



Retour sur le
**3ÈME CONGRÈS NATIONAL DE
NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE**
Amiens, 4 et 5 octobre 2018



**Pour une Neuropsychologie
de la Singularité**



COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

Jean-François Houvenaghel

Rédacteur en chef

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
et docteur en biologie et sciences de la santé.
Centre Expert Parkinson – Bretagne, Service de Neurologie,
CHU de Rennes (35).
Comportement et noyaux gris centraux (EA 4712),
Université de Rennes I (35)

Kristell POTHIER

Directrice de publication

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.
Maître de conférences en Psychologie. Département
de Psychologie - Psychologie des Âges de la Vie et
Adaptation (PAVéA). Université de Tours (37).

Marie VIDAL

Co-directrice de publication

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.
Centre Médical & Pédagogique de Rennes-Beaulieu (35)
Association LADAPT (35) – SAMSAH
CHU de Rennes (35) – Consultations post-AVC

Marine HUDDLESTONE

Secrétaire

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer
de Bron (69) – Troubles du mouvement
et pathologies neuromusculaires.
Hôpital du Gier à Saint Chamond (42) –
Consultation mémoire.

Laurence JEHEL

Responsable d'articles

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

François RADIGUER

Responsable d'articles

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

Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
et docteure en psychologie cognitive.
CHU de Rennes (35) – Services gériatrie,
rééducation adulte et ORL.

Couverture

Cécilia Gin

SOMMAIRE

CRÉDITS	2
INTRODUCTION	
Éditorial	5
Mot du comité scientifique	6
PRATIQUES CLINIQUES	
La pratique du psychologue spécialisé en neuropsychologie en service accueillant des personnes en état de conscience altérée Julie STÉPHAN, Catherine FRANCONIE, Léa ROUSSEAU, Grégoire WAUQUIEZ, François RADIGUER	8
Améliorer la lisibilité de nos pratiques et en faciliter l'accès pour les usagers : exemple du référentiel de pratiques du psychologue spécialisé en neuropsychologie dans le champ des maladies neurodégénératives Hélène VICHARD, Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL, Morgane LANGLAIS, Malorie BESNIER, Sarah HAMMAMI, Typhaine MEUNIER, Charlotte MICHEL, Maëva ROULIN, Lucille ELOY	12
Le travail en libéral des psychologues spécialisés en neuropsychologie : une enquête de l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie Lise MALVY, Maëva ROULIN, Anne-Marie CAULETIN-GILLIER, Pierre LECLEF, Amélie PONCHEL, François RADIGUER	18
Regards croisés sur la neuropsychologie francophone Jean-Pierre CHARTRAND, Delphine LAPEIRRE, Julie PÉRON, Arnaud SAJ, Grégoire WAUQUIEZ	24
Retour de participant sur la conférence plénière de Mme Lina WILLIATTE, avocate au barreau de Lille et professeure des universités : « Le psychologue et le devoir du secret professionnel » Benoît SELINGUE	33
NEUROPSYCHOLOGIE DE L'ENFANT	
Des activités quotidiennes pour développer les fonctions attentionnelles et exécutives d'un enfant âgé de 6 ans Maëlle NEVEU, Line VOSSIUS, Laurence ROUSSELLE	36
NEUROPSYCHOLOGIE ADULTE	
Perturbations émotionnelles dans la maladie de Parkinson Jean-François HOUVENAGHEL	42
Implication du cervelet dans la reconnaissance vocale des émotions : la spécificité des émotions négatives ? Marine THOMASSON, Julie PERON	48
Étude de cas : paramnésie reduplicative dans les suites d'un traumatisme crânio-cérébral François RADIGUER, Henri LENOIR, Dr Anne-Claire DE CROUY, Dr Catherine RACT, Dr Bernard VIGUE, Ingrid VOEGTLIN, Caroline BOURDON, Pr Jacques DURANTEAU	54
Brève ibérique d'une paramnésie reduplicative Lise MALVY	61
Les souvenirs de Madame O. Priscilia CHEVREAU	63



POPULATION SPÉCIFIQUE

- Le programme de recherche “13-Novembre” : comment se construisent les mémoires individuelles et collectives d’un événement traumatique ?
Francis EUSTACHE, Denis PESCHANSKI **67**
- Les troubles cognitifs chez les personnes Sans Domicile Fixe : état de la littérature scientifique, de ses enjeux et de ses limites
Gaëtan CHEVREAU, Marie-Carmen CASTILLO, Claire VALLAT-AZOUVI **75**

OUTILS

- Création d’une épreuve d’estimation cognitive, et résultats auprès de 319 individus sains et cérébrolésés
François RADIGUER, Mathilde DESDOMAINES, Henri LENOIR **81**
- L’approche neuropsychologique de Boston (The Boston Process Approach)
Pierre NOLIN **87**
- Prise en compte des perceptions individuelles du patient et de l’aidant en consultation mémoire : intérêt de l’Illness Perception Questionnaire-Memory (IPQ-Mf)
Anaïck BESOZZI, Amélie COQUELET **92**
- Gestion de la fatigue : retour d’expérience autour d’un outil utilisé en centre MPR adultes
Mélanie BOUTON, Rosemary LE ROUX **99**

NOUVELLES APPROCHES

- Comment participer au changement des représentations sur le vieillissement cérébral problématique ? « Histoire d’une redécouverte par le dessin dans une bonne ambiance »
Lucille ELOY, Amandine ADAM **103**
- Bilan neuropsychologique et biais de confirmation : réflexions à partir du contexte singulier de l’expertise médico-légale
Maëlle GOUSSET, Anne POILLET, Gilles CHOPARD, Agatha MEYER **106**
- Évaluation individualisée de la cognition sociale : quelles implications pour l’accompagnement quotidien ?
Antoinette PROUTEAU, Aurore ETCHEPARE, Karine MERCERON **111**
- Atelier Montessori adapté aux personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs
Maëva ROULIN **117**
- Création d’un groupe de soutien psycho-éducatif post AVC : quelles étapes ?
Catherine LE BRAS, Sophie BINET **122**
- Pratique de l’hypnose en remédiation cognitive d’un patient cérébrolésé : une étude de cas
Marie-Chantal COLLINET, Anaïck BESOZZI, Antoine BIOY, Amélie COQUELET **128**

Éditorial

Chers collègues,

L'équipe du Comité d'Édition et de Rédaction est ravie de vous présenter le numéro 6 des Cahiers de Neuropsychologie Clinique. Ce numéro a une saveur particulière pour notre équipe fraîchement composée... un mélange d'incertitudes et d'excitation, mais surtout de complémentarité et d'exigence, qui vous permettra, nous l'espérons, d'apprécier le fruit de ce travail!

Nous avons choisi de publier les actes du 3^e Congrès National de Neuropsychologie Clinique (CNNC) qui s'est tenu du 4 au 5 octobre dernier dans la ville d'Amiens. Le CNNC est un rendez-vous important pour notre profession; la neuropsychologie s'y écoute, se découvre, se discute, se médite même! Insérer les actes au sein des Cahiers nous permet ainsi de murir nos réflexions entamées à Amiens! Prenons le temps de réfléchir, de mettre en mots les actes qui font la valeur de notre pratique quotidienne.

Nous tenons ici à remercier chaleureusement les auteurs et autrices de ce numéro. L'essence des Cahiers? Des écrits faits *par* et *pour* les psychologues spécialisés en neuropsychologie!

Votre participation enthousiaste a permis la création d'un numéro enrichi de diverses pratiques et populations. Ainsi, les multiples thématiques abordées en octobre dernier (pratiques cliniques, neuropsychologies de l'enfant et adulte, populations spécifiques, outils et nouvelles approches) se côtoient au sein du même numéro soulignant ainsi la complémentarité et l'interdépendance des composantes de la neuropsychologie clinique.

Nous espérons que ce numéro suscitera votre curiosité et votre intérêt, pour que vive la neuropsychologie clinique!

Le Comité d'Édition et de Rédaction

*Jean-François HOUVENAGHEL, Marine HUDDLESTONE, Laurence JEHEL,
Kristell POTHIER, François RADIGUER, Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL,
et Marie VIDAL*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Le Comité d'Édition et de Rédaction (2019). Éditorial. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 5-6.

Mot du comité scientifique

AMÉLIE PONCHEL

Coordinatrice du Comité Scientifique
du CNNC 3 ;

Vice-présidente de l'OFPN

amelie.ponchel@gmail.com

Depuis le début des années 2000, la neuropsychologie clinique a pris un essor important en France et rassemble un nombre croissant de professionnels. Mus par une volonté de regroupement autour de leurs pratiques, ceux-ci se sont progressivement rassemblés au sein d'associations locales et nationales. Parmi leurs préoccupations principales figurent celles de la formation continue et de la mise à jour des connaissances. Si l'offre en termes de congrès scientifiques s'avère assez large en France, les psychologues souhaitaient créer un rendez-vous des cliniciens permettant de mettre en lumière les pratiques professionnelles en neuropsychologie. La première édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique (CNNC) en 2012 à Toulouse a été un moment fort pour notre profession, participant à rassembler notre spécialité et constituant un pas de plus vers la création d'une association nationale. Dès la constitution de l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN) en 2014, la pérennisation de cet événement est devenue une priorité. Une deuxième édition a donc été organisée à Nîmes en 2016 et une troisième à Amiens en 2018.

Le comité scientifique du CNNC est composé à la fois de cliniciens et de chercheurs en neuropsychologie, représentant des secteurs d'activités divers. Leur mission est de contribuer à l'élaboration d'un programme de congrès visant à mettre en valeur la diversité des pratiques des psychologues spécialisés en neuropsychologie et participer à leur formation continue. Les membres du comité scientifique ont œuvré durant plusieurs mois pour préparer cet événement, aux côtés du comité d'organisation et avec le soutien du comité de coordination et du conseil d'administration de l'OFPN. Le comité scientifique a fait le choix, pour cette troisième édition, d'une thématique autour de la singularité en neuropsychologie, permettant ainsi de mettre en évidence la diversité des défis auxquels sont confrontés les professionnels sur le terrain. Des orateurs ont été sollicités pour animer des conférences plénières autour de thématiques variées allant de l'interculturalité en neuropsychologie (Y. Gounden) aux protocoles expérimentaux en cas uniques (S. Bayard) en passant par le programme de recherche 13-Novembre et la mémoire collective (F. Eustache) et le devoir du secret professionnel pour le psychologue (L. Williatte). Dans une volonté affichée de renforcement des liens déjà existants à l'international, une table ronde a été organisée avec les représentants des associations de psychologues spécialisés en neuropsychologie francophones Belges, Suisses, Québécois et Français. L'appel à communication a permis de recevoir de nombreuses propositions et de constituer un programme riche et à l'image de la diversité des pratiques de la neuropsychologie, aussi bien sur des sujets cliniques et théoriques que des problématiques statutaires. Cette troisième édition est par ailleurs la première dans

laquelle ont été organisés des ateliers en petits groupes, toujours dans cette volonté de formation continue à la pratique neuropsychologique. Profitons de ce texte pour remercier encore l'ensemble des contributeurs pour leur engouement à partager leurs connaissances, leurs compétences et leurs questionnements par le biais de communications orales et affichées. Notons que l'ensemble du congrès a été filmé, grâce au travail des collègues de l'Université Jules Vernes – Picardie que nous remercions chaleureusement pour leur accueil. Les vidéos et le portfolio du congrès sont disponibles librement via les liens suivants :

<http://www.cnncc.fr/les-vidéos-du-cnncc3/>

<http://cahiersdeneuropsychologieclinique.fr/photos-cnncc-3/>

Le comité d'édition et de rédaction des Cahiers de Neuropsychologie Clinique, nouvellement renouvelé, a souhaité mettre en place un numéro spécial de la revue, consacré au CNNC 3. Nous le remercions pour cette excellente initiative et espérons que nos collègues apprécieront de (re)découvrir certaines des thématiques qui ont été abordées durant ce congrès.

Cette édition du CNNC a été un franc succès, affichant complet et ayant reçu un accueil très positif de la part des participants. Ce succès reflète un besoin des professionnels de pouvoir se retrouver afin de partager leurs expériences et l'intérêt des futurs professionnels de découvrir les problématiques qui animent notre spécialité sur le terrain. Que ce soit sur des questions théoriques, cliniques ou statutaires, l'interaction avec les collègues demeure d'une richesse incroyable et permet sans aucun doute d'avancer dans nos pratiques. Cela contribue à améliorer notre prise en charge des usagers dans nos activités professionnelles et à valoriser notre spécialité, dont l'étendue d'action s'avère incroyable et les axes de développement multiples.

Pour que vive la neuropsychologie clinique!

*Amélie PONCHEL,
Coordinatrice du Comité Scientifique du CNNC 3
Vice-présidente de l'OFPN*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Ponchel, A. (2019). Mot du Comité Scientifique. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 6-7.

La pratique du psychologue spécialisé en neuropsychologie en service accueillant des personnes en état de conscience altérée

Julie STÉPHAN

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Centre de Rééducation Fonctionnelle PASORI, Cosne-Sur-Loire (58), France

Catherine FRANCONIE

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Service des Réanimations, CHU de Nîmes, Nîmes (30), France

Léa ROUSSEAU

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Pôle rééducation, CHRU Nancy, Nancy (54), France

Grégoire WAUQUIEZ

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, Pôle rééducation, CHU Dijon, Dijon (21), France

François RADIGUER

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, Département anesthésie réanimation, CHU Bicêtre, AP-HP, le Kremlin-Bicêtre (94), France ;

Membre du Comité d'Édition et de Rédaction des Cahiers de Neuropsychologie Clinique

Contact

François RADIGUER

francois.radiguer@aphp.fr

Conflits d'intérêts

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

Mots-clés

- Conscience
- Éveil
- Relationnel
- Neuropsychologue
- Diagnostic
- Accompagnement
- Famille
- Équipe

Pour citer cet article

Stéphan, J., Franconie, C., Rousseau, L., Wauquier, G. et Radiguer, F. (2019). La pratique du psychologue spécialisé en neuropsychologie en service accueillant des personnes en état de conscience altérée. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 8-11.

INTRODUCTION

Avec les progrès des techniques de soins intensifs et de réanimation, de nombreuses personnes survivent à des lésions cérébrales graves et peuvent ultérieurement présenter un État de Conscience Altérée (ECA). Par exemple, suite à un traumatisme crânien ou à une anoxie, la récupération peut s'interrompre à une phase qui deviendra chronique. Ces étapes sont le plus souvent représentées sous forme de continuum (du coma à la reprise d'interactions avec l'environnement), où l'état de conscience va être variable. Les ECA sont ainsi définis selon le niveau d'éveil d'une part, et le contenu de conscience d'autre part (Figure 1): ouverture des yeux, fixation et suivi du regard, exécution d'ordres simples, etc. Toutefois, les différents critères diagnostiques ne font pas consensus dans la littérature scientifique, la sémiologie nosologique restant très discutée. Le diagnostic différentiel est d'autant plus compliqué qu'il peut exister des affections concomitantes.

Cette évaluation du niveau de conscience représente pourtant un enjeu majeur, d'une part pour le pronostic du devenir fonctionnel du patient et, d'autre part, pour proposer à ces personnes des projets de soins et d'accompagnement cohérents dans des structures adaptées. En plus du défi conséquent que représentent l'évaluation et la prise en charge de ces patients bien particuliers, les équipes sont également confrontées à des enjeux éthiques et déontologiques lors de la prise en charge. Et finalement, les familles et l'entourage peinent à trouver leur place dans ces structures.



En plus du défi conséquent que représentent l'évaluation et la prise en charge de ces patients bien particuliers, les équipes sont également confrontées à des enjeux éthiques et déontologiques lors de la prise en charge.



Nous proposons ici une présentation du rôle spécifique du psychologue spécialisé en neuropsychologie (PSN), au sein de cette équipe, et les différents aspects de sa pratique auprès des personnes en ECA.

L'ÉVALUATION

De par leurs connaissances et leurs compétences croisées, au carrefour des domaines neurobiologiques, psychiques, cognitifs et psychométriques, les PSN ont un rôle primordial dans l'évaluation du niveau de conscience. Si les PSN peuvent avoir recours à la neuroimagerie pour participer à cette évaluation, c'est l'observation clinique et les échelles comportementales qui sont les plus largement utilisées. La WHIM et la CRS-R, sont des outils de référence dans l'évaluation des ECA. Cette dernière, validée en français, est conçue spécifiquement pour différencier l'état végétatif de l'état de conscience minimale (ECM) et souligner les signes cliniques indiquant une sortie d'ECM (Schnakers et al., 2008). D'autres échelles existent, permettant de cibler certains domaines spécifiques (douleur, perception de l'environnement, interaction avec l'environnement).

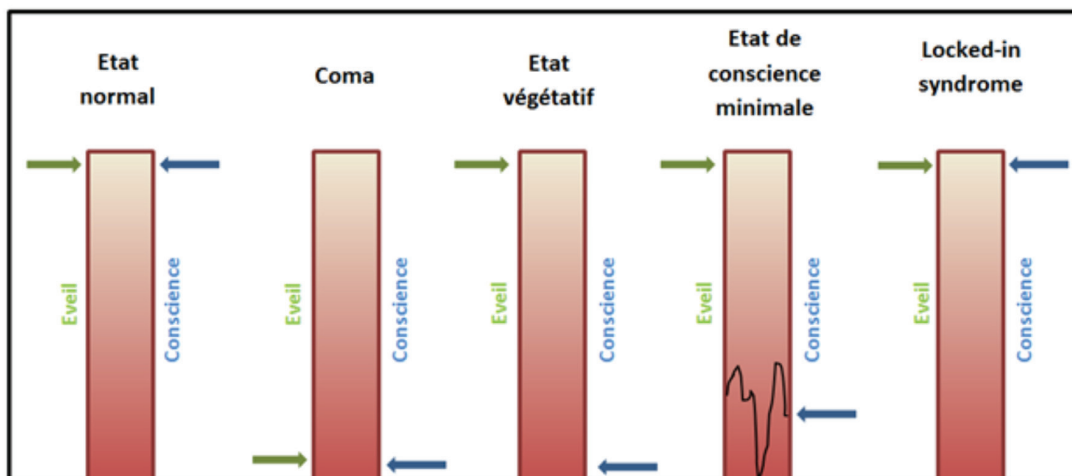


Figure 1. Niveaux d'éveil et de conscience, adapté de Cassol et al. (2017)

ment, aspects sensoriels, etc.). Cette évaluation permet d'investiguer le niveau de conscience et d'éveil, ainsi que de mettre en lumière des comorbidités potentielles (cécités corticales, héminégligences...) et de poser un cadre de capacités préservées ou de modalités d'interactions à préconiser.

L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

Le PSN contribue à la prise en charge de ces patients, via différentes approches. Elles peuvent être directes, compensatoires ou nécessiter des aides externes. Dans les approches directes, nous pouvons citer la stimulation dirigée et la régulation sensorielle, qui permettent le traitement progressif des différents stimuli présentés, en utilisant les canaux adaptés et une intensité croissante. Certains programmes de musicothérapie montrent également de bons résultats et sont une piste prometteuse pour l'avenir (Heine et al., 2015 ; Schnakers, Magee et Harris, 2016). Les approches compensatoires vont davantage regrouper l'aménagement et l'adaptation de l'environnement, la régulation des cycles de stimulation, etc. Récemment, l'utilisation de la stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS, technique d'électrostimulation permettant de moduler l'activité cérébrale) a fait son apparition, mais on peut également avoir recours à des appareils moins intrusifs pour permettre la communication, comme des contacteurs digitaux permettant au patient de donner des réponses avec des mouvements simples (par exemple : clic sur bouton).

L'ACCOMPAGNEMENT DES ÉQUIPES

Outre les aspects purement médicaux liés à la cérébro-lésion, les patients en ECA sont le plus souvent alités ou dans des fauteuils adaptés. La dépendance est généralement totale et les besoins en soins d'hygiène, médicaux, de mouvement ou de positionnement sont très importants. Ces patients représentent donc une importante charge de travail pour les équipes soignantes, parfois difficile à maintenir étant donné l'absence de communication ou d'interaction. Les actes peuvent devenir répétitifs, l'investissement et les tentatives d'échanges s'essoufflent et l'épuisement est alors décuplé. Les questionnements éthiques se posent régulièrement, et les équipes, souvent malmenées entre pressions institutionnelles et bienveillance, ont elles aussi besoin d'accompagnement. Cet accompagnement étant essentiel pour le bon fonctionnement d'un

service, le PSN peut y contribuer à travers différentes pratiques (groupes de paroles, jeux de rôle, analyse de pratiques, formations/informations, staffs éthiques). La formation des équipes, autre pilier majeur de la prise en soin, permet un guidage dans l'analyse de l'évolution du patient. Par exemple, la mise en commun des informations de monitoring (constantes médicales, signes cliniques, état général...) aide à interpréter des signes et d'éventuels changements dans le quotidien, à évaluer les effets de médicaments ou de la douleur, etc. Ce suivi pluridisciplinaire régulier du patient, souvent au long cours, permet une prise en charge adaptée et cohérente.

L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

L'entourage est souvent démuné face à ce type de situations complexes qui saisit leurs sphères familiales. Les conséquences sur le long terme ne sont pas simples à appréhender, surtout en l'absence de connaissance du fonctionnement cérébral et des informations médicales. La recherche d'établissements adaptés peut être longue et éprouvante pour les familles. Si leur investissement des lieux de vie peut être positif, il peut aussi être source de tensions avec les équipes, par agissements inadaptés, sur-stimulants ou envahissants. Aussi, leur accompagnement est fondamental et fait aussi partie des missions du PSN : soutien thérapeutique, psychoéducation, lien avec l'équipe soignante, etc. L'intégration des proches à la prise en charge globale du patient va favoriser la communication entre tous les acteurs du projet de soins et ainsi améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille. Des groupes de parole sont souvent mis en place et permettent un temps d'échange salutaire, d'aborder les sphères moins appréhendées par les soignants, comme les questions sur la structure, les habitudes du reste de la famille qui ont été modifiées par l'hospitalisation de leur proche, l'accompagnement autour de la venue des enfants dans les locaux, la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives, etc. L'aménagement des chambres et des lieux de vie, l'implication dans les carnets de vie (en ramenant des photos,



L'aménagement des chambres et des lieux de vie, l'implication des proches dans les carnets de vie, leur permet un travail collaboratif avec les équipes de soin et un rôle plus actif.



des dates importantes, en y notant les sujets appréciés ou non par leur proche) leur permet un travail collaboratif avec les équipes de soin et un rôle plus actif.

En conclusion, le PSN apporte sa plus-value dans les différentes sphères de la prise en charge de ces patients bien particuliers, de l'évaluation à l'accompagnement de la personne, de son entourage soignant et familial. Il s'agit d'une pratique assez spécifique, où notre regard croisé entre neurologie, cognition et psychologie prend tout son sens. Néanmoins, malgré plusieurs travaux de recherche constatant l'importance de la contribution du PSN dans la prise en charge des patients en ECA (Gianutsos, 1990; Wilson, Coleman et Pickard, 2008; Stéphan



Malgré plusieurs travaux de recherche constatant l'importance de la contribution du PSN dans la prise en charge des patients en ECA, peu de services en France accueillant ces patients en sont pourvus.



et al., 2017), peu de services en France accueillant ces patients en sont pourvus. Domaine d'intervention encore peu connu par nos pairs, il s'agit pourtant d'un champ où notre profession a toute sa place, de manière clinique comme dans la recherche, afin de promouvoir et d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Bibliographie

- Cassol, H., Aubinet, C., Thibaut, A., Wannez, S., Martial, C., Martens, G. et Laureys, S. (2017). Diagnostic, pronostic et traitements des troubles de la conscience. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 18, 47-59.
- Giacino, J. T., Ashwal, S., Childs, N., Cranford, R., Jennett, B., Katz, D. I., Kelly, J. P., Rosenberg, J. H., Whyte, J., Zafonte, R. D. et Zasler, N. D. (2002). The minimally conscious state definition and diagnostic criteria. *Neurology*, 58(3), 349-353.
- Gianutsos, R. (1990). Response system analysis: What the neuropsychologist can contribute to the rehabilitation of individuals emerging from coma. *Neuropsychology review*, 1(1), 21-30.
- Heine, L., Castro, M., Martial, C., Tillmann, B., Laureys, S. et Perrin, F. (2015). Exploration of functional connectivity during preferred music stimulation in patients with disorders of consciousness. *Frontiers in psychology*, 6, 1704.
- Naccache, L. (2017). Minimally conscious state or cortically mediated state? *Brain*, 141(4), 949-960.
- Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M. A., Boly, M., Moonen, G., Damas, P., Lambermont, B., Lamy, M. et Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). *Brain injury*, 22(10), 786-792.
- Schnakers, C., Magee, W. L. et Harris, B. (2016). Sensory stimulation and music therapy programs for treating disorders of consciousness. *Frontiers in psychology*, 7, 297.
- Stéphan, J., Radiguer, F., Martial, C., Franconie, C., Laureys, S. et Wauquier, G. (2017). Les États de Conscience Altérée: quel rôle pour les neuropsychologues? *Neurologies*, 202, 288-294.
- Wilson, B. A., Coleman, M. R. et Pickard, J. D. (2008). Neuropsychological assessment and management of people in states of impaired consciousness: An overview of some recent studies. *Brain Impairment*, 9(1), 28-35.

Améliorer la lisibilité de nos pratiques et en faciliter l'accès pour les usagers : exemple du référentiel de pratiques du psychologue spécialisé en neuropsychologie dans le champ des maladies neurodégénératives

Hélène VICHARD

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR), CHU de Rennes, Rennes (35), France ; Consultation Mémoire, Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve, Bain de Bretagne (35), France

Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, docteure en psychologie, Hôpital de jour gériatrique, CHU de Rennes, Rennes (35), France ; Membre du Comité d'Édition et de Rédaction des Cahiers de Neuropsychologie Clinique

Morgane LANGLAIS

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Hôpital de jour gériatrique et consultation mémoire, CHU de Rennes, Rennes (35) France ; CH Vitré, Vitré (35), France

Malorie BESNIER

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Consultation mémoire, Montargis (45), France

Sarah HAMMAMI

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Libéral, Paris (75), France

Typhaine MEUNIER

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Consultation mémoire et hôpital de jour, Hôpital Georges Clemenceau, AP-HP, Champcueil (91), France

Charlotte MICHEL

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Libéral, Caen (14), France ; Consultation gériatrique, Falaise (14), France

Maëva ROULIN

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Cabinet de Neuropsychologie, Romans sur Isère (26), France ; EHPAD Les Tilleuls, Parnans (26), France

Lucille ELOY

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Plateforme ALIS et Coordinatrice du programme d'ETP AVEC, Centre Hospitalier Intercommunal Montdidier-Roye (CHIMR), Montdidier (80), France

Contact

Hélène VICHARD

Invichard@yahoo.fr

Conflits d'intérêts

Sarah HAMMAMI a des liens professionnels avec le réseau ALOIS. Les autres autrices affirment ne pas présenter de conflits d'intérêt.

Pour citer cet article

Vichard, H., Silvestre-Beccarel, G., Langlais, M., Besnier, M., Hammami, S., Meunier, T., Michel, C., Roulin, M. et Eloy, L. (2019). Améliorer la lisibilité de nos pratiques et en faciliter l'accès pour les usagers : exemple du référentiel de pratiques du psychologue spécialisé en neuropsychologie dans le champ des maladies neurodégénératives. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 12-17.

Mots-clés

- Référentiel
- Remboursement
- Réhabilitation
- Accompagnement
- Counseling

INTRODUCTION

Dans le champ des maladies neurodégénératives, le psychologue spécialisé en neuropsychologie (neuropsychologue) est reconnu expert de l'évaluation, mais de façon surprenante, il est très peu représenté parmi les professionnels qui interviennent auprès des patients et de leurs proches, une fois le diagnostic posé. Pourtant, les compétences des neuropsychologues, nécessaires pour évaluer les modifications liées aux lésions cérébrales, le sont tout autant quand il s'agit de proposer des interventions thérapeutiques. À l'heure actuelle, ces compétences sont largement sous-utilisées et l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN: <http://ofpn.fr/>) a déjà eu l'occasion d'alerter le Pr Clanet, président du comité de suivi du Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2018, sur ce point.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients tout au long du parcours de soin, il importe de rendre lisible le rôle et les spécificités du neuropsychologue dans l'accompagnement des patients et de leurs proches et d'œuvrer pour faciliter l'accès des usagers à ces interventions, que ce soit en institution ou en libéral.



Il importe de rendre lisible le rôle et les spécificités du neuropsychologue dans l'accompagnement des patients et de leurs proches et d'œuvrer pour faciliter l'accès des usagers à ces interventions, que ce soit en institution ou en libéral.



À l'initiative du réseau ALOIS (<https://reseau-memoire-alois.fr>), un groupe de travail s'est constitué autour d'un projet d'expérimentation incluant le financement par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), des bilans et prises en charge neuropsychologiques en ville pour les patients de plus de 50 ans présentant une plainte cognitive. Ce groupe de travail, initialement constitué du réseau ALOIS, des départements « pathologies chroniques » et « statistiques » de la CNAM, de différentes associations de neurologues, du Collège de Médecine Générale et de France Alzheimer, a invité dans un second temps l'OFPN à y participer.

C'est dans ce contexte que Lucille Eloy et Hélène Vichard, toutes deux missionnées par le Con-

seil d'Administration de l'OFPN pour représenter les neuropsychologues dans les réunions avec la CNAM, ont coordonné l'écriture d'un référentiel décrivant les spécificités du métier et les activités du neuropsychologue auprès de patients présentant des troubles neurocognitifs, en lien avec une pathologie neurologique évolutive. Ce travail s'appuie sur les données de la littérature ainsi que sur les expériences cliniques recueillies auprès des professionnels. Le document a été rédigé de manière collective (au sein du groupe de travail et du forum <http://www.neuropsychologie.fr/>) et les avis de plusieurs collègues cliniciens et universitaires ont été sollicités.

PRÉSENTATION DU RÉFÉRENTIEL

L'introduction du référentiel comporte des informations sur notre statut, sur le titre unique de psychologue, des éléments sur la formation et sur les compétences des neuropsychologues ainsi qu'un rappel de quelques points du code de déontologie. Nous avons également présenté une partie sur les activités non cliniques, telles que la formation, l'information du grand public, la recherche, l'intégration des neuropsychologues dans les réseaux de professionnels, la nécessité de mener une réflexion sur sa pratique... Nous avons ensuite décrit les interventions susceptibles d'être réalisées dans le cadre du projet d'expérimentation de remboursement, c'est-à-dire l'évaluation neuropsychologique et trois niveaux d'intervention thérapeutique: l'accompagnement psychologique par le neuropsychologue, la réhabilitation neuropsychologique, le counseling à destination des proches. Nous ne pouvons pas détailler ici tout le contenu du référentiel et nous invitons le lecteur à prendre connaissance du document complet, disponible sur le site de l'OFPN (<http://ofpn.fr/un-referentiel-des-activites-du-psychologue-specialise-en-neuropsychologie-aupres-des-patients-de-plus-de-50-ans-consultant-pour-une-plainte-cognitive/>).

L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

Nous avons présenté à nos interlocuteurs ce qu'est une *évaluation neuropsychologique*, en nous appuyant sur les écrits de Gorske et Smith (2008), Attix et Welsh-Bohmer (2006), Silvestre-Beccarel (2018). Au préalable, nous avons souligné que la symptomatologie d'une maladie d'Alzheimer s'exprime de manière différente chez chaque patient. L'intrication des facteurs cognitifs, psychologiques et environnementaux rend chaque situation singu-

lière et l'évaluation se doit de prendre en compte cette complexité.

L'évaluation neuropsychologique décrite dans le référentiel inclut une évaluation du handicap, c'est-à-dire des répercussions sur les activités domestiques, de loisirs, professionnelles, sur les relations familiales et sociales et sur le comportement. Elle s'attache également à mettre en valeur les capacités préservées, les facteurs d'optimisation, les stratégies d'adaptation déjà mises en place spontanément et les ressources disponibles. Enfin, elle comprend dans la mesure du possible, une évaluation des répercussions sur l'aidant. En accord avec le guide de la Haute Autorité de Santé paru en 2018, selon lequel le plan de soin doit s'appuyer sur le bilan neuropsychologique, nous avons insisté sur l'intérêt du bilan, au service du patient, au-delà de l'aide qu'il peut apporter au diagnostic. Dans cette optique, le compte-rendu d'évaluation contient des propositions personnalisées visant à prévenir ou réduire les répercussions de la maladie sur les activités, les émotions (épuisement, irritabilité) ou le comportement (apathie, etc.). Les conclusions du bilan neuropsychologique sont restituées au patient au cours d'un temps spécialement dédié. Enfin, avec l'accord du patient, les informations utiles à la cohérence et à la continuité de l'accompagnement peuvent être partagées avec les autres professionnels qui interviennent auprès de lui. Ainsi, nous avons pu affirmer qu'afin de préserver la qualité du service et la pertinence de l'évaluation neuropsychologique, un temps suffisant doit y être consacré.

LA RÉHABILITATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

Dans ce référentiel, nous avons également présenté la démarche de *réhabilitation neuropsychologique*.

La réhabilitation neuropsychologique est une approche compensatoire qui consiste en la mobilisation de mécanismes cognitifs intacts ou d'aides environnementales externes pour suppléer les fonctions altérées. La réhabilitation ne cible pas le déficit lui-même, mais vise la réduction des incapacités et du handicap. Le but est de permettre aux patients et à leurs familles de vivre avec, de gérer, de contourner, de réduire les difficultés en vie quotidienne. La sélection des objectifs (par exemple : diminuer les questions répétitives, réduire les oublis de rendez-vous, pouvoir rester seul à la maison, apprendre à

utiliser un nouvel appareil, réduire les comportements incongrus...) se fait en collaboration avec le patient. Le choix des méthodes, stratégies et techniques (par exemple : la récupération espacée, l'apprentissage sans erreur, l'implémentation d'intentions, l'aménagement des tâches, l'adaptation de l'environnement...) se fait en fonction des objectifs et se base sur les résultats de l'évaluation neuropsychologique. Pour une description détaillée de cette approche thérapeutique, nous renvoyons le lecteur vers l'article de Clare (2010) (voir également Bier et al., 2009 ; Brasse, Perrin et Adam, 2009 ; Quittre, Adam, Olivier et Salmon, 2009 ; Le Vourc'h et Kervarrec, 2013 pour des descriptions d'études de cas).

L'ACCOMPAGNEMENT

Afin de compléter ces prises en charge en réhabilitation neuropsychologique, nous sommes convaincus que le neuropsychologue devrait pouvoir proposer au patient et à ses proches des entretiens de suivi et d'accompagnement, tout au long du parcours de soin. Cet accompagnement, tel que nous l'avons décrit dans le référentiel, permet de soutenir la personne et ses proches dans leur cheminement pour mieux comprendre, faire face et s'adapter aux modifications liées à la maladie. L'objectif est de contribuer à prévenir, retarder, limiter, les troubles de l'humeur, les comportements dits problématiques, l'apparition du handicap, l'épuisement de l'aidant, afin de préserver au mieux la qualité de vie. Cette intervention dès le stade précoce va permettre de s'appuyer sur les ressources d'adaptation encore largement disponibles afin de les renforcer et prévenir les complications. Il s'agit de ne pas attendre que les difficultés deviennent insupportables ou insurmontables, comme c'est encore trop souvent le cas actuellement. Afin de décrire cette approche thérapeutique, nous nous sommes appuyés sur notre expérience clinique ainsi que sur les écrits de Moniz-Cook, Agar, Gibson, Win et Wang (1998) et Moniz-Cook et Manthorpe (2009).

Cet accompagnement par le neuropsychologue va s'appuyer sur les représentations du patient ainsi que sur les stratégies d'ajustement déjà mises en place face au changement. Il s'agit :

- d'apporter des informations (par exemple : mettre en valeur les habiletés préservées, montrer qu'il est encore possible d'apprendre de nouvelles choses...), contribuant ainsi à faire évoluer les représentations souvent

négatives du patient et de ses proches sur la maladie;

- de soutenir les stratégies d'adaptation déjà mises en place ou d'en proposer de nouvelles (par exemple: utiliser des aides externes adaptées, diminuer les exigences, modifier les activités, encourager la mobilisation des ressources environnementales...), ce qui va contribuer à réduire le stress généré par l'écart entre les capacités du patient et les exigences internes ou externes.

Les entretiens d'accompagnement fournissent également un espace d'écoute bienveillant, sécurisant, qui va favoriser l'expression du vécu et du ressenti du patient, l'aider à s'approprier peu à peu le changement et à l'intégrer dans son histoire personnelle. Ils seront aussi l'occasion de valoriser les points forts et les habiletés, les interactions plaisantes et valorisantes et participent ainsi au maintien de l'estime de soi et à la réduction des troubles de l'humeur et du comportement. Ces entretiens peuvent également être un espace de dialogue entre les différents membres de la famille favorisant ainsi l'élaboration d'une représentation commune de la situation.

LE COUNSELING À DESTINATION DES PROCHES

Dans certaines situations, des séances dites de counseling pourront être proposées de façon individuelle à l'aidant (voir Adam et al., 2009; Amici et al., 2016). L'objectif est de permettre à l'aidant de mieux comprendre les comportements de son proche, de l'aider à mieux gérer les situations ou comportements jugés problématiques (utiliser des techniques de résolution de problème, distraire, rediriger, ignorer, voire accepter, etc.). Il s'agit également de soutenir, écouter et rassurer l'aidant dans ses démarches d'accompagnement et d'encourager la mobilisation de toutes les ressources environnementales disponibles. Cette démarche est à distinguer du soutien psychologique tant par ses objectifs que par ses moyens. Notamment, elle s'appuie sur les éléments mis en évidence par le bilan neuropsychologique.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Ce travail d'écriture nous a conduits à mener une réflexion sur la nature et sur l'efficacité de nos interventions et nous espérons qu'il contribuera à démontrer que la reconnaissance dont nous bénéficions pour notre expertise dans l'évaluation des patients présentant des maladies neurodégénératives devrait s'étendre aux interventions thérapeutiques. En fonction de sa sensibilité clinique, le neuropsychologue va s'appuyer sur différentes méthodes d'entretien pour conduire sa démarche clinique d'évaluation et de thérapie mais c'est aussi son expertise du fonctionnement cognitif et sa capacité à comprendre la situation singulière du patient présentant des troubles cognitifs qui va guider sa démarche thérapeutique. Ainsi, il met sa posture clinique et ses compétences au service d'une pratique professionnelle de haut niveau, lui permettant d'offrir aux patients et à leurs proches un service psychologique de qualité.

Ce référentiel avait comme objectif initial de mieux faire connaître les spécificités de nos pratiques à nos interlocuteurs (CNAM, collège de médecine générale, etc.). Ce type d'écrit pourrait également servir de guide aux étudiants et nous l'espérons, être utilisé pour mettre en adéquation la formation et les compétences requises par l'activité professionnelle. Nous encourageons donc les neuropsychologues exerçant auprès de patients présentant d'autres problématiques à reproduire ce type de démarche d'écriture. Ces écrits doivent bien entendu être évolutifs dans le temps en fonction des nouvelles données scientifiques et de l'évolution du métier. Nous tenons également à rappeler qu'un référentiel ne doit pas être perçu comme un outil contraignant. Il apporte un cadre, mais doit respecter la diversité des pratiques.

À l'heure actuelle, nous ne savons pas si ce projet d'expérimentation de remboursement va aboutir. L'accessibilité de nos interventions pour les patients reste problématique tant en ville qu'au sein des institutions. Des enquêtes récentes montrent l'intérêt

Nous encourageons donc les neuropsychologues exerçant auprès de patients présentant d'autres problématiques à reproduire ce type de démarche d'écriture.

de la profession pour le remboursement de ses actes (Mondière, Schneider et Kop, 2017 ; Roulin et al., 2018). Toutefois, les expérimentations conduites actuellement ne satisfont pas la profession, en raison notamment de la faible valorisation des actes sans possibilité de dépassement et de l'obligation d'être prescrit par un médecin. De plus, le nombre de séances, leurs fréquences et leurs durées sont imposées. D'une façon générale, il nous semble intéressant de participer à des expérimentations permettant le financement des activités des neuropsychologues si celles-ci s'inscrivent en complément de l'offre existante et que leur cadre respecte l'autonomie de pratique du psychologue. Ces projets ne doivent toutefois pas occulter l'importance d'œuvrer en parallèle au renforcement de la place des psychologues dans les institutions.

Tout projet d'expérimentation de remboursement nécessitera d'en estimer les coûts. Dans le

cadre du projet auquel nous participons, il nous est ainsi demandé de réfléchir à des critères d'accès à ces interventions thérapeutiques (« pour quels patients ? »), de définir la durée des différentes interventions ainsi que le nombre de psychologues nécessaire pour mettre en œuvre une telle activité sur le territoire. Comment répondre à ces questionnements tout en faisant respecter l'autonomie professionnelle du psychologue et la singularité du sujet ? Nous avons commencé à répondre à ces questions en proposant que, même s'il est décidé de limiter le nombre d'heures financées d'intervention du psychologue, la fréquence et la durée des séances devraient être déterminées par le psychologue lui-même, en lien avec son patient. Défendre l'accès de nos patients à nos interventions, tout en préservant une pratique clinique de qualité pourrait être un des enjeux majeurs auquel la profession devra faire face dans les années à venir.

Bibliographie

- Adam, S., Quittre, A. et Salmon, E. (2009). Counseling des accompagnants de patients Alzheimer : modification du coping par une (in)formation cognitive. Dans S. Adam, P. Allain, G. Aubin et F. Coyette (dir.), *Actualités en rééducation neuropsychologique : études de cas* (p. 367-397). Marseille, France : Solal.
- Amici, S., Iannizzi, P., Di Pucchio, A., Abraha, I., Montedori, A., Chattat, R. et Vanacore, N. (2016). Can early counselling and support for Alzheimer's disease caregivers reduce burden? Study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Clinical Trials in Degenerative Diseases*, 1(3), 99-106. Doi : 10.4103/2468-5658.191352
- Attix, D. K. et Welsh-Bohmer, K. A. (2006). *Geriatric Neuropsychology. Assessment and Intervention*. New York, NY : Edition Guilford Press.
- Bier, N., Provencher, V., Gagnon, L., Van der Linden, M., Adam, S. et Desrosiers, J. (2009). Apprentissage d'activités de la vie quotidienne dans la DTA et leur transfert : deux études de cas. Dans S. Adam, P. Allain, G. Aubin et F. Coyette (dir.), *Actualités en rééducation neuropsychologique : études de cas* (p. 269-303). Marseille, France : Solal.
- Brasse, C., Perrin, M. et Adam, S. (2009). Prise en charge de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer par le maintien d'un domaine d'expertise : étude de cas. Dans S. Adam, P. Allain, G. Aubin et F. Coyette (dir.), *Actualités en rééducation neuropsychologique : études de cas* (p. 305-331). Marseille, France : Solal.
- Clare, L. (2010). Cognitive rehabilitation and people with dementia. Dans J. H. Stone et M. Blouin (dir.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Buffalo, NY : Centre for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).
- Gorske, T. T. et Smith, S. R. (2008). *Collaborative Therapeutic Neuropsychological Assessment*. New York, NY : Springer.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Guide du parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à une maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. (Décision n° 2018.0067/DC/SAP du 23 mai 2018). Repéré à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
- Le Vourc'h, F. et Kervarrec, A. (2013). Essais cliniques de revalidations cognitives individualisées ciblées sur des activités de vie quotidienne. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 2, 63-65.

Mondière, G., Schneider, B. et Kop, J.-L. (2017). Décret sur la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes: l'avis des psychologues sur l'expérimentation, une enquête FFPP. *Fédérer. Le bulletin des psychologues et de la psychologie*, 89, 13-19.

Moniz-Cook, E. D., Agar, S., Gibson, G., Win, T. et Wang, M. (1998). A preliminary study of the effects of early intervention with people with dementia and their families in a memory clinic. *Aging & Mental Health*, 2(3), 199-211. Doi: 10.1080/13607869856687.

Moniz-Cook, E. D. et Manthorpe, J. (2009). *Psychosocial interventions in early dementia: Evidence based practice*. London, England: Jessica Kingsley.

Quittre, A., Adam, S., Olivier, C. et Salmon, E. (2009). Maladie d'Alzheimer précoce: utilisation conjointe d'un agenda et d'un téléphone portable pour le maintien de l'orientation spatio-temporelle. Dans S. Adam, P. Allain, G. Aubin et F. Coyette (dir.), *Actualités en rééducation neuropsychologique: études de cas* (p. 333-367). Marseille, France: Solal.

Roulin, M., Ponchel, A., Cauletin-Gillier, A. M., Leclef, P., Malvy, L. et Radiguer, F. (2018). *Le travail en libéral des psychologues spécialisés en neuropsychologie: une enquête de l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie*. Communication orale présentée au 3^e Congrès de Neuropsychologie Clinique, Amiens, France.

Silvestre-Beccarel, G. (dir.). (2018). *La pratique du neuropsychologue en consultation mémoire: livre blanc breton*. Rennes, France: Psychologie et vieillissement.

Le travail en libéral des psychologues spécialisés en neuropsychologie : une enquête de l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie

Lise MALVY

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
APHP, Centre les Renouillers,
CHU Louis Mourier, Colombes (92), France ;
Membre du conseil d'administration
de l'OFPN

Maëva ROULIN

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Cabinet de Neuropsychologie,
Romans sur Isère (26), France ;
EHPAD Les Tilleuls, Parnans (26), France

Anne-Marie CAULETIN-GILLIER

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie, cabinet
de neuropsychologie de Nice, Nice (06),
France

Pierre LECLEF

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
cabinet de neuropsychologie de Nevers,
Nevers (58), France

Amélie PONCHEL

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
unité de neuropsychiatrie comportementale (UNPC),
Hôpital de la Salpêtrière / Institut du Cerveau
et de la Moelle épinière (ICM),
Paris (75), France ; Vice-présidente
du conseil d'administration de l'OFPN

François RADIGUER

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
département anesthésie-réanimation,
CHU Bicêtre, AP-HP, le Kremlin-Bicêtre (94), France ;
Membre du Comité d'Édition
et de Rédaction des Cahiers de
Neuropsychologie Clinique

Contact

François RADIGUER

francois.radiguer@aphp.fr

Mots-clés

- Libéral
- Remboursement
- Expérimentation, enquête
- État des lieux

Conflits d'intérêts

M. ROULIN, A.-M. CAULETIN-GILLIER et P. LECLEF ont une activité professionnelle libérale.

A. PONCHEL était présidente du Conseil Scientifique du troisième Congrès National de Neuropsychologie Clinique.

Pour citer cet article

Malvy, L., Roulin, M., Cauletin-Gillier, A.-M., Leclef, P., Ponchel, A. et Radiguer, F. (2019). Le travail en libéral des psychologues spécialisés en neuropsychologie : une enquête de l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 18-23.

