique de haut niveau.

L'appel à communication est désormais clos. Les inscriptions seront lancées prochainement.

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

Retrouvez toutes les informations sur le site du congrès :

www.cnnc.fr

L'odeur du si bémol, d'Oliver Sacks



Audrey WADOUX

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Service de neurologie et gériatrie,
APHP, Hôpital Maritime
de Berck-sur-Mer (62).

audrey.wadoux@brk.aphp.fr

Mots-clés :

- Hallucinations
- Syndrome de Charles Bonnet
- Anosmie
- Membres fantômes
- Culture

Résumé :

La notion d'hallucination, abordée par Oliver Sacks dans son dernier livre, *L'odeur du si bémol*, permet d'éclairer la pratique du psychologue concernant son impact, tant chez les sujets sains que dans un contexte pathologique, au travers des différentes modalités sensorielles.

Du syndrome de Charles Bonnet aux membres fantômes, il nous explique comment l'hallucination peut moduler le fonctionnement de notre cerveau et donc créer chez les patients des perceptions erronées. Néanmoins, l'hallucination peut également toucher les individus sains d'esprit et dépendre du caractère émotionnel et contextuel que ressent l'individu au moment où elle se produit. Dans le domaine culturel, les avancées scientifiques dans ce domaine nous permettent désormais, selon Sacks, de mieux comprendre certains phénomènes qui ont pu se produire par le passé.

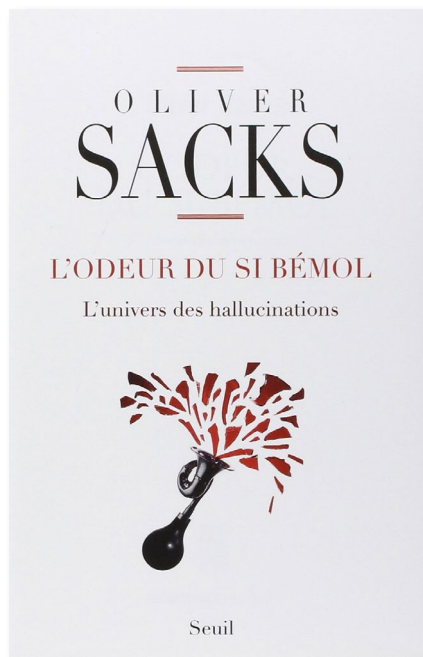
Conflits d'intérêts :

Aucun

Pour citer cet article :

Wadoux, A. (2016). *L'odeur du si bémol* d'Oliver Sacks. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 4, 41-44.

Au travers de son dernier livre *L'odeur du si bémol*, paru en février 2014, Oliver Sacks a fait le choix d'aborder le thème des hallucinations, du point de vue symptomatique, mais aussi dans son rôle de modulateur sur notre cerveau et sur le comportement humain. Face à l'intérêt qu'elles suscitent dans la pratique clinique pour tout psychologue, il semblait intéressant de le présenter, non pas dans son ensemble, compte-tenu de la richesse de cet ouvrage, mais de proposer un point de vue de ce phénomène qui reste souvent difficile à aborder, tant chez le sujet sain que chez les patients rencontrés.



« Toute hallucination est bel et bien une sensation ; et l'objet serait là qu'il n'y aurait ni une meilleure, ni une autre sensation. Mais l'objet n'est pas là ; c'est le seul point qui sépare la sensation de l'hallucination » (James, 2006, page 436).



Tout commence par le cas de Rosalie, pensionnaire d'une maison de retraite, qui se met à avoir des hallucinations. En réalité, cette nonagénaire, non voyante, est victime du syndrome de Charles Bonnet, syndrome se traduisant par des perceptions visuelles erronées. Chez cette patiente, les symptômes, apparus de manière brutale, vont disparaître au bout de quelques jours, avant de revenir en force moins d'un an après leur première apparition, suite à une chute et une fatigue extrême. Le syndrome de Charles Bonnet, terme employé pour désigner toute hallucination liée à une cécité ou à une maladie de l'œil, trouve également son origine dans des lésions d'un

niveau supérieur, touchant notamment les aires corticales responsables de la perception visuelle, ainsi que dans leurs projections temporales et pariétales. C'est le cas par exemple dans l'hémianopsie, où l'on retrouve un mécanisme proche du syndrome de Charles Bonnet en raison de l'atteinte cérébrale.