INTRODUCTION

Selon les chiffres du Ministère des solidarités et de la santé (2017), un tiers (31 %) des psychologues exerce une activité libérale. Les données quantitatives recensées par l'Association pour le Rassemblement National des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (ARNPN) en 2010 (5,5 % de libéraux) et l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFFPN) en 2016 (30 %) suggèrent que la pratique libérale des psychologues spécialisés en neuropsychologie augmente considérablement, rejoignant la proportion de l'ensemble de la profession (31,1 %), toutes spécialités et orientations confondues (Schneider et Mondière, 2017).

Les consultations des psychologues n'étant pas remboursées par la Sécurité Sociale en France, elles restent à la charge totale des patients. Début 2018, deux expérimentations de remboursement des consultations de psychologues cliniciens et psychothérapeutes ont été lancées : l'une dans le cadre de la souffrance des jeunes et l'autre pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée. D'autres types d'expérimentations sont à l'étude et pourraient voir le jour. À titre d'exemple, le développement des consultations mémoire de ville, concernant plus spé-

cifiquement les psychologues spécialisés en neuropsychologie (PSN), est étudié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Connaître les particularités de notre profession est essentiel afin de pouvoir participer activement aux débats en cours, en soutenant une meilleure représentation et une valorisation de l'activité des PSN auprès des instances décisionnaires. Confrontés à un manque d'informations quantitatives relatives aux nombreux lieux d'exercice de notre profession, à de multiples dénominations d'activités similaires et aux difficultés des psychologues à se réunir largement, nous avons souhaité proposer une enquête concernant les pratiques des PSN exerçant en libéral.

En effet, nos précédents travaux (ARNPN, 2010 ; Ponchel, Wauquiez et Cauletin-Gillier, 2016 ; Joncquet et Perrault, 2018) ont permis de mettre en évidence des tendances qu'il était indispensable d'étayer par des données objectives afin de s'appuyer sur des arguments quantifiables solides pour défendre l'activité des PSN.

MÉTHODE

Du 5 au 30 juin 2018, un formulaire en ligne a été diffusé à destination des PSN exerçant une ac-

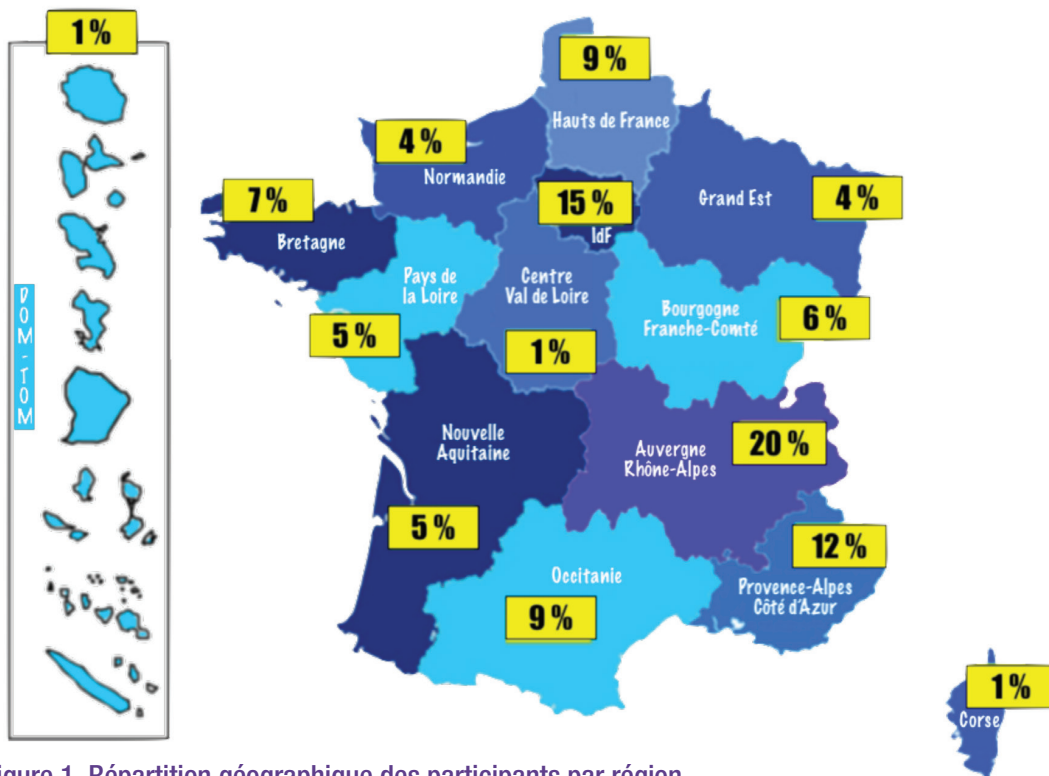


Figure 1. Répartition géographique des participants par région

tivité libérale en France selon la méthode « boule de neige ». Il a été transmis à des personnes reconnues comme possédant les caractéristiques recherchées qui, elles-mêmes, ont diffusé le questionnaire à des collègues aux profils similaires. Les premiers envois ont donc été dirigés vers des PSN remplissant les critères d'adhésion à l'OFPN.

Ce questionnaire anonyme comprenait 56 questions qui interrogeaient notamment l'année d'obtention du titre de psychologue, de début d'activité libérale, le statut (libéral, autoentrepreneur), le département et le lieu d'exercice (cabinet, domicile). Il questionnait également l'âge des patients rencontrés, la durée et les tarifs des consultations d'évaluations et de prises en charge. Enfin, l'avis des participants était sondé concernant le travail sous prescription médicale et le remboursement de leurs consultations. Les données récoltées ont été traitées avec les logiciels Excel et R.

RÉSULTATS

À l'issue de cette enquête, 295 PSN ont répondu au questionnaire, dont 62 % déclaraient ne pas être adhérents à l'OFPN. La répartition géographique des participants par région peut être consultée Figure 1.

Installation

Reflète d'une profession jeune, les répondants ont tous obtenu leur diplôme entre 1984 et 2018, avec une médiane d'année d'obtention située en 2010. Par ailleurs, 50 % des PSN de l'échantillon ont été diplômés entre 2007 et 2014.

Une grande majorité des répondants s'est tournée vers une activité indépendante dans les trois ans suivant l'obtention de leur diplôme.

Le début d'activité libérale se situe à l'année médiane de 2015 [écart interquartile 2013-2017]. Un croisement de données nous permet de constater qu'une grande majorité des répondants s'est tournée vers une activité indépendante dans les trois ans suivant l'obtention de leur diplôme. Une large majorité de l'échantillon exerce à temps partiel (81,02 %); seuls 18,98 % exercent donc à temps complet en libéral.

Populations rencontrées

Les PSN interrogés rencontrent majoritairement des enfants (79 %) et des adultes (82 %). Seuls 47 % de l'échantillon travaillent avec des personnes âgées de 60 ans ou plus.

Quelle que soit la population rencontrée, la réalisation de bilans neuropsychologiques (BNP) semble être l'activité pratiquée la plus systématiquement par les PSN libéraux, à hauteur de 98 %, suivie de près par les prises en charge en remédiation cognitive (80 %); viennent ensuite la guidance parentale (57 %) puis les psychothérapies (45 %).

Statut fiscal

Le statut fiscal d'autoentrepreneur est plébiscité par 65 % des PSN de l'échantillon, suivi par le statut libéral (33 %), correspondant à la catégorie des Bénéficiaires Non Commerciaux (BNC). Le nombre de micros structures est marginal, celles-ci ne sont en effet utilisées que par 2 % des répondants. En accord avec les particularités des différents statuts fiscaux, il s'avère que les PSN s'installant en libéral sous le régime BNC ont un temps de travail supérieur à ceux s'installant sous un régime d'auto-entrepreneuriat (Wilcoxon = 5266,5; $p < 0,001$) (Figure 2).

Honoraires

Les tarifs proposés par les PSN de l'échantillon sont relativement équivalents, quelle que soit la population rencontrée (KW = 0,51; $p = 0,77$). Concernant les BNP, sans évaluation de la dynamique intellectuelle (QI), les honoraires indiqués incluent l'anamnèse, la passation des épreuves neuropsychologiques, la cotation et l'interprétation de l'évaluation, la rédaction d'un compte-rendu de consultation et la restitution du bilan au patient et le cas échéant, à sa famille. Les tarifs des BNP sont

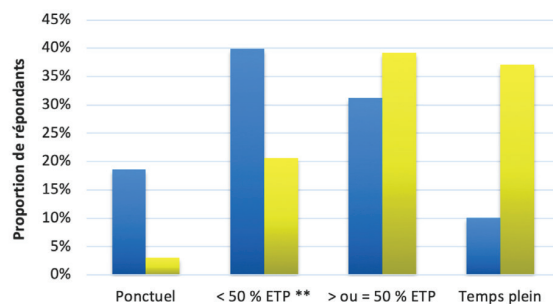


Figure 2. Répartition des temps de travail en fonction du statut fiscal

particulièrement dispersés, avec une étendue de 65 € à 600 € et une médiane située à 250 €. Par ailleurs, 50 % de l'échantillon proposent des BNP pour un coût situé entre 200 € et 303 €.

En observant les honoraires proposés en fonction du bassin territorial, on remarque que la distribution des tarifs diffère en fonction de la densité de population. Les tarifs des BNP réalisés auprès d'adultes, par exemple, augmentent progressivement avec la taille de la ville (rho de Spearman = 0,19; $p = 0,005$).

Durée

Au sein de notre échantillon, la durée des BNP diffère selon la population rencontrée. Les étendues de durées sont très disparates, allant de 1,5 h au minimum pour l'ensemble des populations à 15 h au maximum pour les enfants, 20 h pour les aînés, et 25 h pour les adultes. Dans tous les cas de figure, il n'existe pas de différence significative du temps de passation et la médiane est de 5 h de BNP, de l'anamnèse à la restitution ($KW = 3,64$; $p = 0,16$).

Remboursement / Prescription

Plus de 8 PSN sur 10 dans notre échantillon (84 %) s'expriment pour un remboursement de l'ensemble des prestations proposées au public. 82 % d'entre eux se déclarent prêts à exercer leurs activités sur prescription médicale, dont 81 % précisent que cela doit entrer dans un cadre précis et, notamment, en gardant la possibilité de proposer des consultations hors prescription. 11 % des PSN interrogés refusent d'être assujettis à la prescription tandis que 7 % de l'échantillon se disent sans opinion.

DISCUSSION

Cette étude est à notre connaissance la première à faire un état des lieux des pratiques et attentes des PSN libéraux au plan national en France.

Nous indiquions en introduction une augmentation rapide de la proportion de PSN s'installant en libéral, rejoignant celle de l'ensemble de la profession de psychologue. Cependant les chiffres dont nous disposons dans cette étude, comme ceux issus des articles produits par la FFPP (Fédération Française des Psychologues et de Psychologie), sont probablement sous-estimés car reposant sur des « déclarations volontaires » et notamment sur les recensements des Agences Régionales de Santé via

Les psychologues, du fait de leurs nombreuses orientations théoriques et spécialités, peuvent avoir à cœur de les défendre indépendamment les unes des autres, parfois au détriment de l'union de la profession dans son ensemble.

les déclarations (également volontaires) dans le répertoire ADELI par les professionnels eux-mêmes. Les difficultés à recenser les caractéristiques communes des psychologues libéraux et à tirer des conclusions générales sur leurs pratiques peuvent, en partie, s'expliquer par les écueils rencontrés par la profession pour constituer un groupe uni et unitaire et, par conséquent, influent. Les psychologues, du fait de leurs nombreuses orientations théoriques et spécialités, peuvent avoir à cœur de les défendre indépendamment les unes des autres, parfois au détriment de l'union de la profession dans son ensemble. De fait, quelles que soient les enquêtes, quels que soient les recensements effectués, les auteurs se basent généralement sur des inférences constituées à partir de chiffres parcellaires (e.g. les déclarations volontaires). Cette enquête porte sur un échantillon intéressant mais ce travail mériterait d'être développé afin de rassembler des données quantitatives plus représentatives de l'exercice de la neuropsychologie par des psychologues, concernant tant les données démographiques que la formation initiale, les lieux et conditions d'exercices, les activités réalisées, etc.

Si nous constatons dans cette enquête des différences concernant les honoraires proposés en fonction du bassin territorial, avec notamment une augmentation progressive en fonction de la taille des villes, la répartition de l'échantillon est déséquilibrée et ne permet pas toujours d'établir des profils caractéristiques. Par exemple, seuls 25 des 295 participants déclarent réaliser leur activité auprès d'enfants dans des villes fortement urbanisées, contre 71 en zone rurale et 103 en agglomération de taille petite-moyenne. Une des causes de cette différence de tarifs pourrait être l'impact sur les charges des frais inhérents aux zones urbanisées (loyers, parkings...). Toutes les professions libérales soumises au remboursement des actes se trouvent confrontées à ces différences territoriales, pouvant rendre délicate la fixation d'un tarif forfaitaire tel que défini par les actes remboursés par la Sécurité Sociale. À l'heure actuelle, seuls les médecins bénéficient de la sectorisation, leur permettant d'ajuster leurs honoraires et le remboursement appliqué en

fonction de leurs spécialités et de leurs secteurs d'activité. Le secteur 1 interdit tout dépassement et le secteur 2 autorise les honoraires libres, le montant du dépassement d'honoraires n'étant cependant pas remboursé par l'Assurance Maladie.

De plus, certains résultats nous interrogent. En premier lieu, nous relevons qu'au sein de notre spécialité, les professionnels se tournent rapidement (dans les 3 ans suivant l'obtention du diplôme) vers une activité indépendante, fréquemment à temps partiel. Les difficultés d'insertion professionnelle sur des emplois pérennes pourraient, en partie, expliquer ce constat. Outre des interrogations concernant les conditions de travail proposées aux PSN dans les structures qui les salarient, cela pose également la question du choix raisonné de ce mode d'exercice et des risques encourus, pour ces jeunes professionnels, à travailler précocement de manière isolée.



En accord avec les conditions d'exercice salarié, la principale activité pratiquée par les PSN en libéral concerne la réalisation de BNP sans toutefois s'y limiter. L'étendue particulièrement large de la durée des BNP montre la grande pluralité des pratiques, et probablement la diversité de ce qui est entendu par « bilan neuropsychologique ». En dehors de l'activité d'évaluation, différentes prestations sont proposées par les PSN exerçant en libéral : remédiation cognitive, guidance parentale et psychothérapies sont celles le plus fréquemment rapportées, cependant le format de cette enquête reste critiquable. En effet, les catégories utilisées pour décrire les types de prestations apparaissent insuffisantes, dans la mesure où elles peuvent recouvrir un ensemble d'activités variées. Par exemple, le terme générique de « remédiation » a été utilisé mais ne permet pas d'appréhender l'approche effectivement envisagée par le thérapeute (réhabilitation, revalidation, stimulation, etc.). Une analyse plus fine des prestations et des types d'activités proposées pourrait être intéressante à explorer, dans une prochaine étude.

Cette enquête permet cependant d'affirmer l'intérêt des PSN en libéral pour une prise en charge – tout au moins partielle – de leurs consultations, le remboursement représentant également une attente des usagers. Cependant, une telle perspective ne va pas sans interroger. Un remboursement

des consultations pourrait permettre d'améliorer le dépistage et assurerait ainsi une meilleure continuité de soins ville/hôpital, pour les patients. Le remboursement pourrait favoriser une prise en charge précoce en réduisant les délais d'obtention d'un rendez-vous. En effet, actuellement, le coût des consultations libérales représente un frein à l'accès aux soins, or, les structures et institutions prenant financièrement en charge les consultations sont actuellement engorgées, avec des délais d'attente pouvant varier de quelques mois à plusieurs années.

Il permettrait également de valoriser notre profession en reconnaissant son rôle dans le monde de la santé et son efficacité dans la prise en charge des patients. Des craintes et interrogations existent toutefois, notamment autour des tarifs de remboursement susceptibles de ne pas prendre en compte le temps passé sans le patient (préparation du dossier, cotation, rédaction de comptes rendus, réunions), ce qui est déjà observable dans les expérimentations en cours (FFPP, 2018). La notion de prescription, envisageable par 82 % des psychologues de notre échantillon et par 62,7 % de la profession dans son ensemble (Mondière, Schneider et Kop, 2017), pose également question. Celle-ci subordonnerait l'action du psychologue à une décision médicale et pourrait remettre en cause l'accès direct au praticien par le patient, ainsi que la liberté du professionnel à choisir seul les évaluations à pratiquer, ce qui serait contraire au code de déontologie (Groupe interorganisationnel de réglementation de la déontologie des psychologues, 2012), selon lequel « le psychologue décide et répond personnellement du choix et de l'application des méthodes et techniques qu'il conçoit et met en œuvre ». Par ailleurs, l'inscription des actes de psychologues libéraux aux prestations prises en charge par l'Assurance Maladie et la soumission à une prescription médicale impacteraient nécessairement ceux exerçant en structure. Certaines organisations de psychologues, et notamment le Syndicat National des Psychologues dans un communiqué du 06/12/2017, se sont déjà opposés à cette question de prescription des actes de psychologues.

L'OFPN est consultée, depuis fin 2017, dans le cadre d'un groupe de travail avec la CNAM concernant les consultations mémoire de ville, reliées au parcours diagnostic des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Les difficultés rencontrées sur le terrain, dans les structures dédiées,

 **82 % des PSN de notre échantillon se déclarent prêts à exercer leurs activités sur prescription médicale.** 

les contraintes liées aux restrictions budgétaires et aux engorgements des consultations hospitalières nécessitent de penser autrement les dispositifs existants, sans pour autant que la pratique de ville ne se substitue à l'hôpital. Recueillir des données précises concernant les particularités de l'exercice en libéral des PSN est indispensable pour garantir la qualité des échanges initiés, s'appuyant sur des arguments quantitatifs solides pour représenter et défendre au mieux l'activité des PSN. Au-delà de cette enquête, la collaboration avec l'ensemble des organisations nationales de psychologues est essentielle. Un an après le lancement des expérimen-

tations sur le remboursement des psychothérapies, quatre d'entre elles viennent d'ailleurs de publier (le 5 décembre 2018) un communiqué explicitant les points problématiques (CGT, FFPP, SIUEERPP, SNP, 2018).

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble des collègues ayant participé de près ou de loin à cette enquête, avec un remerciement tout particulier à Brigitte Nevers pour ses conseils avisés.

Bibliographie

- Association pour le Rassemblement National des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (ARNPN) (2010). Synthèse des résultats du questionnaire national sur les pratiques en neuropsychologie. Repéré à : http://arnpn.fr/doc/PDF/Analyse_Questionnaire.ARNPN.pdf
- CGT, FFPP, SIUEERPP et SNP (2018). Expérimentation par la CNAM du remboursement des consultations auprès des psychologues. Repéré à : <http://psychologues.oneheartcommunication.com/actualites/experimentation-par-la-cnam-du-remboursement-des-consultations-aupres-des-psychologues>
- Fédération Française des Psychologues et de Psychologies (2018). Communiqué: Les psychologues et le remboursement des actes : toute une histoire... Repéré à : http://www.psychologues-psychologie.net/index.php?option=com_content&view=article&id=471:communiquie-les-psychologues-et-le-remboursement-des-actestoute-%20une-histoire&catid=15&Itemid=223
- Groupe interorganisationnel de réglementation de la déontologie des psychologues (GiRéDéP) (2012). Code de déontologie des psychologues du 22 mars 1996 et actualisé en février 2012. Repéré à : <http://www.codede-deontologiedespsychologues.fr/IMG/pdf/Codededeontologiedespsychologues-fr-2.pdf>
- Joncquet, A. et Perrault, L. (2018). *Activités professionnelles des adhérents de l'OFPN*. Communication présentée au Forum Annuel de l'OFPN, Paris.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). *Données de la DRESS*. Repéré à : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
- Mondière, G., Schneider, B. et Kop, J.-L. (2017). Décret sur la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes: L'avis des psychologues sur l'expérimentation, une enquête FFPP. *Fédérer*, 89, 13-19.
- Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (2018). Procès-verbal: Assemblée générale 2018. Repéré à : <http://ofpn.fr/wp-content/uploads/2018/04/PV-AG-20-04-2018.pdf>
- Ponchel, A., Wauquiez, G. et Cauletin-Gillier, A.-M. (2016). Un an d'adhésions à l'OFPN: les chiffres 2015. Repéré à : ofpn.fr/wp-content/uploads/2016/01/Un_an_d_adhesions_a_l_OFPN_Les_chiffres_2015.pdf
- R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- Schneider, B. et Mondière, G. (2017). Les psychologues en France: nombre et activités, des données actualisées et inédites. *Fédérer*, 87, 16-21.
- Syndicat National des Psychologues (2017). Communiqué: Projet expérimental de prise en charge par l'Assurance maladie des thérapies non médicamenteuses. Repéré à : <http://psychologues.org/secteurs/exercice-liberal/actualites/communiquie-projet-experimental-de-prise-en-charge-par-l-rsquo-assurance-maladie-des-therapies-non-medicamenteuses>

Regards croisés sur la neuropsychologie francophone

Jean-Pierre CHARTRAND

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, docteur en neuropsychologie, exercice libéral à Montréal, province du Québec, Canada ;
Cofondateur et administrateur à l'Association québécoise des neuropsychologues (AQNP)

Delphine LAPEIRRE

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, service de neurologie, hôpital de Jolimont, La Louvière, Belgique ;
Membre du pôle neuropsychologie de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones (UPPCF), Belgique

Julie PÉRON

Psychologue spécialisée en neuropsychologie et Docteure en science de la santé, Chargée de cours à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève, Suisse ;
Membre du Bureau et de la commission de formation continue de l'Association suisse des neuropsychologues (ASNP), Suisse.

Arnaud SAJ

Psychologue spécialisé en neuropsychologie en France et Docteur en neuropsychologie, Responsable de l'unité de neuropsychologie au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse ; Président de la commission Formation Continue et membre de la commission reconnaissance de l'Association suisse des neuropsychologues, Suisse. Depuis novembre 2018 Professeur en neuropsychologie clinique à l'Université de Montréal, Canada.

Grégoire WAUQUIEZ

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, pôle rééducation du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, Dijon (21), France ;
Président de l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN) ; Chargé de cours à l'Université de Bourgogne et à l'Université de Franche-Comté, France.

Résumé

Au cours du 3^e Congrès National de Neuropsychologie Clinique (CNNC) a eu lieu en France la première rencontre entre les représentants des associations de psychologues spécialisés en neuropsychologie issus de quatre territoires francophones : la Belgique, la France, la province du Québec et la Suisse. Ces associations sont impliquées dans la promotion et la reconnaissance de la spécialité dans leurs régions respectives, à savoir l'Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones pour la Belgique (UPPCF-pôle neuropsychologie), l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN), l'Association Québécoise des Neuropsychologues (AQNP) et l'Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP). L'objectif principal de cette rencontre était de profiter de ce rassemblement inédit pour pointer les similitudes, les différences, les points d'intérêt particuliers et les perspectives d'amélioration vers lesquelles faire converger les pratiques des psychologues francophones spécialisés en neuropsychologie et favoriser leur reconnaissance. Après une brève introduction présentant l'essor de la neuropsychologie de chaque pays, plusieurs thèmes ont été abordés : formation, statut, reconnaissance, pratiques professionnelles, enjeux et perspectives. L'intervention s'est conclue par le constat d'un nombre important de similarités dans les problématiques rencontrées, ainsi qu'une réelle volonté de mutualiser les démarches et réalisations nationales. Cet élan a permis de formaliser la création symbolique d'une Fédération Internationale des associations de Neuropsychologues Francophones (FINF).

Contact

Grégoire WAUQUIEZ

gregoire.wauquiez@chu-dijon.fr

Mots-clés

- Neuropsychologie francophone
- État des lieux
- État de la pratique
- Reconnaissance
- Perspective d'avenir.

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Chartrand, J.-P., Lapeirre, D., Péron, J., Saj, A. et Wauquiez, G. (2019). Regards croisés sur la neuropsychologie francophone. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 24-32.

ENCADRÉ 1.

Cet article est également publié dans la revue « Neuropsychologie Clinique et Appliquée » dans le cadre d'un partenariat de publication afin de souligner la dynamique de partage et d'émulation soutenue par les auteurs et leurs associations autour de la neuropsychologie francophone.



Le présent article est rédigé au masculin mais il s'entend au féminin également.

INTRODUCTION

Au sein de la francophonie, la neuropsychologie se développe en tant que discipline scientifique transversale par l'intermédiaire de la Société de Neuropsychologie de Langue Française (SNLF), société savante apolitique créée en 1977 regroupant divers professionnels (notamment psychologues, médecins, orthophonistes et universitaires).

Il existe également à notre connaissance désormais quatre grandes associations nationales se proposant de représenter les psychologues spécialisés en neuropsychologie :

1. Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones – pôle neuropsychologie (UPPCF) pour la Belgique ;
2. Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFFPN) pour la France ;
3. Association Québécoise des Neuropsychologues (AQNP) pour la province canadienne du Québec ;

4. Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP) pour la Suisse.

La table ronde qui s'est déroulée lors du 3^e CNNC avait comme principal objectif de rassembler les représentants des quatre associations professionnelles précitées pour faire le point sur la situation des neuropsychologues sur ces différents territoires. Ce faisant, les contributeurs se sont efforcés de poser les bases du débat en exposant brièvement la situation des collègues dans chacun des territoires concernés, de l'origine de la discipline à la situation actuelle des professionnels, en passant par les divers enjeux et défis futurs dont ils devront se saisir de manière à poursuivre le développement de leur si riche spécialité. Nous proposerons au travers de cet article de retranscrire les principaux éléments abordés, territoire par territoire, ainsi que les perspectives envisagées pour y répondre de manière commune autour d'une dynamique d'émulation mutuelle.



La table ronde avait comme principal objectif de rassembler les représentants des quatre associations professionnelles précitées pour faire le point sur la situation des neuropsychologues sur ces différents territoires.



UN REGARD VERS LE PASSÉ

QUELQUES NOMS, QUELQUES DATES

Belgique

Les débuts de la neuropsychologie en Belgique francophone peuvent être liés à un nom, le Professeur Xavier Seron. N'oublions pas son élève Martial Van der Linden qui a émigré en Suisse par la suite. Ils sont tous les deux à l'origine de la rédaction du fameux « Traité de neuropsychologie », ouvrage de référence pour tous les neuropsychologues francophones. La première unité de neuropsychologie a été créée à l'Université de Liège dans le service de neurochirurgie du Professeur Bonnal, par Xavier Seron et Marianne Van der Kaa aux alentours des années 1975-1976. La création de la première orientation de cours en neuropsychologie a eu lieu à l'Université Catholique de Louvain vers 1995 par Xavier Seron, il s'agissait alors de choix de cours dans une option mais qui n'était pas entièrement spécialisée en neuropsychologie.

France

L'histoire de la neuropsychologie dispose de racines sur le territoire Français. Certains médecins pionniers tels que Paul Broca, père du localisationnisme, ou Henri Hécaen, premier à proposer une définition de la discipline, en ont ainsi posé d'importants jalons. Citons également plusieurs psychologues qui ont contribué à leur manière à son essor avec notamment Théodule Ribot et ses études sur la mémoire ou Alfred Binet et ses travaux sur l'intelligence. C'est plus récemment que la discipline s'est développée sur le plan académique avec la création en 1992 à Chambéry du premier DESS de psychologie spécialisé en neuropsychologie. Les neuropsychologues français ont ensuite commencé à se rassembler dans les années 2000, d'abord autour d'un forum internet « neuropsychologie.fr ». Puis de manière plus formalisée avec la création en 2014 de l'OFPN (voir Malvy et Stephan, 2018 pour revue).

Québec

Au Québec, la neuropsychologie a d'abord été influencée par les milieux anglophones et nord-américains. De 1934 à 1960, le neurochirurgien Wilder

Penfield a dirigé l'Institut neurologique de Montréal, qu'il avait lui-même fondé. À partir des années 50, la neuropsychologue Brenda Milner s'est jointe à Wilder Penfield. Aujourd'hui âgée de 100 ans et toujours active, Brenda Milner est reconnue pour l'étude du patient Henry Molaison. Un peu plus tard, André Roch Lecours a permis de tisser des liens avec des chercheurs européens, alors qu'il a coécrit « L'Aphasie » avec le neurologue français François Lhermitte. En 1988, on a vu naître le premier doctorat (Ph. D.) « Recherche et intervention » spécialisé en neuropsychologie, créé par Maryse Lassonde, reconnue entre autres pour ses travaux de recherche sur le corps calleux. En 2012, deux événements ont permis de consolider l'identité des neuropsychologues québécois : la fondation de l'AQNP ainsi que la réserve de l'acte de l'évaluation des troubles neuropsychologiques (Gouvernement du Québec, 2012; Aubé et al., 2017).

Suisse

Les prémices de la neuropsychologie Suisse Romande peuvent être attribuées à Edouard Claparède, neurologue et psychologue, dont les travaux ont porté sur l'étude de la mémoire ainsi que son collègue disciple André Rey célèbre entre autres pour sa figure complexe. La neuropsychologie Suisse Romande prend réellement son essor sous l'impulsion de Gil Assal, du centre hospitalier universitaire de Lausanne après son séjour chez Henri Hécaen. Il a en effet formé de nombreux neurologues (T. Landis, J. Bogousslavsky, P. Vuilleumier), ainsi que de nombreux neuropsychologues (F. Colombo-Thuillard, A. Bellmann) qui ont pu diffuser leurs connaissances sur tout l'Arc Lémanique et au-delà. La profession va se rassembler en 1991, sous l'égide de l'ASNP, qui compte parmi ses membres des neuropsychologues de toutes les régions linguistiques et institutions importantes de Suisse. Dans les années 90, les premières formations universitaires en neuropsychologie sont proposées à Genève et Zurich et c'est l'ASNP qui a délivré les premiers titres de psychologue spécialisé en neuropsychologie. L'ASNP a permis une homogénéisation des pratiques avec la création de lignes directrices pour les rapports ou encore l'utilisation des statistiques. Elle participe également aux négociations pour le remboursement des prises en charge par les assurances maladies.

UN REGARD VERS LE PRÉSENT

COMMENT DEVIENT-ON NEUROPSYCHOLOGUE ?

Belgique

Le titre de psychologue est protégé par la Loi du 8 novembre 1993. Pour qu'une personne puisse porter le titre en Belgique, la loi lui impose de remplir deux conditions : être titulaire d'un diplôme donnant accès à ce titre (en général, le diplôme requis est un master en psychologie) et être inscrit sur une liste en tant que psychologue (obligation de s'inscrire chaque année sur la liste officielle des psychologues tenue par la Commission des psychologues). Bien qu'il soit possible d'orienter sa formation autour d'enseignements spécifiques, la spécialisation en neuropsychologie n'est pas définie ni protégée légalement. Notons par ailleurs qu'il n'existe aucune obligation de formation continue pour les psychologues belges, même si le code de déontologie l'encourage expressément.

France

Le titre de psychologue est réglementé par la Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 : il est ainsi exigé de disposer d'une licence et d'un master mention « psychologie », d'avoir réalisé 500 heures de stage supervisé et de s'inscrire à un répertoire national « ADELI » pour pouvoir exercer. La spécialisation en neuropsychologie n'est, quant à elle, ni reconnue ni définie officiellement. En pratique, de plus en plus de masters proposent des contenus orientés en neuropsychologie sans toutefois se baser sur un référentiel commun en termes de connaissances pratiques et théoriques (communiqué OFPN, 2018). Ainsi en pratique, les professionnels sont laissés libres de se présenter comme neuropsychologues quelle que soit leur formation. Enfin, comme en Belgique et en dépit des préconisations du code de déontologie, la formation continue n'est actuellement soumise à aucune obligation.

Québec

Le titre de psychologue est contrôlé par l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), qui a la responsabilité de délivrer un permis de psychologue aux personnes qui ont répondu aux exigences de formation. Pour obtenir un permis de psychologue au Québec, il faut détenir un diplôme de doctorat en

psychologie parmi ceux qui ont été déterminés par règlement, réussir un cours portant sur la déontologie d'une durée minimale de 45 heures et posséder une connaissance appropriée de la langue française. Le titre de neuropsychologue n'est pas protégé ; cependant l'acte d'évaluation des troubles neuropsychologiques est réservé depuis 2012 (projet de loi 21). Comme la loi interdit de se présenter avec un titre qui pourrait induire le client ou le patient en erreur, il est toléré que les psychologues qui exercent la neuropsychologie se présentent comme « neuropsychologue ». Pour obtenir l'attestation de l'évaluation des troubles neuropsychologiques, certains cours universitaires doivent être réussis, de même que des stages et internats, pour une durée minimale de 1500 heures consacrées à la neuropsychologie. La formation continue fait partie du code de déontologie des psychologues, mais il n'y a pas de critère spécifique à respecter en termes de nombre d'heures de formation par année.

Suisse

Le titre de psychologue est réglementé (loi LPsy) sur le plan de la formation initiale universitaire : il est exigé de disposer d'un master mention « psychologie », d'avoir réalisé 160 heures de stage d'observation et de posséder un droit de pratique en fonction des cantons pour exercer. Actuellement, le titre de psychologue spécialisé en neuropsychologie est délivré par l'ASNP qui est reconnue par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) comme association affiliée. Le titre est délivré par la commission de reconnaissance composée de neuropsychologues membres de l'ASNP et détenteurs du titre de spécialiste en neuropsychologie FSP. Les critères pour obtenir le titre de neuropsychologue FSP sont actuellement les suivants : cinq années d'expérience à temps plein dans une institution de type A (exemple : Centre Hospitalier Universitaire) ; une formation post-graduée (post-Master) individuelle constituée d'une formation théorique (par exemple un *Master of Advanced Studies* (MAS) en neuropsychologie ou le suivi régulier de formations continues en neuropsychologie), d'heures de pratique sous supervision par des spécialistes détenteurs du titre et de la présentation extensive par écrit de cinq cas cliniques (trois cas de diagnostic et deux cas de rééducation). Les critères vont changer avec la mise en vigueur de la loi sur les professions de la psychologie en 2013 (LPsy) : la constitution d'une formation post-grade (post-master) regroupant les critères cités ci-dessus

sous l'égide des universités et en association avec l'ASNP permettant la délivrance future du titre fédéral de psychologue spécialisé en neuropsychologie est en cours dans les Universités de Genève pour la Suisse romande et de Zurich pour la Suisse allemande.

QUI SONT LES NEUROPSYCHOLOGUES ?

Belgique

Le nombre de neuropsychologues en Belgique francophone est difficilement quantifiable, aucune donnée statistique n'existe à l'heure actuelle concernant cette spécialité. Une centaine d'étudiants environ sortent chaque année d'universités proposant des cursus orientés « neuropsychologie ». Le marché du travail est difficile avec peu de postes en salariat. Ainsi un grand nombre de jeunes diplômés se lancent dans la pratique libérale, en particulier dans le domaine de l'enfance.

France

Les dernières estimations évoquent un chiffre approximatif de 5 000 neuropsychologues, soit un ratio d'un neuropsychologue pour 13 000 habitants (Ponchel, 2016; Hokkanen et al., 2018). Les enquêtes réalisées récemment trouvent des résultats stables sur le plan démographique avec une profession « jeune » (6 ans d'ancienneté moyenne pour un âge médian de 31 ans), et féminisée à 92 % (Jehel et al., 2018). Les collègues exercent principalement en salariat (20 % en libéral). Le marché du travail est également assez difficile, avec une proportion considérable de temps partiels, de cumuls d'activités et de contrats précaires pour les salariés. De plus en plus de collègues et notamment de jeunes diplômés s'installent ainsi en libéral, non sans certaines difficultés, notamment en raison de l'absence de conventionnement de leur activité par l'assurance maladie.

Québec

Selon les dernières données qui ont été fournies par l'OPQ à l'AQNP en 2018, il y avait 813 psychologues qui détenaient une attestation pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques et qui déclaraient avoir une pratique active au Québec (OPQ, communication personnelle, 4 juin 2018). Ce nombre de neuropsychologues représente un ratio d'environ un neuropsychologue pour 10 000 habi-

tants. Concernant les secteurs de pratique, les neuropsychologues qui combinent la pratique libérale et le statut de salarié occupent la plus grande proportion (38 %), comparativement à ceux qui œuvrent exclusivement comme salariés (34 %) ou dans le secteur privé (28 %).

Suisse

L'ASNP compte 367 membres dont 54 % ont le titre de spécialiste. La grande majorité de ses membres sont des femmes (83 %) avec un âge moyen de 45 ans. Les neuropsychologues exercent leurs activités de manière mixte: salariée (institution ou cabinet de médecin), libérale (seul ou en groupe). Le marché de l'emploi reste peu ouvert en raison des exigences pour obtenir le titre de spécialiste ainsi que des mutations en cours liées à l'application de la loi sur les professions de la Psychologie (LPsy).

COMMENT SONT-ILS RECONNUS ?

Belgique

Au sein des institutions, le neuropsychologue a la plupart du temps un statut d'employé. Dans des cas plus rares, il est possible qu'il soit engagé avec un contrat libéral et fonctionne alors par rétroaction. Il jouit normalement d'une certaine indépendance car au regard de la loi, le neuropsychologue agit sous sa propre initiative sans l'aval du milieu médical. Après une ancienneté de six années, le salaire annuel moyen est d'environ 26 400 € net par an pour un temps plein. À l'heure actuelle, il n'existe pas de possibilité de remboursement par l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) comme les médecins, les kinésithérapeutes ou les orthophonistes. Cependant, la plupart des mutuelles permettent un léger remboursement dépassant rarement une centaine d'euros sur l'année.

France

Le psychologue est un professionnel « à part » dans le système médico-social français. Il n'apparaît pas dans le code de santé, ne fait pas partie des professions médicales, paramédicales, ni des auxiliaires de santé. Cette place lui permet une relative indépendance mais contribue néanmoins à une certaine mise à l'écart. Ainsi, les activités des psychologues (et par extension des neuropsychologues) ne sont pas conventionnées par le système

de sécurité sociale contrairement à la majorité des autres intervenants du secteur, limitant ainsi leur accès pour la population générale en pratique libérale. Le salaire annuel moyen est de 20 535 € net pour un temps plein (Jehel et al., 2018), ce qui correspond à un niveau de rémunération peu élevé comparativement aux professions partageant le même niveau d'étude.

Québec

Dans le système de santé québécois, les psychologues travaillent comme salariés. Ils sont souvent membres d'une équipe multidisciplinaire qui fait partie d'un programme ou d'une unité spécifique (par exemple : neurologie, psychiatrie, pédiatrie). Les neuropsychologues n'ont pas de titre d'emploi propre, puisqu'ils sont tous employés sous le titre de psychologue. À la moitié de l'échelle salariale conventionnée, un psychologue salarié dans le système de santé peut gagner environ 45 000 \$ CA (dollars canadiens) net, soit environ 30 000 €. En pratique privée (ou libérale), les services rendus par les neuropsychologues peuvent être remboursés par les programmes d'assurance privée puisqu'ils sont considérés comme des services psychologiques. Il est cependant assez rare que toutes les heures investies dans une évaluation soient reconnues et remboursées par les assureurs privés, qui ne sont pas toujours au fait du travail des neuropsychologues.

Suisse

Les neuropsychologues travaillant en institutions sont sous la responsabilité mixte d'un médecin et d'un psychologue responsable. En cabinet, les prises en charges sont également dépendantes de prescriptions médicales, mais les prestations sont sous la responsabilité directe du neuropsychologue. Il y a deux systèmes de facturation 1) remboursement intégral pour la convention accident (classiquement les traumatismes crâniens) ; 2) remboursement par l'assurance maladie pour la prise en charge des bilans diagnostiques (la tarification est encore en cours de négociation avec les différentes assurances santé suisses). Le salaire annuel moyen est d'environ 65 000 € net pour un temps plein, ce salaire est très dépendant des cantons et institutions ou lieux de travail. Actuellement une grande enquête ASNP est en cours sur ces questions.

COMMENT SONT-ILS REPRÉSENTÉS ?

Belgique

L'Association belge des psychologues spécialisés en neuropsychologie a été fondée en 2015, et a récemment fusionné avec l'UPPCF afin de réunir les psychologues cliniciens sous la même bannière et augmenter les possibilités de représentation au niveau national. L'association a pour but de rassembler tous les psychologues cliniciens en respectant leur diversité et en favorisant leur confraternité. De plus, elle vise à protéger et promouvoir les intérêts de ces derniers. La cotisation s'élève à 50 € par an. Elle regroupe environ 500 membres dont une soixantaine de neuropsychologues.



France

L'OFPN a été fondée en 2014 par un comité de pilotage constitué de représentants d'une quinzaine d'associations locales de neuropsychologues. Elle comporte actuellement environ 500 membres, le montant de la cotisation « membre professionnel » est de 60 €. Ses objectifs premiers sont de porter la voix des professionnels et de contribuer au développement et à la reconnaissance de la spécialité en France. Outre la mise en place de nombreux projets relatifs à la tenue de ces objectifs, l'association propose un forum d'échanges en ligne (Neuropsychologie.fr), une revue spécialisée (les Cahiers de neuropsychologie clinique) et un congrès bisannuel (le CNNC) (pour revue détaillée, voir l'article de Malvy et Stephan, 2018).



Québec

La mission de l'AQNP est de favoriser le développement de la neuropsychologie à travers la province et s'adresse tant aux personnes œuvrant dans le domaine de la neuropsychologie qu'à la population québécoise. Elle comporte plus de 500 membres, comprenant des étudiants du doctorat en

neuropsychologie, des cliniciens membres de l'OPQ ainsi que des chercheurs œuvrant en neuropsychologie. La cotisation annuelle pour les professionnels est de 80 \$ CA, s'ajoutant aux 680 \$ CA pour la cotisation à l'OPQ (soit environ 500 € au total).



Suisse

L'ASNP réunissant les différentes régions linguistiques suisses a pour but de promouvoir la neuropsychologie. Les champs d'application de ses membres sont : l'activité clinique (diagnostic et prise en charge), les expertises neuropsychologiques et la recherche. L'ASNP dispose d'un soutien important de la Fédération suisse des psychologues (FSP), notamment lors des discussions avec les instances gouvernementales. La cotisation annuelle est double, un psychologue avec titre doit cotiser 470 CHF (francs suisses) à la FSP et 220 CHF à l'ASNP (soit environ 600 € au total).



COMMENT IMMIGRER ?

Belgique

Pour l'instant rien n'est mentionné au sujet des neuropsychologues. En revanche, pour porter le titre de psychologue, tout professionnel doit être inscrit sur la liste de la commission des psychologues comme expliqué plus haut. Dans l'avenir, une demande d'agrément devrait être mise en place au niveau des régions.

France

Pour pouvoir exercer comme psychologue en France avec un diplôme étranger, il convient d'adresser un dossier à la commission consultative dédiée. Elle est composée de psychologues et d'enseignants-chercheurs dont le rôle est d'examiner la

conformité du dossier en regard des standards exigés en France afin de rendre un avis auprès du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de délivrer le titre si l'équivalence est reconnue. La spécialisation en neuropsychologie n'étant pas définie en France, il n'existe donc pas d'équivalence particulière à obtenir sur ce plan.

Québec

Pour immigrer et obtenir un permis de pratique de l'OPQ, il faut faire une demande de délivrance de permis par équivalence à cet organisme, c'est-à-dire que le dossier du candidat est soumis à un comité d'équivalence, qui procède à l'étude du dossier et qui formule des recommandations. Par exemple, on pourra demander au candidat de compléter un programme universitaire, des cours ou des stages particuliers. Finalement, il faut réussir un cours portant sur la déontologie, qui est offert par l'OPQ ou dispensé par un cours universitaire reconnu par l'OPQ, ainsi que posséder une connaissance appropriée de la langue française.

Suisse

Pour pouvoir exercer en Suisse avec un diplôme étranger, il y a plusieurs étapes. La première est de faire reconnaître ses diplômes auprès la Commission des professions de la psychologie PsyCo sur la base de la loi sur les professions de la psychologie (LPsy) et en vertu de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes entre la Confédération Suisse et la Communauté Européenne et ses États membres. Ensuite, il s'agit de constituer un dossier ASNP (voir la partie « comment devient-on neuropsychologue ? »).

UN REGARD VERS LE FUTUR

QUELS ENJEUX SPÉCIFIQUES ?

Belgique

Dans l'avenir, il serait intéressant de se pencher sur la reconnaissance du métier de neuropsychologue. On pourrait envisager la création d'une spécialisation après le master à l'image de ce qui se passe déjà pour la psychothérapie. De ce fait, la délimitation entre les professions serait alors peut-être plus aisée car actuellement certains domaines se chevauchent. Il serait également pertinent de permettre la possibilité d'un remboursement par

l'INAMI, ce qui pourrait alors débloquer la création de nouveaux postes.

France

Après avoir su se doter d'une association se proposant de structurer les professionnels et de soutenir leurs projets, les neuropsychologues français font aujourd'hui face à de nombreux défis autour de problématiques intéressant la promotion, la reconnaissance et la protection de la spécialité. Désormais bien identifiée et reconnue par les partenaires associatifs, universitaires et les instances décisionnaires, l'OFPN se doit de porter la voix des professionnels sur d'importants dossiers. La question du nombre et de la durée de la formation est notamment au cœur des préoccupations, dans un contexte où l'explosion du nombre de nouveaux masters se proposant de diplômer des neuropsychologues et l'absence de consensus sur le contenu de ces parcours doit être discutée. Par ailleurs, des expérimentations sur la prise en charge des consultations libérales se développent actuellement, il convient ainsi de peser dans les débats pour garantir des conditions d'accès pertinentes pour les usagers et une rémunération cohérente pour les professionnels.

Québec

Bien que la population soit de plus en plus au fait du travail des neuropsychologues, l'accès à leurs services demeure un enjeu important. Il est difficile de quantifier l'évolution des postes de neuropsychologues dans le réseau de la santé, parce qu'ils ne sont pas comptabilisés de façon spécifique. Par contre, le fait que plusieurs neuropsychologues rapportent avoir des listes d'attente qui peuvent dépasser 12 mois laisse croire que le nombre de neuropsychologues salariés est insuffisant.

La réserve de l'acte de l'évaluation des troubles neuropsychologiques est un acquis important, mais il n'en demeure pas moins que pour certains décideurs ou gestionnaires, les services des neuropsychologues sont considérés coûteux et on tente de différentes manières d'offrir des services d'évaluation aux patients sans avoir recours aux neuropsychologues. À titre d'exemple, le développement et la diffusion de batteries de dépistage cognitif «longues», pouvant être utilisées par tous les professionnels de la santé, met en péril le travail et la reconnaissance de l'apport des neuropsycholo-



Quel que soit leur territoire d'origine, force est de constater que les neuropsychologues francophones partagent un grand nombre de problématiques communes.



gues, tout en augmentant les risques de préjudice chez les patients. Démontrer la rentabilité des évaluations neuropsychologiques pour le système de santé sera probablement une démarche inévitable au cours des prochaines années.

Suisse

Les enjeux futurs pour la neuropsychologie vont s'articuler autour de deux axes : 1) les discussions avec les universités pour la mise en place du titre fédéral de neuropsychologue et concernant la place et le rôle des professionnels de terrain dans sa mise en œuvre, tant du point de vue des enseignements que de la pratique et de la supervision ; 2) la poursuite des négociations avec les assurances santé concernant la tarification et le type de prise en charge.

CONCLUSION

Quel que soit leur territoire d'origine, force est de constater que les neuropsychologues francophones partagent un grand nombre de problématiques communes. Ils disposent désormais d'organisations se proposant de les représenter et ont ainsi pu réaliser diverses avancées. De nombreux enjeux majeurs restent néanmoins en suspens et conditionneront l'évolution de la profession dans les années à venir.

QUELLES PERSPECTIVES ?

Notre table ronde a été l'occasion de réunir les représentants des quatre associations francophones de psychologues spécialisés en neuropsychologie, d'abord virtuellement pour sa préparation, puis concrètement à Amiens lors du 3^e CNNC. Ces échanges riches et amicaux ont fait émerger l'idée de profiter de cet élan pour créer une Fédération Internationale des associations de Neuropsychologues Francophones (FINF), qui a pris corps au sein d'une charte validée par chacune des organisations partenaires. L'objectif de cette union symbolique sera de mu-

Ces échanges riches et amicaux ont fait émerger l'idée de profiter de cet élan pour créer une Fédération Internationale des associations de Neuropsychologues Francophones.

tualiser les ressources et les énergies afin de contribuer au développement de la spécialité autour de problématiques communes et de projets partagés, et sans doute de renouveler la rencontre de nos associations lors de congrès à venir!



Figure 5. Fédération internationale des associations de neuropsychologues francophones

Bibliographie

Aubé, W., Charbonneau, S., Chartrand, J.-P., Escudier, F., Lemay, S., Léveillé, E. et Perreau-Linck, E. (2017). L'apport de l'Association québécoise des neuropsychologues à la pratique clinique : évolution depuis sa création et défis futurs. *Neuropsychologie Clinique et Appliquée*, 1, 10-21.

Gouvernement du Québec (2012). *Le projet de loi 21, des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan*. Guide explicatif. Québec : Office des professions du Québec.

Grote, C. L. et Novitski, J. I. (2016). International perspectives on education, training, and practice in clinical neuropsychology: comparison across 14 countries around the world. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(8), 1380-1388. Doi: 10.1080/138; 54046.2016.1235727.

Hokkanen, L., Lettner, S., Barbosa, F., Constantinou, M., Harper, L., Kasten, E., Mondini, S., Persson, B., Varako, N. et Hessen, E. (2018). Training models and status of clinical neuropsychologists in Europe: results of a survey on 30 countries. *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 1-25. Doi: 10.1080/13854046.2018.1484169.

Jehel, L., Radiguer, F., Meunier, T., Morvan, L., Arangois, C., Loynard, S., Lecléf, P. et Ponchel, A. (2018). Les conditions de travail des psychologues spécialisés en neuropsychologie. *Le Journal des psychologues*, 355, 73-77. Doi: 10.3917/jdp.355.0073.

Loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue. Repéré le 3 janvier 2019 à : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1993110835&table_name=loi

Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Article 44. Repéré le 3 janvier 2019 à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi sur les professions de la psychologie, LPsy. Repéré le 3 janvier 2019 à : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20091366/index.html>

Malvy, L. et Stéphan, J. (2018). Œuvrer pour la promotion et la défense de la neuropsychologie: exemple de l'OFPN, une association française dynamique ! *Neuropsychologie Clinique et Appliquée*, 2, 10-22.

OFPN (2018). La grande braderie de la neuropsychologie. Repéré à : <http://ofpn.fr/communiqué-ofpn-sur-loffre-de-formation-en-neuropsychologie>

Ponchel, A. (2016). *Psychologues spécialisés en neuropsychologie: état des lieux, défis et perspectives*. Communication présentée au Congrès national de neuropsychologie clinique, Nîmes.

Sites web des associations participantes :

Québec : www.aqnp.ca ; Suisse : www.neuropsych.ch/fr ; France : www.ofpn.fr ; Belgique : www.uppcf.be

Retour de participant sur la conférence plénière de Mme Lina WILLIATTE, avocate au barreau de Lille et professeure des universités : « Le psychologue et le devoir du secret professionnel »

Benoît SELINGUE

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
en Addictologie (CSSRA) La Fontenelle,
Maizeroy (57), France

Contact

Benoît SELINGUE

benoit.selingue@gmail.com

Conflits d'intérêts

L'auteur affirme ne pas présenter de conflits d'intérêts

Pour citer cet article

Selingue, B. (2019). Retour de participant sur la conférence plénière de Mme Lina WILLIATTE, avocate au barreau de Lille et professeure des universités : « Le psychologue et le devoir du secret professionnel ». *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 33-35.

Notre pratique soulève souvent des interrogations d'ordre juridique pour lesquelles notre profession n'est pas toujours bien informée ni préparée. La notion de secret professionnel pose souvent question, de même que celle des droits du patient, du psychologue ainsi que de l'institution. C'est principalement cette problématique qu'a traitée Lina Williatte, avocate et professeure des universités, directrice du Master 2 Droit de la responsabilité médicale, lors du CNNC 3.

Le secret est fondamental de par les missions de notre profession : nous établissons une relation de confiance avec nos patients qui nous livrent une part de leur intimité et nous cherchons à protéger cette confiance. Le devoir de secret émane avant tout de l'article 9 du Code Civil qui indique que « chacun a le droit au respect de sa vie privée », aussi bien une personne majeure que mineure. Afin d'assurer le respect de la personne, il y a obligation de recueillir son consentement éclairé ainsi qu'une obligation d'information : préciser l'objectif et la finalité de la discussion entretenue avec lui. Ces principes découlent notamment de l'article 16 du Code Civil qui indique que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie », l'article 16-1 rappelle que « chacun a le droit au respect de son corps » et l'article 16-3 « le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».



La notion de secret professionnel pose souvent question, de même que celle des droits du patient, du psychologue ainsi que de l'institution. C'est principalement cette problématique qu'a traitée Maître Lina Williatte, avocate et professeure des universités, directrice du Master 2 Droit de la Santé et de la Responsabilité Médicale de l'Université Catholique de Lille, lors du CNNC 3.



Les psychologues exercent une des rares professions qui n'apparaît pas dans le Code de la Santé Publique. Au contraire du code de déontologie médicale intégré au Code de Santé Publique en 2012, le code de déontologie des psychologues n'a pas de valeur juridique : il n'est donc pas opposable mais a toutefois une dimension éthique. Une

distinction était effectuée entre le secret médical concernant les données médicales (dont ne relevait pas le psychologue) et le secret professionnel concernant les autres données jusqu'à la loi Touraine de 2016 qui fusionne les deux entités sous le terme de secret professionnel global. Par conséquent, la dénomination de « secret médical » est désormais un abus de langage. Le statut juridique du psychologue dépendra de son mode d'exercice, il sera donc soumis au règlement intérieur s'il travaille dans le secteur privé ou dans le secteur public et à ses propres règles dans le cadre libéral. Par ailleurs, l'article L1110-4 du Code de Santé Publique dispose que « toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». Le secret est donc dû par l'établissement et s'applique à l'ensemble de ses salariés, c'est une obligation générale.

Toute information (même sans lien direct avec la profession) est soumise au secret professionnel. Un professionnel qui révèle une information d'ordre privé d'un patient encourt un an de d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende (article 226-13 du Code Pénal). Cette révélation est un délit et le non-respect du secret relève de la responsabilité civile ; si cela entraîne par exemple le divorce d'un patient, le préjudice moral pourra alors être retenu. Il appartient toutefois au Procureur de la République la charge de la preuve. La personne qui obtient ou tente d'obtenir ces informations encourt la même peine (article 1110-4 du Code de Santé Publique) depuis 2016. Cela vaut aussi pour le psychologue, notamment en consultant un dossier d'un patient qu'il ne suit pas, problématique accrue avec le développement des dossiers informatisés. L'information peut cependant circuler lorsqu'un patient est suivi par plusieurs professionnels formant une équipe de soins (définie par l'article L1110-12 du Code de Santé Publique) si elle est nécessaire à la coordination, à la continuité des soins, à la prévention et au suivi médico-social ou social. Cela ne concerne pas toutes les données mais seulement celles nécessaires à ces conditions, l'accord du patient n'est pas né-

cessaire car cette connaissance est présumée lors de son entrée dans la structure (le livret d'accueil mentionne ce fait). Il est néanmoins en droit d'indiquer qu'il ne souhaite pas qu'un professionnel en particulier connaisse une information spécifique, même si cela a un sens dans la prise en charge. Ce secret professionnel partagé existe depuis 2016 et peut s'appliquer à des professionnels en dehors de l'équipe de soins s'il y a une prise en charge commune de la personne. Il s'applique également aux stagiaires majeurs ou mineurs et la convention de stage doit mentionner la notion de secret. Lorsqu'un professionnel demande l'avis d'un psychologue au sujet d'un patient qu'il ne suit pas, le patient doit également en être tenu informé sinon les données ne doivent pas permettre de l'identifier, en rendant anonyme le cas par exemple.

Il existe toutefois quelques cas prévus par l'article 226-14 du code pénal où la levée du secret professionnel s'impose : en cas de maltraitances physiques ou sexuelles infligées à un mineur ou à une personne vulnérable rapportées par le patient ou constatées par le professionnel, il y a obligation de signalement sans son consentement (les critères de vulnérabilité sont l'âge, l'incapacité physique ou psychique ainsi que les femmes enceintes) ou lorsqu'il est constaté un caractère dangereux pour lui-même ou pour autrui du patient détenant une arme ou manifestant l'intention d'en acquérir une. Pour les personnes majeures et non vulnérables, un consentement est requis (de préférence écrit) ; le signalement ne doit pas mentionner le nom de la personne accusée. Un juge peut également requérir la levée du secret professionnel, mais pas un avocat.

Bibliographie

- Article 1110-4 de l'Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2 du Code de la Santé Publique. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Article 1110-12 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 96 (V) du Code de la Santé Publique. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Article 16 de la Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 du Code Civil. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Article 16-1 de la Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 du Code Civil. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419293&cidTexte=LEGITEXT000006070721>
- Article 16-3 de la Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 du Code Civil. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Article 226-13 de l'Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 du Code Pénal. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Article 226-14 Modifié par LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 – art. 1 du Code Pénal. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Article 9 de la Loi 1803-03-08 promulguée le 18 mars 1803 du Code Civil. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Article L.312-1 Modifié par LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 – art. 47 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Groupe interorganisationnel de réglementation de la déontologie des psychologues (GiRéDéP) (2012). Code de déontologie des psychologues du 22 mars 1996 et actualisé en février 2012. Repéré à : <http://www.codede-deontologiedespsychologues.fr/IMG/pdf/Codededeontologiedespsychologues-fr-2.pdf>

Des activités quotidiennes pour développer les fonctions attentionnelles et exécutives d'un enfant âgé de 6 ans

Maëlle NEVEU

Psychologue spécialisée
en Neuropsychologie, Unité de recherche
« Enfances », Service de Neuropsychologie,
ULiège, Liège, Belgique.

Line VOSSIUS

Doctorante en Neuropsychologie
et Psychologue spécialisée
en Neuropsychologie, Unité de recherche
« Enfances », Service de Neuropsychologie,
ULiège, Liège, Belgique.

Laurence ROUSSELLE

Professeure, Docteur en Neuropsychologie,
Psychologue spécialisée en Neuropsychologie,
Unité de recherche « Enfances »,
Service de Neuropsychologie, ULiège,
Liège, Belgique.

Mots-clés

- Étude de cas
- Fonctions attentionnelles
- Fonctions exécutives
- Activités scolaires et quotidiennes
- Enfants
- « Single Case Experimental Design »

Conflits d'intérêts

Les autrices affirment ne pas présenter de conflits d'intérêts

Pour citer cet article

Neveu, M., Vossius, L. et Rousselle L. (2019). Des activités quotidiennes pour développer les fonctions attentionnelles et exécutives d'un enfant âgé de 6 ans. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 36-41.

Contact

MAËLLE NEVEU

mneveu@uliege.be



Plusieurs études mettent cependant en avant l'intérêt d'inscrire ces traitements dans une démarche thérapeutique plus globale en complément à d'autres thérapies cognitive et/ou comportementale.



De nos jours, un grand nombre de professionnels sont confrontés à des enfants scolarisés à l'école maternelle et présentant, selon leurs enseignants ou leurs parents, des difficultés attentionnelles ou une agitation marquée. Fréquemment associées à des troubles psychoaffectifs tels que les troubles des conduites, ces difficultés se repercutent très souvent sur les apprentissages de ces enfants (Kadesjö et Gillberg, 2001) jusqu'à entraîner des difficultés scolaires conséquentes (Arnold, Hodgkins, Kahle, Madhoo et Kewley, 2015). Ces conséquences fonctionnelles importantes ont conduit les professionnels de la santé à élaborer des prises en charge adaptées notamment dans le cas de troubles attentionnels et exécutifs avérés. Étant donné que ces troubles se caractérisent par des déséquilibres neurochimiques au niveau de la neurotransmission, l'une des réponses fréquemment proposées par les neuropédiatres est la prise de neurostimulants. Leur efficacité pour réduire les symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité ou d'inattention a pu être montrée par de nombreuses études (Greenhill et al., 2002). Plusieurs études mettent cependant en avant l'intérêt d'inscrire ces traitements dans une démarche thérapeutique plus globale en complément à d'autres thérapies cognitive et/ou comportementale (Catale et Meulemans, 2013). Tout comme pour les traitements médicamenteux, les thérapies cognitives ont fait l'objet de nombreuses études de validation (Rapport, Orban, Kofler et Friedman, 2013). Généralement présentés sous forme de jeux informatisés ou non, les exercices proposés visent généralement à stimuler le développement des fonctions exécutives des enfants à l'aide de défis de difficulté croissante, s'adaptant aux capacités de l'enfant (Noël, Bastin et Pottelle, 2007). Cependant, en dépit de leurs contenus ludiques, ces entraînements demeurent contraignants, onéreux et difficilement transférables aux activités de la vie quotidienne. Il a pourtant été montré que les activités proposées par les enseignants en classe sont source de nombreux apprentissages cognitifs (Re, Capodiecchi et Cornoldi, 2015). Les activités de la vie quotidienne et scolaire pourraient ainsi servir de base pour créer le contenu d'un nouveau type d'intervention. Re et al. (2015) ont ainsi montré l'efficacité d'un entraînement des fonctions exécutives réalisé en milieu scolaire à base de jeux s'inspirant des activités quotidiennes auprès d'enfants de 3^e année de maternelle présentant des difficultés attentionnelles et exécutives. Ce type d'entraînement, directement intégré dans les activités familiales à

l'enfant, est de nature à favoriser son engagement dans les tâches à visée spécifique ainsi que le transfert des compétences travaillées en rééducation aux activités scolaires.

C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude de cas unique qui a pour objectif de mesurer l'efficacité d'une prise en charge cognitive centrée sur les activités de la vie quotidienne et scolaire chez un petit garçon scolarisé en maternelle. L'évaluation de l'efficacité de cet entraînement cognitif a été réalisée par des lignes de base multiples proposées à l'enfant avant et après la rééducation en suivant un design de type « Single-Case Experimental Design » qui présente l'avantage, contrairement aux études de groupe, de considérer le cas étudié comme son propre contrôle (Gage et Lewis, 2013). Alexandre, alors âgé de 6 ans 3 mois, redouble sa 3^e année de maternelle. Il présente de grosses difficultés attentionnelles qui ont des conséquences importantes sur les apprentissages scolaires. Son autonomie, très restreinte en classe, incite l'équipe éducative à se questionner quant à son orientation vers un enseignement spécialisé. Le bilan neuropsychologique met en évidence des difficultés importantes d'inhibition verbale et d'attention soutenue, qui conduisent à instaurer un traitement médicamenteux (méthylphenidate) au mois d'août 2017. Cette médication a été proposée afin de soutenir la prise en charge cognitive réalisée entre les mois d'octobre 2017 et de mars 2018.

Conformément à la méthodologie spécifique au design SCED, chacune des mesures constituant la ligne de base a été proposée à Alexandre à trois reprises avant et après l'intervention afin de diminuer l'influence de la variabilité intra-individuelle. Il est, par ailleurs, à noter que ces mesures tout comme chacune des séances de prise en charge ont été réalisées alors qu'Alexandre était sous médication. L'organisation et le contenu des séances d'évaluation et de prise en charge sont décrits dans le Tableau 1.

Des quasi-statistiques ont permis de calculer, pour chaque mesure, un pourcentage de non-chevauchement (NAP) entre les données récoltées

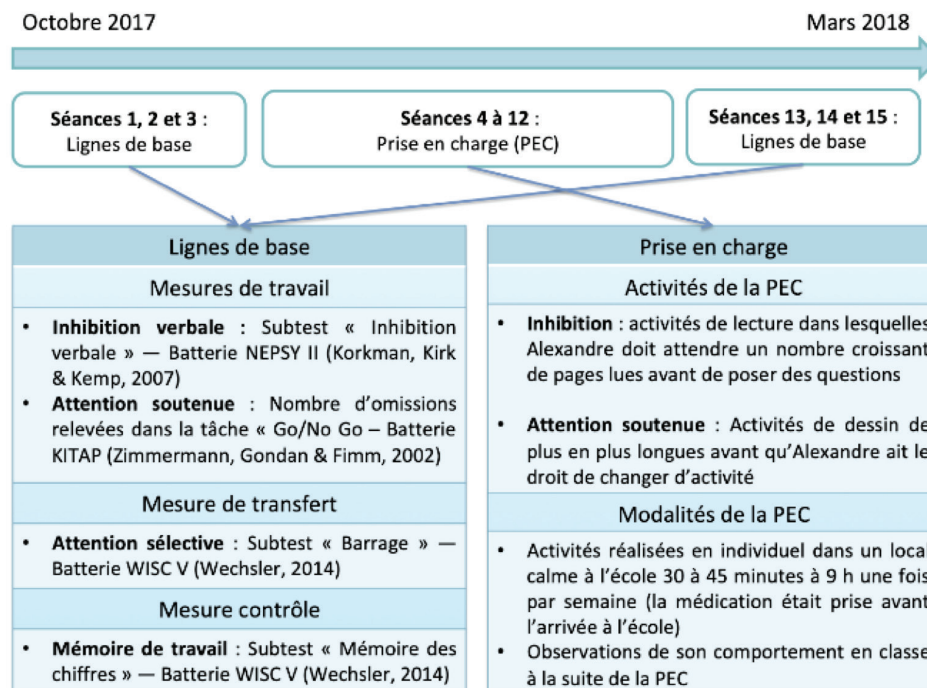


Tableau 1. Chronologie de l'étude, mesures composant les lignes de base, activités et modalités de la prise en charge

avant et après la période de prise en charge (pour une revue, voir Parker, Vannest et Davis, 2011). Le pourcentage de non-chevauchement entre les performances d'Alexandre avant et après la prise en charge dans la tâche « inhibition verbale » (NEPSY II, Korkman, Kirk et Kemp, 2007) est de 100 % ce qui montre une diminution statistiquement significative du nombre d'erreurs verbales ($p < .05$). De même, la tâche « Go/ No Go » (KITAP, Zimmermann, Gondan et Fimm, 2002), dont le nombre d'omissions permet d'évaluer les capacités d'attention soutenue, présente un pourcentage de non-chevauchement de 100 % entre les performances d'Alexandre avant et après la prise en charge. Cela montre une diminution statistiquement significative du nombre d'omissions ($p < .05$). Concernant le transfert sur les compétences d'attention sélective visuelle, le pourcentage de non-chevauchement entre les performances d'Alexandre avant et après la prise en charge dans la tâche « Barrage » (WISC V, Wechsler, 2014) est de 100 % ce qui montre également une amélioration statistiquement significative du nombre de cibles traitées ($p < .05$). Enfin, pour démontrer la spécificité de notre prise en charge portant sur l'inhibition verbale et sur l'attention soutenue, le pourcentage de non-chevauchement a été vérifié sur une mesure contrôle des compétences de mémoire de

travail évaluées grâce à la tâche de « mémoire de chiffres » (WISC V, Wechsler, 2014). Les résultats obtenus montrent un pourcentage de non-chevauchement se situant autour de 67 %, soit des performances qui ne sont pas significativement différentes avant et après la prise en charge suivie par le petit garçon ($p = .51$). Les résultats précédemment analysés sont illustrés dans les graphiques présentés dans la Figure 1 ci-dessous.

Les résultats statistiquement significatifs obtenus grâce aux mesures réalisées avant et après la prise en charge sur les compétences travaillées attestent de l'efficacité de cette thérapie cognitive. Ainsi, Alexandre semble avoir bénéficié de cette intervention pour développer ses capacités d'inhibition verbale ou encore son attention soutenue. Les performances significativement supérieures observées après la prise en charge dans une tâche évaluant l'attention sélective visuelle (composante de sélectivité de l'attention selon van Zomeren et Brouwer, 1994) laissent à penser que le travail des compétences d'inhibition verbale et d'attention soutenue (composantes d'intensité de l'attention selon ces mêmes auteurs) a permis un transfert de ces dernières compétences vers les domaines de compétences de sélectivité connues pour être proches.

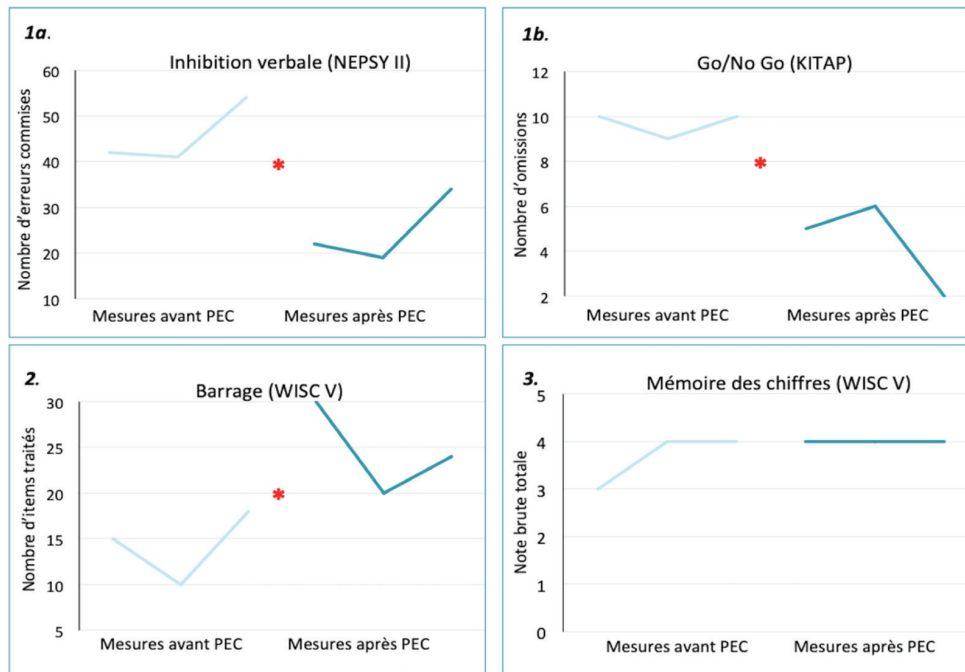


Figure 1. Graphiques représentant les mesures de travail (1a. Inhibition verbale, NEPSY II et 1 b. Go/No Go, KITAP), de la mesure de transfert (2. Barrage, WISC V) et de la mesure contrôle (3. Mémoire des chiffres, WISC V) avant et après la prise en charge

L'absence d'amélioration de résultats après la prise en charge sur la mesure contrôle des compétences de mémoire de travail permet, par ailleurs, de confirmer la spécificité de cette prise en charge.

En s'appuyant sur les activités quotidiennes et scolaires d'Alexandre pour créer les exercices proposés lors de la prise en charge, une continuité entre les deux environnements de travail de l'enfant a pu être maintenue.

L'un des points forts de cette intervention tient notamment à son contenu. En effet, en s'appuyant sur les activités quotidiennes et scolaires d'Alexandre pour créer les exercices proposés lors de la prise en charge, une continuité entre les deux environnements de travail de l'enfant a pu être maintenue. Ainsi, si les progrès observés chez Alexandre ont pu être objectivés, ils ont également pu être relevés en classe par l'enseignante du petit garçon et à la maison, par ses parents. Ces observations laissent donc à penser que ce type de méthodologie

lui a permis de généraliser ses progrès à ces différents milieux de vie. Ces données soutiennent l'hypothèse émise par Re, Capodieci et Cornoldi (2015) selon laquelle les bénéfices d'un tel entraînement cognitif pourraient s'étendre aux compétences scolaires et quotidiennes des enfants. Par ailleurs, la réalisation de l'intervention dans les locaux de l'école de l'enfant présente l'avantage de permettre un contact plus étroit avec l'équipe éducative et ainsi intervenir auprès d'eux. Les exercices proposés à l'enfant au cours de la prise en charge peuvent ainsi être expliqués aux enseignants, ce qui leur permet d'enrichir la réflexion sur leur pratique et favorise le transfert des connaissances des sciences cognitives aux sciences de l'éducation. Cette approche collaborative, neuroéducative, est ainsi favorable non seulement à l'enfant pris en charge, mais également aux autres enfants de la classe.

Si cette méthodologie présente plusieurs avantages, certaines limites peuvent néanmoins être relevées. Tout d'abord, l'utilisation répétée de tests normés dans une courte période de temps fait débat. Pour certains auteurs, les progrès réalisés par l'enfant pourraient être dus davantage à un effet d'apprentissage des mécanismes du test qu'aux réels

bénéfices de la prise en charge. Toutefois, la stabilité des mesures répétées des lignes de base réalisées avant la prise en charge ainsi qu'une fidélité test-retest suffisamment élevée, selon les critères considérés généralement dans la majorité des batteries de tests neuropsychologiques (supérieure à .80) (Wechsler, 2014), laissent à penser que les améliorations observées sont bel et bien imputables à cette intervention cognitive. Une seconde critique porte sur le choix de la mesure contrôle. Ce choix n'est pas simple à réaliser car cette mesure doit porter sur une difficulté semblable à celles qui seront réévaluées, sans pour autant qu'elle ne soit impactée par la prise en charge réalisée. Dans le cas présent, il aurait été judicieux de choisir une mesure ne faisant pas partie des fonctions exécutives (Diamond, 2012) afin d'éviter un transfert qui ne permettrait pas de vérifier l'efficacité et la spécificité de la prise en charge. Dans le cas d'Alexandre, il semble pourtant que la prise en charge des capacités d'inhibition verbale et d'attention soutenue n'ait pas conduit à une amélioration des capacités en mémoire de tra-

vail. Enfin, une troisième remarque concerne l'évaluation de la transférabilité en classe et à la maison des progrès réalisés par l'enfant. Afin d'objectiver ces progrès et de les préciser, il aurait été profitable d'ajouter aux lignes de base existantes une mesure écologique des fonctions exécutives au moyen, par exemple, d'un questionnaire adressé aux parents et à l'enseignante d'Alexandre tel que le « Behavioral Rating Inventory of Executive Function » (BRIEF) (Gioia, Isquith, Guy et Kenworthy, 2000).

En conclusion, cette étude a été menée afin d'évaluer, par un dispositif expérimental de cas unique, l'efficacité d'une prise en charge attentionnelle et exécutive exploitant des activités scolaires et quotidiennes. Les résultats mettent en évidence son efficacité à optimiser les capacités d'inhibition verbale et d'attention soutenue entraînées. Un transfert vers les compétences d'attention sélective visuelle non travaillées en prise en charge a également pu être relevé. Ces résultats démontrent l'intérêt de ce type d'activité dans les prises en charge cognitives pour favoriser le transfert à la salle de classe.

Bibliographie

- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M. et Kewley, G. (2015). Long-Term Outcomes of ADHD: Academic Achievement and Performance. *Journal of Attention Disorders*, 1(13). doi:10.1177/1087054714566076
- Catale, C. et Meulemans, T. (2013). Diagnostic, évaluation et prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité: Le point de vue du neuropsychologue. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(3), 140–147. doi:10.1016/j.neurenf.2012.12.005
- Diamond, A. (2012). Activities and Programs That Improve Children's Executive Functions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 335–341. doi:10.1177/0963721412453722
- Gage, N. A. et Lewis, T. J. (2013). Analysis of Effect for Single-Case Design Research. *Journal of Applied Sport Psychology*, 25(1), 46–60. doi:10.1080/10413200.2012.660673
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2000). Test Review Behavior Rating Inventory of Executive Function Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology*, 6(3), 235–238. doi:10.1076/chin.6.3.235.3152
- Greenhill, L. L., Pliszka, S., Dulcan, M. K., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., ... Stock, S. (2002). Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41(2), 26S-49S. doi: 10.1097/00004703-200208000-00024
- Kadesjö, B. et Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(4), 487–492. doi: 10.1111/1469-7610.00742
- Korkman, M., Kirk, U. et Kemp, S. (2007). *NEPSY-II : a developmental neuropsychological assessment*. San Antonio: TX: The Psychological Corporation.
- Noël, M., Bastin, L. et Pottelle, J. S. D. (2007). Rééducation neuropsychologique des troubles de l'attention et de l'inhibition chez l'enfant. *A.N.A.E.*, 93, 156-162.
- Parker, R. I., Vannest, K. J. et Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303-322. doi:10.1177/0145445511399147

Rapport, M. D., Orban, S. A., Kofler, M. J. et Friedman, L. M. (2013). Do programs designed to train working memory, other executive functions, and attention benefit children with ADHD? A meta-analytic review of cognitive, academic, and behavioral outcomes. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1237–1252. doi: 10.1016/j.cpr.2013.08.005

Re, A. M., Capodieci, A. et Cornoldi, C. (2015). Effect of training focused on executive functions (attention, inhibition, and working memory) in preschoolers exhibiting ADHD symptoms. *Front. Psychol.*, 6(6), 1161–1170. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01161

Van Zomeren, A. H. et Brouwer, W. H. (1994). *Clinical neuropsychology of attention*. New York: Oxford University Press.

Wechsler, D. (2014). *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition technical and interpretive manual*. San Antonio, TX: NCS Pearson.

Zimmermann, P., Gondan, M. et Fimm, B. (2002). *KITAP. Testbatterie zur Aufmerksamkeits-prüfung für Kinder*. Herzogenrath: Psychologische Testsysteme.

Perturbations émotionnelles dans la maladie de Parkinson

Jean-François HOUVENAGHEL

Psychologue spécialisé en Neuropsychologie et Docteur en Biologie et Science de la Santé, Service de Neurologie, CHU de Rennes, Rennes (35), France ;
Unité de recherche EA-4712
"Comportement et Noyaux Gris Centraux",
Université de Rennes 1, Rennes, France ;

Membre du Comité d'Édition et de Rédaction des Cahiers de Neuropsychologie Clinique

Contact

Jean-François HOUVENAGHEL

jeanfrancois.houvenaghel@chu-rennes.fr

Mots-clés

- Parkinson
- Émotion
- Cognition
- Trouble du contrôle des impulsions

Conflits d'intérêts

L'auteur affirme ne pas présenter de conflits d'intérêts

Pour citer cet article

Houvenaghel, J.-F. (2019). Perturbations émotionnelles dans la maladie de Parkinson. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 42-47.

La maladie de Parkinson (MP) est la seconde pathologie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer. En France, environ 200 000 patients vivent avec la maladie et 25 000 nouveaux cas par an sont diagnostiqués. L'âge médian du diagnostic étant de 60 ans, la MP a un fort impact social: un tiers des patients perdent leur emploi un an après le diagnostic ou réduisent leur temps de travail dans les 5 ans suivant l'annonce, remodelant l'identité personnelle et sociale du malade.



Sa physiopathologie se caractérise par une déplétion dopaminergique initialement de la substance noire et par l'inclusion de corps de Lewy, agrégats intracellulaires de protéines alpha-synucléine, dont la diffusion allant du tronc cérébral vers le cortex suit une évolution temporo-spatiale bien connue (Defebvre et Vérin, 2015). La dopamine jouant un rôle majeur au fonctionnement des réseaux associant les régions corticales et sous-corticales impliquées dans la motricité, la cognition, les émotions et la motivation, il n'est pas surprenant d'observer la survenue de symptômes dans ces domaines qui altèrent la qualité de vie dès les stades initiaux de la maladie. Ces symptômes d'origines sous-corticales se voient par la suite complétés par des atteintes de types corticales souvent compris comme l'expression de la diffusion des corps de Lewy.

Le diagnostic est majoritairement posé suite au constat par le malade, non encore identifié comme tel, de la présence de raideurs, d'un ralentissement, d'un manque de fluidité des mouvements, d'une réduction du ballant du bras ou d'un tremblement. La symptomatologie motrice se trouve être en effet au cœur du diagnostic de la MP. Elle est caractérisée par la présence (i) d'une bradykinésie, qui est un ralentissement des mouvements et une réduction de leur amplitude ou vitesse, (ii) d'un tremblement de repos présent pour 80 % des patients et/ou (iii) d'une hypertonie extrapyramidale souvent nommée rigidité, correspondant à une augmentation du tonus et de la raideur des muscles. D'autres symptômes moteurs comme une instabilité posturale (perte d'équilibre) peuvent survenir avec l'évolution de la maladie. Le vécu de l'annonce diagnostique de cette pathologie neurodégénérative incurable est difficile aussi bien pour la personne devenue malade que pour le proche. L'installation d'un syndrome dépressif et/ou anxieux à la suite de l'annonce est courante d'autant que le terrain chimique composé d'une dérégulation dopaminergique et sérotoninergique y est propice, expliquant même parfois la survenue de

modifications de l'humeur avant l'émergence des symptômes moteurs.

Aucun traitement curatif n'existant, les traitements dits antiparkinsoniens ont pour principal objectif la réduction de la symptomatologie motrice. Les thérapeutiques proposées aux patients évoluent avec l'expression de la symptomatologie et les attentes du malade (Defebvre et Vérin, 2015). Dans les premières années est proposée en première intention la monothérapie par agoniste dopaminergique et/ou la dopathérapie par levodopa (L-Dopa) consistant tous deux en la prise pulsatile de traitements oraux. La maladie étant dégénérative, la posologie et la fréquence des prises augmentent avec l'accentuation des symptômes moteurs majorant le risque de survenue d'effets indésirables parmi lesquels figurent les fluctuations dopa-induites. Quelques minutes après la prise du traitement peuvent survenir des dyskinésies, c'est-à-dire des mouvements involontaires lents et stéréotypés, puis plusieurs dizaines de minutes avant la prise du traitement suivant, la symptomatologie motrice refera surface. Le malade vit au rythme des prises, les symptômes se rappelant à lui dans les 20 min suivant l'oubli de l'une d'elle. Afin de pallier à ces fluctuations motrices, qui se trouvent être bien souvent complétées par des fluctuations cognitives, émotionnelles et/ou motivationnelles, des traitements dits continus sont envisagés avec le patient. Parmi eux figurent la pompe à apomorphine, la stimulation cérébrale profonde ou la pompe à duodopa. Le traitement par pompe à apomorphine consiste en l'injection sous-cutanée continue de ce traitement antiparkinsonien, via une pompe motorisée. Le bénéfice moteur de ce traitement est bien connu contrairement à son influence sur la cognition et les émotions supposée jusqu'ici comme limitée (Houvenaghel et al., 2018). La stimulation cérébrale profonde consiste en l'implantation intra-crânienne d'une ou plusieurs électrodes capables de délivrer de manière continue un courant électrique d'intensité et de fréquence déterminée au sein de régions sous-corticales. Là encore le bénéfice moteur n'est plus à démontrer mais il s'applique bien souvent au détriment de légères modifications cognitives et émotionnelles (Houvenaghel et al., 2015; Péron, Frühholz, Vérin et Grandjean, 2013). Le traitement par pompe à duodopa, bien plus invasif que celui par pompe à apomorphine, consiste en l'administration intestinale continue de lévodopa gélifiée à travers une sonde intestinale interne.

Comme évoqué initialement, des difficultés cognitives peuvent émerger dans les tous premiers instants de la maladie, puis évoluer avec sa progression et être modulées par les traitements notamment les dopaminergiques pulsatiles et la stimulation cérébrale profonde. Tandis que de récentes études de cohortes proposent la distinction d'au moins cinq profils cognitifs, la représentation en trois phénotypes cognitifs reste aujourd'hui la plus classique (Dujardin et al., 2015). Les patients sont ainsi dits soit asymptomatiques, soit présentant une atteinte cognitive modérée qui n'affecte pas l'autonomie (Mild Cognitive Impairment, MCI; Litvan et al., 2012), soit présentant un déclin cognitif majeur, ou démence parkinsonienne, lorsque l'autonomie s'en trouve réduite (Emre et al., 2007). Des critères spécifiques à la MP ont été formulés pour distinguer ces trois phénotypes et une batterie de tests française a été publiée (Dujardin et al., 2016).

 *Des difficultés cognitives peuvent émerger dans les tous premiers instants de la maladie, puis évoluer avec sa progression et être modulées par les traitements.* 

Quoi qu'il en soit, les difficultés cognitives sont dans un premier temps principalement exécutives. Ainsi, un syndrome dysexécutif est retrouvé pour 80 % des patients à 8,4 ans (\pm 6,4 ans) du diagnostic (Roussel et al., 2017). La perte de contrôle n'est pas uniquement motrice mais peut aussi être cognitive. La plainte la plus régulièrement exprimée concerne les difficultés d'accès aux mots ou aux souvenirs. Les mots peu fréquents étant les plus difficiles d'accès. L'expression d'une pensée très élaborée ou le partage d'un souvenir, d'une émotion vécue s'appauvrit. Cette anomie associée à la dysarthrie et/ou à l'hypophonie peut conduire à un isolement social et à une réduction de l'estime de soi. Nombre de patients rapportent ne plus participer aux échanges durant les repas de famille, tout en y restant attentif. Ce retrait peut être vécu difficilement aussi bien par le patient que par son entourage. Cette frustration partagée mais reprochée à l'autre peut être source de conflit et se trouve être une des raisons de l'initiation d'une prise en charge psychologique du malade et/ou du proche. À ces perturbations du discours, peut notamment s'ajouter un ralentissement psychomoteur et une fatigabilité plus importante en situation requérant une attention soutenue ou multiple, notamment à nou-

veau, lors des rencontres familiales. C'est aussi le cas en conduite automobile. La durée des trajets se réduit, l'autonomie aussi, c'est pourquoi il est important de pouvoir proposer à nos patients des outils permettant une prise de connaissance des moyens de déplacements alternatifs à la voiture individuelle. Les patients peuvent aussi présenter une forte sensibilité à l'interférence et une flexibilité limitée, rendant parfois délicat l'utilisation de stratégies nouvelles ou l'accès à ses propres difficultés cognitives, comportementales ou psychiques.

En plus de l'atteinte exécutive, l'ensemble des autres domaines cognitifs peut être affecté. La présence d'un MCI, l'âge, la sévérité des symptômes moteurs ou la présence de difficultés dites « corticales-postérieures », c'est à dire des atteintes concernant la visuo-perception ou la visuo-construction, sont des facteurs prédictifs d'une évolution cognitive péjorative (Williams-Gray et al., 2013).

Les modifications psycho-comportementales sont aussi très fréquentes dans la MP. D'après des revues récentes, la prévalence moyenne de l'apathie est de 40 %, tandis que 35 % des patients présentent des symptômes significatifs de dépression, 31 % un syndrome anxieux, 26 % des symptômes psychotiques et 13,6 % des troubles du contrôle des impulsions. Les risques de survenue de ces différentes modifications sont modulés par de très nombreux facteurs comme l'âge du patient, le stade d'évolution de la maladie ou encore le profil cognitif. La comorbidité de ces modifications psycho-comportementales est fréquente. Des outils spécifiques à la MP ont été créés pour la mesure de l'apathie (Sockeel et al., 2006), de l'anxiété (Leentjens et al., 2014) et des impulsions / compulsions (Weintraub et al., 2009) dont les expressions peuvent différer de celles retrouvées dans la population générale.

Tout comme la symptomatologie motrice, il est admis que ces modifications comportementales puissent être, du moins en partie, dopa-induites. Ainsi, en fin de dose, les patients sont volontiers plus anxieux, tristes et apathiques, alors que lorsque le traitement est pleinement efficace, ils peuvent se montrer tachypsychiques. Ces observations ont conduit à la modélisation d'une représentation associant posologie dopaminergique et comportements sous la forme d'un continuum dont les principales composantes peuvent être interrogées à travers une échelle (Ardouin et al., 2009). Les comportements dits hypodopaminergiques intégrant l'apathie, la dépression ou l'anxiété résulteraient d'un manque de

dopamine, tandis que les comportements dits hyperdopaminergiques, comme l'impulsivité seraient la conséquence d'un surdosage des systèmes de récompenses. Toutefois, il est assez fréquent d'observer chez un même patient à la fois des symptômes hyper et hypodopaminergiques. Ainsi, les conséquences sociales de la survenue de ces modifications comportementales peuvent être importantes, notamment lorsqu'elles concernent une hypersexualité, des achats compulsifs, le jeu pathologique ou l'hyperphagie. Ces troubles du contrôle des impulsions (TCI) concernent toutes les classes d'âge et de niveaux sociaux. Ces impulsions et compulsions surviennent le plus fréquemment à la suite de l'introduction d'un traitement par agonistes dopaminergiques et disparaissent à l'arrêt dudit traitement. Ces TCI n'étant pas toujours rapportés à l'équipe médicale et parfois cachés aux proches les plus intimes, le malade peut rapidement être endetté et ainsi se voir imposer une tutelle ou une curatelle, divorcer, voire être emprisonné notamment à la suite d'agression sexuelle. Ces comportements étant rarement rapportés spontanément, il est capital de les interroger systématiquement, permettant dès lors d'adapter le traitement antiparkinsonien au plus vite.

Enfin, des perturbations émotionnelles spécifiques à la MP sont remarquées. Elles concernent aussi bien l'expression que la perception des émotions. L'expression motrice du patient, à travers les mouvements de son visage, de ses membres ou de sa posture est modifiée. Son visage est amimique, son corps plus rigide. Le vécu subjectif des émotions est perturbé en raison d'une dérégulation de l'arousal, c'est-à-dire des activations physiologiques associées aux différents états émotionnels. Sans un retour physiologique fiable de son propre ressenti l'alexithymie s'installe chez 21 à 23,8 % des patients n'ayant encore jamais eu de traitement antiparkinsonien (Assogna et al., 2016). Un moyen d'estimer ce symptôme est l'utilisation de la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, traduite par Loas, Fremaux et Marchand, 1995). La reconnaissance de l'émotion de l'autre est aussi perturbée. Le signal émotionnel transmis par l'autre et reçu par le malade est traité plus grossièrement, rendant difficile la reconnaissance et l'interprétation juste de l'émotion. La reconnaissance de l'expression faciale est probablement

la perturbation émotionnelle la mieux identifiée puisque la plus étudiée (pour revue, Argaud et al., 2018). Les expressions faciales à valence émotionnelle négative comme la peur apparaissent les moins reconnues. Néanmoins, les visages à valence négative sont de loin les plus fréquemment testés. Dans une étude récente, un lien a été démontré entre la réduction de la reconnaissance des émotions exprimées par des visages et l'amimie des patients (Argaud et al., 2016). La reconnaissance efficiente des émotions nécessite, du moins en partie, que nous la vivions et l'exprimions. Si les muscles de notre visage ne répondent plus, l'identification des expressions d'autrui n'est plus facilitée. La perturbation de la reconnaissance émotionnelle n'est pas limitée aux visages mais s'étend aussi à la reconnaissance de la prosodie. Là encore, la reconnaissance de l'expression, par la voix, d'émotions à valence négative comme la colère apparaît particulièrement perturbée dans la MP (Péron et al., 2013). Le système émotionnel étant davantage porté par les réseaux cortico-sous-corticaux limbiques de l'hémisphère droit, les patients présentant une atteinte motrice de l'hémicorps gauche sont les plus à risque de présenter des perturbations émotion-



La reconnaissance de l'expression faciale est probablement la perturbation émotionnelle la mieux identifiée puisque la plus étudiée.



nelles. L'ensemble de ces modifications émotionnelles est accentué avec l'évolution de la maladie et ont un fort impact sur le patient et l'entourage de par le manque de synchronie qu'elles induisent.

Les perturbations émotionnelles occasionnées par la MP sont ainsi multiples et peuvent être aussi bien interprétées comme les conséquences indirectes d'une perte de contrôle de la motricité et de la cognition conduisant à une réduction de l'autonomie, qu'à une modification fonctionnelle directe du système limbique occasionnée par la maladie ou les traitements proposés pour la contrôler. Ces perturbations étant fréquentes, il est important de les considérer et d'en discuter avec nos patients.