Toutefois, ces kyrielles hallucinatoires font l'objet d'intérêt en d'autres circonstances, comme dans le cas du « cinéma du prisonnier », où elles apparaissent à la suite de conditions d'isolement ou de monotonie visuelle et donc en l'absence d'atteinte au niveau du cortex cérébral.

Les hallucinations auditives sont, selon Sacks, analogues aux hallucinations visuelles du syndrome de Charles Bonnet. Mais aussi proches physiologiquement soient-elles, elles diffèrent par la phénoménologie. Les hallucinations visuelles résultent d'un processus d'assemblage à différents niveaux de traitement alors que les hallucinations musicales résultent d'une coopération entre les différents réseaux neuronaux impliqués.

Sur le plan olfactif, il est possible également de retrouver ce type de symptomatologie, même chez l'individu sain. Oliver Sacks l'explique d'ailleurs lui-même, lors de son retour en Angleterre dans la maison de son enfance. Lors de son entrée dans la salle à manger, il sentit soudain l'odeur du vin rouge casher, qu'il avait l'habitude de boire en famille lors de repas de shabbat. Dès lors lui vient une question : « M'étais-je contenté d'imaginer cette odeur sous l'influence conjointe de ce cher environnement na-guère si familier, et de près de 60 ans de mémorisation et d'association ? ». Et de proposer : « J'ignore si mon expérience devait être qualifiée de perception accrue, d'hallucination, de souvenir ou si elle combine tous ces éléments à la fois » (Sacks, 2014, page 61).

 *Tout commence par le cas de Rosalie, pensionnaire d'une maison de retraite, qui se met à avoir des hallucinations. En réalité, cette nonagénaire, non voyante, est victime du syndrome de Charles Bonnet.* 

D'un point de vue pathologique, ces hallucinations peuvent être rapprochées du syndrome de Charles Bonnet, à la différence qu'il ne s'agit plus d'une cécité visuelle mais d'une atteinte des nerfs

olfactifs, produisant des effets similaires : on parle alors d'anosmie ou encore de parosmie (déformation des odeurs). Par conséquent, l'auteur explique comment ces odeurs hallucinatoires peuvent être associées à toute pathologie touchant ces nerfs, comme dans le cas de la migraine, l'épilepsie, la maladie de parkinson ou encore dans le syndrome de stress post-traumatique, bien qu'elles se distinguent les unes des autres par leurs symptomatologies. Dans la pratique clinique, il est courant par exemple de rapprocher la migraine de l'épilepsie par le caractère paroxystique : elles se déclenchent soudainement, suivent leur cours et disparaissent, provoquant des symptômes dont l'évolution est sous-tendue par une perturbation électrique. Mais à la différence de la migraine, les hallucinations peuvent ici générer des réminiscences multisensorielles, parfois dangereuses dans le cas rare d'hallucinations extatiques (dénommées ainsi par Penfield et Perot, 1963).

Sous l'angle proprioceptif, il est également possible d'aborder ce sujet, notamment à propos des membres fantômes. Oliver Sacks part du principe que cette composante hallucinatoire serait innée et intrinsèque, et qu'à la différence de la cécité visuelle ou auditive, elle apparaît immédiatement ou quelques jours après l'amputation. Il insiste aussi sur le fait que le membre fantôme, à la différence d'autres hallucinations, a la capacité de se mouvoir et donc d'accomplir une action fantôme, permettant ainsi d'expliquer que les prothèses des patients finissent par être intégrées dans l'image du corps, parce qu'ils ne font plus qu'un. L'explication avancée par Ramachandran et Hirstein (1998) serait que l'absence continue de confirmation visuelle ou proprioceptive du mouvement inciterait le cerveau à « abandonner » le membre amputé. En ce sens, il part du principe que cette paralysie serait apprise et qu'il serait donc possible de la réapprendre grâce à la boîte de Ramachandran, qu'il a lui-même mis au point dans le contexte de rééducation de l'image corporelle via des *feedbacks* visuels et proprioceptifs.