Bibliographie

- Ardouin, C., Chéreau, I., Llorca, P.-M., Lhommée, E., Durif, F., Pollak, P. et le groupe évaluation comportementale de la maladie de Parkinson (2009). Assessment of hyper- and hypodopaminergic behaviors in Parkinson's disease. *Revue Neurologique*, 165(11), 845–856. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2009.06.003>
- Argaud, S., Delplanque, S., Houvenaghel, J.-F., Auffret, M., Duprez, J., Vérin, M., Grandjean, D. et Sauleau, P. (2016). Does facial amimia impact the recognition of facial emotions? An EMG study in Parkinson's disease. *PLoS One*, 11(7), e0160329.
- Argaud, S., Vérin, M., Sauleau, P. et Grandjean, D. (2018). Facial emotion recognition in Parkinson's disease: A review and new hypotheses. *Movement Disorders*, 33(4), 554-567.
- Assogna, F., Cravello, L., Orfei, M. D., Cellupica, N., Caltagirone, C. et Spalletta, G. (2016). Alexithymia in Parkinson's disease: A systematic review of the literature. *Parkinsonism & Related Disorders*, 28, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.03.021>
- Defebvre, L. et Vérin, M. (2015). *La maladie de Parkinson* (3^e édition). Paris, France: Elsevier Masson.
- Dujardin, K., Auzou, N., Lhommée, E., Czernecki, V., Dubois, B., Fradet, A., ..., et Rascol, O. (2016). French consensus procedure for assessing cognitive function in Parkinson's disease. *Revue Neurologique*, 172(11), 696-702. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2016.05.001>
- Dujardin, K., Moonen, A. J., Behal, H., Defebvre, L., Duhamel, A., Duits, A. A., Plomhause, L., Tard, C. et Leentjens, A. F. G. (2015). Cognitive disorders in Parkinson's disease: Confirmation of a spectrum of severity. *Parkinsonism & Related Disorders*, 21(11), 1299-1305. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2015.08.032>
- Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y. et Dubois, B. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22(12), 1689-1707. <https://doi.org/10.1002/mds.21507>
- Houvenaghel, J.-F., Drapier, S., Duprez, J., Robert, G. H., Riou, A., Drapier, D. et Vérin, M. (2018). Effects of continuous subcutaneous apomorphine infusion in Parkinson's disease without cognitive impairment on motor, cognitive, psychiatric symptoms and quality of life. *Journal of the Neurological Sciences*, 395, 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2018.10.010>
- Houvenaghel, J.-F., Le Jeune, F., Dondaine, T., Esquevin, A., Robert, G. H., Péron, J. et Sauleau, P. (2015). Reduced Verbal Fluency following Subthalamic Deep Brain Stimulation: A Frontal-Related Cognitive Deficit? *PLoS One*, 10(10), e0140083. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140083>
- Leentjens, A. F., Dujardin, K., Pontone, G. M., Starkstein, S. E., Weintraub, D. et Martinez-Martin, P. (2014). The Parkinson Anxiety Scale (PAS): development and validation of a new anxiety scale. *Movement Disorders*, 29(8), 1035-1043. <https://doi.org/10.1002/mds.25919>
- Litvan, I., Goldman, J. G., Tröster, A. I., Schmand, B. A., Weintraub, D., Petersen, R. C. et Emre, M. (2012). Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement Disorder Society Task Force guidelines. *Movement Disorders*, 27(3), 349-356. <https://doi.org/10.1002/mds.24893>
- Loas, G., Fremaux, D. et Marchand, M. P. (1995). Factorial Analysis and Internal Consistency of the French Version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)-Study on 183 Healthy-Subjects. *Encephale-revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 21(2), 117-122.
- Péron, J., Frühholz, S., Vérin, M. et Grandjean, D. (2013). Subthalamic nucleus: a key structure for emotional component synchronization in humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(3), 358–373. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.001>
- Roussel, M., Lhommée, E., Narme, P., Czernecki, V., Gall, D. L., Krystkowiak, P. et group, on behalf of the G. study. (2017). Dysexecutive syndrome in Parkinson's disease: the GREFEX study. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 24(5), 496-507. <https://doi.org/10.1080/13825585.2016.1226248>

Sockeel, P., Dujardin, K., Devos, D., Denève, C., Destée, A. et Defebvre, L. (2006). The Lille apathy rating scale (LARS), a new instrument for detecting and quantifying apathy: validation in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(5), 579-584. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.075929>

Weintraub, D., Hoops, S., Shea, J. A., Lyons, K. E., Pahwa, R., Driver-Dunckley, E. D. et Voon, V. (2009). Validation of the questionnaire for impulsive-compulsive disorders in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 24(10), 1461-1467. <https://doi.org/10.1002/mds.22571>

Williams-Gray, C. H., Mason, S. L., Evans, J. R., Foltynie, T., Brayne, C., Robbins, T. W. et Barker, R. A. (2013). The CamPaIGN study of Parkinson's disease: 10-year outlook in an incident population-based cohort. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 84(11), 1258-1264. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-305277>

Implication du cervelet dans la reconnaissance vocale des émotions : la spécificité des émotions négatives ?

Marine THOMASSON

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie,
Docteure en psychologie, Laboratoire de
Neuropsychologie Clinique et Expérimentale,
Faculté de Psychologie et des Sciences de
l'Éducation, Université de Genève,
40 bd du Pont d'Arve, 1205, Genève ;
Unité de neuropsychologie clinique,
Service de Neurologie, Hôpitaux Universitaires
de Genève, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4,
1205 Genève, Suisse

Julie PERON

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie,
Docteure en psychologie, Laboratoire de
Neuropsychologie Clinique et Expérimentale,
Faculté de Psychologie et des Sciences
de l'Éducation, Université de Genève,
40 bd du Pont d'Arve, 1205, Genève, Suisse ;
Unité de neuropsychologie clinique,
Service de Neurologie, Hôpitaux Universitaires
de Genève, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4,
1205 Genève, Suisse

Mots-clés

- Cervelet
- Émotions
- Prosodie

Conflits d'intérêts

Les autrices ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Ce travail est financé par le Fonds National Suisse (Investigatrice principale : Dr Julie Péron, Fonds N° 105314_182221)

Pour citer cet article

Thomasson, M. et Peron, J. (2019). Implication du cervelet dans la reconnaissance vocale des émotions : la spécificité des émotions négatives ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 48-53.

Contact

Julie PERON

julie.peron@unige.ch

ABRÉVIATIONS

CCAS: Syndrome Cérébelleux Cognitif et Affectif; STS: Sulcus Temporal Supérieur; HD: Hémisphère Droit; HG: Hémisphère Gauche; AVC: Accident Vasculaire Cérébral; VLSM: Voxel-based Lesion-Symptom Mapping; IRMf: Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle

Note des auteurs: Le masculin est utilisé au sens générique; il désigne tant les femmes que les hommes.

INTRODUCTION

Les pathologies cérébrales sont très peu étudiées lorsqu'il s'agit de trouble de la reconnaissance des émotions. Pourtant, de nombreuses études ont pu montrer que des lésions causées par un accident vasculaire cérébral (AVC) influencent la capacité des patients à percevoir les émotions dans un contexte social. Ces patients sont moins performants dans le décodage des indices non verbaux véhiculant l'état émotionnel (Eslinger, Parkinson et Shamay, 2002). Des études en neuroimagerie et neuroanatomiques mentionnent plusieurs régions corticales et sous corticales comme faisant partie d'un réseau impliqué dans le traitement des émotions (Wager et al., 2008). Certaines soulignent l'intégration fonctionnelle du cervelet dans ce réseau.

Lors du Congrès National de Neuropsychologie Clinique 3^e édition (Amiens, 2018), nous avons présenté les résultats de notre étude investiguant le rôle du cervelet dans la reconnaissance de la prosodie émotionnelle auprès de patients ayant été victimes d'un accident vasculaire du cervelet. Des suggestions avaient été faites sur un possible lien entre les résultats obtenus et la présence d'un trouble anxieux. Il semble donc pertinent de s'intéresser aux aspects comportementaux et thymiques chez ces patients mais aussi au rôle du cervelet dans le traitement des émotions négatives.

L'IMPLICATION DU CERVELET DANS LE TRAITEMENT DES ÉMOTIONS: UN SUJET MARGINALISÉ

Sur la base de plusieurs observations cliniques datant du XIX^e siècle, Combette (1831) mentionnait déjà la présence de paramètres comportementaux, émotionnels et sociaux perturbés chez des patients avec atrophie ou dégénérescence cérébelleuse.

L'hypothèse d'une possible implication du cervelet dans les processus émotionnels s'est renforcée au fil des années, notamment grâce aux investigations de Schmahmann et Sherman. Ces deux auteurs mentionnent pour la première fois en 1998 l'existence du syndrome dit «cérébelleux cognitif et affectif (CCAS)». Les personnes atteintes du CCAS présentent, en plus de changement au niveau de la personnalité, des troubles des fonctions exécutives, des capacités affaiblies en cognition spatiale et des difficultés linguistiques. Des liens sont alors établis entre un dysfonctionnement du cervelet et les manifestations de nombreux troubles mentaux et affectifs comme la schizophrénie, le Trouble du Déficit de l'Attention avec/ou sans Hyperactivité ou encore l'autisme (Villanueva, 2012).

En parallèle de ces observations cliniques, des études neuroanatomiques ont permis de montrer que le cervelet entretenait des liens très étroits avec des régions corticales et sous corticales, elles-mêmes impliquées dans le traitement des émotions. Schmahmann et Pandya (1997) décrivent un circuit cérébro-cérébelleux dans lequel la voie corticopontine véhicule les informations associatives, paralimbiques, sensorielles et motrices du cortex cérébral jusqu'aux neurones dans le pont ventral. Bostan et Strick (2010) ont quant à eux réussi, grâce à une injection de la souche N2c du virus de la rage dans une région localisée du putamen chez deux singes, à démontrer l'existence d'une projection disynaptique allant du cervelet vers les noyaux gris centraux ainsi qu'une projection réciproque des noyaux gris centraux vers le cervelet. Ceci semble d'autant plus intéressant lorsqu'on prend connaissance des perturbations dans la reconnaissance des émotions (en modalité faciale et vocale) survenant suite à la stimulation cérébrale profonde du noyau subthalamique dans la maladie de Parkinson (Péron et al., 2010).

LA CONTRIBUTION CÉRÉBELLEUSE DANS LA RECONNAISSANCE VOCALE DES ÉMOTIONS

Plusieurs études ont pu démontrer une altération de la reconnaissance des expressions faciales



Les personnes atteintes du CCAS présentent, en plus de changement au niveau de la personnalité, des troubles des fonctions exécutives, des capacités affaiblies en cognition spatiale et des difficultés linguistiques.



chez les personnes atteintes d'ataxie spinocérébelleuse (D'Agata et al., 2011) et même chez des participants sains en faisant usage de la stimulation magnétique transcrânienne pour inhiber la fonction cérébelleuse (Ferrucci et al., 2012). En revanche, les travaux investiguant la perception des émotions vocales chez les patients présentant des lésions focales du cervelet sont très peu nombreux. Une première étude menée chez 15 patients présentant une lésion cérébelleuse, montre que leur prosodie émotionnelle est altérée, en plus de la reconnaissance de l'expression émotionnelle du visage (Adamaszek et al., 2014). Une autre recherche, dirigée par l'équipe d'Heilman (Heilman, Leon, Burtis, Ashizawa et Subramony, 2014) rapporte des résultats contradictoires chez un patient atteint d'ataxie progressive. Aucune difficulté dans la reconnaissance des émotions n'est identifiée, en revanche la production de ces dernières est totalement altérée. Ce manque de consistance dans les résultats pourrait notamment reposer sur la différence de méthodologie de ces deux études et les nombreux biais qu'elles contiennent (biais de catégorisation, nombre de stimuli faible). La nécessité de poursuivre la recherche pour définir le rôle du cervelet dans la reconnaissance de la prosodie émotionnelle et plus généralement des émotions, semble être une évidence. Cela paraît d'autant plus pertinent que la lit-

térature montre que le cervelet serait une structure qui fournirait au système sensoriel, les connexions nécessaires pour extraire l'information temporelle (Konoike et al., 2012). Or le modèle de traitement de la prosodie émotionnelle de Schirmer et Kotz (2006) montre une première étape qui consiste en l'extraction de l'information acoustique supra-segmentaire (ou plus simplement dit un traitement sensoriel) qui implique le cortex auditif primaire et le sulcus temporal supérieur (STS). L'hémisphère droit (HD) se référant plus aux hautes résolutions temporelles tandis que le gauche concerne les basses résolutions. Le cervelet n'est pas mentionné parmi les structures impliquées dans ce modèle mais serait susceptible d'y trouver sa place.

MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS DE NOTRE RECHERCHE

Dans le cadre de notre étude, la reconnaissance de la prosodie émotionnelle a été investiguée chez 15 patients avec AVC ischémique cérébelleux à l'aide d'une tâche validée. Le participant, muni d'un ordinateur et d'un casque audio, a évalué à l'aide de six échelles de jugements continus (colère, peur, joie, tristesse, neutre, surprise), à quel point les énoncés sans signification écoutés exprimaient des émotions. Quatre prosodies émotionnelles différentes

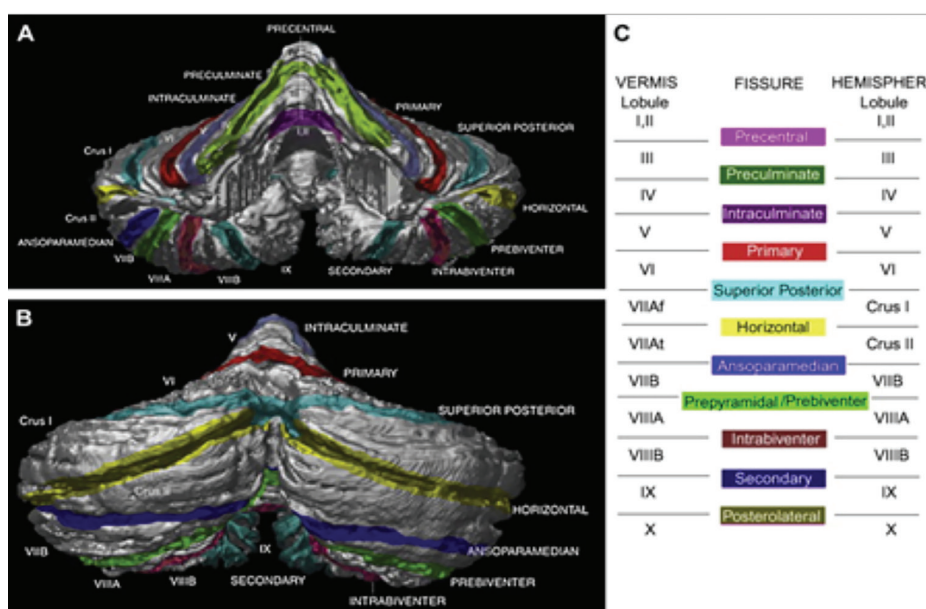


Figure 1. Reconstructions 3D à partir d'images IRM des surfaces externes du cervelet

Les fissures qui délimitent les lobules sont identifiées par différentes couleurs dans la vue antérieure (A) et la vue postérieure (B). Le tableau (C) indique les relations entre les lobules dans le vermis et dans les hémisphères (issue de Stoodley et Schmahmann, 2010).

(colère, peur, joie, tristesse) et une condition neutre ont été utilisées. Les performances des patients ont été comparées à celle de participants sains (N = 15) appariés pour l'âge, le sexe, le niveau socio-culturel et la latéralité manuelle. Des tests investiguant les fonctions motrices (ataxie) et neuropsychologiques (langage, praxies, gnosies, mémoires, fonctions exécutives) ainsi que l'humeur (dépression, anxiété, alexithymie, apathie) ont été administrés. Les corrélations anatomo-cliniques ont été explorées avec la méthode Voxel-based Lesion-Symptom Mapping (VLSM).

Concernant la tâche de reconnaissance de la prosodie émotionnelle, les patients avec lésion cérébelleuse montraient des performances déficitaires par rapport au groupe contrôle. Plus particulièrement, les patients, comparés aux participants sains, attribuaient significativement plus de surprise à l'écoute d'une prosodie de peur. Les analyses VLSM ont montré que cette mauvaise attribution corrélait avec des lésions situées dans les lobules VIIb, VIII et IX de l'hémisphère cérébelleux droit (voir Figure 1 pour un aperçu de l'organisation du cervelet en 10 lobules).

Les résultats ont montré que certains patients présentaient des signes de dépression modérée à sévère, une alexithymie et des déficits pour les fluences catégorielles. Cependant, des analyses bayésiennes ont permis de mettre en évidence que ces scores n'expliquaient pas les performances des patients pour la tâche de reconnaissance de prosodie émotionnelle.

Les structures cérébelleuses lésées, identifiées comme étant en lien avec les mauvaises attributions des patients sur l'échelle de surprise suite à l'écoute d'une prosodie de peur, ont précédemment été mentionné dans la littérature scientifique. L'hémisphère

droit du cervelet serait impliqué dans la discrimination du pitch et le lobule VII aiderait à la discrimination du rythme (Konoike et al., 2012). Ceci semble très pertinent étant donné que les stimuli vocaux que nous avons utilisés reposent sur la modification de plusieurs paramètres acoustiques comme l'amplitude ou encore la fréquence fondamentale ou *F0*.

Plus intéressant encore, l'étude de Schraa-Tam et al. (2012) révèle des activations dans les structures postérieures du cervelet (Crus II, lobules VI, VIIa, VIII et IV) lors de présentation d'expressions faciales négatives. Plusieurs études font état d'une implication cérébelleuse dans la reconnaissance et la transmission d'information issue des émotions négatives, comme la colère ou la peur, afin de produire un comportement adaptatif (Moulton et al., 2011).

LE « PETIT CERVEAU » : UN SPÉCIALISTE DU TRAITEMENT DES ÉMOTIONS NÉGATIVES ?

Très précocement, dans les années 1970, une première étude a fait le lien entre cervelet et émotions négatives. Des neurochirurgiens, ayant pour but de tester une nouvelle procédure thérapeutique pour le soulagement de l'hypertonie, ont stimulé électriquement le noyau dentelé et le pédoncule supérieur d'un patient (Nashold et Slaughter, 1969). Ce dernier a fait part de sentiment désagréable et de peur lors de la stimulation.

Plus tard, d'autres recherches cliniques et de neuroimagerie, sont venues renforcer cette hypothèse de contribution cérébelleuse dans le traitement des émotions négatives. Baumann et Mattingley (2012) ont supposé qu'il existerait une ségrégation fonctionnelle des émotions de base au sein même du cervelet. Des chevauchements d'activation dans

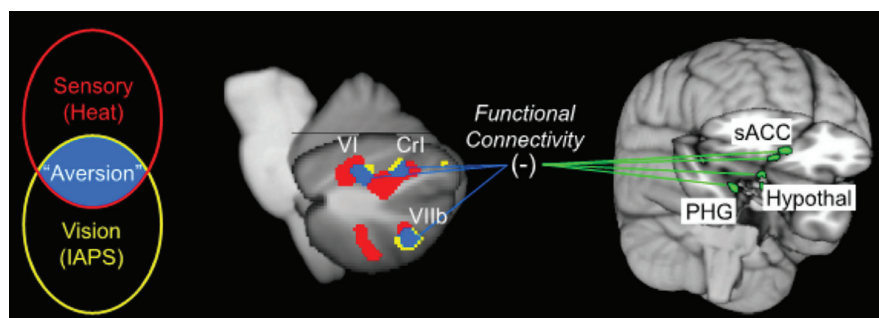



Figure 2. Modèle schématique des réseaux cortico-cérébelleux spécifiques activés (en IRMf) lors de la présentation de stimuli aversifs (en rouge) et d'images à valence négative (en jaune) (issue de Moulton et al., 2011)

le vermis et le paravermis de l'hémisphère cérébelleux droit ont été trouvés chez des participants sains, durant le traitement des émotions de peur et de colère. Les auteurs rappellent de manière intéressante que ces deux émotions sont toutes deux provoquées par des signaux de menace. Ils formulent alors l'hypothèse de l'existence d'un réseau neuronal dans lequel le cervelet serait impliqué et qui faciliterait le traitement de stimuli menaçants en permettant une réponse adaptative de « combat-fuite ». Moulton et al. (2011) suggèrent eux aussi l'existence d'un réseau cortico-cérébelleux complexe spécifique aux stimuli aversifs avec notamment une connectivité fonctionnelle entre le cervelet et des structures corticales supposément impliquées dans le traitement d'émotions à valence négative (le cortex cingulaire antérieur, l'hypothalamus ou encore le gyrus parahippocampal) (voir Figure 2). Cette théorie dite « adaptative » prend également tout son sens lorsque Ferrucci et al. (2012) montrent qu'une stimulation transcraniale à courant direct sur le cervelet améliore le traitement des expressions faciales négatives. De plus, le cervelet serait impliqué dans le conditionnement de peur et ceci pourrait notamment s'expliquer par ses connexions avec l'amygdale. Le blocage de la partie baso-latérale de l'amygdale (une structure importante pour le conditionnement de peur) empêche la plasticité liée à l'apprentissage dans le vermis (Adamaszek et al., 2017).

 Ainsi, une lésion cérébelleuse, entraînant une sous activation des aires corticales droites, pourrait par conséquent provoquer d'importants problèmes de régulation des émotions.



Lupo et al. (2015) ont démontré que, chez des participants sains, une augmentation de la vitesse moyenne du débit sanguin dans l'artère cérébrale moyenne droite était observée suite au traitement de stimuli émotionnels négatifs. Cette augmentation accrue de sang étant absente chez les patients présentant des lésions cérébelleuses, les auteurs ont suggéré que des lésions du cervelet induisaient

des déficits spécifiques dans l'activation des aires corticales droites. Au regard du modèle théorique de Shobe, le transfert inter-hémisphérique via le corps calleux est très important pour le traitement des émotions négatives. L'hémisphère droit serait responsable de l'identification et la compréhension des émotions alors que l'hémisphère gauche serait impliqué dans la régulation des émotions grâce à un traitement de plus haut niveau. Ainsi, une lésion cérébelleuse, entraînant une sous activation des aires corticales droites, pourrait par conséquent provoquer d'importants problèmes de régulation des émotions. Ceci peut être mis en lien avec des observations cliniques puisque des symptômes de dépression, d'apathie ou encore d'émoussement des affects ont souvent été observés chez les patients présentant un dysfonctionnement du cervelet (Adamaszek et al., 2017).

CONCLUSION

Des recherches futures sont indispensables pour définir de manière plus précise le rôle du cervelet dans la reconnaissance de la prosodie émotionnelle, et plus largement dans le traitement des émotions. L'importance se fait notamment ressentir dans notre pratique clinique puisque souvent, les symptômes émotionnels sont la principale plainte des patients avec lésion cérébelleuse (Annoni, Ptak, Caldara-Schnetzler, Khateb et Pollerman, 2003). Les patients mentionnent ou bien une certaine indifférence affective notamment lorsqu'il s'agit de considérer l'état émotionnel de leurs proches ou bien une hyperémotivité apparue à la suite de l'affection cérébelleuse. Un déficit dans le traitement des émotions est susceptible de générer des troubles dans la cognition sociale et d'induire une souffrance voire même des symptômes dépressifs. Le développement de prises en charge spécifiques axées sur la reconnaissance des émotions chez les personnes ayant été victimes d'accident vasculaire cérébral amenant à des lésions focales du cervelet semble nécessaire afin d'optimiser leur re-intégration sociale et améliorer leur qualité de vie.

Bibliographie

Adamaszek, M., D'Agata, F., Ferrucci, R., Habas, C., Keulen, S., Kirkby, K. C., Leggio, M., Mariën, P., Molinari, M., Moulton, E., Orsi, L., Van Overwalle, F. Papadelis, C., Priori, A., Sacchetti, B., Schutter, D. J., Styliadis, C. et Verhoeven, J., (2017). Consensus paper: cerebellum and emotion. *The Cerebellum*, 16(2), 552-576.

- Adamaszek, M., D'Agata, F., Kirkby, K. C., Trenner, M. U., Sehm, B., Steele, C. J., Berneiser, J. et Strecker, K. (2014). Impairment of emotional facial expression and prosody discrimination due to ischemic cerebellar lesions. *The Cerebellum*, 13(3), 338-345.
- Annoni, J. M., Ptak, R., Caldara-Schnetzer, A. S., Khateb, A. et Pollermann, B. Z. (2003). Decoupling of autonomic and cognitive emotional reactions after cerebellar stroke. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 53(5), 654-658.
- Baumann, O. et Mattingley, J. B. (2012). Functional topography of primary emotion processing in the human cerebellum. *NeuroImage*, 61(4), 805-811.
- Bostan, A. C. et Strick, P. L. (2010). The cerebellum and basal ganglia are interconnected. *Neuropsychology Review*, 20(3), 261-270.
- Combettes, M. (1831). Absence complète du cervelet, des pédoncules postérieurs et de la protubérance cérébrale chez une jeune fille morte dans sa onzième année. *Bull Soc Anat Paris*, 5, 10.
- D'Agata, F., Caroppo, P., Baudino, B., Caglio, M., Croce, M., Bergui, M., Tamietto, M., Mortara, P. et Orsi, L. (2011). The recognition of facial emotions in spinocerebellar ataxia patients. *The Cerebellum*, 10(3), 600-610.
- Eslinger, P. J., Parkinson, K. et Shamay, S. G. (2002). Empathy and social-emotional factors in recovery from stroke. *Current opinion in Neurology*, 15(1), 91-97.
- Ferrucci, R., Giannicola, G., Rosa, M., Fumagalli, M., Boggio, P. S., Hallett, M., Zago, S. et Priori, A. (2012). Cerebellum and processing of negative facial emotions: cerebellar transcranial DC stimulation specifically enhances the emotional recognition of facial anger and sadness. *Cognition & Emotion*, 26(5), 786-799.
- Heilman, K. M., Leon, S. A., Burtis, D. B., Ashizawa, T. et Subramony, S. H. (2014). Affective communication deficits associated with cerebellar degeneration. *Neurocase*, 20(1), 18-26.
- Konoike, N., Kotozaki, Y., Miyachi, S., Miyauchi, C. M., Yomogida, Y., Akimoto, Y., Kuraoka, K., Sugiura, M., Kawashima, R. et Nakamura, K. (2012). Rhythm information represented in the fronto-parieto-cerebellar motor system. *Neuroimage*, 63(1), 328-338.
- Lupo, M., Troisi, E., Chiricozzi, F. R., Clausi, S., Molinari, M. et Leggio, M. (2015). Inability to process negative emotions in cerebellar damage: a functional transcranial Doppler sonographic study. *The Cerebellum*, 14(6), 663-669.
- Moulton, E. A., Elman, I., Pendse, G., Schmahmann, J., Becerra, L. et Borsook, D. (2011). Aversion-related circuitry in the cerebellum: responses to noxious heat and unpleasant images. *Journal of Neuroscience*, 31(10), 3795-3804.
- Nashold Jr, B. S. et Slaughter, D. G. (1969). Effects of stimulating or destroying the deep cerebellar regions in man. *Journal of Neurosurgery*, 31(2), 172-186.
- Péron, J., Grandjean, D., Le Jeune, F., Sauleau, P., Haegelen, C., Drapier, D., Rouaud, T., Drapier, S. et Vérin, M. (2010). Recognition of emotional prosody is altered after subthalamic nucleus deep brain stimulation in Parkinson's disease. *Neuropsychologia*, 48(4), 1053-1062.
- Schirmer, A. et Kotz, S. A. (2006). Beyond the right hemisphere: brain mechanisms mediating vocal emotional processing. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(1), 24-30.
- Schmahmann, J. D. et Sherman, J. C. (1998). The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain: a journal of Neurology*, 121(4), 561-579.
- Schmahmann, J. D. et Pandya, D. N. (1997). The cerebrocerebellar system. *International review of neurobiology*, 41, 31-60. Academic Press.
- Schraa-Tam, C. K., Rietdijk, W. J., Verbeke, W. J., Dietvorst, R. C., Van Den Berg, W. E., Bagozzi, R. P. et De Zeeuw, C. I. (2012). fMRI activities in the emotional cerebellum: a preference for negative stimuli and goal-directed behavior. *The Cerebellum*, 11(1), 233-245.
- Stoodley, C. J. et Schmahmann, J. D. (2010). Evidence for topographic organization in the cerebellum of motor control versus cognitive and affective processing. *Cortex*, 46(7), 831-844.
- Villanueva, R. (2012). The cerebellum and neuropsychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 198(3), 527-532.
- Wager, T. D., Barrett, L. F., Bliss-Moreau, E., Lindquist, K., Duncan, S., Kober, H., Joseph, J., Davidson, M. et Mize, J. (2008). The neuroimaging of emotion. *Handbook of Emotions*, 3, 249-271.

Étude de cas : paramnésie reduplicative dans les suites d'un traumatisme crânio-cérébral

François RADIGUER

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
Département anesthésie réanimation,
CHU Bicêtre, AP-HP, le Kremlin-Bicêtre (94),
France ; Membre du Comité d'Édition
et de Rédaction des Cahiers
de Neuropsychologie Clinique

Henri LENOIR

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
Université Paris Descartes, Boulogne Billancourt
(92), France.

Dr Anne-Claire DE CROUY

Docteur en médecine, médecin de Médecine
Physique et de Réadaptation (MPR),
département anesthésie réanimation,
CHU Bicêtre, APHP, le Kremlin Bicêtre (94),
France.

Dr Catherine RACT

Docteur en médecine, médecin
anesthésiste-réanimateur, département
anesthésie réanimation, CHU Bicêtre, APHP,
le Kremlin Bicêtre (94), France.

Dr Bernard VIGUE

Docteur en médecine et Docteur en Sciences,
médecin anesthésiste-réanimateur,
département anesthésie réanimation,
CHU Bicêtre, APHP, le Kremlin Bicêtre (94), France.

Ingrid VOEGLIN

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Centre de Rééducation Fonctionnelle des Champs Élysées,
Evry (91), France.

Caroline BOURDON

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Centre de Rééducation Fonctionnelle des Champs Élysées,
Evry (91), France.

Pr Jacques DURANTEAU

Docteur en médecine et Docteur en Sciences,
médecin anesthésiste-réanimateur,
département anesthésie réanimation,
CHU Bicêtre, APHP, le Kremlin Bicêtre (94), France.

Contact

François RADIGUER

francois.radiguer@aphp.fr

Mots-clés

- Paramnésie reduplicative
- traumatisme crânien
- Étude de cas

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Radiguer, F., Lenoir, H., De Crouy A.-C., Ract, C., Voegtlin, I., Bourdon, C. et Duranteau, J. (2019). Étude de cas : paramnésie reduplicative dans les suites d'un traumatisme crânio-cérébral. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 54-60.

INTRODUCTION

Cette étude de cas a débuté par une observation déroutante d'un patient, qui a donné lieu à des échanges sur le forum de l'OFPN. Plusieurs collègues semblaient reconnaître, dans les symptômes décrits, un syndrome dont le nom nous était inconnu : la paramnésie reduplicative. Un nom inhabituel, un syndrome spectaculaire, il y avait là l'occasion de travailler.

Le terme paramnésie reduplicative a été inventé en 1903, à l'hôpital de Prague, par le Pr Arnold Pick à l'occasion de la description d'une femme de 67 ans, qui présentait la particularité de se savoir dans le bon hôpital, mais se croyait fermement

dans une ville différente, dans le cadre d'une vraisemblable maladie neurodégénérative. La patiente avait une tendance étonnante à rationaliser tous les arguments qui lui étaient avancés (Encadré 1).

Par la suite, la littérature fut assez avare en descriptions de cas similaires, mais Benson, en 1976, rapporte trois cas de paramnésies reduplicatives, avec des symptomatologies comparables (Encadré 2). Cette publication dans la revue *Neurology* donne la première tentative d'explication cognitive : selon les auteurs, il s'agirait d'un mauvais encodage spatial en lien avec une lésion de l'hémisphère droit, associé à une absence de la détection de l'incongruité due au dysfonctionnement frontal (Benson, Gardner et Meadows, 1976).

ENCADRÉ 1.

(trad.) « *Lorsqu'on lui demanda [...] comment il se faisait que l'hôpital tout entier, ainsi que les patients, fut à K., elle répondit que le médecin l'avait ainsi arrangé* »

(trad.) « *Interrogée par l'auteur s'il y avait deux Professeurs du même nom, elle dit "c'est le même"; et ajouta, en souriant, "vous êtes partout" »*

ENCADRÉ 2.

(trad.) « *Après de plus amples questions, il reconnaissait que Jamaica Plain était localisé à Boston et admettait que c'était étrange qu'il y ait deux Jamaica Plain Veterans Hospitals au même endroit. Néanmoins, il maintenait être hospitalisé dans une partie du Jamaica Plain Veterans Hospital localisée à Taunton. A un moment donné, il expliquait même que l'hôpital se trouvait dans la chambre d'ami de sa maison* »

Les revues de littérature existantes nous apprennent que la paramnésie reduplicative a une origine plutôt organique que psychiatrique (Flemminger et Burns, 1993), avec 75 % des patients pour lesquels l'origine organique est clairement définie. Par ailleurs, selon Hakim et al. (1988), 8 % des patients souffrant d'alcoolisme chronique présenteraient une paramnésie reduplicative. Du côté des corrélations anatomo-cliniques, la revue de littérature de Devinsky (2009) montre qu'une lésion frontale est nécessaire, et parfois suffisante, à la survenue de ce syndrome, et que la lésion est plutôt latéralisée à droite (52 % parmi les 69 patients d'une revue) ou bilatérale (41 %). Enfin, les troubles cognitifs associés concernent généralement des troubles exécutifs cognitifs et comportementaux, des difficultés

mnésiques épisodiques, et de façon moins systématique, des troubles visuospatiaux et attentionnels (Darby et Prasad, 2016).

La paramnésie reduplicative est classée dans les délires d'identification (Joseph, 1986), parmi lesquels le plus connu est probablement le syndrome de Capgras : un trouble de l'identification des personnes familières se manifestant par une négation de leur identité et la conviction délirante qu'elles ont été remplacées par un double. Un autre délire d'identification décrit est le syndrome de Frégoli, dans lequel le sujet est persuadé d'être poursuivi et harcelé par un individu qui change fréquemment d'apparence. L'intermétamorphose consiste à croire qu'une personne a changé à la fois d'apparence et de person-

nalité. Enfin, dans les doubles de soi, des personnes étrangères sont perçues comme étant soi-même.

On voit donc ici qu'il y a une certaine dissociation entre la paramnésie reduplicative qui concerne une fausse conviction géographique, et l'ensemble des autres délires d'identification qui portent sur des identifications de personnes. Toutefois un rapprochement théorique est souvent effectué entre le syndrome de Capgras et la paramnésie reduplicative : cette dernière est parfois appelée un « Capgras des lieux », dans le sens où l'identification perceptive est bien préservée, mais associée à une fausse croyance concernant l'identité intrinsèque de l'objet perçu (Devinsky, 2009 ; Politis, 2012).

Il y a une certaine dissociation entre la paramnésie reduplicative qui concerne une fausse conviction géographique, et l'ensemble des autres délires d'identification qui portent sur des identifications de personnes.

Ellis et Lewis (2001) ont proposé un modèle anatomo-fonctionnel du syndrome de Capgras : dans l'hémisphère droit, à partir des aires visuelles, un réseau occipito-temporal, inférieur, est chargé de l'identification du visage ; un réseau occipito-pariétal, supérieur, serait chargé de la perception de la familiarité de ce visage ; enfin, les deux réseaux se rejoignent dans les régions frontales (en ventral) pour l'intégration de ces informations. On voit bien ici le

réseau inférieur passant par le gyrus fusiforme droit, dont la lésion résulte en une prosopagnosie, puis l'amygdale. Le syndrome de Capgras serait consécutif à une atteinte du réseau supérieur (sulcus temporal supérieur, lobule pariétal inférieur), selon Ellis et Lewis : le sujet identifie le visage, mais considère que la personne est quelqu'un d'autre en raison du trouble de la familiarité. Naccache (2011) ajoute l'importance du dysfonctionnement de « l'évaluateur de croyance » qui se situerait dans le lobe frontal, dysfonctionnement qui fait que le patient ne perçoit pas la contradiction. Enfin, l'ambiguïté serait résolue par l'hémisphère gauche qui construit un raisonnement aberrant (masque, alien...).

La paramnésie reduplicative est-elle vraiment un Capgras des lieux ?

ÉTUDE DE CAS : MONSIEUR BI

À l'hôpital Bicêtre, nous avons reçu en réanimation chirurgicale Monsieur BI, un homme de 71 ans, ingénieur retraité vivant de façon autonome à domicile, dans le cadre de sa prise en charge pour la chute d'une échelle (2,5m environ) entraînant un traumatisme crânien (TC). Le TC est modéré d'après le degré d'altération de la conscience (Glasgow Coma Score initial à 11/15), mais grave au regard des lésions cérébrales observées sur le scanner initial : hémorragie méningée des sillons corticaux bi-frontaux, et importants foyers d'hémorragie intraparenchymateuse bi-frontale (Figure 1, IRM à deux mois de l'accident).

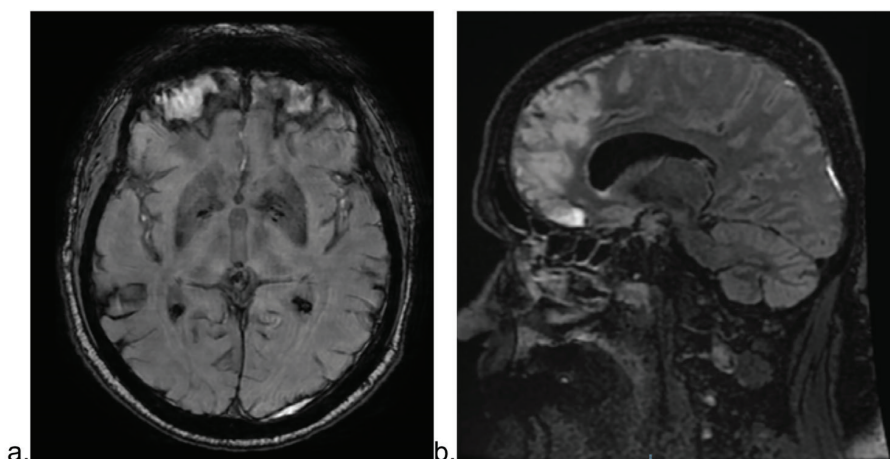


Figure 1. Images d'IRM de Monsieur BI pratiquées à deux mois post-traumatique

L'image de gauche (a) est une coupe axiale (séquence T2 SWAN) montrant les lésions bifrontales plus marquées dans l'hémisphère droit (à gauche sur la coupe). L'image de droite (b) est une coupe sagittale (séquence T2 FLAIR) montrant l'étendue des lésions du lobe frontal droit.

ENCADRÉ 3.

« Monsieur BI, vous voyez bien que nous ne sommes pas en Espagne, nous ne parlons pas espagnol – Nous sommes en Catalogne, voyons, personne ne parle vraiment espagnol »

Nous avons amené le patient à une fenêtre de l'hôpital, fenêtre depuis laquelle on peut apercevoir la Tour Eiffel, la tour Montparnasse, etc. « Mais là c'est comme Mélenchon, c'est un hologramme. (...) Moi aussi j'ai déjà fait des photos panoramiques »

« Ils ont copié les plans de Bicêtre pour reproduire l'hôpital ici, c'était plus simple »

Durant un mois d'hospitalisation en réanimation chirurgicale, le patient est rencontré régulièrement par les neuropsychologues, il présente une vigilance apparemment préservée, regarde ses interlocuteurs, sourit parfois, mais présente un mutisme akinétique complet durant les premières semaines. Ce n'est qu'à la fin de ce séjour qu'il commence à s'exprimer, et est transféré en Service de Rééducation Post Réanimation (SRPR) pour poursuite de la prise en charge. L'évaluation de l'amnésie post-traumatique (APT) est alors pratiquée de façon pluri-hebdomadaire avec la passation du GOAT (Galveston Orientation and Amnesia Test), et la sortie d'APT est confirmée à deux mois post-traumatique, ce malgré le fait qu'il se trompe toujours sur la ville où se trouve l'hôpital...

En effet, Monsieur BI est capable de rapporter les raisons de son hospitalisation, de se rappeler les noms des examinateurs, savoir qu'il se trouve à l'hôpital, connaître même le nom de l'hôpital (Bicêtre), cependant il croit, de façon très persistante, et très systématique, que tout ceci se trouve en Espagne, proche de Barcelone, dans une ville où il possède une résidence secondaire. Le discours est très persistant, et surtout avec des rationalisations extrêmement construites (Encadré 3).

Malgré l'insistance et la créativité de nos démonstrations, Monsieur BI n'a jamais montré de sentiment de persécution dans ces échanges, et semblait plutôt prendre tout ceci dans la bonne humeur, comme si nous tentions, pour la plaisanterie, de le convaincre d'un fait qu'il savait pertinemment faux (« vous auriez besoin de voir un neurologue, vous », a-t-il dit lors d'une séance).

À côté de ces éléments étonnants, le comportement de Monsieur BI était familier, sans toutefois dépasser avec nous les limites de l'acceptable. Au niveau cognitif, Monsieur BI présentait une préservation des fonctions instrumentales (langage, praxies, gnosies visuelles), de la mémoire de travail (mémoire des chiffres de la WAIS) et de la mémoire sémantique

(appariements sémantiques, et subtest information de la WAIS). Les épreuves cognitives proposées au SRPR ont montré un ralentissement global très important (codes : -1,67ds ; symboles : -1,33ds ; copie de la figue de Rey : 7min58s), un syndrome dyséxécutif cognitif (BREF : 14/18), et des difficultés en mémoire épisodique antérograde verbale (au RL-RI 16 items, les 3 premiers rappels spontanés étaient de 6 mots, 1 mot, et zéro mot, sans normalisation avec l'indigage). Qualitativement, les épreuves étaient très gênées par une logorrhée et une distractibilité majeure.

PROTOCOLE EXPÉRIMENTAL

Nous avons souhaité tester l'hypothèse selon laquelle la paramnésie reduplicative était un « Capgras des lieux ». Disposant de théories cognitives explicatives du syndrome de Capgras, nous avons transposé le modèle au sujet des lieux. Si la paramnésie reduplicative était un Capgras des lieux, alors l'identification topographique serait préservée, mais la familiarité serait atteinte.

Pour vérifier cette hypothèse nous avons souhaité proposer des questionnaires de géographie à Monsieur BI, en modalité orale et visuelle. Nous n'avons trouvé aucune épreuve étalonnée évaluant les connaissances géographiques, nous avons donc construit ces épreuves, avec la perspective d'utiliser les programmes statistiques de John Crawford pour l'étude de cas uniques (Crawford et Garthwaite, 2007).

Pour les épreuves en modalité visuelle, nous avons construit une épreuve d'identification et de localisation de pays sur une carte mondiale (projection stéréographique de Gall). Dans la première condition, il fallait localiser des pays nommés par l'examineur ; dans la seconde, il fallait nommer des pays montrés par l'examineur. En entrée verbale, la première tâche consistait à donner le nom de capitale correspondant au pays donné par l'exa-

	Visuel		Verbal		Score Total
	Nommer P.	Indiquer P.	Nommer C.	Nommer P.	
Sujet 1	5	4	2	9	20
Sujet 2	9	7	4	8	28
Sujet 3	5	5	5	8	23
Sujet 4	6	5	3	7	21
Sujet 5	7	6	2	4	19
Sujet 6	7	7	7	9	30
Sujet 7	7	5	3	7	22
Moyenne	6,57	5,57	3,71	7,43	23,29
Écart type	1,40	1,13	1,80	1,72	4,15
Patient BI	5	2	1	2	10
	p > 0,05	p < 0,05*	p > 0,05	p < 0,05*	p < 0,05*

Tableau 1. Résultats aux épreuves de géographie pour les sujets sains et le patient BI

Résultats obtenus à l'aide du logiciel PatientAssessmentApp de Dominique Makowski, d'après les travaux de John Crawford (2007).

minateur, et la seconde tâche, inversement, à donner le nom du pays à partir du nom de la capitale.

Les résultats du patient à ces épreuves sont rapportés dans le Tableau 1. Comparativement aux sujets témoins de même niveau d'étude, on observe des différences significatives pour 2 épreuves sur 4, ainsi qu'une différence de score total. Les résultats semblent fiables, étant donné le haut niveau d'étude, ainsi que le passé de globetrotter de Monsieur BI. Ce résultat, dissocié des bonnes performances en mémoire sémantique, semble donc aller dans le sens d'un trouble spécifique des connaissances géographiques.

DISCUSSION

Notre expérience ne permet donc pas de confirmer l'hypothèse du « Capgras des lieux ». Malgré la symptomatologie très typique de notre patient et l'absence d'atteinte des connaissances sémantiques globales, ses représentations géographiques sont déficitaires de façon spécifique.

D'après nos résultats, la paramnésie reduplicative résulterait donc d'une difficulté géographique, comme dans le modèle de Benson (1976), avec un déficit de la perception de l'incongruité par l'évaluateur de croyance, comme décrit par Naccache (2011). C'est donc bien sûr une vision clairement or-

ganiste du trouble que nous présentons. Comment expliquer au regard de ces hypothèses la quantité non-négligeable (25 % environ d'après Fleming et Burns, 1993) de cas de paramnésies reduplicatives rapportées dans la littérature sans trouble organique associé ?

Nous pensons qu'il s'agit d'un problème de définitions. En effet, les cas rapportés par la littérature peuvent être des réalités différentes, toutes nommées paramnésies reduplicatives. Afin de mieux définir ces différentes symptomatologies, nous proposons une classification distinguant quatre cas différents :

- certains patients, comme celui dont nous présentons le cas, se savent au bon endroit, mais dans une localisation incongrue. Ces patients, conformes à la description de Pick (1903) présentent bien une paramnésie reduplicative ;

D'après nos résultats, la paramnésie reduplicative résulterait donc d'une difficulté géographique, comme dans le modèle de Benson (1976), avec un déficit de la perception de l'incongruité par l'évaluateur de croyance, comme décrit par Naccache (2011).

- d'autres se pensent dans une fausse localisation géographique, mais ne reconnaissent pas non plus le lieu où ils se trouvent (ex. se croient chez eux dans une autre ville). On peut parler ici d'un *délire topographique*, un peu global, et souvent changeant, tels que ceux qu'on peut observer au réveil d'un coma (exemples : Fisher, 1982);
- certaines descriptions atypiques montrent des patients qui se croient dans une forme de superposition de lieux sans forcément de question géographique à proprement parler (ex. se croient à la fois à l'hôpital et chez eux, dans la bonne ville). Cette forme pourrait être qualifiée de paramnésie reduplicative atypique (un des cas de Benson, 1976);
- enfin, on pourrait considérer que le Capgras des lieux consisterait en une bonne localisation géographique, mais une absence de familiarité de celui-ci. Par exemple, que le sujet serait chez lui, sachant que c'est la bonne ville, mais que c'est en réalité la maison de quelqu'un d'autre qui serait transformée pour ressembler à la sienne (ex : Kapur et Coughlan, 1980).

ÉPILOGUE

Monsieur BI est sorti de notre service en continuant à affirmer que nous nous trouvions à côté de Barcelone. Il savait qu'il devait partir en rééducation à Evry, et nous l'avons prévenu que le trajet ne durerait que vingt minutes.

Dès son arrivée en hospitalisation au CRF, il a su qu'il était à Evry, en France, et n'a plus présenté de signe de paramnésie reduplicative à partir de ce moment. Toutefois, il a persisté à dire que l'hôpital de Bicêtre se trouvait en Espagne, aucun argumen-

taire ne parvenant à lui ôter cette fausse croyance. Monsieur BI présentait un syndrome dysexécutif associé à une importante anosognosie, difficultés pour lesquelles une approche métacognitive a été proposée.

Lors de son relai en hôpital de jour, il présentait encore des troubles neuropsychologiques invalidants dans la sphère identitaire et relationnelle sur un versant à la fois restrictif et productif. *Restrictif* par l'aspect de sa mémoire épisodique qui a perdu ses aspects affectifs, positifs comme négatifs (perte des éléments phénoménologiques essentiels et caractéristiques d'une conscience auto-noétique). Les réponses de Monsieur BI étant alors très sémantisées (s'appuyant sur ses connaissances générales), il y avait d'importantes difficultés dans les situations impliquant une référence à soi et nécessitant une « projection » avec détachement de la réalité présente pour adopter un autre point de vue. D'autre part, Monsieur BI était également en difficulté sur un versant *productif* avec de nombreux calembours, jeux de mots qui, s'ils n'allaient pas jusqu'à la familiarité ou la grossièreté, donnaient à voir un discours vécu comme gênant par son entourage.