Finalement, au fur et à mesure des éléments rapportés, il est possible de constater que bien qu'il existe plusieurs origines sensorielles, il ne faut pas toujours rapprocher ce phénomène hallucinatoire d'un trouble psychique. En effet, il peut toucher les individus sains d'esprit et dépend des circonstances que vit ou ressent l'individu à l'instant où se produit l'hallucination, qu'elle soit positive ou négative. Cela revient à faire le lien avec la composante émotionnelle, comme l'explique l'auteur dans le chapitre sur « l'esprit hanté ».

Dans un autre registre, l'auteur aborde aussi l'expérience de Rosenham (1973) portant sur de faux patients rapportant cet unique symptôme auprès des médecins. Les résultats de cette étude ont notamment abouti à la conclusion suivante : le simple fait de dire qu'ils entendaient des voix conduisait dans la plupart des cas à poser le diagnostic de schizophrénie, en l'absence d'autres signes de la maladie.



Finalement, [...] il ne faut pas toujours rapprocher ce phénomène hallucinatoire d'un trouble psychique, [car les hallucinations] peuvent toucher les individus sains d'esprit et dépend des circonstances que vit ou ressent l'individu [...], ce qui revient à faire le lien avec la composante émotionnelle.



Les histoires de hantises et d'hallucinations occupent donc une place importante dans la société. Il arrive parfois, même chez le sujet sain, de ressentir ou de voir la présence d'un être cher et donc d'être victime de l'expérience hallucinogène, comme ce fut le cas pour Élisabeth J., qui raconte comment son fils en a été la cible à la suite du décès de son père. Elle dit : « *Mon mari est mort des suites d'une longue maladie, il y a trente ans de cela. Âgé de neuf ans à l'époque, mon fils courait régulièrement après son papa : quelques mois après le décès de son père, il vint me dire qu'il le voyait parfois courir devant notre maison dans son short jaune (c'était la tenue de sport habituelle de mon époux)* » (Sacks, 2014, page 253).

Finalement, même si le mot hallucination trouve son origine au début du XVI^e siècle et plus tardivement vers 1830 grâce aux travaux d'Esquirol, il n'a suscité d'intérêt qu'au cours de ces dernières décennies selon Sacks. Avec le recul, les hallucinations ont pris une place importante dans la société et plus particulièrement dans le domaine culturel. Au cours de l'histoire, mais aussi dans l'art, la religion, la littérature (les histoires fantastiques), elles ont permis d'apporter des bribes de réponses. Citons par exemple le



Même si [les hallucinations] peuvent être source de craintes, elles restent comme l'explique Oliver Sacks une expérience unique chargée d'impacts pour celles et ceux qui en sont victimes.



cas de Jeanne D'Arc, qui entendait des voix dès l'âge de 13 ans. Oliver Sacks explique, après étude des témoignages et des souvenirs des contemporains, qu'il se pourrait qu'elle fut atteinte d'une épilepsie temporelle associée à des auras extatiques.

Ce qu'il faut retenir à mon sens de ce livre est que l'univers des hallucinations est loin d'être simple

par le spectre artistique qu'elles offrent à chacun. Et même si elles peuvent être source de craintes, elles restent comme l'explique Oliver Sacks une expérience unique chargée d'impacts pour celles et ceux qui en sont victimes.

Références

- James, W. (2006). *Précis de psychologie*, traduit par E. Baudin et G. Bertier. Paris : L'Harmattan.
- Penfield, W. et Perot, P. (1963). The brain's record of auditory and visual experience. A final summary and discussion. *Brain*, 86(4), 595-696. Doi : [10.1093/brain/86.4.595](https://doi.org/10.1093/brain/86.4.595).
- Ramachandran, V.S. et Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limbs. The D.O. Hebb lecture. *Brain*, 121(9), 1603-1630. Doi : [10.1093/brain/121.9.1603](https://doi.org/10.1093/brain/121.9.1603).
- Rosenham, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258. En ligne : www.jstor.org/stable/1735662.
- Sacks, O. (2014). *L'odeur du si bémol : l'univers des hallucinations*. Traduit par C. Cler. Paris : Seuil.

Mini-SEA : évaluation de la démence fronto-temporale, par Maxime-Louis Bertoux



Noémie MOREAU

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Service de neurologie, CH du Pays d'Aix,
Aix-en-Provence (13).

Docteur en psychologie cognitive. Laboratoire
Parole et Langage, CNRS, UMR 7309,
Aix-Marseille Université, Aix-en-Provence (13).

nmoreau@ch-aix.fr

Mots-clés :

- Mini-SEA
- Reconnaissance émotionnelle
- Théorie de l'esprit
- Démence fronto-temporale
- Évaluation neuropsychologique

Résumé :

Le diagnostic différentiel des maladies neurodégénératives débutantes n'est pas toujours tâche aisée pour le psychologue spécialisé en neuropsychologie. L'intérêt pour le clinicien de se doter d'outils pertinents et sensibles dans l'évaluation neuropsychologique est donc essentiel. La mini-SEA (Social and Emotional Assessment) est une batterie permettant d'évaluer rapidement le fonctionnement de la théorie de l'esprit et de la reconnaissance émotionnelle. Elle offre enfin la possibilité d'apprécier un domaine souvent sous-exploré en neuropsychologie : la cognition sociale.

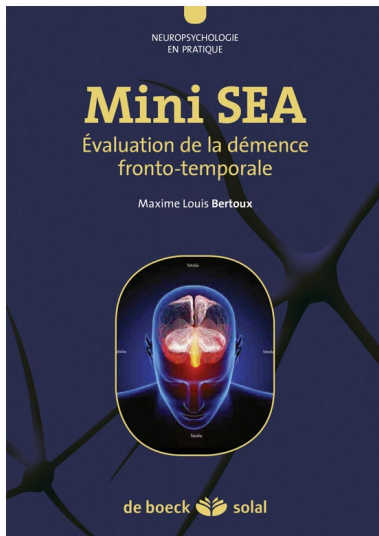
Conflits d'intérêts :

Aucun

Pour citer cet article :

Moreau, N. (2016). *Mini-SEA : évaluation de la démence fronto-temporale*, par Maxime-Louis Bertoux. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 4, 45-48.

« Plus d'un patient atteint de démence fronto-temporale sur deux reçoit un diagnostic psychiatrique avant d'être correctement diagnostiqué » (Bertoux, 2014, page 11).



Ce constat édifiant nous est rappelé par Maxime Bertoux et nous montre à quel point il reste du chemin à faire dans le diagnostic précoce des pathologies neurodégénératives. Même si les outils à disposition dans la pratique neurologique s'étendent et leur qualité diagnostique s'améliore (biomarqueurs du liquide céphalo-rachidien, imagerie par résonnance magnétique – IRM –, scintigraphie cérébrale de perfusion, tomographie par émission de positons – TEP – avec marquage de la plaque amyloïde, ...), la clinique neuropsychologique reste primordiale dans le diagnostic de ces affections neurologiques. Le psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie se doit donc d'être continuellement à la recherche d'outils lui permettant d'être plus précis dans ses évaluations. Dans un ouvrage didactique et pratique, Maxime Bertoux nous propose d'avancer dans le diagnostic précoce des démences fronto-temporales (DFT) en nous présentant une batterie d'évaluation courte de la cognition sociale appelée mini-SEA (*Social and Emotional Assessment*). Le postulat de départ de l'élaboration de cette batterie est simple : il s'agit d'« évaluer les processus cognitifs dont les

dysfonctionnements pourraient être responsables des troubles comportementaux [...] et ne pas se focaliser uniquement sur l'évaluation des fonctions exécutives mais étudier également les fonctions et processus complexes impliqués dans la cognition sociale, la reconnaissance émotionnelle et dans l'adaptation » (Bertoux, 2014, page 7). C'est parce que ces fonctions de cognition sociale, de reconnaissance émotionnelle et de théorie de l'esprit (capacité à comprendre et inférer les états mentaux d'autrui) impliquent des régions cérébrales telles que le cortex préfrontal médian (CPFM) et le cortex orbitofrontal (COF) que leur évaluation dans le cadre du variant comportemental de DFT (DFTc) est particulièrement intéressante.