Ces différents éléments montrent ainsi des difficultés de projection de soi, pour lesquelles il est intéressant de faire le parallèle entre la conscience auto-noétique et les difficultés exécutives comportementales. La littérature semble en effet avoir exploré à différentes reprises le lien entre conscience auto-noétique et théorie de l'esprit (Perner, Kloo et Gornik, 2007; Ciaramelli, Bernardi et Moscovitch, 2013), montrant les recoupements d'un certain nombre de structures cérébrales impliquées, mais aussi des processus cognitifs communs. Ces questions seront certainement utiles à développer pour la compréhension et la prise en charge de ces déficits fréquemment observés chez les patients atteints de lésions cérébrales acquises.

Bibliographie

- Benson, D. F., Gardner, H. et Meadows, J. C. (1976). Reduplicative paramnesia. *Neurology*, 26(2), 147-147.
- Ciaramelli, E., Bernardi, F. et Moscovitch, M. (2013). Individualized theory of mind (iTOM): when memory modulates empathy. *Frontiers in Psychology*, 4, 4.
- Crawford, J. R. et Garthwaite, P. H. (2007). Comparison of a single case to a control or normative sample in neuropsychology: Development of a Bayesian approach. *Cognitive Neuropsychology*, 24, 343-372.
- Darby, R. et Prasad, S. (2016). Lesion-related delusional misidentification syndromes: a comprehensive review of reported cases. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 28(3), 217-222.



- Devinsky, O. (2009). Delusional misidentifications and duplications Right brain lesions, left brain delusions. *Neurology*, 72(1), 80-87.
- Ellis, H. et Lewis, M. (2001). Capgras delusion: a window on face recognition. *Trends in cognitive sciences*, 5(4), 149-156.
- Fisher, C. M. (1982). Disorientation for place. *Archives of neurology*, 39(1), 33-36.
- Fleminger, S. et Burns, A. (1993). The delusional misidentification syndromes in patients with and without evidence of organic cerebral disorder: a structured review of case reports. *Biological Psychiatry*, 33(1), 22-32.
- Hakim, H., Verma, N. P. et Greiffenstein, M. F. (1988). Pathogenesis of reduplicative paramnesia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 51(6), 839-841.
- Joseph, A. B. (1986). Focal central nervous system abnormalities in patients with misidentification syndromes. *Bibliotheca psychiatrica*, 164, 68-79.
- Kapur, N. et Coughlan, A. K. (1980). Confabulation and frontal lobe dysfunction. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 43(5), 461-463.
- Naccache, L. (2011). *Neurologie des interprétations et des croyances*. Conférence au Collège de France. Repéré à : https://www.college-de-france.fr/media/stanislas-dehaene/UPL34092_LionelNaccache.pdf
- Perner, J., Kloo, D. et Gornik, E. (2007). Episodic memory development : Theory of mind is part of re-experiencing experienced events. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 16(5), 471-490.
- Pick, A. (1903). Clinical studies. *Brain*, 26(2), 242-267.
- Politis, M. et Loane, C. (2012). Reduplicative paramnesia : a review. *Psychopathology*, 45(6), 337-343.

Brève ibérique d'une paramnésie réduplicative

Lise MALVY

Psychologue clinicienne spécialisée
en neuropsychologie,
Centre Les Renouillers,
Hôpital Louis Mourier, AP-HP,
Colombes (92), France

Contact

Lise MALVY

lise.malvy@aphp.fr

Mots-clés

- Brève Participant CNNC

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Malvy, L. (2019). Brève ibérique d'une paramnésie réduplicative.
Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 6, pages 61-62.

La session « études de cas singuliers » a été l'occasion d'entendre (ou de ré-entendre) l'histoire du patient BI, victime d'un traumatisme cranio-cérébral et de l'apparition d'un trouble si particulier, une paramnésie réduplicative (PR). En dépassant l'envie de « rédupliquer », nous aussi, nos lieux d'exercice vers Barcelone, en écoutant F. Radiguer, un certain nombre de questions émergent...

Nous avons tous notre « pêché mignon » du syndrome rare ; la PR en fait définitivement partie ! La littérature est pauvre, essentiellement constituée de cas uniques (Peckins, Khorashadi et Wolpow, 2016), mais tendrait à être au moins partiellement liée à une atteinte frontale, voire frontale droite (Devinsky, 2009).

La PR est, également, souvent décrite dans les atteintes de type Korsakoff post-traumatique et, dans ce cadre, régulièrement interprétée comme un trouble de la familiarité engendrant la production de fausses reconnaissances. Cependant, ici, les PR seraient davantage liées au fait que les patients ressentent des impressions de « déjà-vu » leur faisant vivre les événements de manière dédoublée ; à la fois comme caractéristiques du moment présent et comme un souvenir, qui se télescoperaient. Les cas retranscrits chez l'homme décrivent alors régulièrement des atteintes du lobe temporal médian qui

accueille, notamment, le cortex entorhinal (Politis et Loane, 2012). Outre son rôle majeur concernant le fonctionnement mnésique, une étude de 2005, chez le rat, rapporte l'existence d'une carte neuronale de l'environnement spatial, caractérisée par des « cellules de grille » chez ces rongeurs, situées dans le cortex entorhinal dorsomédial (Hafting, Fyhn, Molden et Moser, 2005). Ces cellules correspondraient à des neurones dédiés à la reconnaissance du positionnement dans l'espace, impliquant un mécanisme de mise à jour dynamique relatif à la position et à la direction du sujet.

L'hypothèse alors suggérée par F. Radiguer et al., concernant le classement nosologique de ce syndrome en tant que trouble géographique spécifique, davantage qu'en tant que délire d'identification, prend alors une nouvelle dimension particulièrement intéressante pour tenter de comprendre les mécanismes en jeu dans ces PR !

L'exposition du cas de BI, les réflexions et les questions qui en ont émergées, correspondent parfaitement à ce que j'attends du CNNC ! Matière à penser, à envisager d'autres pistes de travail... Vivement 2020 ! Si nous n'aurons probablement pas trouvé LA réponse, ce sera l'occasion de continuer à s'enrichir mutuellement !

Bibliographie

Devinsky, O. (2009). Delusional misidentifications and duplications Right brain lesions, left brain delusions. *Neurology*, 72(1), 80-87.

Hafting, T., Fyhn, M., Molden, S. et Moser, M.-B. (2005). *Microstructure of a spatial map in the entorhinal cortex. Nature*, 436, 801-806.

Peckins, C. S., Khorashadi, L. et Wolpow, E. R. (2016). A case of Reduplicative paramnesia for home. *Cogn Behav Neurol*. 29(3), 150-157.

Politis, M. et Loane, C. (2012). Reduplicative Paramnesia: A review. *Psychopathology*, 45, 337-343.

Les souvenirs de Madame O.

Priscilia CHEVREAU

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie et
Doctorante en Psychologie,
École doctorale Éducation, Langages,
Interaction, Cognition, Clinique (ELICC),
Laboratoire de Psychologie des Pays de
la Loire – LPPL, Angers (49), France.

Contact

Priscilia CHEVREAU

priscilia.chevreau@sfr.fr

Mots-clés

- Musique
- Mémoire autobiographique
- Étude de cas
- Tropes
- Maladie d'Alzheimer

Conflits d'intérêts

L'autrice affirme ne pas présenter de conflits d'intérêts.

Pour citer cet article

Chevreau, P. (2019). Les souvenirs de Madame O. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 63-66.

INTRODUCTION

La mémoire autobiographique est l'un des fondements de notre identité. Comme l'ont décrit Conway et Pleydell-Pearce (2000), les souvenirs construisent notre « Moi » et celui-ci contraint nos souvenirs de façon à les intégrer, à les organiser, en cohérence avec notre passé et en évitant d'être en dissonance avec lui-même. Cela permet de maintenir une image cohérente de soi. Les patients atteints de maladie d'Alzheimer (MA) présentent des difficultés importantes de récupération de leurs souvenirs notamment lorsque la pathologie est avancée. Dans une première étude, nous avons démontré que la musique favorise la récupération des souvenirs chez les patients atteints de MA (Chevreau, Nizard et Allain, 2017) : la qualité du souvenir est améliorée par davantage de détails et d'éléments épisodiques.

Nous présentons ici une étude de cas qui met en lumière l'influence de la musique sur les narrations de souvenirs.

PRÉSENTATION DE MADAME O.

Madame O. est âgée de 87 ans. Elle vit dans une unité spécifique Alzheimer au sein d'un établissement pour personnes âgées dépendantes. Les résultats aux tests neuropsychologiques proposés montrent des troubles sévères touchant toutes les dimensions cognitives (Tableau 1).

Tests neuropsychologiques administrés	Scores
MMSE	7/30
BEC 96	22/96
BREF	3/18
Hayling (partie A)	8/15
GDS 15	10/15

Tableau 1. Bilan cognitif de Madame O.

PROCÉDURE

La mémoire autobiographique a été évaluée grâce à deux protocoles de rappels : « mots-indices » et « musiques-indices ». La méthode des « mots-indices » élaborée par Crovitz et Schiffman (1974), consiste à présenter oralement des mots concrets au sujet et à lui demander d'évoquer le premier

souvenir personnel qui lui vient en mémoire. Nous avons proposé huit mots à Madame O. (ex : voiture, étoile, oiseau, etc.). Le temps d'évocation n'était pas limité. Par analogie, nous avons développé un protocole utilisant des morceaux de musique comme indices. Huit extraits d'environ 30 secondes de musiques familières ont été proposés (taux de familiarité élevé sur une population francophone ; Ehrlé, Samson et Peretz, 2001). Les versions musicales utilisées étaient uniquement instrumentales (ex : La lettre à Élise, Mon beau sapin, La vie en rose, etc.). De la même manière que pour les mots-indices, Madame O. était motivée à raconter les souvenirs activés par cette écoute. La familiarité et la valence émotionnelle des indices verbaux et musicaux ont été vérifiées et sont comparables dans les deux modalités.

Les récits des souvenirs ont tous été enregistrés grâce à un dictaphone numérique pour ensuite être intégralement retranscrits. Nous avons examiné les productions autobiographiques dans une perspective clinique et psycholinguistique grâce au logiciel Tropes (Molette et Landré, 1994). Cet outil permet une analyse psycholinguistique selon une très grande diversité de critères dont : le style du discours (narratif, argumentatif, énonciatif, descriptif), les catégories de mots utilisés [verbes (factifs, statifs, déclaratifs, performatifs), connecteurs (cause, but, temps, etc.), pronoms personnels, modalisation (affirmation, doute, etc.), adjectifs qualificatifs (objectifs et subjectifs), noms propres]. Tropes identifie les catégories fréquentes de mots et le style général du texte en comparant la répartition dans le texte avec des normes de production langagière.

RÉSULTATS

Les souvenirs de Madame O. sont très différents entre les modalités verbale et musicale. Les analyses réalisées avec le logiciel Tropes, récits par récits, nous ont permis d'appréhender ces différences (Tableau 2). Les souvenirs énoncés en modalité musicale sont beaucoup plus riches qu'en modalité verbale (plus de mots, plus de propositions).

Les souvenirs de Madame O. sont très différents entre les modalités verbale et musicale.

Discours dans la modalité verbale	Discours dans la modalité musicale
Pauvres	Riches
Verbes être et avoir	Lexique verbal varié
Différents styles utilisés	Style argumentatif
Catégories de mots utilisées peu diversifiées : modalisations et connecteurs peu abondants	Catégories de mots utilisées diversifiées : modalisations et connecteurs en abondance.
Les difficultés de langage sont au premier plan	Mme O. s'implique, nuance, structure son discours.

Tableau 2. Le discours de Madame O. selon les modalités verbale et musicale

Les mises en scène verbales sont différentes. Dans la modalité verbale, nous retrouvons fréquemment une mise en scène ancrée dans le réel qui renvoie à une utilisation prégnante des verbes « être » et « avoir ». Par exemple « Quand j'étais petite, on avait des oiseaux ». Dans la modalité musicale, la mise en scène verbale est majoritairement prise en charge par le narrateur, c'est-à-dire que les verbes utilisés permettent de réaliser une déclaration sur un état ou une action. Ce type de mise en scène implique une plus large gamme de verbes induisant l'utilisation d'un lexique plus varié en modalité musicale. Par exemple « Toutes les semaines dans la salle, ils font des chansons. Ça vous remet un petit peu, je rigole avec eux. Ça les fait rire quoi. J'en ai gros sur le cœur mais ça ne sert à rien de pleurer alors... ».

Le style du discours est argumentatif pour tous les souvenirs de la modalité musicale, alors qu'il n'est utilisé que pour trois souvenirs de la modalité verbale. Le style argumentatif permet à la personne qui parle de s'engager, d'argumenter, d'expliquer ou critiquer pour essayer de persuader son interlocuteur. Il nécessite que la personne qui parle s'implique cognitivement et émotionnellement. C'est ce que fait Madame O. en présence de la musique. Elle tente également d'impliquer son interlocuteur dans un échange communicatif puisqu'elle l'invite dans un échange argumenté. « J'allais au bal avec mon mari. Surtout pour voir tout le monde parce qu'on avait l'habitude. Mon mari était né à Mer alors fallait pas s'en aller de Mer surtout parce que moi j'aurais aimé qu'on cherche une autre maison ».



Pour finir, les récits de la modalité musicale présentent plus d'homogénéité dans leur construc-

tion que les récits de la modalité verbale. Cela facilite la compréhension du discours par l'interlocuteur.

DISCUSSION

Cette étude de cas nous permet d'illustrer le bénéfice clinique que la musique peut apporter dans une démarche de soin autour de la mémoire autobiographique des patients atteints de MA.

En modalité musicale, Madame O. raconte des souvenirs riches (plus de mots et de propositions), elle s'inscrit dans une mise en scène prise en charge par le narrateur avec un style argumentatif. Ces éléments permettent à la personne de mieux développer une idée, dans un vocabulaire plus varié et un style qui favorise l'engagement avec l'interlocuteur. La modalité musicale semble donc favoriser l'accès à une stabilité dans le discours et dans la communication (constance dans la construction). L'ensemble nécessite une implication cognitive et émotionnelle. Ici, la question de la pragmatique du discours est certainement au centre de ce que nous observons. La modalité musicale semble modifier la manière dont la patiente s'adresse à son interlocuteur, rendant les narrations plus compréhensibles par l'autre, plus informatives, plus cohérentes. Ces narrations seront donc cotées comme étant de meilleure qualité dans la mesure où l'interlocuteur accède mieux aux éléments du souvenir raconté.

 Cette étude de cas nous permet d'illustrer le bénéfice clinique que la musique peut apporter dans une démarche de soin autour de la mémoire autobiographique des patients atteints de Maladie d'Alzheimer. 

CONCLUSION

Notre étude de cas décrit une patiente atteinte de MA avec un déclin cognitif sévère. Malgré des fonctions cognitives massivement déficitaires, il semble persister de belles capacités de narration en modalité musicale. Nos observations apparaissent très encourageantes dans une visée thérapeutique. La musique semble ici permettre de « libérer la parole » en améliorant les aspects communicationnels du discours et en facilitant l'accès à la mémoire autobiographique.

Bibliographie

- Chevreau, P., Nizard, I. et Allain, P. (2017). Récupérer ses souvenirs grâce à la musique dans la maladie d'Alzheimer. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 15(3), 309-318.
- Conway, M. A. et Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.
- Crovitz, H. F. et Schiffman, H. (1974). Frequency of episodic memories as a function of their age. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 4(5), 517-518.
- Ehrlé, N., Samson, S. et Peretz, I. (2001). Normes pour un corpus musical. *L'Année Psychologique*, 101(4), 593-616.
- Molette, P. et Landré, A. (1994). Tropes (version 8.4) [Logiciel]. Repéré à <http://www.tropes.fr/>

Le programme de recherche “13-Novembre” : comment se construisent les mémoires individuelles et collectives d’un événement traumatique ?

Francis EUSTACHE

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
Directeur d'études à l'Ecole Pratique
des Hautes Études (EPHE) et
Directeur de l'unité de recherche
« Neuropsychologie et Imagerie
de la Mémoire Humaine »
UMR-S 1077 INSERM-EPHE-UNICAEN,
Caen (14), France

Denis PESCHANSKI

Historien, Directeur de recherche CNRS au
Centre Européen de Sociologie et de Science
Politique (CNRS, Université Paris 1, EHESS),
Paris (75), France

Contact

Francis EUSTACHE

Francis.eustache@unicaen.fr

Mots-clés

- Mémoire individuelle
- Mémoire collective
- Trouble de stress post-traumatique
- Résilience, intrusions

Résumé



Le programme de recherche transdisciplinaire « 13-Novembre » repose sur un suivi longitudinal d'une durée de dix ans. 1) « L'étude 1 000 » consiste en l'enregistrement audiovisuel de 1000 témoins ou acteurs directs ou indirects en distinguant quatre cercles correspondant à des personnes situées plus ou moins loin du lieu des attentats du 13 novembre 2015. Les questionnaires ont été conçus par des sociologues, des historiens, des neuroscientifiques et des psychopathologues. 2) Le volet biomédical, appelé *Remember*, comprend 200 volontaires, issus de l'étude 1000. Un tiers des sujets est composé de sujets non exposés, les deux autres tiers proviennent du cercle 1, c'est-à-dire les personnes situées au plus près du lieu des attentats. Certains ont développé un trouble de stress post-traumatique, les autres pas. Diverses explorations reposent sur des analyses de neuropsychologie, de psychopathologie et de neuro-imagerie. Elles cherchent à préciser la nature des intrusions, qui prennent la forme de pensées et d'images envahissantes très vivaces et émotionnelles. 3) Une étude épidémiologique de santé publique porte sur un autre échantillon de 1 500 personnes exposées aux attentats qui ont répondu à une série de questions via internet. L'objectif était d'estimer l'impact psycho-traumatique sur ces personnes et la fréquence et le mode d'utilisation des dispositifs de soins. 4) Le Crédoc étudie l'évolution de l'opinion publique pendant les dix ans de l'enquête. Enfin, nous analyserons, avec les outils de la textométrie et de l'analyse du discours, le contenu des journaux télévisés et radiophoniques traitant du sujet ainsi que les réseaux sociaux.

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Eustache, F. et Peschanski, D. (2019). Le programme de recherche “13-Novembre” : comment se construisent les mémoires individuelles et collectives d'un événement traumatique ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 67-74.



 *Le programme de recherche transdisciplinaire « 13-Novembre » repose sur un suivi longitudinal d'une durée de dix ans.* 

INTRODUCTION

Les attentats djihadistes de Charlie Hebdo, de Montrouge et de l'Hyper Cacher de la Porte de Vincennes en janvier 2015, puis ceux du 13 novembre 2015 au Bataclan, aux terrasses des cafés et restaurants des 10^e et 11^e arrondissements parisiens et aux abords du Stade de France à Saint-Denis, ont été traumatisants au-delà de l'imaginable pour les victimes, leurs proches, les premiers témoins, mais aussi l'ensemble de la communauté nationale. La recherche présentée ici sous le titre « 13-Novembre » se veut une réponse épistémologique forte (Figure 1). Elle postule l'approche transdisciplinaire comme clé d'analyse de l'effet de sidération qui a saisi le corps social au lendemain du 13 novembre 2015 et de ses conséquences sur l'écriture des mémoires individuelles et collectives à partir de cet événement traumatique majeur.

Au total, deux protocoles de recherche principaux et cinq protocoles associés sont menés en parallèle. Sous la responsabilité scientifique des deux auteurs de ce chapitre, le « Programme 13-Novembre », est porté scientifiquement par le CNRS (Centre national de la recherche scientifique) et l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), l'HESAM (Hautes études Sorbonne arts et métiers), l'Université assurant le portage administratif. De plus, 31 institutions diverses (Ministères, universités et grandes écoles, associations de victimes, collectivités territoriales, grands établissements publics ou privés...) sont partenaires ou soutiens officiels du programme.

Dans une première partie, ce chapitre rappelle le cadre général du programme, précise les méthodologies de certaines études et expose quelques

 *[Cette recherche] postule l'approche transdisciplinaire comme clé d'analyse de l'effet de sidération qui a saisi le corps social au lendemain du 13 novembre 2015 et de ses conséquences sur l'écriture des mémoires individuelles et collectives à partir de cet événement traumatique majeur.* 

résultats préliminaires. La deuxième partie propose quelques éléments de réflexion sur les conséquences que peut avoir un tel programme sur nos grilles d'analyse clinique.

LE PROGRAMME DE RECHERCHE 13-NOVEMBRE : ÉLÉMENTS FACTUELS

Synthèse méthodologique de l'Étude 1000 (2016-2028)

Il s'agit de recueillir en quatre temps les témoignages d'environ 1000 individus et de suivre la cohorte sur 10 ans (T1 en 2016, T2 à T1+2 ans, T3 à +5 ans et T4 à +10 ans); deux ans d'analyse des résultats seront ensuite nécessaires.

Les témoignages sont recueillis par une équipe d'enquêteurs familiers de la technique de l'entretien compréhensif en sociologie ou de l'entretien clinique en psychologie. Ces entretiens, filmés, se déroulent principalement dans des studios de l'INA (Institut national de l'audiovisuel). Des équipes de l'ECPAD (Établissement de communication et de production audiovisuelle de la défense) prennent en charge les entretiens au Fort d'Ivry, ceux des décideurs (maires, députés, ministres, Président de la République...), ainsi que ceux réalisés en province (Caen, Metz et Montpellier). Le choix des personnes constituant la cohorte se fonde sur la base de la proximité avec les victimes et le lieu des attentats, soit 4 cercles :

- Cercle 1 : les survivants, les témoins, les proches et les acteurs-intervenants (policiers, militaires, médecins...), les personnes endeuillées ;
- Cercle 2 : les habitants et usagers des quartiers visés, ceux qui y vivent et ceux qui y travaillent, ceux qui les fréquentent régulièrement ;
- Cercle 3 : les quartiers périphériques parisiens (hors 11^e, 10^e et bordure ouest du 12^e) et la banlieue parisienne (hors St Denis) ;
- Cercle 4 : trois villes hors de l'Île-de-France : Caen, Metz, Montpellier

L'Étude 1000 n'étant pas représentative d'une population déterminée, seuls les critères géographiques permettent d'inclure un volontaire selon les cercles d'éloignement aux attentats en nous limitant cependant aux personnes majeures au moment de l'entretien.

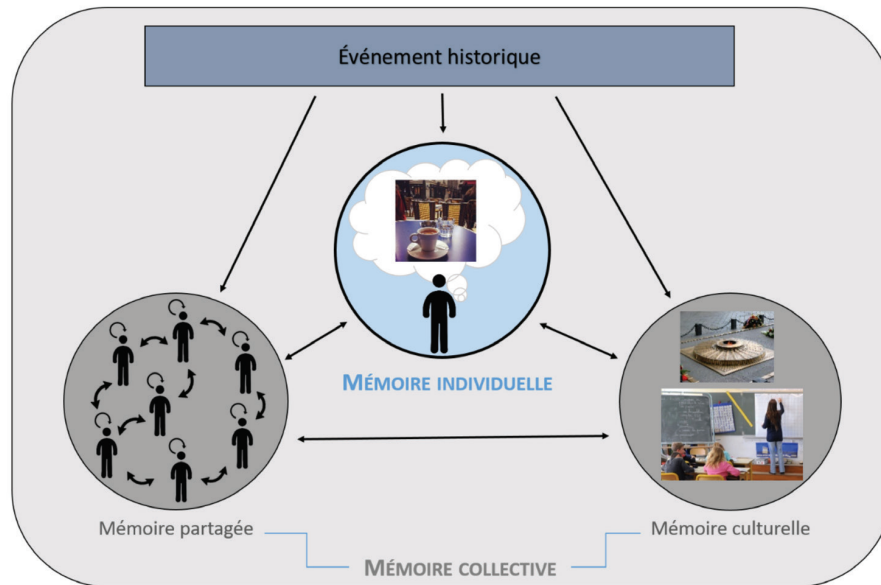


Figure 1. Le cadre théorique général du programme 13-Novembre : liens entre mémoire individuelle et mémoire collective

Résultats globaux de la phase 1 (2016-2017)

Alors que le chiffre pouvait sembler inatteignable d'autant qu'on ne partait pas de liste mais d'un travail de terrain pour trouver des volontaires, le seuil de 1000 entretiens a quasiment été atteint. Le corpus de cette phase 1 comprend 934 enregistrements. Un autre chiffre est à relever : avec 361 personnes, le cercle 1 pèse pour près de 39 % de l'ensemble. Pour la plupart des intervenants (ainsi les policiers et les pompiers), il nous fallait l'autorisation du préfet de Police. Les survivants des trois sites d'attentats sont venus en grand nombre, ainsi que les parents endeuillés. Ce sont ceux qui parlent le plus longtemps. En phase 1, ils ont parlé en moyenne 2h30 devant caméra, pour une moyenne d'1h30 pour l'ensemble du corpus.

Pour la phase 1, le bilan de l'Étude 1000 en quelques chiffres se décline de la façon suivante :

- 1431 heures d'enregistrements audiovisuels ;
- 934 fiches descriptives à destination de la base de données d'archives audiovisuelles et sonores des entretiens avec agrégation de métadonnées vidéo, un résumé de l'entretien pour lequel seront ajoutés, au terme des corrections de transcriptions automatiques, les principaux descripteurs de lieux, d'organisation et d'événement contenus dans les entretiens ;

- 934 jeux de questionnaires de mémoire événementielle et de mémoire émotionnelle et 934 fiches sociodémographiques remplies par chaque volontaire et dont les réponses ont été saisies en 2017 pour aboutir à la constitution d'une base de données anonyme bientôt disponible dans un espace de la TGIR (Très grande infrastructure de recherche) Huma-Num ;

Étude REMEMBER, étude ancillaire de l'Étude 1000

L'étude REMEMBER « *REsilience and Modification of brain control network following novEMBER 13* » a pour objectif de proposer un protocole biomédical à une sous partie de la cohorte. Cette étude longitudinale, réalisée dans l'Unité de recherche U1077 à Caen, porte sur 200 personnes (120 sujets du cercle 1 ayant été exposés aux attentats et ayant ou non développé des symptômes de stress post-traumatique ; 80 sujets non exposés du cercle 4 venant de Caen). Les personnes, toutes issues de la cohorte générale (étude 1000), bénéficient d'un protocole en Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) anatomique et fonctionnelle ainsi que de diverses évaluations physiologiques et psychologiques complémentaires, l'ensemble sur une durée de deux jours. L'objet principal de la recherche porte sur le trouble de stress post-traumatique

(TSPT) et les mécanismes de résilience. En suivant les participants à trois reprises pendant une durée de 5 ans, il est prévu notamment de mieux comprendre les mécanismes des intrusions avec un protocole dédié en imagerie cérébrale, dont les résultats seront croisés avec diverses variables psychopathologiques et neuropsychologiques. Le protocole de recherche dont le promoteur est l'Inserm a été autorisé et validé définitivement le 27 mai 2016, ce qui constitue un *timing* exceptionnel pour une étude de cette envergure.

En phase 1, les volontaires de l'étude 1000 du cercle 1 étaient informés de l'étude REMEMBER à la fin de la captation par un document écrit « Accord pour Contact REMEMBER » dont le texte de présentation était extrait du texte du protocole de recherche. Il ne s'agissait pas de demander aux volontaires un accord pour prolonger leur participation, mais bien d'un accord pour être contactés afin que le protocole REMEMBER leur soit expliqué. Pour information, le « T2 » ou la deuxième phase de l'Étude REMEMBER a commencé en juin 2018, toujours dans le laboratoire caennais.

Outre les aspects méthodologiques et logistiques évoqués ci-dessus, l'analyse des données de la phase 1 est actuellement en cours. Parmi les volontaires exposés, environ la moitié souffrait d'un TSPT au premier temps de l'étude. Ce premier résultat permet de comparer les profils de trois groupes de participants : sujets témoins, exposés avec TSPT, exposés sans TSPT. Les premiers articles portant sur ces résultats seront publiés en 2019. Ils permettront de préciser les mécanismes psychopathologiques, neuropsychologiques et physiologiques à la source des intrusions pathologiques et du TSPT ainsi que les voies de la résilience, ce dernier point devant être renseigné davantage dans le cadre de l'étude longitudinale.

Étude «ESPA-13 Novembre» : Enquête de Santé Publique Post-Attentats

En santé publique, le partenariat avec Santé Publique France permet une coordination optimale avec les autres études déjà lancées ou en préparation sur l'impact post-traumatique des attentats. L'Étude «ESPA-13 Novembre» (Étude épidémiologique de santé publique post-attentat) sur les suites des attentats de novembre 2015 à Paris et en Île-de-France a été conduite entre juillet et novembre 2016 auprès d'une population civile âgée de 18 ans et plus, et d'intervenants. Sur les 1412 volontaires

dont 575 civils et 837 intervenants, 801 personnes ont répondu aux questionnaires épidémiologiques en ligne. Les résultats ont été publiés dans le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) du 13 novembre 2018 (voir l'ensemble du n° 38-39).

Ce qui frappe au regard des premières conclusions est l'ampleur de la pathologie, à savoir le nombre de diagnostics de TSPT. On ne peut extrapoler puisqu'il s'agit de volontaires acceptant de répondre à un questionnaire en ligne (anonyme), mais pour les rescapés et les parents endeuillés, on dépasse le pourcentage de 50 %, 10 à 12 mois après les faits. La symptomatologie dépressive était aussi fréquente, en particulier chez les parents endeuillés (49 % chez les endeuillés, 36 % chez les menacés). Le taux de TSPT pour les pompiers, personnels soignants ou autres intervenants ayant répondu au questionnaire est très inférieur, à savoir 5 %, mais atteint cependant quelque 10 % de la cohorte chez les policiers, dans le même créneau chronologique. L'enquête révèle aussi un recours encore trop limité aux soins psychologiques, surtout pour les témoins et les endeuillés.

La phase 2 de l'Étude «ESPA 13-Novembre» est programmée de mi-janvier 2019 à fin avril 2019 ; la même méthodologie est conservée.

Étude CREDOC «Perception et mémorisation des attentats du 13 novembre 2015 dans la population française»

Dans le cadre du programme 13-Novembre, le CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) a pour vocation de rendre compte de la mémorisation des attentats du 13 novembre 2015 au sein de la société française, au plus près de ce qu'on appelle la mémoire collective. Pour ce faire, dans son enquête semestrielle « Conditions de vie et Aspirations » qui interroge un échantillon représentatif de la population française sélectionné selon la méthode des quotas, onze questions ont été posées sur ces attentats, élaborées avec le concours du programme 13-Novembre et insérées en juin 2016 (cf. BEH, *op. cit.*). Ce dispositif est déployé en parallèle des quatre phases de l'Étude 1000 du programme, en 2016, en 2018, puis le sera en 2021 et en 2026.

Deux-mille dix personnes ont répondu en face-à-face lors de la première vague de l'enquête, en juin 2016 (Figure 2). Un autre a été réalisé en juin

2018. De plus en plus nettement, ce sont les attentats du 13-Novembre 2015 qui sont retenus et, dans le cas de la France, vectorisent en quelque sorte dans la mémoire collective la série d'attentats qui ont atteint la France.

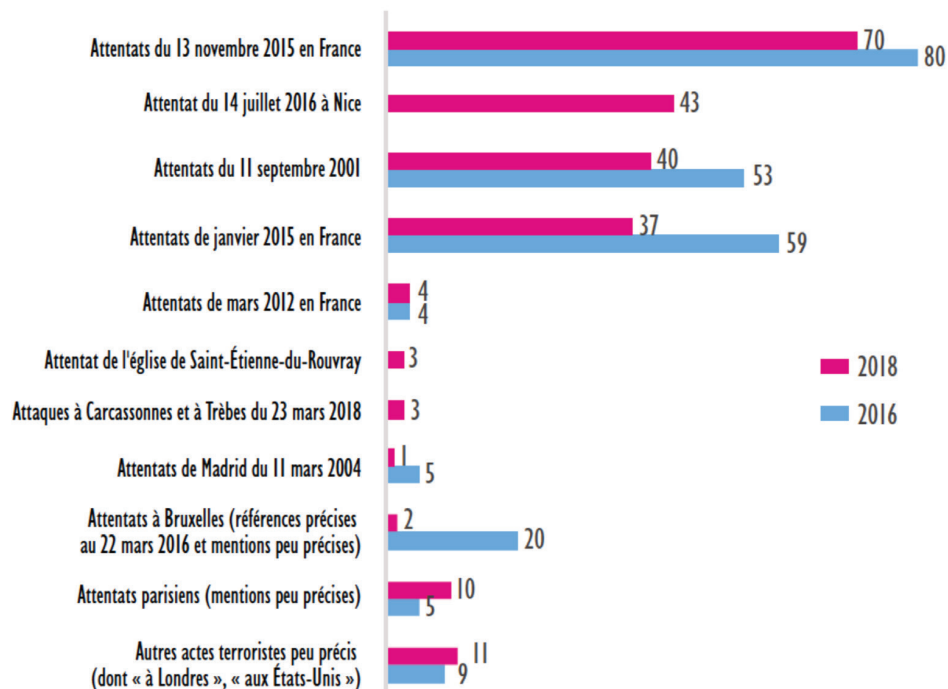
Bien sûr, on garde encore la référence à la matrice du XXI^e siècle que constituent les attentats du 11-Septembre, mais la baisse sensible de cette référence traduit aussi la faiblesse générale de toute référence à des attentats étrangers. Ce qui frappe le plus, c'est la chute de la référence aux attentats de janvier 2015 qui ont été suivis de la plus grande manifestation jamais réunie en France, avec 4 millions de personnes dans les rues, dont plus d'une centaine de chefs d'État.

Si l'on s'attache maintenant aux lieux du 13-Novembre, l'évolution est plus spectaculaire encore. Certes, la référence au Bataclan baisse sensiblement en deux ans, de 70 à 50 %, mais elle reste majoritaire et la référence aux terrasses ou au stade de France s'effondre avec respectivement 17 et 19 % en 2018 contre 37 et 45 % en 2016, tandis que reste stable, à près de 40 %, la référence à « Paris » sans plus de précision.

Si l'on résume la situation, les trois années d'attentats terroristes en France se vectorisent dans la mémoire collective autour de la référence au 13-Novembre et cette dernière autour du Bataclan ou du plus flou « Paris ».

On ajoutera une nouveauté avec l'inférence du social dans cet échantillon représentatif. Les catégories populaires et les moins diplômés sont également les plus distants avec l'événement et les moins précis dans leurs réponses.

On relèvera enfin, face à la mémoire de l'événement dont on voit qu'elle s'effrite, la confirmation spectaculaire de la force du souvenir *Flash* : en 2016, 97 % des Français savaient parfaitement (ou affirmaient le savoir) dans quelles conditions ils se trouvaient quand ils apprirent les attentats ; en 2018, ils étaient encore 93 %. Les résultats sont tout à fait spectaculaires et confirment l'intérêt de cette distinction déjà soulignée dans la littérature, mais rarement à cette ampleur encore deux ans et demi après l'événement (Figure 3).

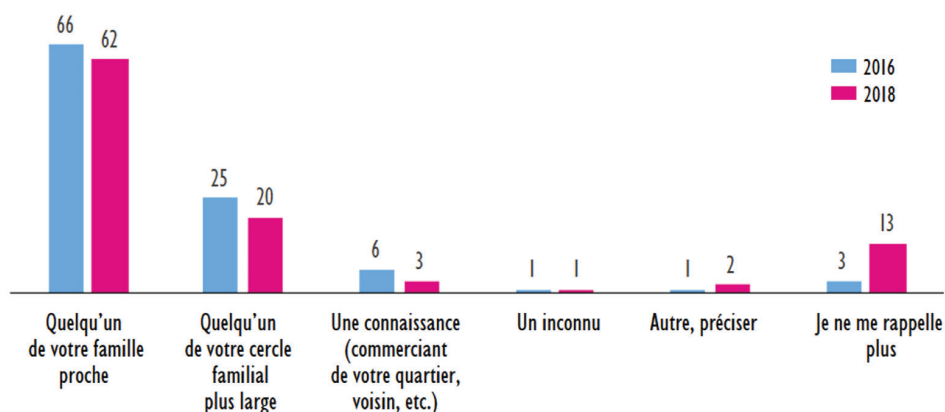


Source : CRÉDOC, enquête Conditions de vie et aspirations, juin 2016 et 2018.

Figure 2. L'enquête du CREDOC : la place des attentats du 13 novembre 2015 (voir texte)

SEULS 13 % DES FRANÇAIS NE SE RAPPELLENT PLUS LA PREMIÈRE PERSONNE À QUI ILS ONT PARLÉ DE CES ATTENTATS

Quelle a été la première personne à qui vous avez parlé de ces attentats, après avoir été mis à l'abri pour ceux ou celles directement impliqués? (en %)



Champ : ensemble des répondants, résidents de France métropolitaine âgés de 18 ans et plus.

Source : CRÉDOC, enquête Conditions de vie et aspirations, juin 2018 et juin 2016.

Figure 3. L'enquête du CREDOC : une illustration du souvenir flash ayant trait au 13 novembre 2015

Programme 13 – Novembre : Phase 2: 2018-2019

La phase 2 a été abordée avec un calendrier resserré par rapport à la phase 1. Des chiffres non encore définitifs, il ressort qu'on devrait atteindre un taux d'attrition de 20 à 22 %, ce qui, à lire la littérature, semble très limité compte tenu qu'il s'est passé deux années depuis la première captation des entretiens. Il y aura environ 840 entretiens en phase 2 contre 934 en phase 1. Compte tenu des nouveaux entrants, on compte quelque 730 participants ayant participé à la fois aux entretiens de phase 1 et de phase 2. C'est dire combien ce taux de retour nous permettra d'appréhender l'évolution de la construction mémorielle avec le temps. Les 110 nouveaux nous permettront en outre d'avoir, par comparaison, une idée de l'impact d'un premier passage sur le récit deux ans plus tard. Pour REMEMBER, le résultat s'annonce plus exceptionnel encore. Les défections sont très rares.

Une nouvelle lecture clinique des troubles de la mémoire

L'intérêt d'étudier conjointement la construction des mémoires individuelles et des mémoires collectives insiste sur la nécessité d'élaborer des programmes de recherche transdisciplinaires à même d'étudier ces différentes strates de la mémoire et

leurs interactions. Cette appréhension conjointe peut s'avérer novatrice pour la clinique des troubles de la mémoire. Ce domaine pourrait s'amplifier dans les années à venir, à condition de disposer de modèles théoriques rassemblant ces différents domaines de la mémoire, et de méthodologies adéquates pour les étudier. Le TSPT est l'un des exemples les plus évidents, mais cette nouvelle clinique de la mémoire pourrait s'appliquer à d'autres pathologies et situations. Les distorsions de la mémoire sont centrales dans le TSPT et ont donné lieu à différents développements théoriques (cf. *Mémoire et Émotions*, 2016). Le profil clinique associe une hypermnésie de certains aspects émotionnels et perceptifs liés à l'événement traumatique et, au contraire, une amnésie plus ou moins marquée de ses aspects contextuels. De plus, la mémoire autobiographique de ces patients est altérée: en témoigne leur difficulté à se distancier mentalement de l'événement traumatique, à l'intégrer dans une succession chronologique et à lui faire perdre son caractère d'immédiateté. L'événement traumatique représente une rupture dans la construction identitaire de la personne. Les patients atteints de TSPT ont tendance à considérer leur traumatisme comme un événement autobiographique majeur les caractérisant au premier chef, mais mal intégré, de par sa nature même, à l'ensemble de leur parcours de vie. Par ailleurs, l'altération de l'image de soi, large-

ment dominée par des perceptions négatives, guide la nature des souvenirs autobiographiques rappelés par les patients souffrant d'un tel syndrome.

L'intérêt d'étudier conjointement la construction des mémoires individuelles et des mémoires collectives insiste sur la nécessité d'élaborer des programmes de recherche transdisciplinaires à même d'étudier ces différentes strates de la mémoire et leurs interactions.

Un trouble de la mémoire émotionnelle est donc bien au cœur du TSPT. Différentes approches thérapeutiques visent d'ailleurs à atténuer la charge émotionnelle qui pèse sur le souvenir traumatique pour le rendre « acceptable », et ainsi permettre son intégration au sein du parcours de vie du sujet. L'existence d'un contexte sécurisant autour du patient est aussi un facteur de protection et de guérison. Ce contexte ne doit pas se réduire au cadre familial ou professionnel, mais s'étendre au cadre social. En cela nous faisons l'hypothèse que la mémoire collective qui s'écrit à partir d'un événement traumatique, d'autant qu'il s'agit d'un événement à grande échelle (un événement qui deviendra un fait historique), aura un rôle majeur sur le devenir de la mémoire de l'individu, y compris (et peut-être d'autant plus) chez un individu souffrant de TSPT. Si cette mémoire collective est en phase avec la mémoire de l'individu, elle aura un rôle de catalyseur dans la reconstruction de ses souvenirs, leur permettant de devenir acceptables. Si, au contraire, ces deux formes de mémoire, individuelle et collective, se construisent de façon désordonnée, voire antagoniste, elles seront toutes deux fragilisées. Dans les deux cas, sur le plan individuel comme sur le plan collectif, ces mémoires ne pourront pas s'intégrer pleinement dans les identités individuelles et dans l'identité collective.

Cette lecture de la construction conjointe de différentes strates des mémoires individuelles et collectives, conduisant à une nouvelle clinique de la mémoire, trouve des applications dans des situations variées. Cette grille de lecture pourrait en effet

s'appliquer à de nombreuses situations qui placent l'individu dans une rupture existentielle. Il en est ainsi de l'annonce d'une maladie grave. Les cancers non cérébraux (comme le cancer du sein, qui a été le plus étudié) sont particulièrement démonstratifs de ce point de vue. En effet, des troubles de la mémoire sont aujourd'hui classiquement décrits dans ces pathologies, et cela avant même la mise en place de traitements pharmacologiques, qui ont eux aussi des répercussions sur le fonctionnement cognitif des patients. En dehors des troubles liés aux effets pharmacologiques et à d'autres facteurs plus ou moins intriqués (anxiété, dépression, fatigue...), les troubles de la mémoire des patients peuvent être compris comme résultant d'un bouleversement psychosociologique lié à un changement de statut : une personne insérée dans une vie sociale active devient une personne malade, avec d'autres contraintes fortes, d'autres préoccupations. Cette grille de lecture n'apporte pas seulement une contribution à la compréhension de la survenue des symptômes et à leur nature. Elle ouvre également des pistes de réflexion pour la prise en charge des patients, notamment sur la façon dont l'entourage – les soignants, les aidants, mais aussi un cercle social plus large – doit s'adapter à la trajectoire existentielle, certes modifiée, mais en construction permanente, d'un patient singulier.

Cette approche est également pertinente chez des patients qui ont une « maladie de la mémoire », comme la maladie d'Alzheimer ou un syndrome amnésique. Dans ces situations de troubles de mémoire sévères et chroniques, avec une amnésie rétrograde (qui remonte dans leur passé), les patients peuvent ressentir un décalage entre leur vécu au quotidien (le fait par exemple de vivre dans un établissement hospitalier) et la mémoire de leur environnement antérieur, dans laquelle ils restent attachés, au sens premier du terme, et qui peut concerner une période parfois distante de plusieurs décennies. Au-delà, une approche transdisciplinaire, telle que nous la revendiquons, conduit à s'interroger sur la validité des paradigmes actuels dans ce qu'il est convenu d'appeler les sciences de la mémoire. Nous appelons donc à fonder les bases rénovées de ces sciences de la mémoire.

Liste de références choisies par les auteurs en lien avec le sujet

- Anderson, M. C. et Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410(6826), 366-369. <https://doi.org/10.1038/35066572>
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 373-393. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00087-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00087-5)
- Brunet, A., Thomas, É., Saumier, D., Ashbaugh, A. R., Azzoug, A., Pitman, R. K., ... Tremblay, J. (2014). Trauma reactivation plus propranolol is associated with durably low physiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 228-232. <https://doi.org/10.1177/070674371405900408>
- Dégeilh, F., Viard, A., Dayan, J., Guénoles, F., Egler, P. J., Baleyte, J. M., ... Guillery-Girard, B. (2013). Altérations mnésiques dans l'état de stress post-traumatique : résultats comportementaux et neuro-imagerie. *Revue de Neuropsychologie*, 5(1), 45-55. <https://doi.org/10.1684/nrp.2013.0252>
- Dégeilh, F., Viard, A., Guénoles, F., Gaubert, M., Egler, P. J., Egret, S., ... Guillery-Girard, B. (2017). Functional brain alterations during self-reference processing in adolescents with sexual abuse-related post-traumatic stress disorder: A preliminary report. *Neurocase*, 23(1), 52-59. <https://doi.org/10.1080/13554794.2017.1290807>
- Eustache, F., Amieva, H., Thomas-Antérion, C., Ganascia, J. G., Jaffard, R., Peschanski, D. et Stiegler, B. (2016). *Mémoire et émotions*. Paris, France: Le Pommier.
- Eustache, F., Amieva, H., Thomas-Antérion, C., Ganascia, J. G., Jaffard, R., Peschanski, D. et Stiegler, B. (2017). *Ma mémoire et les autres*. Paris, France: Le pommier.
- Eustache, F. et Peschanski, D. (2017). 13-Novembre : un vaste programme de recherche transdisciplinaire sur la construction de la mémoire. *Medecine Sciences*, 33(3), 211-212. <https://doi.org/10.1051/medsci/20173303001>
- Eustache, F., Faure, S., Desgranges, B. (2018) *Manuel de neuropsychologie*. Paris, France: Dunod.
- Feder, A., Nestler, E. J. et Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 446-457. <https://doi.org/10.1038/nrn2649>
- Garcia, R., El-Hage, W. et Canini, F. (2017). *Savoir pour soigner : le trouble de stress post-traumatique*. Paris, France: La réponse du psy.
- Defebvre, L. et Vérin, M. (2015). *La maladie de Parkinson* (3^e édition). Paris, France: Elsevier Masson.
- Layton, B. et Krikorian, R. (2002). Memory mechanisms in Posttraumatic stress disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14(3), 254-261.
- Postel, C., Viard, A., André, C., Guénoles, F., de Flores, R., Baleyte, J. M., ... Guillery-Girard, B. (2019). Hippocampal subfields alterations in adolescents with post-traumatic stress disorder. *Human Brain Mapping*, 40(4), 1244-1252. <https://doi.org/10.1002/hbm.24443>
- Reynaud, E., Guedj, E., Souville, M., Trousselard, M., Zendjidian, X., El Khoury-Malhamé, M., ... Khalifa, S. (2013). Relationship between emotional experience and resilience: An fMRI study in fire-fighters. *Neuropsychologia*, 51(5), 845-849. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2013.01.007>

Les troubles cognitifs chez les personnes Sans Domicile Fixe : état de la littérature scientifique, de ses enjeux et de ses limites

Gaëtan CHEVREAU

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, PhD, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (LPN), Université Paris 8 Vincennes - Saint-Denis, Saint-Denis (93), France

Marie-Carmen CASTILLO

Psychologue clinicienne et Professeure de Psychologie, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (LPN), Université Paris 8 Vincennes – Saint-Denis, Saint-Denis (93), France

Claire VALLAT-AZOUVI

Psychologue spécialisée en neuropsychologie et Maître de Conférence, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (LPN), Université Paris 8 Vincennes – Saint Denis, Saint-Denis (93), France

Mots-clés

- Sans Domicile Fixe
- Sans-abri, troubles cognitifs
- Cognition, étiologie

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Cheveau, G., Castillo, M. C. et Vallat-Azouvi, C. (2019). Les troubles cognitifs chez les personnes Sans Domicile Fixe : état de la littérature scientifique, de ses enjeux et de ses limites. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 75-80.