« La mini-SEA est née de la volonté de développer des tests évaluant les régions du cortex préfrontal qui n'étaient alors pas évaluées systématiquement en neurologie. Au final, l'évolution de cette batterie a été intimement liée à la DFT [...] : son diagnostic, avec notre batterie, était notre objectif » (Bertoux, 2014, pages 19-20). Rien de moins ! Cette batterie remplit-elle son objectif ? Que va-t-elle apporter dans notre pratique quotidienne ? Permet-elle véritablement d'améliorer le diagnostic précoce de la DFTc ?

La batterie, constituée à l'origine de six tâches (Bertoux *et al.*, 2012), n'en comporte aujourd'hui plus que deux (celles dont la pertinence clinique serait la meilleure, notamment en termes de sensibilité et de spécificité) : le test des faux-pas de Baron-Cohen (Baron-Cohen, O'Riordan, Stone, Jones et Plaisted, 1999 ; Stone, Baron-Cohen et Knight, 1998) et le test de reconnaissance d'émotions faciales d'Ekman (Ekman et Friesen, 1976).

Le test des faux-pas est une épreuve évaluant la théorie de l'esprit à travers de courtes histoires dans lesquelles sont mis en scène divers personnages. Dans certaines histoires, l'un de ces personnages fait un « faux-pas » ; autrement dit, il commet un impair social en disant quelque chose qu'il n'aurait pas dû dire. La capacité à détecter un faux-pas représenterait le niveau le plus sophistiqué de la théorie de l'esprit et serait le plus tardif à se développer dans l'enfance (Baron-Cohen, 1995). Le patient doit décider si un faux-pas a été commis et, le cas échéant, le commenter (le clinicien pose une série de questions pour que le patient justifie sa réponse et pour apprécier la qualité de son jugement). Cette tâche permet ainsi d'évaluer les erreurs d'appréciation du patient, à la fois en termes de non-détection d'un faux-pas mais également lorsqu'il

Dans un ouvrage didactique et pratique, Maxime Bertoux nous propose d'avancer dans le diagnostic précoce des démences fronto-temporales (DFT) en nous présentant une batterie d'évaluation courte de la cognition sociale appelée mini-SEA (*Social and Emotional Assessment*).



La batterie, constituée à l'origine de six tâches, n'en comporte aujourd'hui plus que deux [...] : le test des faux-pas de Baron-Cohen et le test de reconnaissance d'émotions faciales d'Ekman.



perçoit un faux-pas dans une situation n'en comportant pas. Chaque histoire comporte des questions « contrôles » permettant d'évaluer la compréhension de l'histoire par le patient. Bien qu'intéressante, cette tâche reste assez coûteuse cognitivement, notamment concernant la mémoire de travail (textes longs, deux, voire trois personnages en jeu dans l'histoire, ...), ce qui constitue une limite lorsqu'on évalue des patients âgés atteints de troubles neurologiques. Par ailleurs, elle requiert une compréhension écrite de bon niveau et rend donc problématique son utilisation chez les patients illettrés ou de très faible niveau éducatif. Il n'en reste pas moins qu'en dépit de ses limites et de son temps de passation, qui peut s'avérer long selon les patients, ce test est le seul permettant une analyse quantitative et qualitative fine, avec des questions portant à la fois sur l'intentionnalité des personnages mais également sur les retombées émotionnelles des faux-pas.

La seconde tâche, le test de reconnaissance d'émotions faciales, est de son côté très rapide à administrer. Le patient doit déterminer l'émotion exprimée par les visages qui lui sont présentés en choisissant parmi les sept étiquettes émotionnelles qui lui sont proposées (joie, surprise, dégoût, tristesse, colère, peur ou neutre). En quelques minutes, il est donc aisé de juger les difficultés du patient à attribuer une émotion et de détecter éventuellement des biais d'identification sur des émotions spécifiques.