Contact

Gaëtan CHEVREAU

gaetancheveau@gmail.com

INTRODUCTION

Selon l'Insee (2016), «une personne est dite sans domicile un jour donné, si la nuit précédente, elle a été dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : soit elle a eu recours à un service d'hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune...)». De nombreuses causes peuvent favoriser une situation Sans Domicile Fixe (SDF) : isolement social, troubles psychiatriques, perte d'un emploi... Un facteur moins étudié s'ajoute à cette liste, la présence de troubles neuropsychologiques.

Dans leur revue de littérature, Depp et al. (2015) retrouvent une atteinte de l'efficacité cognitive globale (Mini Mental State Examination (MMSE), Folstein, Folstein et McHugh, 1975) chez 25,4 % des participants, et un quotient intellectuel (QI) égal à 84,8 (Déviation Standard (DS) = 5,1), évaluées notamment à partir de différentes batteries de Wechsler (Wechsler, 1997 ; Wechsler, 1999).

Néanmoins, ce travail présente un risque de surestimation des troubles cognitifs car certaines études sélectionnées interrogent des sous-populations de personnes SDF plus à risque de présenter des troubles cognitifs (sous-populations âgée, psychiatrique...). Par ailleurs, l'origine des troubles y est peu questionnée. L'objectif du présent travail est ainsi de réactualiser la revue de littérature incluant uniquement les études sur une population

De nombreuses causes peuvent favoriser une situation Sans Domicile Fixe (SDF) : isolement social, troubles psychiatriques, perte d'un emploi... Un facteur moins étudié s'ajoute à cette liste, la présence de troubles neuropsychologiques.

générale d'adultes SDF (réduisant ainsi le risque de mésinterprétation des résultats), et intégrant une description des éventuelles étiologies de ces troubles.

MÉTHODE

Conformément aux recommandations PRISMA (2009), la recherche bibliographique s'est effectuée à partir de la combinaison de mots-clés suivante : [(homeless* OR roofless* OR hostel) AND (cognit* OR neuropsych* OR intelligence OR psychometr*)] (* : tout suffixe possible). Les études se focalisant sur un sous-groupe de la population SDF générale (e.g. la sous-population SDF psychiatrique) ont été exclues pour obtenir un échantillon le moins biaisé possible. Le processus de sélection d'études est présenté dans la Figure 1.

Le corpus final est constitué de 22 études. Une description de chaque étude est disponible dans le Tableau 1. Les études comportaient toutes au moins un test neuropsychologique. Les statis-

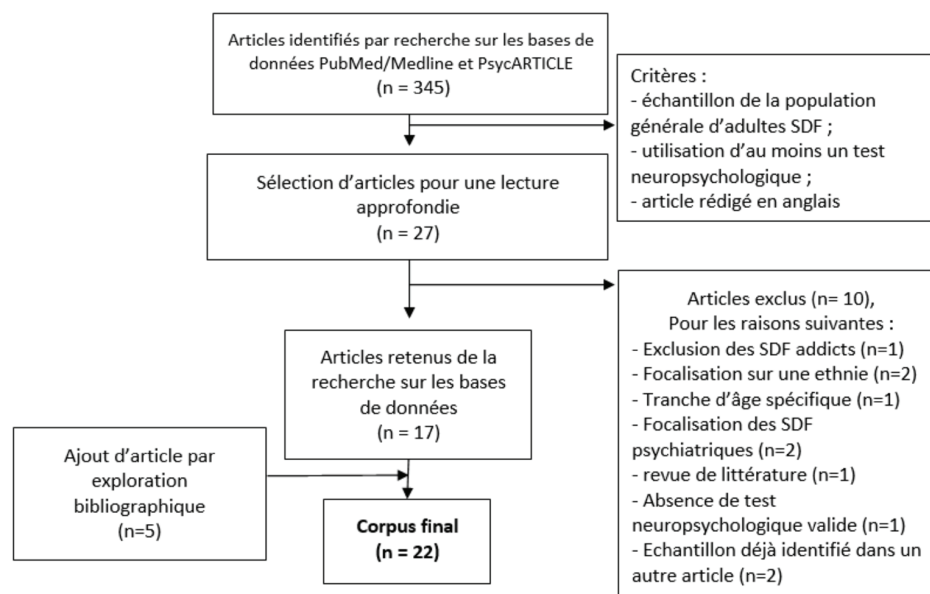


Figure 1. Processus méthodologique de formation du corpus d'études

Tableau 1. Description de l'échantillon et des investigations neuropsychologique et clinique des 22 études du corpus

Ren-vois	Étude	Taille de l'échantillon	Description	Résultats aux tests neuro-psychologiques ¹
Évaluation de l'Efficiace Cognitive Globale (ECG)				
1	Buhrich et al., 2000	204	Étude multi-site d'évaluation de l'efficiace cognitive globale, de screening des troubles psychotiques et de la consommation de drogues (CIDI)	MMSE : 10% ≤ 23/30
2	Fichter et al., 2003	265 -> 146 (follow-up)	Étude avec une méthode d'échantillonnage représentatif d'évaluation des troubles alcooliques (SCID-I)	MMSE : 8,9% ≤ 23/30
3	Fichter et al., 1996	146	Étude avec une méthode d'échantillonnage représentatif d'évaluation psychiatrique (DIS)	MMSE : 2,6% ≤ 17/30
4	Fischer et al., 1986	51	Étude multi-site d'évaluation démographique et psychiatrique (DIS)	MMSE : 7,8% ≤ 23/30
5	Heckert et al., 1999	83	Étude multi-site d'évaluation psychiatrique (SCAN)	MMSE : 9,6% ≤ 23/30
6	Koegel et al., 1988	328	Étude avec une méthode d'échantillonnage représentatif d'évaluation psychiatrique (DIS)	MMSE : 3,4% ≤ 23/30
7	Lovisi et al., 2003	319	Étude multi-site d'évaluation psychiatrique (CIDI)	MMSE : 36,3% ≤ 23/30
8	Muñoz et al., 1998	1825	Étude avec une méthode d'échantillonnage représentatif d'évaluation des troubles psychiatriques (CIDI)	MMSE : 2,6% ≤ 23/30
9	Teesson et al., 1993	65	Étude sur site unique d'évaluation psychiatrique (DIS) et cognitive	MMSE : 43,1% ≤ 23/30
Évaluation de l'Efficiace Intellectuelle (EI)				
10	Louks et al., 1988	?	Rapport d'expérience professionnelle sur site unique sur les troubles psychiatriques, addictologiques et cognitifs du public SDF rencontré	Shiple-Hartford Scale : 104,8
11	Nishio et al., 2015	18	Étude sur deux sites d'évaluation psychiatrique (MINI) et cognitive	WAIS-III : 83,4 JART : 95,2
12	Nishio et al., 2015	114	Étude sur site unique d'évaluation psychiatrique (MINI) et cognitive	WAIS-III : 79,2 JART : 16,7% de déficiace intellectuelle ; 56% des individus ont une perte de QI
13	Oakes et al., 2008	50	Étude sur site unique d'évaluation intellectuelle dans une perspective neurodéveloppementale	WASI : 91,9
14	Pluck et al., 2011	55	Étude multi-site d'évaluation intellectuelle, neurocomportementale et des traumatismes psychiques infantiles	WASI : 88,1
15	Van Straaten et al., 2015	336	Étude multi-site des besoins des personnes avec ou sans déficiace intellectuelle	HASI : 31% de déficiace intellectuelle suspectée
Évaluation des fonctions cognitives spécifiques				
16	Andersen et al., 2014	30	Étude sur site unique d'évaluation des fonctions cognitives et de screening pour TC (Brain Injury Screening Questionnaire)	RBANS global : percentile 11,5

Ren-vois	Étude	Taille de l'échantillon	Description	Résultats aux tests neuro-psychologiques ¹
17	Davidson et al., 2013	30	Étude multi-site comparant des indicateurs neuropsychologiques d'une atteinte préfrontale entre un groupe SDF et un groupe contrôle	IGT : groupe SDF < groupe contrôle Burglar's Story : 40 de réponses non empathiques Fluences verbales : 23,5 (groupe contrôle : 43,5)
Évaluation mixte (ECG / EI / fonctions cognitives spécifiques)				
18	Bremmer et al., 1996	54 - 60	Étude sur site unique d'évaluation des fonctions cognitives, de la santé mentale (Manchester Scale) et de la consommation de drogues (questionnaire de Duke et al, 1994)	MMSE : 7% ≤ 23/30 NART : 95,9 MPR : 83,6 Information Processing Task B from AMIPB : 79,6 ≤ percentile 50
19	Längle et al., 2005	91	Étude avec une méthode d'échantillonnage représentatif d'évaluation psychiatrique (SKID-I), des troubles alcooliques (Braunschweig Characteristic List) et neuropsychologiques	MMSE : 40% ≤ 23/30 MVT : 22% de scores déficitaires MT : 54,9% sous la moyenne NST : 65,9% sous la moyenne
20	Pluck et al., 2015	16	Étude sur site unique d'évaluation cognitive	MMSE : 44% ≤ 23/30 JART : 93,9 WCST : 75% dans la moyenne basse
21	Pluck et al., 2012	80	Étude multi-site d'évaluation cognitive et intellectuelle	WASI : 84,3 WMS-III : 85,1 WTAR : mémoire d'origine à 100,5 ; efficacité intellectuelle d'origine à 98,8
22	Solliday-McRoy et al., 2004	90	Étude sur site unique d'évaluation cognitive	WASI : 83,9 Empan : 94,7 Figure de Rey : 36% déficitaires RAVLT : plus de 50% de déficitaires,

¹ : AMIPB = Adult Memory and Information Processing Battery (Coughlan et Hollows, 1985) ; mémoire
 HASI = Hayes Ability Screening Index (Hayes, 2000) ; efficacité intellectuelle
 IGT = Iowa Gambling Test (Bechara et al., 1994) ; prise de décision
 JART = Japanese Adult Reading Test (Matsuoka et al., 2006) ; efficacité intellectuelle prémorbide
 MMSE = Mini Mental State Examination (Folstein, 1975) ; efficacité cognitive globale
 MPR = Matrices Progressives de Raven (Raven et Raven, 2003) efficacité intellectuelle
 NST = Numbers-Symbol Test (Tewes, 1991) ; efficacité intellectuelle
 MT = Mosaic Test (Tewes, 1991) ; efficacité intellectuelle
 MVT = Multiple Vocabulary Test (Lehr, 1995) ; efficacité intellectuelle pré-morbide
 NART = National Adult Reading Test (Nelson, 1982) ; efficacité intellectuelle prémorbide
 RAVLT = Rey Auditory Verbal Learning Test (Spreen et Strauss, 1998) ; mémoire
 RBANS = Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (Randolph et al., 1998) ; screening
 WAIS-III = Wechsler Adult Intelligence Scale (Wechsler, 1997) ; efficacité intellectuelle
 WASI = Wechsler Abbreviated Scale for Intelligence (Wechsler, 1999) ; efficacité intellectuelle
 WCST = Wisconsin Card Sorting Test (Kongs et al., 2000) ; fonctions frontales
 WMS-III = Wechsler Memory Scale 3^e édition (Wechsler, 1997) ; mémoire
 WTAR = Wechsler Test of Adult Reading (Green et al., 2008) ; efficacité intellectuelle prémorbide

(Ces références ne seront pas mentionnées dans la bibliographie)



tiques réalisées sont pondérées selon l'effectif des études.

RÉSULTATS

L'efficacité cognitive globale est la mesure la plus représentée au sein du corpus. Douze études (Tableau 1 : 1-9 ; 18-20) ont utilisé le MMSE et retrouvent un score déficitaire dans 8,77 % des cas en moyenne (DS = 12,07).

La deuxième mesure la plus répandue est celle du QI. La batterie la plus utilisée est la WASI (Tableau 1 : 13-14 ; 21-22), dont le score moyen est de 87,47 (DS = 2,83). Seules deux études (Tableau 1 : 11-12) ont utilisé la WAIS-III, retrouvant un QI moyen à 79,77 (DS = 1,44).

En ce qui concerne l'étiologie de ces troubles, l'hypothèse neurologique a été évaluée par quatre études du corpus (Tableau 1 : 16 ; 18 ; 20 ; 22). Elles retrouvent des antécédents de traumatismes crâniens (TC) dans 13 à 43 % des cas. Seule une de ces études (Tableau 1 : 16) a comparé les troubles cognitifs des personnes SDF avec antécédents de TC à celles sans antécédents de TC, et a observé des performances attentionnelles significativement inférieures pour le groupe avec antécédents. En ce qui concerne les troubles neurodéveloppementaux, une étude (Tableau 1 : 11) s'est intéressée au Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) mais ne conclut à aucun diagnostic parmi ses participants. Une autre étude (Tableau 1 : 14) s'est penchée sur les traumatismes infantiles et rapporte des traumatismes psychiques chez 88,9 % des interrogés. Enfin, cinq études (Tableau 1 : 11-13 ; 18 ; 21) ont évalué le QI pré-morbide, c'est-à-dire le niveau intellectuel antérieur à d'éventuels troubles. Elles rapportent une déficience intellectuelle dans 7 à 38 % des cas, et, par ailleurs, une perte de l'efficacité intellectuelle au fil des années.

L'observation des troubles addictologiques indique une prévalence de 70,72 % (DS = 24,38) de troubles liés à une substance et troubles addictifs (American Psychiatric Association, 2013) chez les participants. Six études (Tableau 1 : 1 ; 9 ; 18 ; 20-22) ont observé le lien entre les troubles addictologiques et cognitifs : cinq d'entre elles (Tableau 1 : 2 ; 18 ; 20-22) ne retrouvent aucune relation entre ceux-ci.

Enfin, notre corpus indique une prévalence de 64,53 % (DS = 18,50) de troubles psychiatriques.

Plus spécifiquement, on retrouverait des troubles psychotiques chez 8,18 % (DS = 3,42) et des troubles de l'humeur chez 21,05 % (DS = 12,50) des personnes SDF. Néanmoins, les trois études (Tableau 1 : 1 ; 21-22) qui ont évalué le lien entre troubles psychiatriques et troubles cognitifs n'observent pas plus de troubles cognitifs chez les participants avec un diagnostic psychiatrique.

DISCUSSION

Notre travail conclut à une proportion de désordres cognitifs globaux (évalués par le MMSE), certes inférieure à celle de Depp et collaborateurs (2015), mais qui nécessite toutefois d'être prise en compte dans le suivi des personnes SDF. Il serait ainsi pertinent d'intégrer le neuropsychologue dans l'accompagnement des personnes SDF, pour que celui-ci réponde à différents besoins :

- Formation des équipes pour prendre en compte le trouble cognitif dans la prise en charge globale ;
- Évaluation et remédiation des troubles cognitifs ;
- Collaboration avec les psychologues cliniciens pour proposer un suivi complet et adapté à la personne ;
- Approfondissement de la recherche sur la cognition des personnes SDF.

Ce dernier point semble essentiel au regard des résultats du présent travail, qui montre que les troubles cognitifs sont surtout appréhendés de manière globale, s'intéressant trop peu aux fonctions cognitives spécifiques. Par ailleurs, notons que l'origine étiologique de ces troubles reste opaque. L'absence de lois récurrentes est à rapprocher d'une origine très probablement multifactorielle des troubles cognitifs. Nos travaux ultérieurs devront ainsi analyser plus en détails les troubles cognitifs, et associer analyses qualitatives et quantitatives pour explorer les facteurs individuels pouvant expliquer les troubles.



Face aux nombreux facteurs de risque auxquels sont exposés les personnes SDF, aux résultats de ce travail, et à la rareté des travaux scientifiques sur le sujet, il apparaît primordial que la neuropsychologie ouvre son horizon à la population SDF.



À l'heure actuelle, une personne SDF peut rencontrer un psychologue dans les structures dédiées, mais ces suivis restent relativement peu accessibles vis-à-vis du nombre important de personnes SDF. Par ailleurs, à notre connaissance, il n'existe pas de psychologue spécialisé en neuropsychologie travaillant directement auprès de la population SDF. Face aux nombreux facteurs de risque auxquels sont exposés les personnes SDF, aux résultats de ce travail, et à la rareté des travaux scientifiques sur le

sujet, il apparaît primordial que la neuropsychologie ouvre son horizon à la population SDF, que ce soit en tant que discipline scientifique ou en tant que pratique clinique. Alimenter la théorie et l'appliquer au terrain améliorerait très certainement la compréhension de la personne SDF dans son individualité, et permettrait ainsi d'offrir des propositions d'accompagnement et/ou de réinsertion mieux adaptées à ses besoins.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Depp, C. A., Vella, L., Orff, H. J. et Twamley, E. W. (2015). A Quantitative Review of cognitive Functioning in Homeless Adults. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 203(2), 126-131.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (2016). Définitions, méthodes et qualité. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-6.
- Wechsler D. (1997). *WAIS-III administration and scoring manual*. San Antonio, TX: the Psychological Corporation.
- Wechsler D. (1999). *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*. New York: The Psychological Corporation: Harcourt Brace & Company.

Création d'une épreuve d'estimation cognitive, et résultats auprès de 319 individus sains et cérébrolésés

François RADIGUER

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, département anesthésie réanimation, CHU Bicêtre, APHP, le Kremlin Bicêtre (94), France ; Membre du Comité d'Édition et de Rédaction des Cahiers de Neuropsychologie Clinique

Mathilde DESDOMAINES

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

Henri LENOIR

Psychologue spécialisé en neuropsychologie, Université Paris Descartes, Boulogne-Billancourt (92), France

Mots-clés

- Psychométrie
- Adaptation
- Fonctions exécutives
- Estimation cognitive

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt

Pour citer cet article

Radiguer, F., Desdomaines, M. et Lenoir, H. (2019). Création d'une épreuve d'estimation cognitive, et résultats auprès de 319 individus sains et cérébrolésés. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 81-86.

Contact

FRANÇOIS RADIGUER

francois.radiguer@aphp.fr

INTRODUCTION

Créée en 1978 par Shallice et Burgess dans un contexte d'évaluation du « fonctionnement frontal », l'estimation cognitive (EC) consiste en un ensemble de questions auxquelles un sujet doit tenter de donner une réponse qui lui semble être la plus proche possible de la réalité. Selon eux c'est le nombre de réponses extrêmes (NRE) qui marque une atteinte du fonctionnement exécutif (Shallice et Burgess, 1978).

Travaillant en rééducation auprès d'adolescent cérébrolésés dans le Centre Médical et Pédagogique pour Adolescent (CMPA) de Neufmoutiers-en-Brie (77), nous avons souhaité créer une adaptation française d'une telle épreuve dans le cadre d'une recherche d'épreuves permettant de compléter l'évaluation du fonctionnement exécutif par des méthodes plus écologiques.

Nous avons souhaité créer une adaptation française d'une épreuve [d'estimation cognitive] dans le cadre d'une recherche d'épreuves permettant de compléter l'évaluation du fonctionnement exécutif par des méthodes plus écologiques.

L'EC a fait l'objet de nombreuses publications décrivant les processus mis en jeu dans une grande variété de pathologies neurologiques et psychiatriques (Barabassy, Beinhoff et Riepe, 2007 ; Charbonneau, 2009 ; MacPherson et al., 2014 ; Silverman et Ashkenazy, 2016 ; Tran, 2015). Le développement de la capacité à faire des estimations chez l'enfant a également été étudié à travers plusieurs travaux (Bacon, 1996 ; Harel, Cillessen, Fein, Bullard et Aviv, 2007). Les auteurs mettent en évidence des liens entre estimation cognitive et fonctions cognitives impliquées dans la résolution de problèmes à savoir les fonctions exécutives, telles que la flexibilité (Axelrod et Millis, 1994), la mémoire de travail (Liss, Fein, Bullard et Robbins, 2000), mais également avec la récupération en mémoire sémantique (Della Salla, MacPherson, Phillips, Sacco et Spinnler, 2003). Charbonneau, dans sa thèse de 2009, met en avant un processus général de résolution de problème, au sens de Luria (1966), c'est-à-dire l'élaboration d'un plan, sa résolution séquentielle, et enfin la vérification de la conformité du résultat en fonction des attentes initiales.

Au niveau développemental, l'EC montre des résultats intéressants. En lien avec le développement général des fonctions exécutives, les performances s'améliorent significativement jusqu'à l'âge de 9 ans (Harel et al., 2007). Toutefois ces améliorations suivent des trajectoires développementales différentes en fonction des types d'estimations à effectuer, l'estimation des quantités se développant plus rapidement que les autres types d'estimation (Bacon, 1996). Le développement tardif des lobes frontaux et des fonctions exécutives chez l'adolescent (Luna, Garver, Urban, Lazar et Sweeney, 2004) nous a fait nous demander si un lien serait retrouvé également à cette épreuve auprès de cette population adolescente.

Quelques auteurs ont questionné l'intérêt des épreuves d'E.C. Spencer et Johnson-Greene en 2009 trouvent peu de corrélations entre les performances à une épreuve d'E.C. et les performances obtenues à d'autres tests, et questionnent ainsi la pertinence de son utilisation clinique. Cependant leur protocole n'utilisait que peu d'épreuves exécutives : la copie de Figure Complexe de Rey qui est très multidéterminée et dont l'apport exécutif n'est que partiel (Weber, Riccio et Cohen, 2013), ainsi qu'une épreuve de fluence verbale, dont le lien avec l'EC, nous le verrons aussi, paraît discutable. De même, Tran, dans sa thèse de 2015, ne retrouve pas de corrélations avec les scores aux épreuves de vie quotidienne. Toutefois avec un échantillon de 23 sujets cérébrolésés la puissance statistique apparaît limitée pour conclure en faveur d'une absence définitive de relation et donc à l'inutilité de l'épreuve.

Un triple objectif a émané de ce projet : la création d'une épreuve d'EC française, l'évaluation de son utilité clinique avec son administration auprès de sujets sains et de patients, et enfin une étude des processus cognitifs mis en jeu avec la passation d'autres épreuves cognitives.

MÉTHODE

Malgré les nombreux travaux internationaux, aucune épreuve française d'EC destinée aux adolescents et/ou jeunes adultes n'a été validée à notre connaissance. Charbonneau (2009) a créé une version francophone au Québec, mais d'une part elle est destinée aux personnes âgées, d'autre part l'impact culturel fait que certains énoncés ne sont pas adaptés à la population française, et enfin le

mode de cotation paraît compliqué pour nos objectifs (score pondéré en fonction de l'importance du degré du caractère extrême de la réponse). Nous nous sommes donc inspirés de trois épreuves existantes: la version de Shallice et Evans (1978), une seconde version anglophone très utilisée, la Biber Cognitive Estimation Task ou BCET (Bullard et al., 2004), et enfin la version de Charbonneau.

Nous avons tout d'abord proposé à 20 sujets sains une première traduction de la version de Shallice et Evans (1978). L'analyse des résultats a montré des limites culturelles. Une seconde version modifiée a été administrée à 60 sujets, mais a soulevé d'autres problèmes en raison de questions qualitatives qui ne pouvaient pas faire l'objet d'un traitement statistique permettant de déterminer le caractère extrême d'une réponse (ex. « quel est le plus gros objet d'une maison? », ou « quel est le plus gros poisson du monde? »).

Une version finale a donc été proposée, constituée de 20 questions réparties en 4 types d'estimation numériques différents: 5 estimations de quantités, 5 estimations de durées, 5 estimations de tailles, et 5 estimations de poids. L'administration était très simple, avec une seule phrase de consigne (« Je vais vous poser des questions pour lesquelles il n'y a pas de bonne réponse, je vais vous demander de me donner une réponse qui vous semble être la plus proche possible de la réalité »), et seules quelques incitations (« en moyenne ») ou demandes de précision d'unité étaient nécessaires à l'administration. Une réponse était considérée comme extrême lorsqu'elle faisait partie des 2,5 % des réponses les plus élevées ou les plus faibles par rapport aux réponses données par l'échantillon de référence (par exemple, à la question « quelle est la hauteur de la tour Eiffel? », les réponses 3 km, ou 10 m sont des réponses extrêmes). Le matériel est accessible sur ce lien : <https://bit.ly/2JO1RrL>.

Nous avons administré cette version à des sujets neurologiquement sains (patients de pédiatrie générale, étudiants, population générale...), et des patients atteints de pathologies neurologiques (acquises et développementales) à qui l'épreuve d'EC était administrée lors de bilans neuropsychologiques programmés au CMPA de Neufmoutiers-en-Brie (77).

Enfin, en plus de l'épreuve d'EC, nous avons administré à une partie de l'échantillon des épreuves exécutives (Trail Making Test, fluences verbales, Stroop et Hayling) dans le but de préciser les processus exécutifs en jeu dans l'EC, ainsi qu'une

épreuve de connaissances générales (le subtest informations des échelles d'intelligence de Wechsler, 4^e édition) afin d'évaluer les liens entre performances à l'EC et mémoire sémantique, et ce à l'aide d'analyses statistiques multivariées.

Nous avons utilisé des corrélations de Bravais-Pearson pour variables numériques, ainsi que le W de Wilcoxon pour comparaisons non paramétriques de distributions de deux échantillons indépendants, ainsi que le test de Kruskal-Wallis pour comparaisons non paramétriques de k échantillons indépendants.

RÉSULTATS

Nous avons inclus 127 sujets sains, et 192 patients pour l'administration de l'épreuve d'EC.

Sujets sains

L'âge des sujets sains s'étendait de 10 à 27 ans, avec un âge médian de 21 ans [écart-interquartile 20-22]. Le nombre de réponses extrêmes (NRE) présentait un effet planché manifeste, avec un NRE médian de 1 réponse extrême [1-2] (Figure 1).

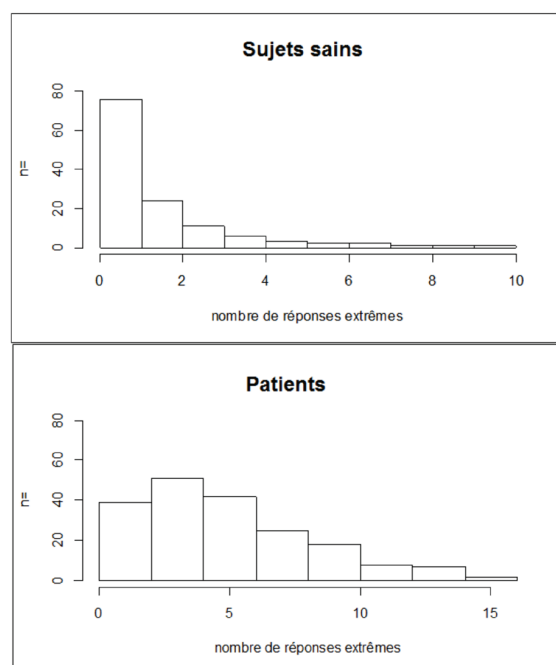


Figure 1. Distribution du nombre de réponses extrêmes pour les deux groupes

Graphiquement nous observons que la relation entre âge et NRE n'est pas constante (Figure 2). Effectivement la relation est linéaire entre 10 et 16 ans ($r = -0,59$, $p < 0,01$), relation qui n'existe plus après 16 ans ($r = 0,004$, NS).

Les différents types d'estimation ne montrent pas de différence de trajectoire développementale (Kruskal-Wallis(3) = 4,39; NS), avec notamment des coefficients de corrélation avec l'âge très proches pour les quantités ($r = -0,541$), les durées ($r = -0,542$), les poids ($r = -0,542$) et les tailles ($r = -0,547$).

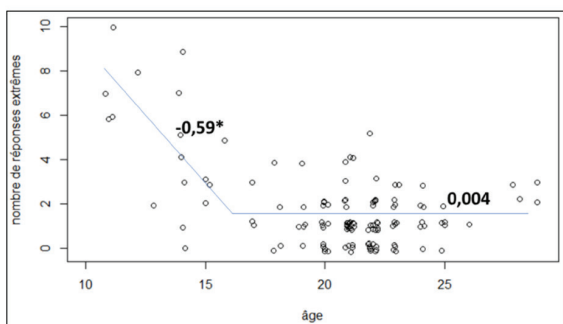


Figure 2. Nombre de réponses extrêmes en fonction de l'âge chez les sujets sains (N = 127)

Corrélation NRE-âge [10 ; 16] = -0,59 ($p < 0,01$) ; Corrélation NRE-âge [17 ; 29] = 0,004 (NS)

Patients

Les patients présentaient des pathologies diverses, avec une sur-représentation des traumatismes crâniens ($n = 114$), et un délai post-lésionnel médian de 5 mois [2-13]. L'âge des patients s'étendait de 11 à 29 ans, avec une médiane de 18 ans [16-20]. Le NRE médian est de 5 réponses extrêmes [3-7] (Figure 1).

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le NRE et l'âge des patients, en raison d'un NRE élevé quel que soit l'âge ($r = 0,13$; NS). On ne retrouve pas non-plus de différence entre les types d'estimation (Kruskal-Wallis(3) = 7,6; NS).

Nous avons recodé, à partir des comptes-rendus d'imagerie contenus dans les dossiers des patients, les localisations des lésions cérébrales, sur des variables binaires pour chacune des localisations rapportées pour les régions suivantes: frontale, temporale, pariétale, occipitale, sous-corticale, sous-tentorielle, gauche et droite. Ces distinctions, relativement grossières, ont permis d'appliquer une régression linéaire multiple afin de déterminer le ou

les facteurs lésionnels explicatifs du NRE. Seules les lésions frontales montraient un lien significatif avec le NRE ($p = 0,038$), retrouvant ainsi l'hypothèse de départ de Shallice et Evans (1978).

Implications psychométriques

La différence de distribution du NRE entre les sujets sains et les patients est significative (Wilcoxon = 1531,5; $p < 0,001$), toutefois nous souhaitons montrer l'intérêt du « facteur NRE » pour discriminer les deux groupes. Le lambda de Wilks, ANOVA à un facteur, permet de montrer si un score permet de discriminer deux groupes; il est ici très significatif, montrant que l'appartenance à l'un des groupes peut être prédite de façon satisfaisante à partir du NRE (lambda = 0,67; $F[1,317] = 129,2$; $p < 0,001$).

Les sujets sains de notre échantillon produisent beaucoup moins de réponses extrêmes que les patients. Lorsque les données ne suivent pas une loi normale, il est préconisé d'utiliser le centile 5 comme seuil de significativité pour considérer un score comme « significativement éloigné de la norme ». Chez nos sujets sains, le NRE au centile 5 est de 5 réponses extrêmes, toutefois l'évolution développementale au cours de l'adolescence fait que ce score n'est pas fiable. À partir de 16 ans, on note un NRE au centile 5 de 3, contre 6 pour les moins de 16 ans.

Notre épreuve d'EC montre une bonne cohérence interne, avec un Alpha de Cronbach à 0,72, ce qui respecte les recommandations de l'American Psychology Association d'un alpha $\geq 0,70$ (Nunnally, 1978).

Analyses multivariées

Les autres épreuves détaillées en méthode furent proposées à 48 sujets sains et 117 patients. Nous avons effectué une classification ascendante hiérarchique pour déterminer dans quel regroupement de variables (cluster) pouvait se retrouver le NRE de notre épreuve d'EC. La classification ascendante hiérarchique effectuée montre un rapprochement du NRE avec des variables en lien avec l'inhibition (Stroop, Hayling), assez éloigné de trois variables regroupées à l'opposé (fluences catégorielles, fluences littérales, et subtest information).



L'analyse en composantes principales sur les 13 variables montre, sur une projection en deux dimensions, que sur l'axe des abscisses (représentant

33 % de la variance), les trois dernières variables (les deux fluences et information) sont également à l'opposé des autres variables, dont le NRE, proche également de variables concernant l'inhibition.

DISCUSSION

Il s'agit ici du premier travail formel sur une version française d'épreuve d'estimation cognitive, et il semble montrer des résultats tout à fait intéressants pour l'évaluation du fonctionnement exécutif. L'administration de l'épreuve s'avère simple, rapide et conviviale, ce qui est conforme aux attentes que nous en avons, et les quelques indices psychométriques étudiés semblent satisfaisants en termes de sensibilité et de fidélité.

Notons cependant que le NRE est extrait des résultats des sujets à partir desquels on a déterminé le caractère extrême des réponses. Il sera donc intéressant de vérifier les résultats à partir d'un autre échantillon de sujets sains.

 *L'administration de l'épreuve s'avère simple, rapide et conviviale, ce qui est conforme aux attentes que nous en avons, et les quelques indices psychométriques étudiés semblent satisfaisants en termes de sensibilité et de fidélité.* 

De façon étonnante les analyses montrent un lien spécifique avec l'atteinte frontale, ce qui n'était pas forcément attendu étant donné le caractère diffus des lésions rencontrées dans le traumatisme crânio-cérébral, ainsi qu'en raison du lien non strict entre fonctions exécutives et lobe frontal (Godefroy, 2008). Il sera intéressant dans les travaux ultérieurs de croiser les performances observées à ce test avec un critère diagnostique de syndrome dysexécutif tel que celui proposé par le GREFEX.

Nous avons également montré une persistance de l'amélioration des performances à une épreuve d'EC après 9 ans, ce qui n'était pas le cas d'après d'autres auteurs (Harel et al., 2007). Il est possible que le niveau de difficultés des questions joue un rôle dans l'observabilité de cette évolution. Dans notre échantillon, l'évolution des performances semble s'arrêter à 16 ans, mais nous n'avons pas trouvé de différence de trajectoire développementale entre les différents types d'estimation de la même façon que chez les sujets plus jeunes dans la thèse de Bacon (1996).

Enfin, notons que l'utilisation de ces données en clinique serait un peu précoce en raison du recrutement très particulier de notre échantillon, tant clinique que contrôle. Il conviendrait de proposer un étalonnage plus formel, et avec des âges plus étendus, afin de disposer de normes plus fiables pour cette épreuve.

Bibliographie

- Axelrod, B. N. et Millis, S. R. (1994). Preliminary standardization of the cognitive estimation test. *Assessment*, 1(3), 269-274.
- Bacon, A. L. (1996). *How many seeds are there in a watermelon: The development of cognitive estimation skills in school-age children* (Doctoral dissertation, Université du Connecticut).
- Barabassy, A., Beinhoff, U. et Riepe, M. W. (2007). Cognitive estimation in mild Alzheimer's disease. *Journal of Neural Transmission*, 114(11), 1479-1484.
- Bullard, S. E., Fein, D., Gleeson, M. K., Tischer, N., Mapou, R. L. et Kaplan, E. (2004). The Biber cognitive estimation test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(6), 835-846.
- Charbonneau, S. (2009). *L'estimation cognitive: analyse des fonctions cognitives sous-jacentes et étude de l'impact du vieillissement normal et de la démence de type Alzheimer* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Montréal). Repéré à <https://archipel.uqam.ca/2422/1/D1828.pdf>
- Della Sala, S., MacPherson, S. E., Phillips, L. H., Sacco, L. et Spinnler, H. (2003). How many camels are there in Italy? Cognitive estimates standardised on the Italian population. *Neurological Sciences*, 24(1), 10-15.
- Godefroy, O. et le Groupe de Réflexion pour l'Évaluation des Fonctions EXécutives (GREFEX) (2008). *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques. Évaluation en pratique clinique*. Marseille, France: Solal.
- Harel, B. T., Cillessen, A. H., Fein, D. A., Bullard, S. E. et Aviv, A. (2007). It takes nine days to iron a shirt: the development of cognitive estimation skills in school age children. *Child Neuropsychology*, 13(4), 309-318.

- Liss, M., Fein, D., Bullard, S. et Robins, D. (2000). Brief report: Cognitive estimation in individuals with pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 30(6), 613-618.
- Luna, B., Garver, K. E., Urban, T. A., Lazar, N. A. et Sweeney, J. A. (2004). Maturation of cognitive processes from late childhood to adulthood. *Child development*, 75(5), 1357-1372.
- Luria, A. R (1966). *Higher cortical functions in man*. London : Tavistock.
- MacPherson, S. E., Wagner, G. P., Murphy, P., Bozzali, M., Cipolotti, L. et Shallice, T. (2014). Bringing the cognitive estimation task into the 21st century: normative data on two new parallel forms. *PLoS one*, 9(3), e92554.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2nd ed.)*. New York : McGraw-Hill.
- R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- Shallice, T. et Evans, M. E. (1978). The involvement of the frontal lobes in cognitive estimation. *Cortex*, 14(2), 294-303.
- Silverman, S. et Ashkenazi, S. (2016). Deconstructing the Cognitive Estimation Task: A Developmental Examination and Intra-Task Contrast. *Scientific reports*, 6, 39316.
- Spencer, R. J. et Johnson-Greene, D. (2009). The Cognitive Estimation Test (CET): psychometric limitations in neurorehabilitation populations. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31(3), 373-377.
- Tran, C. (2015). *Developing a culture fair cognitive estimation test* (Doctoral dissertation, University of Glasgow). Repéré à <http://theses.gla.ac.uk/6723/>
- Weber, R. C., Riccio, C. A. et Cohen, M. J. (2013). Does Rey Complex Figure copy performance measure executive function in children? *Applied Neuropsychology: Child*, 2(1), 6-12.

L'approche neuropsychologique de Boston (The Boston Process Approach)

Pierre NOLIN

Psychologue spécialisé en neuropsychologie et
Professeur émérite de l'Université du Québec à
Trois-Rivières, Québec, Canada

Contact

PIERRE NOLIN

Pierre.Nolin@uqtr.ca

Mots-clés

- Boston Process Approach
- Processus cognitifs
- Approche évaluative

Conflits d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt



Pour citer cet article

Nolin, P. (2019). L'approche neuropsychologique de Boston (The Boston Process Approach). *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 87-91.

INTRODUCTION

Le présent texte vise à introduire le lecteur à l'approche neuropsychologique de Boston. Par une analyse qualitative des fonctions cognitives selon une perspective de spécialisation hémisphérique et lobaire, l'approche neuropsychologique de Boston fournit par ailleurs des outils de travail novateurs. L'analyse des processus en cours de route, que la réponse finale du participant soit bonne ou mauvaise, est aussi un élément clé de cette approche.

L'approche neuropsychologique de Boston, dite *The Boston Process Approach*, a été développée aux États-Unis par la professeure Edith Kaplan PhD (1924-2009) et ses collaborateurs (Kaplan, 1983, 1988, 1990; Milberg, Hebben et Kaplan, 2009; voir le livre de Ashendorf, Swenson et Libon, 2006). Il s'agit d'une approche de nature qualitative. Sous cet angle, elle se rapproche davantage des travaux de Luria (1973) que de ceux des auteurs de l'école américaine traditionnelle, dite plutôt de nature quantitative (Halstead, 1947; Reitan, 1966; Lezak, Howieson, Bigler et Tranel, 2012).

 *L'analyse des processus en cours de route, que la réponse finale du participant soit bonne ou mauvaise, est aussi un élément clé de cette approche.* 

La professeure Kaplan a travaillé au *Boston VA Hospital* et à l'Université de Boston. L'approche neuropsychologique de Boston a principalement été développée avec des patients qui avaient subi un accident vasculocérébral ou une commissurotomie. Sur cette base, ses principes s'appliquent principalement aux clientèles adultes et âgées. En revanche, ses principes peuvent tout autant servir aux neuropsychologues qui travaillent auprès des enfants, dans la mesure où il faudra tenir compte de l'évolution des fonctions cognitives chez cette clientèle.

Plusieurs éléments clés de cette approche amènent le neuropsychologue à modifier, et souvent à bonifier, l'analyse habituelle des résultats de ses patients aux tests neuropsychologiques. Cette approche est aussi à l'origine de nouveaux tests comme le California Verbal Learning Test (CVLT), le WISC-V Integrated, et la batterie Delis-Kaplan Executive Function System (DKFES).

LA SPÉCIALISATION DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX

L'un des principes qui caractérise l'approche neuropsychologique de Boston est l'importance de tenir compte du mode de traitement de chacun des hémisphères cérébraux. Kaplan traite en effet de ce thème dans son texte « *A process approach to neuropsychological assessment* » publié en 1988. Les paragraphes qui suivent visent à présenter comment cette approche permet d'identifier les caractéristiques spécifiques d'une lésion hémisphérique unilatérale, selon qu'elle soit à droite ou à gauche.

Le traitement de l'hémisphère cérébral droit

L'hémisphère cérébral droit est caractérisé par un traitement de type global. Kaplan utilise le terme de « configuration » pour représenter ce type de traitement de l'information. Dans le cas, par exemple, où un participant est appelé à copier une figure géométrique comme la Figure Complexe de Rey-Osterrieth (FCRO – Rey, 1941; Osterrieth, 1944), l'hémisphère droit s'intéressera au contour de cette figure, à sa globalité.

Le traitement de l'hémisphère cérébral gauche

L'hémisphère cérébral gauche possède un style de traitement de type analytique ou séquentiel. Dans l'exemple de la copie de la FCRO, l'hémisphère cérébral gauche s'intéressera aux détails, qu'ils soient internes ou externes, et non pas à la forme globale.

Effet d'une lésion unilatérale droite ou gauche

L'approche neuropsychologique de Boston nous renseigne sur les effets spécifiques d'une lésion cérébrale unilatérale tenant compte de la spécialisation hémisphérique.

Une lésion à l'hémisphère cérébral droit entraînera un bris de configuration. Cela pourra prendre la forme d'une difficulté à reproduire le contour d'une figure géométrique (ex: la FCRO) ou d'une difficulté à respecter la matrice dans la reproduction d'un modèle avec des blocs (ex: le subtest Cubes des tests d'intelligence de Wechsler).

Une lésion à l'hémisphère cérébral gauche entraînera une difficulté avec les détails. Cela pourra prendre la forme d'une pauvreté des détails dans la reproduction d'une figure géométrique ou d'une difficulté à respecter le modèle dans une tâche de

construction avec des blocs. Plus spécifiquement en regard de la FCRO, le patient pourra débiter sa copie par le contour de la figure, cela en raison du maintien de la configuration prise en charge par l'hémisphère cérébral droit non lésé.

UNE ILLUSTRATION

Afin d'illustrer ces différents éléments, la section qui suit est composée de productions de la FCRO, réalisées par deux participants qui ont des atteintes cérébrales différentes. Rappelons ici que la passation de ce test se fait habituellement en trois étapes : une production sous copie, un rappel immédiat et un rappel différé. Seulement l'étape de copie sera utilisée dans le présent texte. À l'origine, les auteurs de la FCRO ont proposé une grille qui permet de coter 18 éléments. Chacun des éléments peut recevoir une note de 0 à 2 selon qu'il soit correctement dessiné et correctement placé. Cette procédure demeure par ailleurs la plus couramment utilisée actuellement en neuropsychologie clinique.

La cotation habituelle de la FCRO

Le lecteur trouvera aux Figures 1 et 2, la copie de la FCRO respectivement réalisée par le participant FD et le participant SG.

L'analyse clinique, qui ne peut porter que sur les scores finaux obtenus suite à la cotation habituelle de la FCRO, nous indique que ces deux participants performent sous les normes (Meyers et Meyers, 1995), ce qui pourrait suggérer des troubles sur le plan des fonctions visuoconstructives. En effet, les deux participants obtiennent un score de 28/36 en copie, ce qui leur donne un score centile qui se situe dans les zones de performance inférieure à la moyenne. Il serait difficile d'en dire davantage car l'approche habituelle tient peu compte d'autres éléments qui pourraient aider à l'analyse clinique. Cela pourrait laisser croire qu'ils sont semblables en regard de leur fonctionnement cognitif. Or, nous verrons plus loin, à l'aide de l'analyse selon l'approche neuropsychologique de Boston, que ce n'est pas le cas.

L'analyse de la FCRO selon l'approche neuropsychologique de Boston, suite à une lésion hémisphérique droite

L'analyse de la Figure 1 nous amène à constater qu'il y a un bris de configuration lors de la copie

faite par le participant FD. En effet, on note qu'il n'a pas reproduit le contour de la figure de façon continue et qu'il procède par détails. Cela supporte une atteinte hémisphérique droite ; ce qui est confirmé par les examens neuroradiologiques qui soulignent une hémorragie intracérébrale droite et un hématomate au lobe frontal droit à sa portion médiane et antérieure à la bande motrice.

L'analyse de la FCRO selon l'approche neuropsychologique de Boston, suite à une lésion hémisphérique gauche

L'analyse de la Figure 2 nous amène à constater que le participant SG a favorisé une approche de contour pour copier la FCRO. Par la suite, le participant complète les structures de base, soit les lignes diagonales, la ligne horizontale et la ligne verticale, puis termine avec les détails. Ce type d'approche incite à proposer une atteinte hémisphérique cérébrale gauche. Cette hypothèse est soutenue par les résultats des examens neuroradiologiques qui concluent à une ischémie corticale et sous-corticale sylvienne gauche.

En somme, l'analyse des productions de ces deux participants selon le modèle neuropsychologique de Boston nous permet de préciser qu'il s'agit de cas totalement différents sur le plan des atteintes cérébrales et de leur mode de fonctionnement cognitif, ce qui ne serait pas possible en se limitant à l'approche neuropsychologique habituelle qui ne tient compte que des scores finaux.