Les intérêts de la mini-SEA sont donc multiples. D'abord, elle a le mérite de venir combler un vide manifeste. En effet, malgré l'intérêt grandissant des neuropsychologues chercheurs et cliniciens pour la cognition sociale, il n'existe à l'heure actuelle que très peu d'outils permettant son investigation dans les populations neurologiques. Par ailleurs, elle reste relativement rapide d'utilisation (environ 30 min) si l'on considère la complexité d'évaluer un champ aussi vaste que celui du comportement social. Enfin, même si on peut déplorer l'absence de normes tenant compte de l'âge (distinction jeunes/âgés seulement dans la version actuelle) et du niveau socio-éducatif, il existe des données de référence pour des sujets sains âgés (N=30; âge moyen 66,2+/-9,9, d'après

Bertoux *et al.*, 2012) et jeunes (N=30), ainsi que pour des patients atteints de DFTc débutante (N=17) et modérée (N=20), de *Mild Cognitive Impairment* amnésique (aMCI)/Maladie d'Alzheimer (MA) légère (N=14), de MA modérée à sévère (N=16) ou encore pour des patients âgés atteints de dépression (N=19) (Bertoux, 2014).





Les intérêts de la mini-SEA sont donc multiples.

D'abord, elle a le mérite de venir combler un vide manifeste [...]. Par ailleurs, elle reste relativement rapide d'utilisation [...]. Enfin, [...] il existe des données de référence.



L'intérêt principal affiché par le travail de Maxime Bertoux est d'améliorer le diagnostic différentiel entre DFTc et MA mais également entre DFTc et dépression. En théorie, c'est prometteur et les données préliminaires présentées dans l'ouvrage et publiées par l'auteur sont assez intéressantes. En pratique, c'est plus difficile. D'abord, parce que les patients sélectionnés dans les études ne sont jamais (ou rarement) ceux auxquels nous avons affaire en pratique, et qu'ils se présentent parfois (ou souvent) à des stades plus avancés. Quand c'est le cas, le test des faux-pas, pour les raisons évoquées ci-dessus, devient complexe d'administration et d'interprétation délicate. À l'inverse, dans les stades débutants, le test de reconnaissance d'émotions faciales peut s'avérer extrêmement facile pour les patients, étant donné qu'il évalue leur capacité à discriminer des émotions basiques. L'exemple de monsieur P., psychiatre âgé de 77 ans, illustre bien cette limite et rappelle la prudence nécessaire à l'interprétation de toute épreuve : bien qu'adressé pour forte suspicion de DFTc face à des troubles du comportement envahissants (apathie, incurie, oppositionnisme, familiarité, collectionnisme, dépenses aberrantes) et sans traits dépressifs manifestes, monsieur P. obtenait un score dans les limites de la normale pour la reconnaissance des émotions.

Finalement, même si elle présente des limites – comme toute épreuve –, la mini-SEA s'avère être un outil supplémentaire dans la boîte du psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie, en supplément des épreuves exécutives et des questionnaires plus classiques, pouvant aider à discriminer une dépression d'une affection neurodégénérative. Cette batterie, et l'ouvrage qui l'accompagne, sans avoir la prétention d'apporter de solution diagnostique au

 Cette batterie, et l'ouvrage qui l'accompagne, [...] offrent la possibilité de s'intéresser enfin objectivement à un aspect souvent sous-évalué et/ou négligé : le comportement social. 

clinicien (ce qu'aucune épreuve ne permet à elle seule), offrent la possibilité de s'intéresser enfin objectivement à un aspect souvent sous-évalué et/ou négligé : le comportement social. Avec cette idée d'avoir une approche neuropsychologique « qui évalue le comportement directement par les fonctions cognitives qui le portent et qui tient compte d'une spécialisation fonctionnelle au sein du cortex pré-frontal » (Bertoux, 2014, page 33). C'est un début.

Notons par ailleurs qu'une autre batterie est actuellement en développement (la Batterie de Co-

gnition Sociale, Ehrlé, Henry, Pesa et Bakchine, 2011), beaucoup plus longue d'administration mais mettant en avant l'intérêt d'utiliser des tâches de jugements moraux et conventionnels dans le diagnostic précoce des DFT quand les tests exécutifs ne permettent pas à eux seuls d'affirmer ce diagnostic (Ehrlé, Potet, Dondaine et Bakchine, 2012 ; Lough *et al.*, 2006).

On espère une suite à tous ces travaux, avec pour la mini-SEA un étalonnage plus étendu en population âgée saine, sur des âges et des niveaux socio-éducatifs divers, ainsi qu'une adaptation permettant l'administration à des populations illettrées ou ne maîtrisant pas notre langue. De même, il serait intéressant de savoir si cette batterie permettrait de discriminer plus facilement une DFT d'un variant frontal de MA se présentant avec un dysfonctionnement comportemental plus prégnant.

Références

- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: Bradford/MIT Press.
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., et Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(5), 407-418. Doi: [10.1023/A:1023035012436](https://doi.org/10.1023/A:1023035012436).
- Bertoux, M. (2014). *Mini-SEA : évaluation de la démence fronto-temporale*. Paris: De Boeck-Solal.
- Bertoux, M., Delavest, M., de Souza, L.C., Funkiewiez, A., Lépine, J.P., Fossati, P., Dubois, B. et Sarazin, M. (2012). Social cognition and emotional assessment differentiates frontotemporal dementia from depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 83(4), 411-416. Doi: [10.1136/jnnp-2011-301849](https://doi.org/10.1136/jnnp-2011-301849).
- Ehrlé, N., Henry, A., Pesa, A. et Bakchine, S. (2011). Présentation d'une batterie d'évaluation des fonctions sociocognitives chez des patients atteints d'affections neurologiques: application dans la démence frontale. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 9(1), 117-128. Doi: [10.1684/pnv.2010.0252](https://doi.org/10.1684/pnv.2010.0252).
- Ehrlé, N., Potet, A., Dondaine, T. et Bakchine, S. (2012). Jugements moraux et conventionnels: une aide au diagnostic neuropsychologique? Dans: A. Allain, G. Aubin et D. Le Gall. *Cognition sociale et neuropsychologie* (p. 343-365). Marseille: Solal.
- Ekman, P. et Friesen, W.V. (1976). Measuring facial movement. *Environmental Psychology and Nonverbal Behavior*, 1(1), 56-75. Doi: [10.1007/BF01115465](https://doi.org/10.1007/BF01115465).
- Lough, S., Kipps, C.M., Treise, C., Watson, P., Blair, J.R. et Hodges, J.R. (2006). Social reasoning, emotion and empathy in frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 44(6), 950-958. Doi: [10.1016/j.neuropsychologia.2005.08.009](https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2005.08.009).
- Stone, V.E., Baron-Cohen, S. et Knight, R.T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640-656. Doi: [10.1162/089892998562942](https://doi.org/10.1162/089892998562942).

ANNONCES

Venez rejoindre l'OFPN !

Vous êtes psychologue spécialisé en neuropsychologie et souhaitez participer au développement de la profession ?

Venez découvrir les projets menés par l'Organisation Française des Psychologues Spécialisés en Neuropsychologie ! Rendez-vous sur notre site internet www.ofpn.fr

L'OFPN vise à porter la parole des psychologues spécialisés en neuropsychologie et de leurs regroupements au niveau national.

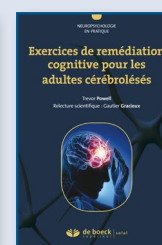
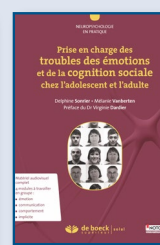
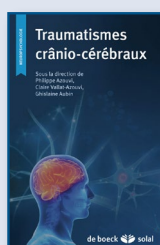
Cette association se donne également pour objectifs de susciter, d'encourager et d'initier toute action de défense et de promotion de la pratique neuropsychologique par les psychologues.

L'adhésion est possible en ligne, l'ensemble des modalités vous est expliqué sur la page « Adhésion » de notre site.

Appel à publication des éditions De Boeck Supérieur

Vous êtes neuropsychologue et vous développez des tests ? Vous êtes auteur de matériel ou de textes en neuropsychologie ?

Les éditions De Boeck Supérieur, riches d'un catalogue de neuropsychologie de plus de cinquante titres, cherchent à publier de nouveaux auteurs. Pourquoi pas vous ? Si vous portez un projet de publication, n'hésitez pas à nous écrire à amaury.derand@deboecksuperieur.com



Nous vous attendons !

Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique existent grâce à vous

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

Si vous souhaitez nous contacter, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante: cahiers@ofpn.fr
Retrouvez-nous également sur notre site Internet: www.cahiersdeneuropsychologieclinique.fr

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