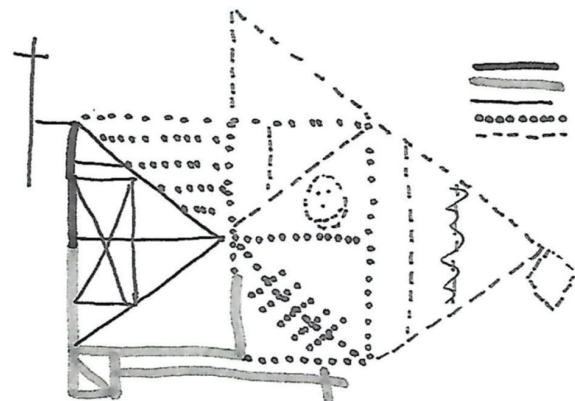


Figure 1. Copie de la Figure Complexe de Rey-Osterrieth par le participant FD

Note : des traits de types différents illustrent la démarche favorisée par le participant lors de la copie. L'ordre est indiqué dans la partie supérieure droite de la Figure 1

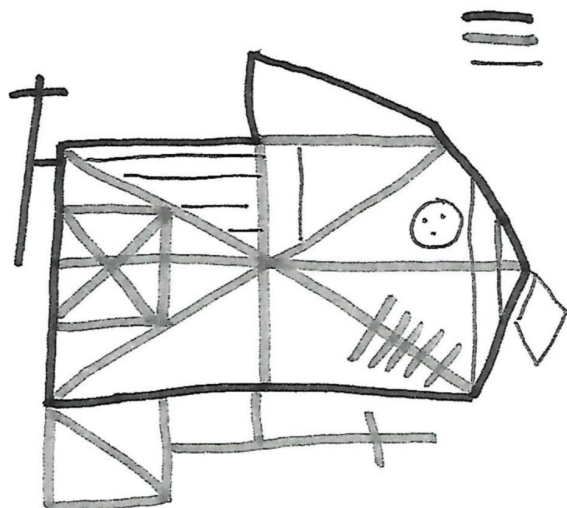


Figure 2. Copie de la Figure Complexe de Rey-Osterrieth par le participant SG

Note : des traits de types différents illustrent la démarche favorisée par le participant lors de la copie. L'ordre est indiqué dans la partie supérieure droite de la Figure 2.

L'approche neuropsychologique de Boston permet une analyse complémentaire de tests bien connus, comme c'est le cas ici pour la Figure Complexe de Rey-Osterrieth, et elle amène le neuropsychologue à distinguer des profils cognitifs selon l'utilisation préférentielle des fonctions de l'hémisphère cérébral gauche ou droit, et selon les régions cérébrales fonctionnelles ou dysfonctionnelles.

Ainsi, le mode de fonctionnement cognitif et les types d'erreurs commises nous renseignent sur les régions cérébrales atteintes ou préservées.

CONCLUSION

Sur la base du modèle neuropsychologique de Boston, l'analyse des productions qui ont été présentées dans les sections précédentes souligne la richesse d'une interprétation qui dépasse la seule utilisation des scores habituellement priorisés en neuropsychologie. L'approche neuropsychologique de Boston permet une analyse complémentaire de tests bien connus, comme c'est le cas ici pour la Figure Complexe de Rey-Osterrieth, et elle amène le neuropsychologue à distinguer des profils cognitifs selon l'utilisation préférentielle des fonctions de l'hémisphère cérébral gauche ou droit, et selon les régions cérébrales fonctionnelles ou dysfonctionnelles. Cela mène à émettre des diagnostics plus nuancés et à proposer des interventions qui s'ajustent bien aux spécificités des individus sur la base de leurs caractéristiques cognitives. Il s'agit donc d'une approche neuropsychologique qui revêt une orientation pratique et clinique adaptée à la singularité des patients.

Le présent texte n'a permis d'exposer qu'un seul des principes de l'approche neuropsychologique de Boston. Pour aller plus loin, le lecteur pourra être intéressé par un livre, pouvant s'accompagner d'une formation, publié par l'auteur.

Bibliographie

- Ashendorf, L., Swenson, R. et Libon, D. J. (2006). *The Boston Process Approach to neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Halstead, W. C. (1947). *Brain and intelligence*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kaplan, E. (1983). Process and achievement revisited. Dans S. Wapner et B. Kaplan (Éds), *Toward a holistic developmental psychology* (p. 143-156). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kaplan, E. (1988). A process approach to neuropsychological assessment. Dans M. Dennis, T. Boll et B. Brynt (Éds), *Clinical neuropsychology and brain function: research, measurement, and practice* (p. 125-167). Washington DC: American Psychological Association.
- Kaplan, E. (1990). The process approach to neuropsychological assessment of psychiatric participants. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2(1), 72-86.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D. et Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment*. Fifth edition. New York: Oxford University Press.

- Luria, A. R. (1973). *The Working Brain: An Introduction to Neuropsychology*. New York: Basic Books.
- Meyers, J. E. et Meyers, K. R. (1995). *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Milberg, W. P., Hebben, N. et Kaplan, E. (2009). The Boston approach to neuropsychological assessment. Dans I. Grant et K. M. Adams (Éds), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders*, 3th edition (p. 42-65). New York: Oxford University Press.
- Osterrieth, P. A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe: Contribution à l'étude de la perception et de la mémoire. *Archives de Psychologie*, 30, 206-356.
- Reitan, R. M. (1966). A research program on the psychological effects of brain lesions in human beings. Dans N. R. Ellis (Éd), *International review of research in mental retardation* (p. 153-218). New York: Academic Press.
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalite traumatique. *Archives de Psychologie*, 28, 215-285.

Prise en compte des perceptions individuelles du patient et de l'aidant en consultation mémoire : intérêt de l'Illness Perception Questionnaire-Memory (IPQ-Mf)

Anaïck BESOZZI

Psychologue spécialisée en neuropsychologie et Docteur en Psychologie Clinique et Psychologie de la Santé, Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR), Service de Gériatrie, CHRU Nancy, Vandœuvre les Nancy (54), France

Amélie COQUELET

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR), Service de Gériatrie, CHRU Nancy, Vandœuvre les Nancy (54), France

Contact

Anaïck BESOZZI

a.besozzi@chru-nancy.fr

Mots-clés

- Maladie neurodégénérative
- Perceptions des troubles mnésiques
- Analyse dyadique
- Psychoéducation

Conflits d'intérêts

Les autrices déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Besozzi, A. et Coquelet, A. (2019). Prise en compte des perceptions individuelles du patient et de l'aidant en consultation mémoire : intérêt de l'Illness Perception Questionnaire-Memory (IPQ-Mf). *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 92-98.

INTRODUCTION

Le psychologue en Consultation Mémoire participe à la démarche diagnostique pluridisciplinaire, en réalisant une évaluation des troubles cognitifs et comportementaux, ainsi que des ressources de la personne et de l'entourage. C'est ainsi qu'il peut contribuer au projet d'accompagnement visant à maintenir la qualité de vie du patient et à soutenir l'aidant, notamment par l'usage d'éducation thérapeutique. Outre la prise en compte des facteurs environnementaux (relations interpersonnelles, caractéristiques de la situation, ...), le psychologue doit donc appréhender les ressources personnelles du sujet.

À la lumière du modèle du Sens Commun de Leventhal (Leventhal, Brissette et Leventhal, 2003), l'étude des perceptions cognitives et émotionnelles pourrait apporter des éléments complémentaires, utiles aux psychologues. Ce modèle propose que les malades essayent de comprendre leurs symptômes et leur maladie en se créant une perception de la maladie qui leur est propre, basée sur des sources concrètes et abstraites d'informations. Ces perceptions de la maladie sont guidées par trois sources d'information de base. La première est la représentation sociale basée sur le fond commun d'informations profanes, déjà assimilées grâce aux communications sociales et les connaissances de la maladie liées à l'appartenance culturelle. La seconde provient de l'environnement social externe, c'est-à-dire d'autres sources perçues comme faisant autorité dans le domaine, par exemple le médecin ou des associations de personnes malades. Enfin, le malade complète sa perception en prenant en compte son expérience personnelle avec la maladie.

Nous présentons ici de manière synthétique les principaux résultats de l'étude REMAD (REprésentations des troubles Mnésiques et Annonce Diagnostique) qui portait sur les perceptions des troubles mnésiques de patients et d'aidants se rendant pour la première fois en Consultation Mémoire.



Le modèle du Sens Commun propose que les malades essayent de comprendre leurs symptômes et leur maladie en se créant une perception de la maladie qui leur est propre, basée sur des sources concrètes et abstraites d'informations.



Il s'agissait de mettre en évidence l'intérêt de prendre en compte ces perceptions individuelles dans la démarche diagnostique.

MÉTHODOLOGIE

Recrutement

Au total, nous avons interrogé 157 personnes exprimant une plainte mnésique qui venaient pour la première fois en consultation mémoire, au Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) de Nancy ou dans le Service de Neurogériatrie de l'Hôpital Sainte Marguerite de Marseille.

Les participants devaient avoir plus de 50 ans et exprimer une plainte mnésique définie par un score supérieur à 3 au Questionnaire de Plainte Cognitive (QPC) (Thomas-Antérion et al., 2008). Ils devaient avoir un score supérieur ou égal à 15/30 au Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein et McHugh, 1975). Tous les participants ont donné leur consentement libre et éclairé, après avoir reçu une information orale et écrite des objectifs de l'étude. Cette étude s'intègre dans l'étude REMAD qui a obtenu les accords de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et du comité de protection des personnes (n° ID-RCB : 2014-A00156-41) et du CCTIRS (14.374) (Besozzi, Montel, Perret-Guillaume et Spitz, 2014).

Étant inclus lors de leur première visite en Consultation Mémoire, les participants n'avaient pas reçu de diagnostic pour leur plainte mnésique. Les dossiers médicaux ont été examinés 6 mois après la date de l'inclusion afin de recueillir le diagnostic médical retenu.

Matériel

Les perceptions des troubles mnésiques ont été évaluées à l'aide de l'Illness Perception Questionnaire Memory (IPQ-Mf; Besozzi et al., soumis). Ce questionnaire se compose de trois sous-échelles. La première sous-échelle Identité liste 19 symptômes que les personnes souffrant de troubles mnésiques peuvent avoir présentés. La deuxième sous-échelle évalue 7 dimensions de la perception des troubles mnésiques en 27 items :

- La *durée de la maladie* qui représente la croyance du malade sur la durée probable de sa maladie (état chronique ou aigu) ;

- Les *conséquences* dans la vie du malade qui renvoient aux croyances concernant la sévérité de la maladie ainsi que son impact sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles, physiques, sociales ou psychologiques ;
- Le *contrôle de la maladie* qui concerne l'idée que la maladie est contrôlable, comme possible à prévenir ou à guérir. Cette dimension se décompose en deux sous-dimensions : le *contrôle personnel de la maladie* qui concerne les attitudes que le malade peut lui-même mettre en place et le *contrôle par le traitement* qui renvoie aux actions des professionnels de santé et aux traitements médicamenteux possibles ;
- La *cohérence de la maladie* qui correspond à la compréhension globale de la maladie ;
- Les *perceptions émotionnelles* qui correspondent à l'impact émotionnel des symptômes et de la maladie ;
- L'*évolution de la maladie* en termes de stabilité ou de déclin des troubles mnésiques ;
- La *comparaison sociale* des troubles mnésiques du sujet par rapport à ses pairs.

Dans l'IPQ-Mf, le répondant doit donner son niveau d'accord avec les items proposés sur une échelle de Likert à 5 niveaux (par exemple : « *Mes problèmes de mémoire vont durer longtemps* »). La troisième sous-échelle propose 21 *causes* possibles des troubles mnésiques pour lesquelles le répondant doit donner son niveau d'accord.

La conscience des troubles et la plainte mnésique ont été mesurées par le QPC et le Memory Functioning Questionnaire (MFQ ; Gilewski, Zelinsky et Schaie, 1990). Une évaluation neuropsychologique a été proposée à chaque participant. L'efficacité cognitive globale a été évaluée à l'aide du MMSE (Folstein et al., 1975). La mémoire épisodique verbale a été évaluée grâce au RL/RI16 (Van der Linden et al., 2004). Les fonctions exécutives ont été évaluées par la BREF (Dubois, Slachevsky, Litvan et Pillon, 2000) et les fluences verbales (Cardebat, Doyon, Puel, Goulet et Joannette, 1990). L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS ; Montgomery et Asberg, 1979) a été utilisée pour évaluer la symptomatologie dépressive.

Enfin, la qualité de vie a été étudiée grâce au WHOQOL-BREF (Baumann, Erpelding, Régat, Col-

lin et Briançon, 2010). Ce questionnaire contient 26 items évaluant la perception globale de la qualité de vie et quatre domaines : santé physique, santé psychique, relations sociales et environnement. Le module complémentaire WHOQOL-OLD (Leplège et al., 2013) a également été proposé aux personnes de plus de 60 ans.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 22. Nous avons calculé des corrélations entre les questionnaires de plainte (score au QPC), les performances cognitives (score au MMSE, au RL/RI 16 items, à la BREF et aux fluences verbales) et le questionnaire de perceptions des troubles mnésiques (score à l'IPQ-Mf) à l'aide du r de Bravais-Pearson avec un seuil de significativité à $p < 0,05$. Nous avons également calculé des corrélations entre le questionnaire de perceptions des troubles mnésiques et la qualité de vie (scores au WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD). Enfin, à l'aide de régressions logistiques linéaires, nous avons étudié les facteurs prédictifs de détresse émotionnelle (score à la MADRS).

RÉSULTATS

Le groupe de 157 personnes exprimant une plainte mnésique était âgé de 73 ans en moyenne (écart-type = 10,47) avec un niveau d'études moyen de 11,5 ans (écart-type = 2,79) et un score moyen au MMSE de 27/30 (écart-type = 2,9).

Le Tableau 1 présente les corrélations entre les perceptions des troubles mnésiques, les performances cognitives, la qualité de vie et la dépression.

Nous présentons ici une synthèse des résultats en 4 sous-parties.

Les perceptions des troubles mnésiques : facteurs d'entrée dans une démarche de soins

La première phase de l'étude REMAD avait pour but d'étudier le profil de perceptions des troubles mnésiques des primo-consultants au CMRR. Il apparaît que les troubles mnésiques sont perçus comme permanents et évolutifs pour une majorité de personnes. Néanmoins, ces problèmes de mémoire sont considérés comme gérables par l'utilisation d'aides externes quel que soit le diagnostic médical retenu a posteriori (85.70 % des partici-

Tableau 1. Corrélations entre les perceptions des troubles mnésiques, les performances cognitives, la qualité de vie et la dépression (n=157)

IPQ-Mf	Âge	Nombre d'années d'études	MMSE	3 RL RLRI16	3 RT RLRI16	BREF	Fluence littérale	Fluence catégorielle	WHOQOL-BREF de vie Santé Psychique	WHOQOL-BREF Qualité de vie Relations sociales	MADRS (dépression)
Identité	0.031	0.063	-0.080	-0.012	0.013	-0.114	0.021	0.088	.170	.156	.207
Chronologie	0.149	0.203	0.193	0.123	0.077	0.150	-0.044	0.120	-.147	.035	.120
Conséquences	0.045	-0.051	-0.258*	-0.197	-0.128	-0.012	-0.126	-0.126	-.125	-.036	.240*
Évolution	0.188	0.168	0.094	0.081	-0.004	0.099	-0.115	0.017	-.053	.049	-.017
Blâme (contrôle personnel)	-0.012	0.004	-0.177	-0.011	-0.087	-0.074	0.015	0.047	.300*	.286*	-.044
Impuissance (contrôle personnel)	0.148	0.204	0.074	0.001	-0.048	0.104	0.212	0.155	.014	.086	-.116
Émotions	-0.092	0.082	0.006	-0.058	-0.106	-0.160	-0.001	-0.019	-.223	-.080	.066
Contrôle du Traitement	-0.162	-0.118	0.043	-0.056	-0.035	-0.016	-0.023	0.323*	-.149	.251	-.040
Cohérence	0.029	0.207	0.207	0.053	0.071	0.126	0.150	0.180	-.101	.034	-.159
Comparaison Sociale	-0.311**	0.005	0.095	-0.162	-0.191	0.204	-0.038	-0.166	.114	.209	.082

* p<0.05; ** p<0.01

IPQ-Mf : Illness Perception Questionnaire-Mémoire français ; MMSE : Mini Mental State Examination ; 3 RL RL/RI16 : somme des 3 rappels libres au RL/RI16 ; 3 RT RL/RI16 : somme des 3 rappels totaux au RL/RI16 ; BREF : Batterie Rapide d'Efficiency Frontale ; WHOQOL-BREF : World Health Organization Quality Of Life – BREF ; MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

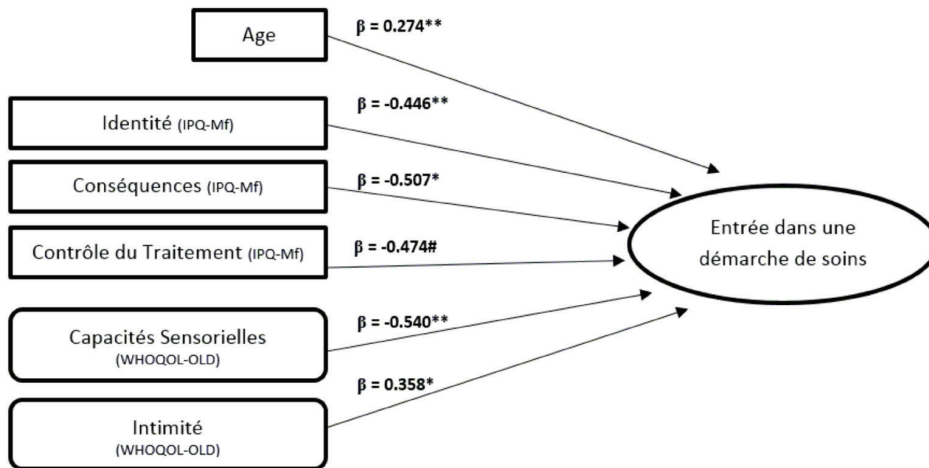


Figure 1. Facteurs d'entrée dans une démarche de soins

: $p < 0.10$; * : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

Analyse par régression logistique binaire présentant l'influence des perceptions des troubles mnésiques (IPQ-Mf) et de la qualité de vie (WHOQOL-OLD) sur l'entrée dans une démarche de soins en consultation mémoire.

pants). Enfin, les analyses par régression montrent que les perceptions des troubles mnésiques sont liées à la qualité de vie et qu'elles sont plus prédictives de l'entrée dans une démarche de soins que l'avancée en âge ou le niveau réel d'altération cognitive. En effet, les perceptions et la qualité de vie expliquent 84.6 % de la variance ($R^2 = 0,846$; Figure 1). Ainsi, les personnes rapportant une plus faible satisfaction de leurs relations personnelles et intimes sont amenées à venir consulter et débiter une démarche de soins. La place de l'aidant principal semble donc primordiale dès le début des troubles.

Influence de la perception de l'impact émotionnel des troubles mnésiques sur le score à la MADRS

Nous avons ensuite étudié le lien entre les perceptions des troubles mnésiques, les performances cognitives et la symptomatologie dépressive.

Le questionnaire IPQ-Mf apparaît corrélé aux questionnaires de plainte mnésique QPC et MFQ. Les performances cognitives sont peu corrélées aux perceptions des troubles mnésiques et à la plainte, exceptée pour la dimension « Conséquences » qui est significativement corrélée de manière positive au score au MMSE ($r = -0,258$, $p = 0,013$). Par ailleurs, les perceptions des troubles mnésiques ne sont pas

liées au diagnostic médical retenu a posteriori (plainte mnésique subjective, troubles neurocognitifs mineurs ou maladie neurodégénérative). Les analyses par régression montrent qu'un score faible au MMSE associé à la perception de troubles mnésiques marqués et d'un impact émotionnel négatif sont prédictifs du score à la MADRS ($R^2 = 0,121$). L'IPQ-Mf participe donc au repérage des patients fragiles sur le plan psychique.

Risque de désinvestissement des activités sociales

L'étude REMAD a permis de mettre en évidence que, dans une population exprimant une plainte mnésique sans diagnostic posé, la qualité de vie ne semble pas influencée par l'anxiété ou la dépression. Le déclin cognitif n'apparaît pas non plus comme un facteur de faible qualité de vie. Par contre, des perceptions négatives des troubles mnésiques (au niveau du *contrôle personnel*) impactent la qualité de vie notamment au niveau de la santé psychique ($r = 0,286$, $p = 0,038$) et des activités sociales ($r = 0,300$, $p = 0,029$; Tableau 1). Compte tenu de l'importance des activités sociales dans le maintien des capacités cognitives et de la qualité de vie, des interventions psycho-sociales visant à améliorer le sentiment de contrôle personnel sont à envisager afin de réduire le risque de retrait social.

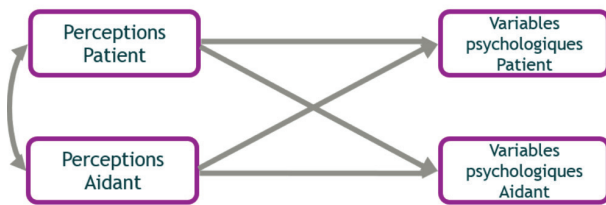


Figure 2. Analyse dyadique – Actor Partner Interdependence Model (Kenny et al., 2006)

Influences réciproques des perceptions du patient et de l'aidant

Nous avons étudié les perceptions de 20 dyades de patient-aidant venant consulter pour la première fois au CMRR de Nancy. Grâce à l'analyse dyadique du modèle Actor Partner Interdependence Model (Kenny, Kashy, Cook et Simpson, 2006), il est possible d'étudier l'influence des perceptions du patient sur les variables psychologiques de l'aidant et réciproquement (Figure 2). Les résultats de ces analyses dyadiques montrent l'influence des perceptions du patient sur l'humeur et les stratégies de coping de l'aidant. Il apparaît également que les perceptions de l'aidant influencent la qualité de vie du patient : quand l'aidant perçoit les troubles mnésiques comme évolutifs ($\beta = 1,767$, $p = 0,031$) avec de fortes conséquences ($\beta = 1,370$, $p = 0,029$) mais une possibilité de contrôle par le patient ($\beta = 1,091$, $p = 0,038$) cela améliore la qualité de vie psychique du patient. Ces perceptions moduleraient les stratégies de coping de l'aidant, favorisant des attitudes actives comme la résolution de problème et la recherche de soutien social, ce qui aurait un impact

Les résultats de l'étude REMAD démontrent l'intérêt de l'utilisation de l'IPQ-Mf par les cliniciens, dès le début de la démarche diagnostique en Consultation Mémoire.

positif sur la santé psychique du patient. Ainsi, quand l'aidant a une perception claire et cohérente des troubles cognitifs de son proche, il est un meilleur support. Ce résultat souligne l'intérêt de la psychoéducation des aidants pour eux-mêmes et pour les patients.

CONCLUSION

Les résultats de l'étude REMAD démontrent l'intérêt de l'utilisation de l'IPQ-Mf par les cliniciens, dès le début de la démarche diagnostique en Consultation Mémoire. Le psychologue spécialisé en neuropsychologie peut, ainsi, intégrer la prise en compte des perceptions des troubles mnésiques des patients et de leurs accompagnants, au même titre qu'il s'intéressait jusque-là à la conscience des troubles par la dyade.

La prise en compte des perceptions individuelles permet également d'adapter la consultation d'annonce et l'accompagnement du patient et de l'aidant, en prévenant ainsi les risques de détresse émotionnelle. En effet, la mise en place d'interventions, notamment de psychoéducation, permettrait à l'aidant d'adopter des stratégies de coping actives, de type résolution de problème et recherche de soutien social ce qui permettrait, in fine, une meilleure qualité de vie du patient.

Bibliographie

- Baumann, C., Erpelding, M.-L., Régat, S., Collin, J.-F. et Briançon, S. (2010). The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(1), 33-39.
- Besozzi, A., Montel, S., Perret-Guillaume, C. et Spitz, E. (2014). A methodology for evaluating change and impact of illness perceptions among patients with memory complaints and their next of kin during the diagnosis process. *International Psychogeriatrics*, 1-2.
- Besozzi, A., Perret-Guillaume, C., Sambuchi, N., Montel, S., Michel, B. F. et Spitz, E. (soumis). The French version of the Illness Perception Questionnaire-Memory (IPQ-Mf): Psychometric proprieties and Confirmatory Factor Analysis. *International Psychogeriatrics*.
- Cardebat, D., Doyon, B., Puel, M., Goulet, P. et Joannette, Y. (1990). [Formal and semantic lexical evocation in normal subjects. Performance and dynamics of production as a function of sex, age and educational level]. *Acta Neurologica Belgica*, 90(4), 207-217.

- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I. et Pillon, B. (2000). The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, 55(11), 1621-1626.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). «Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Gilewski, M. J., Zelinski, E. M. et Schaie, K. W. (1990). The Memory Functioning Questionnaire for assessment of memory complaints in adulthood and old age. *Psychology and Aging*, 5(4), 482-490.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., Cook, W. L. et Simpson, J. A. (2006). *Dyadic Data Analysis* (1 edition). New York: The Guilford Press.
- Lepège, A., Perret-Guillaume, C., Ecosse, E., Hervy, M.-P., Ankri, J. et von Steinbüchel, N. (2013). Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées : le WHOQOL-OLD version française. *La Revue de Médecine Interne*, 34(2), 78-84.
- Leventhal, H., Brissette, I. et Leventhal, E. (2003). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness. In: Cameron, L.D. and Leventhal, H., Eds. In *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (p. 42-60). London: Routledge Taylor et Francis Group.
- Montgomery, S. A. et Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 134, 382-389.
- Thomas-Antérion, C., Ribas, C., Honoré-Masson, S., Berne, G., Ruel, P. H. et Laurent, B. (2008). Le Questionnaire de Plainte Cognitive (QPC): outil de dépistage de la plainte des sujets présentant une maladie d'Alzheimer ou un MCI.
- Van der Linden, M., Coyette, F., Poitrenaud, J., Kalafat, M., Calicis, F., Wyns, C. et Adam, S. (2004). *L'épreuve de rappel libre / rappel indicé à 16 items (RL/RI-16)*. Marseille: Solal.

Gestion de la fatigue : retour d'expérience autour d'un outil utilisé en centre MPR adultes

Mélanie BOUTON

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie, Centre Médecine
Physique et de Réadaptation Saint-Hélier,
Rennes (35), France

Rosemary LE ROUX

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie, Centre Médecine
Physique et de Réadaptation Saint-Hélier,
Rennes (35), France

Contact

Mélanie BOUTON

melanie.bouton@pole-sthelier.com

Mots-clés

- Fatigue
- Gestion de l'énergie
- Neuropsychologie
- Réhabilitation

Conflits d'intérêts

Les autrices déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article


Bouton, M. et Le Roux, R. (2019). Gestion de la fatigue : retour d'expérience autour d'un outil utilisé en centre MPR adultes. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 99-102.

INTRODUCTION

La fatigue est une plainte fréquente dans de nombreuses affections neurologiques qu'il s'agisse de pathologies neurodégénératives ou encore d'atteintes cérébrales plus focalisées. Ainsi, 85 % des patients souffrant d'une sclérose en plaques rapportent ce symptôme (Krupp, Alvarez, LaRocca et Scheinberg, 1988) et il est fréquemment observé dans la maladie de Parkinson. La fatigue est également constatée à la suite d'un accident vasculaire cérébral et cette plainte peut perdurer deux années après l'atteinte neurologique (Glader, Stegmar et Asplund, 2002). Enfin, elle touche 45 à 73 % des patients traumatisés crâniens et persiste chez 73 % d'entre eux à 5 ans après la lésion (Olver, Ponsford et Curran, 1996).

La fatigue peut être considérée comme une expérience subjective qui reste relativement difficile à mesurer. En effet, elle va concerner différentes dimensions et opposées : fatigue normale/ pathologique, fatigue aiguë/ chronique, fatigue physique/ mentale, fatigue centrale/ périphérique.

Chaudhuri et Behan (2004) ont défini la fatigue comme étant une difficulté à initier ou à maintenir une activité que l'on fait de manière volontaire. Boiko et al. (2007) précisent que la fatigue devient chronique et constante lorsqu'on observe qu'une personne a une impression subjective d'une diminution de l'activité physique ou mentale, des symptômes qui persistent au-delà de 6 semaines, présents plus de la moitié de la journée, qui retentissent sur l'activité professionnelle et diminuent la qualité de vie de la personne.

 Notre intérêt s'est porté sur un outil développé par l'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDQP) s'intitulant : « le guide de l'énergie : vers une meilleure gestion de la fatigue » (disponible sur <https://www.ciusses-capitalenationale.gouv.qc.ca/publications>).

En effet, la fatigue peut être un facteur de limitation des activités. De ce fait, ce symptôme est susceptible de perturber de manière significative la vie quotidienne des patients cérébro-lésés. Ainsi, celui-ci est considéré par 7 % des patients comme l'un des plus invalidants après un traumatisme crâ-

nien et 43 % de cette population l'évoque comme la première gêne ressentie.

En dépit de l'incidence de la fatigue à la suite d'une lésion cérébrale et de son caractère invalidant dans la vie courante, les recherches portant sur cette thématique restent encore limitées tant d'un point vu fondamental que dans le domaine de la prise en charge. Sur ce dernier point, peu d'outils cliniques sont disponibles aux professionnels de santé et il existe encore très peu de recherches portant sur l'efficacité des programmes de rééducation visant à réduire le symptôme de fatigue.

Pourtant, les patients neurologiques pris en charge en médecine physique et de réadaptation fonctionnelle verbalisent fréquemment une fatigue importante. Ce symptôme ressenti va très souvent perturber la prise en charge rééducative ainsi que la réinsertion socio-familiale et professionnelle. Dès lors, la gestion de la fatigue après une lésion cérébrale apparaît comme un des enjeux majeurs de la rééducation dans le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR). Toutefois, la fatigue revêt un caractère complexe et subjectif. La réflexion clinique menée au sein du centre MPR a permis d'aborder cette thématique par le biais d'un travail métacognitif afin de permettre à chaque patient de s'approprier les outils proposés pour aboutir à une meilleure gestion de leur fatigue.

Dans cette perspective, notre intérêt s'est porté sur un outil développé par l'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDQP) s'intitulant : « le guide de l'énergie : vers une meilleure gestion de la fatigue » (disponible sur <https://www.ciusses-capitalenationale.gouv.qc.ca/publications>). Cette approche est basée sur du self-management (autogestion) organisée en trois sections :

- 1) Compréhension de la fatigue et de ses symptômes
- 2) Évaluation de sa propre fatigue et de ses symptômes associés
- 3) Mise en place de stratégies de gestion de l'énergie

Ce livret a été créé grâce à la collaboration de psychologues cliniciens psychologues neuropsychologues ainsi que d'ergothérapeutes. Face au constat du faible nombre d'outils permettant de travailler sur cette problématique, cet outil convivial a été créé pour mieux intervenir sur la fatigue.

Nous proposons de faire part de notre expérience clinique après un an d'utilisation de cet outil auprès de nos patients cérébro-lésés.

MÉTHODE

Nous avons proposé, d'août 2017 à août 2018, la méthode développée par le guide de l'énergie à une vingtaine de patients qui présentaient majoritairement des Accidents Vasculaires Cérébraux, Traumatismes Crâniens ou Sclérose En Plaques. Les patients étaient tous suivis en hôpital de jour de notre centre de MPR et présentaient des capacités métacognitives relativement préservées. Nous l'avons utilisé soit de façon individuelle, soit par groupe de 2. Son utilisation se faisait sur 3 à 10 séances, selon les besoins de chacun et de leur réceptivité. Pour la majorité des patients, 1 à 2 séances de 30 min à 1h chacune, par semaine, étaient proposées. Au début de ce travail, nous remettons à chaque patient un livret comportant les différentes étapes de notre programme (comprenant les outils d'évaluation, les exercices et fiches conseils).

ÉTUDE DE CAS

Nous allons ici vous décrire le travail mené auprès de 2 patients, dans un premier temps individuellement puis dans un second temps réunis.

Monsieur A. est un homme de 48 ans avec un niveau BTS. Il exerce en tant qu'électronicien à temps plein mais il est actuellement en arrêt de travail. Il a été victime d'un accident vasculaire cérébral sylvien droit survenu en août 2016, soit 12 mois avant le début de notre prise en charge. Le bilan neuropsychologique initial a mis en évidence au premier plan un déficit attentionnel sur l'ensemble des tâches ainsi qu'une fatigabilité persistante qui entraîne une majoration du comportement irritable ayant des répercussions sur la vie familiale ainsi que des migraines invalidantes au quotidien.

Mme B. est une femme âgée de 48 ans avec un niveau BAC. Elle est auxiliaire de vie, en arrêt de travail. Elle a été victime d'un traumatisme crânien léger en novembre 2016, soit 9 mois avant le début de notre prise en charge. L'imagerie cérébrale a mis en évidence un impact orbito-frontal droit ainsi qu'un hématome sous dural gauche. Le bilan neuropsychologique initial a mis en évidence au premier plan des difficultés en mémoire de travail du fait d'un déficit d'engagement de ressources attentionnelles ainsi qu'une importante fatigabilité persistante entraînant une perte d'initiative ainsi que des vertiges.

Déroulement des séances

Un travail individuel a d'abord été proposé. Il s'est déroulé sur 3 séances durant lesquelles, les thèmes suivants ont été abordés :

- Cercles négatif de la fatigue / positif de l'énergie (exercice 1) : Présentation de deux schémas de fonctionnement, l'un illustrant l'impact négatif de la fatigue à court et long terme. L'autre montrant l'impact positif de certaines stratégies sur la gestion de la fatigue (ex : le découpage d'une activité en étapes permet de respecter le niveau d'énergie disponible au moment de la réalisation de l'action). L'objectif est de permettre au patient d'adopter un point de vue différent et de proposer à la personne de mettre en place des stratégies adaptées à son fonctionnement.
- Métaphores (fiches conseil 1) : présentation de 3 métaphores illustrant le taux d'énergie disponible. Il est demandé à chaque patient d'en choisir une et de s'y référer tout au long de la journée.
- Signes individuels de fatigue (exercice 3) : nous fournissons au patient une liste non exhaustive de difficultés qui peuvent apparaître quand la fatigue s'installe (auto-questionnaire). Il est demandé au patient d'identifier les signes qu'il repère au quotidien. Un hétéro-questionnaire, identique à l'auto-questionnaire, est également disponible à l'intention d'un proche.
- Signes de fatigue selon le niveau d'énergie (exercice 5) : après avoir identifié les signes de fatigues qui apparaissent au cours de la journée, le patient est ensuite invité à les classer selon leur intensité d'après les métaphores évoquées plus tôt.
- Planning hebdomadaire (exercice 2) : nous demandons au patient de réaliser une analyse sur deux semaines de son état de fatigue selon les différents moments de la journée.

Puis il nous a semblé intéressant de poursuivre ce travail en groupe car M. A. présentait des difficultés à mettre en application les conseils fournis et Mme B. ressentait le besoin de valoriser sa façon de procéder ainsi que les stratégies déjà mises en place.

Ils ont donc réalisé 3 séances communes d'environ 1h. Lors de la première séance, nous avons travaillé sur les seuils de fatigue et de récupération. Un temps de lecture commune a ensuite été consacré aux fiches conseils « prévenir l'épuisement ». Cela

a permis un échange riche d'anecdotes entre les patients.

Lors de la seconde séance, nous avons travaillé sur l'identification des activités énergivores à l'aide de la fiche pratique « comment maintenir un niveau d'énergie optimal », disponible dans le guide. En dernier lieu, nous avons réfléchi ensemble sur la mise en pratique de la répartition des activités en étapes. Il nous a également semblé important d'aborder la nécessité de se fixer des attentes réalistes dans la journée, qui tiennent compte de l'état de fatigue du moment.

Constats et limites

À la fin de ce travail, nous avons pu observer un impact positif de manière générale. En effet, pour M. A. cela lui a permis de sortir de ses fausses croyances (ex : la fatigue va s'estomper et tout va redevenir comme avant) grâce aux retours d'expérience de Mme B.

De plus, ce travail a permis à Mme B. de valoriser ce qu'elle faisait déjà et de se rendre compte du cheminement qu'elle avait déjà effectué. Cliniquement, deux points nous ont semblé propices à l'émulation du groupe : la bienveillance apportée l'un pour l'autre ainsi que la problématique commune des répercussions de la fatigue sur la vie familiale, ce qui a favorisé les échanges.

De plus, ce travail sur la gestion de la fatigue s'est inscrit de manière plus globale dans un travail pluridisciplinaire, permettant de faire du lien avec la cellule d'insertion et les ergothérapeutes. Par exemple, il était demandé aux patients de tenter de mettre en application les stratégies travaillées lors de mises en situations. Nos collègues de la cellule d'insertion ont pu également observer que ce travail avait un



À la fin de ce travail, nous avons pu observer un impact positif de manière générale.



impact positif pour les deux patients lors du retour en entreprise. En effet, ils semblaient comprendre plus facilement et plus rapidement l'importance de fractionner les tâches et de conserver des temps de pause.

En ce qui concerne les limites de ce travail, nous avons pu observer qu'il ne pouvait être proposé que si le patient avait conscience de sa fatigue et présentait des capacités métacognitives suffisantes. C'est la raison pour laquelle il n'est pas proposé précocement dans la prise en charge.

CONCLUSION

Cet outil nous semble être un outil très intéressant pour apprendre à nos patients à mieux gérer la fatigue. En effet, l'autoanalyse les amène à réfléchir sur leur propre fonctionnement et sur la nécessité de s'y adapter en vie quotidienne en mettant en place un mode de fonctionnement différent. De plus, le travail en groupe nous a permis d'aborder différemment ces notions, rendant les interactions vivantes grâce à la paire-émulation. Cependant, malgré une meilleure gestion de leur énergie, la fatigabilité reste la même au quotidien. Il paraît donc nécessaire de préciser aux patients que ce travail leur offre des outils pour mieux gérer la fatigue et tenter de s'y adapter mais ne prétend pas les guérir de ce symptôme. De plus, l'accent doit être mis sur la nécessité de mettre en application quotidiennement ces conseils afin de les automatiser progressivement.

Bibliographie

- Boiko, A. N., Batysheva, T. T., Matvievskaia, O. V., Manevich, T. M. et Gusev, E. I. (2007). Characteristics of the formation of chronic fatigue syndrome and approaches to its treatment in young patients with focal brain damage. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 37, 221-228.
- Chaudhuri, A. et Behan, P. O. (2004). Fatigue in neurological disorders. *The Lancet*, 363(9413), 978-988.
- Glader, E. L., Stegmayr, B. et Asplund, K. (2002). Post stroke fatigue : a 2-years follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 33, 1327-1333.
- Krupp L. B., Alvarez L. A., LaRocca N. G. et Scheinberg L. C. (1988). Fatigue in multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 45, 435-437.
- Olver J. H., Ponsford J. L. et Curran C. A. (1996). Outcome Following traumatic brain injury: a comparison between 2 and 5 years after injury. *Brain Injury*, 10, 841-848.

Comment participer au changement des représentations sur le vieillissement cérébral problématique ? « Histoire d'une redécouverte par le dessin dans une bonne ambiance »

Lucille ELOY

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Centre Hospitalier Montdidier-Roye (CHIMR),
Montdidier-Roye (80), France

Amandine ADAM

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Université de Picardie Jules Verne (UPJV),
Amiens (80), France

Mots-clés

- Approches non médicamenteuses
- Vieillesse cérébrale problématique
- Aidants
- Représentations

Conflits d'intérêts

Les autrices affirment ne pas présenter de conflits d'intérêts.

Contact

Lucille ELOY

lucille.eloy@chimr.fr

Pour citer cet article

Eloy, L. et Adam, A. (2019). Comment participer au changement des représentations sur le vieillissement cérébral problématique ? « Histoire d'une redécouverte par le dessin dans une bonne ambiance ». *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 103-105.

INTRODUCTION

Les personnes âgées présentant des troubles cognitifs font l'objet de représentations négatives et l'évolution de leur maladie est associée à un long naufrage (Cavayas, Raffard et Gély-Nargeot, 2012). Cette vision négative affecte particulièrement les soignants en contact régulier avec des personnes âgées rencontrant des difficultés, ce qui impacte leur accompagnement (Adam et al., 2017). Depuis 2006, la Croix-Rouge Française développe des « Halte Répit Détente Alzheimer » (HRDA, n.d.). La HRDA est un espace géré par des bénévoles formés à l'accueil de personnes ayant des difficultés cognitives dans le but de leur offrir un moment convivial, tout en permettant une prise de relais temporaire des aidants naturels. Cette étude s'intéresse aux représentations des bénévoles et des aidants naturels qui accompagnent régulièrement des personnes présentant un vieillissement problématique. De plus, nous nous demandons si la pratique d'une nouvelle activité inspirée par l'approche Montessori a une influence sur ces représentations.

MÉTHODE

Une activité artistique pour laquelle les bénévoles et les personnes âgées présentant des troubles cognitifs ont le même statut, à savoir celui d'apprenant, a été proposée à six bénéficiaires. Cette activité avait pour objectif l'organisation d'une exposition des travaux des bénéficiaires durant une semaine dans le hall de l'Hôtel de Ville de la commune. Les bénéficiaires ont été accompagnés durant six séances d'une durée d'une heure et demie par une professionnelle de l'art pour réaliser des travaux libres d'expression graphique. L'accompagnement s'est inspiré de l'approche Montessori en insufflant une dynamique permettant de respecter les trois principes de base : respect, égalité et dignité (Camp, Zeisel et Antenucci, 2011). Cela a permis de valoriser les potentiels de chacune des personnes accueillies en mettant au centre de l'activité leurs choix concernant l'utilisation du matériel, la mise en valeur des productions, la création collaborative d'un titre d'exposition et l'organisation du vernissage. Dans le cadre de cette étude, un questionnaire a été créé afin de mesurer huit dimensions des représentations des bénévoles/familles : utilité, capacités d'apprentissage, bonheur, autonomie, solitude concernant des personnes ayant des troubles cognitifs et aisance, confiance et compétences quant à leur

rôle d'accompagnant. Pour chaque item, les participants devaient se positionner sur une ligne représentant un continuum. Les mesures ont été réalisées en deux temps : avant la mise en place de l'activité, et après la fin du projet (après le vernissage).



L'accompagnement s'est inspiré de l'approche Montessori en insufflant une dynamique permettant de respecter les trois principes de base : respect, égalité et dignité.



RÉSULTATS

Les résultats de 14 bénévoles et 5 aidants naturels ont été recueillis. L'âge moyen des bénévoles et des aidants naturels était respectivement de 72 et de 74 ans. Notre questionnaire a mis en évidence des représentations négatives tant des bénévoles (Figure 1) que des aidants naturels (Figure 2) sur les items autonomie, capacités d'apprentissage, d'utilité et de solitude. Les analyses statistiques n'ont pas permis de mettre en évidence un effet de l'activité proposée sur les résultats obtenus en pré et en post. Cependant, nous observons certaines tendances : les aidants naturels ont répondu plus positivement lors de la seconde passation, notamment concernant l'utilité perçue des patients présentant des troubles cognitifs.

DISCUSSION

Les aidants naturels et les bénévoles de notre étude ont des résultats similaires à ceux des soignants de l'étude d'Adam et al. (2017) c'est-à-dire des représentations négatives quant au vieillissement cérébral problématique. La pratique d'une activité nouvelle et la valorisation des bénéficiaires et de leurs travaux n'ont pas permis de les modifier. Pourtant les conditions nécessaires au changement des représentations (Corrigan et al., 2014) ont été encouragées par des contacts réguliers basés sur une relation collaborative et une hiérarchie soutenante. Néanmoins, les bénévoles ont eu des difficultés à se détacher de leur statut d'encadrant, limitant probablement les effets que nous attendions. Par ailleurs, les représentations des aidants naturels ont tendance à être plus positives après la mise en place de l'activité, bien qu'elles ne soient pas significativement meilleures. Nous observons cependant

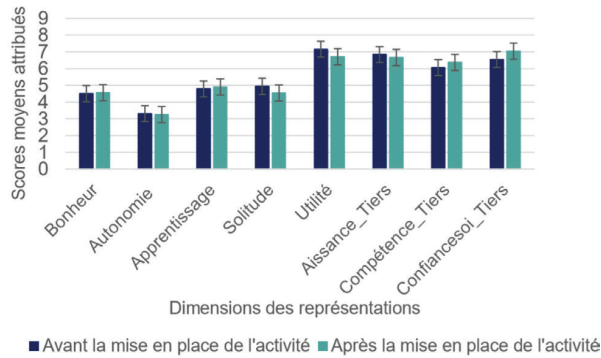


Figure 1. Moyennes des scores attribués à chaque item par les bénévoles selon la période

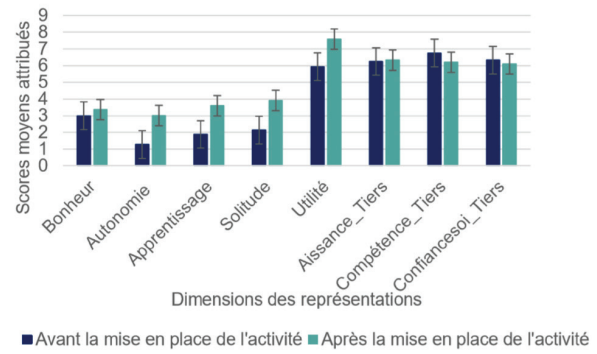


Figure 2. Moyennes des scores attribués à chaque item par les aidants naturels selon la période

une tendance quant à une évolution de l'utilité perçue des patients présentant des troubles cognitifs après l'action; ce qui peut paraître surprenant du fait que les aidants naturels n'ont pas participé ou observé la réalisation des œuvres. Ils bénéficiaient cependant des retours positifs à chaque fin de séance de la part de leur proche et ils ont probablement été plus frappés de leurs progrès lors de l'ex-

position que les bénévoles qui ont suivi les avancées au fur et à mesure des séances. De manière qualitative, il est à noter que les retours sur l'action ont été positifs de la part des familles, des bénéficiaires, des bénévoles mais aussi des visiteurs de l'exposition. Nous pensons que des actions plus longues et plus fréquentes permettraient des changements durables.

Bibliographie

- Adam, S., Missotten, P., Flamion, A., Marquet, M., Clesse, A., Piccard, S., Crutzen, C. et Schroyen, S. (2017). Vieillir en bonne santé dans une société âgiste. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 17(102), 389-398. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.05.001>
- Camp, C. J., Zeisel, J. et Antenucci, V. (2011). *Implementing the "I'm Still Here"™ approach: Montessori-based methods for engaging persons with dementia*. In *Enhancing cognitive fitness in adults* (pp. 401-417). New York, NY: Springer.
- Cavayas, M., Raffard, S. et Gély-Nargeot, M.-C. (2012). Stigmatisation dans la maladie d'Alzheimer, une revue de la question. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 10(3), 297-305. <https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0356>
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Larson, J., Krzyzanowski, R. et Botcheva, L. (2014). Key ingredients to contact-based stigma change: A cross-validation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 62-64. <https://doi.org/10.1037/prj0000038>
- HRDA. (n.d.). Les HRDA, des lieux de détente pour les malades et de répit pour leurs proches. Retrieved May 29, 2018 from <https://pouvous.croix-rouge.fr/articles/les-hrda-des-lieux-de-detente-pour-les-malades-et-de-repit-pour-leurs-proches>

Bilan neuropsychologique et biais de confirmation : réflexions à partir du contexte singulier de l'expertise médico-légale

Maëlle GOUSSET

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Association pour le Développement
de la Neuropsychologie Appliquée (ADNA),
Besançon (25), France

Anne POILLET

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Association pour le Développement
de la Neuropsychologie Appliquée (ADNA)
Besançon (25), France

Gilles CHOPARD

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
Association pour le Développement
de la Neuropsychologie Appliquée (ADNA),
Besançon (25), France ; Service de neurologie,
Centre Mémoire de Ressources
et de Recherche (CMMR) de Franche-Comté,
CHU Jean-Minjoz, Besançon (25), France

Agatha MEYER

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Association pour le Développement de la
Neuropsychologie Appliquée (ADNA),
Besançon (25), France

Contact

Agatha MEYER

meyer.agatha@gmail.com

Mots-clés

- Neuropsychologie
- Biais de confirmation d'hypothèse
- Expertise
- Bilan cognitif
- Traumatisme crânio-cérébral

Conflits d'intérêts

Les autrices affirment ne pas présenter de conflits d'intérêts.

Pour citer cet article

Gousset, M., Poillet, A., Chopard, G. et Meyer, A. (2019). Bilan neuropsychologique et biais de confirmation : réflexions à partir du contexte singulier de l'expertise médico-légale. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 106-110.

INTRODUCTION

Le cadre de l'expertise médico-légale est particulier pour le psychologue spécialisé en neuropsychologie (PSN) car il y évalue la cognition d'un patient ayant subi le plus souvent un traumatisme crânio-cérébral (TCC) (Ehrlé, Bakchine et Tepaz, 2016). Cette expertise pose le problème du rapport de causalité entre un déficit cognitif et une lésion cérébrale.

L'évaluation cognitive doit aussi permettre d'imputer les déficits à d'autres causes, non traumatiques.

Si l'évaluation cognitive a pour but d'objectiver des déficits cognitifs en lien avec d'éventuelles lésions cérébrales, elle doit aussi permettre, le cas échéant, d'imputer ces déficits à d'autres causes, non traumatiques. En effet, si un TCC peut engendrer des séquelles cognitives telles que des dysfonctionnements exécutifs, mnésiques ou attentionnels, ces mêmes dysfonctionnements peuvent aussi être consécutifs à d'autres pathologies.

Devant un déficit cognitif, il s'avère donc difficile d'établir avec certitude un lien direct avec le TCC. Envisager d'emblée un déficit cognitif en lien avec une hypothèse lésionnelle sans tenir compte d'autres étiologies possibles, c'est risquer le biais de confirmation. Ce risque n'est pas sans conséquences médico-légales.

LE BIAIS DE CONFIRMATION D'HYPOTHÈSE

Le biais de confirmation d'hypothèse est défini par Iverson et al. (2008) comme étant la « tendance des individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées, leurs croyances ou leurs hypothèses tout en évitant ou minimisant les alternatives ».

Il peut se manifester dans le bilan d'expertise par une relation systématique entre le(s) déficit(s) cognitif(s) et le TCC du patient, et par l'omission des autres causes possibles pouvant être à l'origine de ces déficits. Il faut bien garder à l'esprit que la coexistence d'une lésion cérébrale et d'un déficit cognitif n'implique pas forcément un lien de causalité.

Les déficits cognitifs objectivés après un TCC peuvent certes être en lien direct avec ce dernier,

mais peuvent aussi avoir pour origine une comorbidité antérieure ou associée à ce TCC. Par exemple, si un déficit exécutif peut-être lié à une lésion frontale, il peut tout aussi bien être consécutif à une perturbation du sommeil, un trouble addictif ou encore un traumatisme psychique (Trowbridge et Schutte, 2007 ; Gualtieri et Morgan, 2008). Un tel déficit peut d'ailleurs être retrouvé chez des personnes sans lésion cérébrale. À l'inverse, la présence de lésions cérébrales n'induit pas forcément des déficits cognitifs.

L'interprétation d'un déficit cognitif nécessite donc d'intégrer des explications alternatives, moins évidentes mais plausibles.

Interpréter à tort un déficit cognitif comme étant en lien avec une lésion cérébrale n'est pas sans conséquence pour le patient. Prenons pour exemple le cas d'un patient ayant subi un TCC. Si ce patient présente un syndrome dysexécutif et des troubles attentionnels, il peut être tentant de les relier à une éventuelle lésion cérébrale. Or, si ce patient rapporte également la présence de troubles du sommeil, de cauchemars et de symptômes anxio-dépressifs, le PSN devra aussi tenir compte de ces éléments du stress post-traumatique car ils peuvent potentiellement générer des déficits exécutifs et attentionnels. En collaboration avec le médecin, le PSN pourra donc faire la part des choses entre ces deux étiologies possibles. Il est question de la réversibilité ou non des déficits cognitifs, mais aussi de leur prise en charge, très différente selon l'étiologie.

COMMENT LIMITER LE BIAIS DE CONFIRMATION D'HYPOTHÈSE ?

Le PSN est libre de choisir les outils psychométriques qu'il juge pertinents pour réaliser son bilan d'expertise. Il peut utiliser une batterie dite « flexible », en sélectionnant différents tests qui ont été normés, de façon isolée, afin de répondre aux questions posées et aux hypothèses soulevées par la plainte et les symptômes du patient (Bigler, 2006 ; Iverson et al., 2008).

Ce type de batterie peut cependant exposer au biais de confirmation (Bigler, 2006). En effet, si le PSN choisit les tests en fonction de ses hypothèses initiales, il prend le risque de chercher à confirmer ces dernières tout en négligeant d'autres hypothèses alternatives. De plus, la plainte du patient ne correspond pas toujours au déficit cognitif objec-

tivé par les tests. Une plainte mnésique peut, par exemple, être secondaire à un trouble attentionnel ou exécutif. Dans ce cas, focaliser l'évaluation sur la mémoire tout en négligeant les autres fonctions cognitives constitue un biais de confirmation.

Par ailleurs, le fait d'utiliser des tests normés de façon isolée à partir d'échantillons différents ne permet pas de faire des comparaisons fiables. Les performances cognitives d'un patient vont en effet varier pour un même test selon que ce dernier est proposé en début ou en fin de bilan (fatigue attentionnelle). Il est donc difficile d'interpréter une performance cognitive si les conditions de passation ne sont pas les mêmes que celles de l'échantillon normatif. Afin de limiter le risque de biais de confirmation, il est préférable d'utiliser une « batterie minimum fixe » (Kane, 1991). Ce type de batterie propose toujours les mêmes tests, quels que soient la plainte ou les symptômes du patient. Ces tests ont été normés à partir du même échantillon, dans les mêmes conditions de passation (i.e. en tenant compte de l'ordre de passation, de la durée et du nombre de tests), et selon les variables sociodémographiques (âge et niveau d'étude). Si une batterie fixe évalue les principaux domaines cognitifs, elle n'est pas pour autant exhaustive. Le PSN utilise ensuite d'autres tests afin de mieux préciser le profil cognitif du patient.

Nous utilisons dans notre pratique les batteries RAPID (Ferreira et al., 2010) et RAPID-II (Binetruy et al., 2018) dont les tests ont été normés de 50 à 89 ans et de 20 à 49 ans, respectivement. Il est important de noter qu'au sein des échantillons normatifs utilisés pour ces deux batteries, près de la moitié des personnes ont obtenu un score faible (i.e. \leq Percentile 5) à au moins l'un des tests proposés. Il est donc très commun de retrouver dans la population normative un score dit « déficitaire » à un test, sans que cela ne corresponde à un réel déficit cognitif. Ainsi, l'interprétation de scores faibles de façon isolée peut conduire à des « faux positifs », c'est-à-dire considérer à tort la performance d'un patient comme étant déficitaire.

Au contraire, la fréquence de performances faibles obtenues simultanément à deux tests est très faible au sein d'un même domaine cognitif, comme par exemple la mémoire (Binetruy et al., 2018). Ce profil de résultats constitue donc un signal d'alerte plus fiable pouvant indiquer la présence d'un déficit cognitif. Ainsi, tout déficit isolé doit être confirmé à l'aide de plusieurs tests évaluant le même domaine

cognitif afin de minimiser le nombre de faux positifs et limiter ainsi le biais de confirmation.

LE BILAN COGNITIF D'EXPERTISE : MISSIONS ET MÉTHODE

Dans le cadre spécifique de l'expertise médico-légale, nos missions peuvent être définies comme telles :

- Évaluer le fonctionnement cognitif de la personne, en s'attachant à explorer spécifiquement les sphères attentionnelles, exécutives, mnésiques et instrumentales ;
- Dégager un profil cognitif clair et compréhensible, afin d'aider le médecin expert à déterminer l'éventuelle imputabilité du TCC devant les déficits présentés.

La méthode de l'évaluation cognitive nécessite une grande rigueur afin de limiter les biais, aussi bien dans le choix des tests, leur administration que leur interprétation.

Dans un premier temps, nous analysons les différentes performances obtenues par le patient aux différents tests. Cette analyse est très descriptive, situant le niveau de performance en référence à l'échantillon normatif (faible, moyenne, supérieure). Nous avons vu par ailleurs qu'une performance faible à un test n'était pas forcément le signe d'un déficit cognitif.

Dans un deuxième temps, nous comparons les performances obtenues aux différents tests sollicitant les mêmes fonctions, afin de déterminer les capacités préservées et les éventuels déficits cognitifs. Par exemple, alors qu'une personne obtient des performances inférieures au 5^e percentile au TMT-B et au subtest « Flexibilité » de la TAP, nous pouvons évoquer la présence réelle d'un déficit de la flexibilité.

Dans un troisième temps, nous regroupons les différents déficits observés en syndromes : nous pouvons par exemple parler de syndrome dysexécutif quand une personne présente à la fois des déficits de flexibilité, d'initiation et de planification. Enfin, il est important de préciser si les syndromes cognitifs que nous objectivons interagissent, ou s'ils sont indépendants les uns des autres. Si nous retenons un syndrome attentionnel et une amnésie antérograde, s'agit-il de deux syndromes cognitifs isolés, ou le syndrome attentionnel retient-il sur le fonction-

nement mnésique, engendrant ainsi une amnésie antérograde secondaire? Les hypothèses étiologiques que soulèvera le médecin peuvent être différentes dans ces deux situations; il est donc important que nos comptes rendus soient les plus clairs et explicites possible. Cette analyse psychométrique rigoureuse doit être également pondérée par les aspects psychoaffectifs, émotionnels et comportementaux que le PSN peut déceler.

Cette méthode d'analyse et d'interprétation du bilan neuropsychologique est retranscrite dans le compte rendu que le PSN livrera au médecin expert. Nous travaillons ainsi en étroite collaboration avec le médecin, afin de discuter ensuite de la cohérence entre le profil cognitif et l'histoire clinique. Ce sont ces échanges qui permettront de limiter les biais de confirmation d'hypothèse et de répondre à la question de l'imputabilité.

PERSPECTIVES

L'Association pour le Développement de la Neuropsychologie Appliquée (ADNA) effectue depuis vingt-cinq ans des évaluations cognitives de personnes ayant subi un TCC, dans le cadre d'expertises médico-légales. Cette expérience nous a permis de constater que la reprise d'une activité professionnelle ne dépendait pas forcément de la sévérité du TCC et des lésions cérébrales.



La personnalité prémorbide et les paramètres environnementaux semblent jouer un rôle important dans la réinsertion et peuvent constituer eux aussi un handicap « invisible ».



Une analyse actuellement en cours (données personnelles) de près de 400 dossiers de patients adultes nous a permis de constater que la sévérité initiale du TCC (telle que mesurée par le score de Glasgow, la durée de l'amnésie post-traumatique ou encore le nombre et la profondeur des lésions)

n'est probablement pas le seul facteur pronostique de réinsertion sociale et professionnelle.

D'autres facteurs pronostiques de la réinsertion tels que la personnalité prémorbide et les paramètres environnementaux semblent jouer un rôle important et peuvent constituer eux aussi un handicap « invisible ». La prise en compte de ces facteurs redonne ainsi au PSN sa juste place, en lui permettant d'envisager la personne dans sa globalité et ses multiples dimensions. Cela montre qu'il n'est pas possible d'envisager le rapport entre le fonctionnement cérébral et la cognition de façon simple et univoque. Cela montre également que si un bilan cognitif très précis est nécessaire dans le cadre de l'évaluation du dommage corporel, il n'est certainement pas suffisant.

CONCLUSION

Nous avons donc vu que le cadre spécifique de l'expertise médico-légale était propice au biais de confirmation d'hypothèse. Réaliser et interpréter un bilan cognitif demande donc au PSN une constante rigueur s'il veut s'en prémunir. L'utilisation d'une batterie minimum fixe, associée à des tests complémentaires, permet de limiter ce risque en évaluant l'ensemble de la cognition de manière exhaustive.

Il convient également de préciser que le PSN reste autonome dans sa pratique: rien ne lui est imposé, c'est lui qui va juger de la pertinence d'utiliser un outil plutôt qu'un autre. Cependant, dans le cadre de l'expertise médico-légale, sa mission est de donner une réponse claire à la problématique cognitive posée par le médecin expert. Il est donc indispensable que ce dernier précise explicitement quelles sont ses attentes quant au bilan qu'il demande.

Enfin, notre expérience nous incite à réfléchir sur l'importance des facteurs psychiques et environnementaux dans la prise en charge et la réinsertion socio-professionnelle des patients victimes d'un TCC.

Bibliographie

- Bigler, E. D. (2007). A motion to exclude and the “fixed” versus “flexible” battery in “forensic” neuropsychology: Challenges to the practice of clinical neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(1), 45-51.
- Binetruy, M., Mauny, F., Lavaux, M., Meyer, A., Sylvestre, G., Puyraveau, M., Berger, E., Magnin, E., Vanderl, P., Galmiche, J. et Chopard, G. (2018). The RAPID-II Neuropsychological Test battery for subjects aged 20 to 49 years: Norms and cognitive profile. *Revue neurologique*, 174(1-2), 44-55.
- Ehrlé, N., Bakchine, S. et Tepaz, N. (2016). Évaluation neuropsychologique dans le cadre de l'expertise. Dans H. Amieva, C. Belin et D. Maillat (Dir.), *L'évaluation neuropsychologique: De la norme à l'exception* (p. 227-250). Paris: De Boeck Supérieur.
- Ferreira, S., Vanholsbeeck, G., Chopard, G., Pitard, A., Tio, G., Vandell, P., Galmiche, J. et Rumbach, L. (2010). Normes comparatives de la batterie de tests neuropsychologiques RAPID pour les sujets âgés de 50 à 89 ans. *Revue neurologique*, 166(6-7), 606-614.
- Gualtieri, C. T. et Morgan, D. W. (2008). The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7), 1122-1130.
- Iverson, G. L., Brooks, B. L. et Holdnack, J. A. (2008). Misdiagnosis of cognitive impairment in forensic neuropsychology. Dans R. L. Heilbroner (Dir.), *Neuropsychology in the courtroom: Expert analysis of reports and testimony* (p. 243-266). New York, NY: Guilford Press.
- Kane, R. L. (1991). Standardized and flexible batteries in neuropsychology: An assessment update. *Neuropsychology Review*, 2(4), 281-339.
- Trowbridge, B. C. et Schutte, J. W. (2007). Some problems inherent in neuropsychological testing. *American Journal of Forensic Psychology*, 25(2), 5-34.

Évaluation individualisée de la cognition sociale : quelles implications pour l'accompagnement quotidien ?

Antoinette PROUTEAU

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie et MCU-HDR en psychologie, Laboratoire de Psychologie EA-4139, Université de Bordeaux, Bordeaux (33), France ; Département de Psychiatrie Adulte, Hôpital de Jonzac, St Martial de Vitate (17), France

Aurore ETCHEPARE

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie et Docteur en psychologie ; Laboratoire de Psychologie EA-4139, Université de Bordeaux, Bordeaux (33), France ; Pôle de Soins de Réhabilitation de la Dordogne (PSRD), Centre Hospitalier Vauclaire, Montpon-Ménéstérol (24), France

Karine MERCERON

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Exercice libéral, Bordeaux (33), France

Mots-clés

- Cognition sociale
- Évaluation
- Pratique clinique

Conflits d'intérêts

Les autrices affirment ne pas présenter de conflits d'intérêts

Pour citer cet article

Prouteau, A., Etchepare, A. et Merceron, K. (2019). Évaluation individualisée de la cognition sociale : quelles implications pour l'accompagnement quotidien ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 111-116.

Contact

Antoinette PROUTEAU

antoinette.prouteau@u-bordeaux.fr



DE LA MODÉLISATION À L'ÉVALUATION DE LA COGNITION SOCIALE

La cognition sociale (CS) désigne «*la capacité à construire des représentations sur les relations entre soi-même et autrui, et à utiliser ces représentations de manière flexible afin de guider son comportement social*» (Adolphs, 2001). Ce construit a connu un essor considérable ces dernières années. Les troubles de la CS peuvent se retrouver dans diverses pathologies neurologiques telles que la démence fronto-temporale, le traumatisme crânien, la sclérose en plaques ainsi que dans diverses pathologies psychiatriques comme l'autisme, la schizophrénie, le trouble bipolaire, etc. (Henry, von Hippel, Molenberghs, Lee et Sachdev, 2015). Par ailleurs, les troubles de la CS ont un retentissement fonctionnel majeur dans ces différentes pathologies et contribuent parfois fortement au handicap (Couture, Penn et Roberts, 2006 ; Prouteau et Verdoux, 2011 ; Spikman, Timmerman, Milders, Veenstra et van der Naalt, 2012).

La CS est un construit multidimensionnel, regroupant la théorie de l'esprit, la perception des émotions, l'empathie, le style attributionnel, la perception sociale, les connaissances sociales, la conscience émotionnelle ou encore l'alexithymie (pour une revue plus détaillée, voir Etchepare et Prouteau, 2018). Cependant, le nombre et la qualité de ces dimensions diffèrent considérablement selon les auteurs (Merceron et Prouteau, 2013). À l'heure actuelle, il n'existe pas de modèle compréhensif de la CS. Ces dernières années, seuls quelques modèles uniquement théoriques ont été proposés (e.g., Cassel, McDonald, Kelly et Togher, 2016 ; Couture et al., 2006 ; McDonald, 2013 ; Pinkham et al., 2014). Cependant, du fait de l'absence de recherches empiriques destinées à tester ces différents modèles, ceux-ci sont à prendre avec la plus grande des précautions. D'autres recherches se sont par ailleurs efforcées de comprendre l'architecture de la CS, en étudiant statistiquement sa structure factorielle. Une revue systématique de ces études nous a permis de proposer un modèle bidimensionnel de la CS, présenté dans la Figure 1 (Etchepare et Prouteau, 2018). Ce modèle propose que la CS soit organisée en deux dimensions : bas-niveau (i.e., traitement rapide, automatisé, rigide) versus haut-niveau (i.e., traitement plus lent, demandeur de ressources cognitives, flexible) d'une part ; affectif (i.e., nécessitant un traitement de l'information émotionnelle) versus

cognitif (i.e., ne nécessitant pas ce type de traitement) d'autre part.

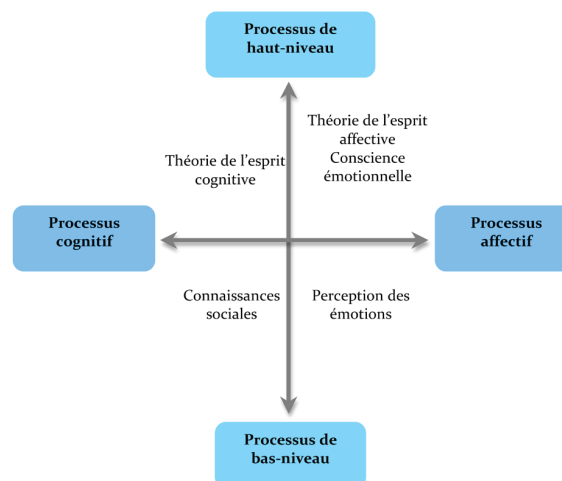


Figure 1. Modèle bidimensionnel de la cognition sociale

Sur le plan pratique, la CS reste souvent appréhendée à l'aide d'un seul test alors qu'il s'agit d'un construit multidimensionnel. À ce jour, cinq batteries francophones d'évaluation de la CS ont été créées. Celles-ci sont en cours de validation ou disposent de données préliminaires de validation et d'étalonnage. La Figure 2 présente les batteries en question ainsi que leur état de validation et d'étalonnage.



La cognition sociale reste souvent appréhendée à l'aide d'un seul test alors qu'il s'agit d'un construit multidimensionnel.



Dans le cadre pratique, certaines précautions théoriques, cliniques ou encore méthodologiques sont à prendre en considération si l'on souhaite évaluer rigoureusement et précisément les capacités de CS. Le Tableau 1 propose quelques recommandations de bonne pratique ainsi que leur(s) objectif(s).

La prise en compte de l'ensemble de ces éléments permettra ainsi de réaliser une évaluation fine de la CS, avec pour objectif de proposer des interventions individualisées et adaptées à chacun.

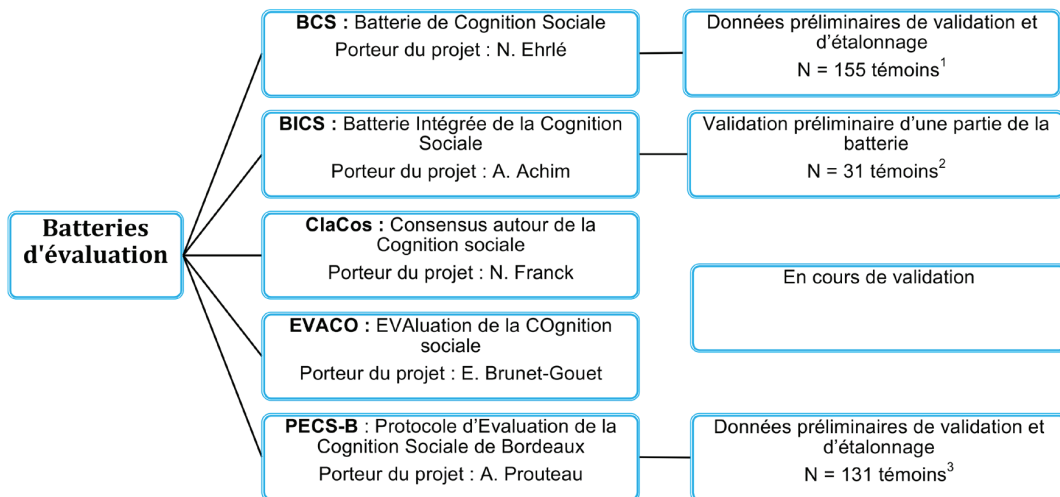


Figure 2. Batteries francophones d'évaluation de la cognition sociale

Notes

1 Données n'ayant pas fait l'objet d'une publication dans un article scientifique mais accessibles sur le site du GRECO (Groupe de Réflexion sur les Évaluations Cognitives) – 2 Achim, Ouellet, Roy et Jackson (2012) – 3 Etchepare et al. (2018)

Recommandation	Objectif(s)
Prendre en compte le diagnostic, les demandes, les plaintes et le comportement social de l'utilisateur	Faire un état des lieux des difficultés auto et hétéro-rapportées
Prendre en compte les observations et demandes des différents acteurs de son accompagnement (équipes soignantes, mandataires, proches)	Questionner le retentissement fonctionnel des difficultés rapportées
Évaluer en amont la neurocognition	Adapter l'évaluation de la cognition sociale (CS) en fonction des difficultés neurocognitives repérées Éviter de confondre les troubles de la CS avec des troubles neurocognitifs plus basiques
Utiliser une batterie de tests de la CS disposant de données de validation et d'étalonnage	Évaluer la CS de la façon la plus précise, rigoureuse et exhaustive possible
Compléter au besoin avec d'autres mesures de la CS, également validées et étalonnées	

Tableau 1. Proposition de recommandations dans le cadre de l'évaluation de la cognition sociale

Note : CS = Cognition Sociale

INTÉRÊT DE L'ÉVALUATION INDIVIDUALISÉE DE LA COGNITION SOCIALE

L'évaluation individualisée constitue une pierre angulaire de la neuropsychologie clinique. En mettant en évidence un profil de fonctionnement spécifique, l'évaluation permet une orientation et un accompagnement adaptés aux ressources et aux faiblesses de chacun. L'idée que chaque personne fonctionne d'une manière qui lui est propre est un des postulats de la psychologie clinique. Dans le domaine de la cognition sociale, les récents travaux de notre équipe apportent des éléments en faveur de la nécessité de l'évaluation individuelle (Etchepare et al., sous presse). Des analyses en cluster sur 99 individus ont en effet révélé 3 profils de CS différents en population générale (pour une représentation schématique, voir Etchepare et al., sous presse). Le premier profil est assez homogène dans les différentes dimensions de la CS (reconnaissance des émotions faciales, théories de l'esprit, conscience émotionnelle). Le deuxième profil est caractérisé par une faiblesse (entre -1 et -1,5 écart-type par rapport à la moyenne de l'échantillon total) en théorie de l'esprit affective. Le troisième profil est quant à lui caractérisé par une faiblesse (proche de -1 écart-type) en reconnaissance des émotions faciales. Par ailleurs, ces différences de profil

ne sont pas imputables à la neurocognition ou au niveau socioculturel puisque les 3 groupes ne différaient pas sur ces points. Il existe donc des « styles » différents pour fonctionner « normalement » en cognition sociale. Ce résultat est important pour la pratique clinique puisqu'il signifie qu'un profil parfaitement homogène dans toutes les dimensions de la CS est loin d'être systématique. Il ne devrait donc pas être attendu dans les populations cliniques avec un développement neurotypique, comme c'est le cas dans les lésions cérébrales acquises.

Ces mêmes analyses en clusters ont été également conduites dans un échantillon de 94 participants souffrant de schizophrénie. Là encore, 3 profils différents ont émergé (pour une représentation schématique, voir Etchepare et al., sous presse). De manière surprenante, ces profils ne correspondaient pas du tout à ceux de la population normale. Au contraire, les 3 profils dans la schizophrénie étaient relativement homogènes sur les dimensions de la CS. Ils se distinguaient plutôt par la qualité du fonctionnement en CS: haut, moyen, bas. Deux faits importants sont à noter. Le premier est que l'effondrement de la CS n'est massif que pour le profil « bas » niveau en CS, qui représente moins d'un tiers de l'échantillon. Chez ce dernier, la CS était associée à un plus faible niveau d'études, un âge plus avancé et une plus faible neurocognition. Le deuxième fait important est que les participants du profil « haut » niveau présentaient des performances comparables aux sujets sains. Autrement dit, 48 % de l'échantillon avait des performances normales en CS, ce qui contredit clairement une idée fortement répandue dans la littérature internationale, qui fait du dysfonctionnement de la CS un des aspects majeurs de la schizophrénie.

Enfin, des analyses supplémentaires menées par des étudiants de master¹ ont permis de montrer que l'impact de la CS sur la santé mentale et la vie quotidienne n'est pas direct, mais plutôt le fruit d'une interaction avec des facteurs plus subjectifs et environnementaux. Ainsi, le soutien social perçu – un élément fondamental du contexte social des personnes – a un effet positif sur les relations sociales si et seulement si la cognition sociale est efficiente. Ce résultat suggère donc que la CS a un effet bénéfique sur le fonctionnement quotidien des personnes souffrant de schizophrénie. Cependant,

1. Travaux de recherche d'Émilie FERRANT et de Lamine SANOGO, étudiants en Master de Neuropsychologie clinique à l'Université de Bordeaux.

dans le même échantillon de participants, il a été montré que le fardeau familial a un effet négatif sur l'estime de soi si, et seulement si, la cognition sociale est efficiente. Ce résultat suggère donc que la CS peut aussi être le vecteur d'une souffrance subjective qu'il convient de savoir prévenir et accompagner.

Ainsi, l'évaluation individualisée de la CS nécessite de prendre en compte deux niveaux de complexité: l'aspect multidimensionnel de la CS et les interactions avec des facteurs subjectifs (le soutien social perçu, l'estime de soi) ou environnementaux (le fardeau familial, les relations sociales). Cette évaluation individualisée permettra de définir de manière plus précise les modalités d'un accompagnement adapté au fonctionnement spécifique d'un individu dans son contexte.

PERSPECTIVES POUR L'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Si nous définissons la CS comme étant les processus impliqués dans les relations sociales, alors les troubles de la CS se situent au niveau des interactions entre une personne et son environnement. L'objet du travail d'accompagnement psychologique d'une personne qui présente des troubles de la CS se situe au niveau de cette interaction.

Identifier une problématique globale et singulière

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la définition d'un accompagnement s'appuie sur une évaluation individualisée dans le bilan neuropsychologique (voir Tableau 1). Il s'agit également d'identifier les répercussions fonctionnelles des troubles de la CS, en particulier sur le comportement social, par le biais de l'entretien clinique auprès des patients, l'utilisation de questionnaires spécifiques aux troubles de la CS et du fonctionnement psychosocial, et l'investigation auprès des proches. Vient ensuite la considération de l'impact des troubles de CS dans l'espace relationnel des patients avec ses proches. L'enjeu est alors de se demander de quelle manière ces troubles de CS viennent perturber l'homéostasie familiale, en modifiant les rôles sociaux qui étaient attribués à chacun des membres du système. Les troubles de la CS impactent également les relations qu'entretiennent les patients avec les pro-

fessionnels impliqués auprès de lui. Identifier les difficultés posées par les troubles de CS permet de favoriser les actions de soin et d'accompagnement : instauration d'une alliance thérapeutique, identification des besoins, ajustement des démarches de compensation.

Ainsi, une démarche de prise en charge globale des troubles de la CS chez un patient implique trois niveaux distincts d'intervention : celui de la personne, son entourage proche et le réseau de professionnels impliqués.

Accompagnement individualisé auprès des patients

Auprès des patients, il peut tout d'abord être proposé un travail de remédiation des troubles de la CS sur les dimensions identifiées comme perturbées au bilan neuropsychologique, mais également suivant les plaintes du patient et/ou de son entourage (lorsque le patient n'exprime pas de plaintes). Il existe de nombreux programmes de remédiation de la CS, chacun portant sur une dimension spécifique de la CS. En parallèle, un suivi psychologique peut être proposé au patient avec pour objectif de favoriser la prise de conscience de ses difficultés, de comprendre les comportements inadaptés socialement, d'interpréter les situations sociales rencontrées, de proposer un espace de soutien psychologique pour élaborer autour de la souffrance générée par les troubles.



Il existe de nombreux programmes de remédiation de la cognition sociale, chacun portant sur une dimension spécifique.



Accompagnement individualisé auprès de l'entourage proche

Intervenir auprès de l'entourage proche consiste tout d'abord à leur proposer un espace d'écoute afin de soulager le fardeau des aidants. Un travail d'information peut être conduit en parallèle afin de

désamorcer les malentendus, source de souffrance pour chacun des membres du système. Le travail peut ensuite se poursuivre en engageant les proches à devenir des facteurs de compensation des troubles de CS pour les patients, en leur fournissant des recommandations pour éviter les difficultés d'interactions sociales (par exemple, les engager à verbaliser le plus souvent possible leurs émotions).

Accompagnement individualisé auprès des équipes d'accompagnement

Un travail de sensibilisation des équipes aux troubles de la CS chez les patients qu'ils rencontrent peut leur permettre d'ajuster leurs interventions, mais également de mieux interpréter certaines manifestations des patients. Auprès des professionnels déjà sensibilisés à la question, fournir des éléments détaillés sur les perturbations spécifiques des patients leur permettra d'affiner leur démarche de soin et d'accompagnement. De plus, comme auprès des familles, des pistes d'accompagnement peuvent leur être fournies afin de favoriser l'accompagnement (par exemple, engager les patients à tenir compte du contexte avant de porter un jugement).

CONCLUSION

La prise en compte de la CS nécessite donc de s'extraire d'un point de vue individuel et constitue en ce sens une dimension très originale du fonctionnement cognitif. Sa méthode d'évaluation n'échappe cependant pas aux règles de rigueur habituellement admises en neuropsychologie clinique. Elle nécessite cependant de prendre davantage en compte les facteurs subjectifs et environnementaux qui vont interagir avec le strict fonctionnement cognitif. La CS se situant précisément au niveau de l'interaction de la personne avec son environnement, la prise en charge des troubles de la CS a pour objet la relation et non plus la personne elle-même. Ainsi, le psychologue a pour fonction d'articuler ces différents niveaux d'interaction et de prendre en compte le plus précisément possible le contexte au sein duquel la personne évolue.

Bibliographie

- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current opinion in neurobiology*, 11(2), 231-239.
- Cassel, A., McDonald, S., Kelly, M. et Togher, L. (2016). Learning from the minds of others: a review of social cognition treatments and their relevance to traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(1), 22-25. <https://doi.org/10.1080/09602011.2016.1257435>
- Couture, S. M., Penn, D. L. et Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Supplement 1), 44-63. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl029>
- Etchepare, A., Roux, S., Destailats, J. M., Cady, F., Fontanier, D., Couhet, G. et Prouteau, A. (sous presse). What are the Specificities of Social Cognition in Schizophrenia? A Cluster-Analytic Study comparing Schizophrenia with the General Population. *Psychiatry research* (IF: 2.456). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.042>
- Etchepare, A. et Prouteau, A. (2018). Toward a Two-Dimensional Model of Social Cognition in Clinical Neuropsychology: A Systematic Review of Factor Structure Studies. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 24(04), 391-404. <https://doi.org/10.1017/S1355617717001163>
- Etchepare, A., Roux, S., Destailats, J.-M., Cady, F., Fontanier, D., Couhet, G. et Prouteau, A. (2018). Éléments de validation du Protocole d'Évaluation de la Cognition Sociale de Bordeaux (PECS-B) en population générale et dans la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.06.011>
- Henry, J. D., von Hippel, W., Molenberghs, P., Lee, T. et Sachdev, P. S. (2015). Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders. *Nature Reviews Neurology*, 12(1), 28-39. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.229>
- McDonald, S. (2013). Impairments in social cognition following severe traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(03), 231-246. <https://doi.org/10.1017/S1355617712001506>
- Merceron, K. et Prouteau, A. (2013). Évaluation de la cognition sociale en langue française chez l'adulte: outils disponibles et recommandations de bonne pratique clinique. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 53-70. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.01.002>
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K. et Harvey, P. D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 813-823. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081>
- Prouteau, A. et Verdoux, H. (2011). Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie. In A. Prouteau, *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* (p. 161-199). Paris: Dunod.
- Spikman, J. M., Timmerman, M. E., Milders, M. V., Veenstra, W. S. et van der Naalt, J. (2012). Social cognition impairments in relation to general cognitive deficits, injury severity, and prefrontal lesions in traumatic brain injury patients. *Journal of Neurotrauma*, 29(1), 101-111. <https://doi.org/10.1089/neu.2011.2084>

Atelier Montessori adapté aux personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs

Maëva ROULIN

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie,
Cabinet de Neuropsychologie,
Romans sur Isère (26), France ; EHPAD
Les Tilleuls, Parnans (26), France

Contact

Maëva ROULIN

cabinet@roulin-neuropsychy.com

Mots-clés

- EHPAD
- Accompagnement
- Vieillesse
- Montessori

Conflits d'intérêts

L'autrice affirme ne pas présenter de conflits d'intérêt

Pour citer cet article

Roulin, M. (2019). Atelier Montessori adapté aux personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 117-121.

Pendant le CNNC 3, j'ai eu la chance d'animer l'atelier Montessori adapté aux personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs (traduit de l'anglais: Montessori-Based Dementia Programming, MBDP; Camp, 2010). En introduction, nous avons brièvement évoqué la méthode que Maria Montessori a développée pour l'éducation des enfants d'après les travaux d'Itard puis de Seguin (cf. ouvrage de Standing – «La vie de Maria Montessori», 2010). Nous avons développé deux chapitres du MBDP mis au point par Cameron Camp: les activités porteuses de sens et la gestion des comportements dits «problématiques». Il est important de préciser que les points que nous avons présentés ne représentent pas la méthode Montessori dans sa globalité, mais quelques éléments qui la constituent. Pour illustrer les différents postulats et exemples abordés, plusieurs photos et vidéos ont été projetées. Enfin, la résolution de la situation «problématique» d'un homme habitant un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été décrite.

AVANT-PROPOS

Actuellement, différents éléments conduisent des chercheurs et professionnels de terrain de plus en plus nombreux à questionner les fondements de l'approche catégorielle de la maladie d'Alzheimer (MA). Il semble en effet de plus en plus évident que la MA représente un état hétérogène, déterminé par de multiples facteurs et des mécanismes qui interagissent et interviennent tout au long de la vie. Une autre façon de concevoir la MA conduit non seulement à un changement des objectifs de recherche, mais aussi une modification profonde de la pratique d'évaluation et d'intervention (Van der Linden et Juillerat Van der Linden, 2014). Les personnes vivant avec un diagnostic de démence sont très souvent confrontées et réduites à leurs difficultés, leurs erreurs et à tout ce qu'elles ne peuvent plus faire...

«Je ne sais pas faire une addition écrite, est-ce que ça me rend moins humain? À votre avis?».
Philippe Blanchard, 2015

INTRODUCTION

La méthode Montessori, bien connue pour les petits, est une pédagogie active et humaniste. Elle vise l'indépendance et l'autonomie de l'enfant à

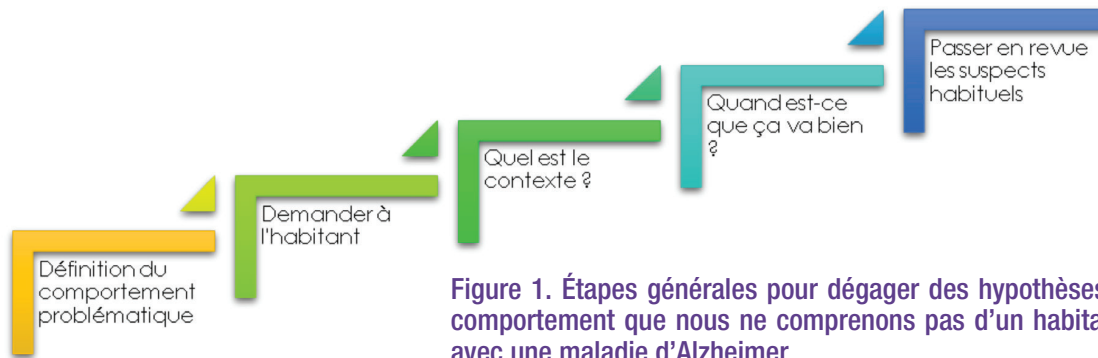
travers un cadre participatif et collaboratif dans lequel il peut s'épanouir en tant qu'individu propre. Cameron Camp est professeur associé de psychologie auprès de trois universités aux États-Unis. De nombreuses recherches sur la méthode Montessori ont été publiées depuis ses premiers travaux dans les années 1990. Elles ont démontré des augmentations significatives de l'engagement positif des personnes atteintes de démence par rapport à la norme des soins, ainsi que des diminutions des troubles du comportement. Les formations et matériels d'intervention mis au point par le Professeur Camp ont à ce jour été traduites et diffusées dans de nombreuses langues et de nombreux pays du monde.

PRÉSENTATION DU MBDP

La méthode Montessori constitue plutôt une philosophie d'intervention et une approche globale qu'une «thérapie non médicamenteuse». Elle vise plusieurs objectifs conjointement: permettre aux personnes présentant des troubles cognitifs, même sévères, de reprendre un sentiment de contrôle sur leur vie, de favoriser l'engagement dans des activités porteuses de sens, ainsi que de retrouver une place et un rôle dans la communauté. Cameron Camp a ainsi constitué une méthode pour créer, adapter et proposer des activités basées sur les principes de Maria Montessori et des méthodes de réhabilitation psychosociale afin d'améliorer l'engagement des personnes dans ces activités.

ACTIVITÉS PORTEUSES DE SENS

De Maria Montessori, Cameron Camp a, entre autres, développé le concept de normalisation adapté aux personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs. Chez l'enfant, la normalisation consiste en l'adaptation de l'environnement physique et social et la création de conditions pour lui permettre de s'engager positivement et spontanément dans ses apprentissages et exprimer ainsi pleinement ses potentiels. Chez les personnes vivant avec une démence, il s'agit de créer les conditions pour lui permettre d'exploiter ses potentiels, permettre à la personne normale cachée par les déficits de ré-émerger. Il s'agit en quelque sorte d'intégrer dans l'environnement physique et social des procédés de facilitation du fonctionnement cognitif, afin de contourner les déficits et de minimiser leur impact. Le postulat est le suivant: l'engagement dans des acti-



vités porteuses de sens pour la personne est associé à une réduction des troubles du comportement, une amélioration de l'humeur et une augmentation de l'expression d'affects positifs, une amélioration du sommeil, du fonctionnement cognitif, des capacités physiques, de l'indépendance fonctionnelle, de la qualité de vie et une réduction de l'utilisation des traitements psychotropes. Plusieurs publications mettent en avant les effets de la méthode Montessori avec des publications portant sur :

- l'engagement et les affects positifs durant les activités (voir par exemple Orsulic-Jeras, Judge et Camp, 2000) ;
- l'augmentation des interactions sociales durant des activités en groupe (par exemple Camp, Foss, O'Hanlon et Stevens, 1996) ;
- les troubles du comportement et l'humeur (Giroux, Robichaud et Paradis, 2010 ; Van der Ploeg et al., 2010 ; De Witt-Hoblit, Miller et Camp, 2016) ;
- l'indépendance dans des actes de la vie quotidienne (Shan Wu et al., 2014) ;
- la consommation de psychotropes en institution (De Witt-Hoblit et al., 2016).

COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

Pendant l'atelier, il a été proposé une méthode de résolution applicable en cas de comportements réactionnels de la part des habitants de maisons de retraite. Selon moi, cette méthode permet deux choses : prendre un recul sur une situation et essayer de tester des hypothèses explicatives d'un comportement précis en vue de la mise en place de solutions pragmatiques et efficaces.

Au préalable, une évaluation pourrait être faite à un moment où l'habitant présente un comporte-

ment homogène depuis plusieurs semaines afin de constituer une ligne de base. Cette évaluation consiste à recueillir son histoire passée et présente, ses capacités préservées, les choses qu'il aime et qu'il n'aime pas ainsi que ses souhaits et besoins. En bref, il s'agit d'apprendre à regarder la personne différemment, à travers qui elle est et non à travers ses déficits et les problèmes qu'elle pose qui tendent à nous aveugler (Erkes, Camp, Gely-Nargeot, Raffard et Bayard, 2017).

Plusieurs étapes permettent ensuite de tendre vers des hypothèses soutenant le comportement réactionnel (Figure 1).

Tout d'abord, nous nous posons une série de questions :

- Où le comportement se produit-il ?
- Que se passe-t-il avant, pendant et après le comportement ?
- Quand est-ce que cela se produit ?

Pour accompagner ces informations cliniques, un agenda des comportements rempli par les équipes permet de recueillir des données quantitatives. Parfois, une prise de conscience peut s'opérer d'autant plus qu'il s'agit de leurs propres recueils de données. Dans ce type de situation, une partie du travail du psychologue s'axera sur les professionnels. Par ailleurs, la personne elle-même, car l'on connaît ses capacités, peut être questionnée sur les raisons de son comportement, ce qui permet d'étayer l'analyse voire nous apporter une solution dans certains cas ! Avec les facilitateurs, il s'agit aussi de se demander « quand est-ce que ça va bien ? » ce qui permet de présenter une personne dans son entièreté, sans la stigmatiser, voire de trouver des éléments contextuels favorisant l'émergence de comportements positifs.

L'étape suivante consiste à étudier les potentielles explications à ce comportement en se demandant « pourquoi est-ce que cela arrive ? » (cf. Figure 1). Les causes somatiques, l'adaptation de l'environnement ou les capacités de mémoire peuvent, par exemple, contribuer à expliquer certains comportements réactionnels. Personnellement, au cours de cette recherche d'hypothèses, je reviens souvent sur la même question : « qui a un problème ? ».

Je ne présenterai qu'un élément de la situation de Monsieur HIBOUD² présentée lors de l'atelier du CNNC 3, qui mériterait un article à lui tout seul. Monsieur HIBOUD vit en maison de retraite et sa situation a été travaillée en réunion pluridisciplinaire car d'après l'équipe de soin, « il ne fait que crier toute la journée ». En équipe, nous avons répondu aux questions susmentionnées. Nous nous sommes rendus compte du déroulé d'une journée type pour cet habitant qui consiste à être réveillé et lavé puis à somnoler entre chaque repas (qu'il n'a pas choisis). La première question que je pose dans ces moments-là est : « qui aimerait vivre cette vie à son âge ? » et devant les très rares mains qui se lèvent, la question « qui a un problème ? La personne ou son environnement ? Pourrait-il s'agir d'un comportement humain normal en réaction à une vie qui ne répond pas à ses besoins fondamentaux ? ».

CONCLUSION

Cette tournure dans l'animation des réunions d'équipe n'est pas anodine et elle peut déclencher des réactions émotionnelles intenses. À mon sens, l'objectif principal est d'amener progressivement un autre regard sur le vieillissement. Sans une vision partagée par tous les collaborateurs de l'institution, les interventions non médicamenteuses semblent vaines car peu comprises et encore moins appliquées. Proposer une approche centrée sur la personne devrait être amené de manière concomitante avec la suggestion d'un changement de regard envers les personnes âgées et parfois atteintes de troubles cognitifs d'intensité plus ou moins sévère. Il est de notre devoir d'essayer qu'un changement

2. Le nom de la personne a été modifié.

de regard sur les personnes vivant avec des troubles cognitifs s'opère. Nous devons proposer une approche différente, individualisée et focalisée sur la personne, ce qu'elle aime et ce qu'elle n'aime pas, sur ses capacités préservées et ses besoins. D'autant plus que les approches centrées sur la personne s'appuient aujourd'hui sur des études scientifiques valides. Le MBDP relève du bon sens ; ce n'est pas une baguette magique et son application prend du temps. Cependant, son usage au quotidien permet d'observer de petits miracles, de petits changements qui permettent, à eux seuls, une amélioration significative de la qualité de vie des habitants ainsi que de la qualité de vie des professionnels. Cela peut être porter un badge, recueillir ce qu'il aime ou ce qu'il n'aime pas avec un support adapté le cas échéant, s'asseoir cinq minutes avec un habitant dans l'unique but d'avoir envie de passer du temps avec lui et de répondre à son besoin de relations humaines positives, s'efforcer de donner du choix dans les interactions avec un habitant en institution et respecter ce qu'il aura choisi en lui demandant si ce matin il préfère un café ou un thé, s'il aimerait vous aider à faire son lit, à tartiner son pain, à arroser les plantes... Et tout ceci ne constitue qu'un début, une porte qui s'entrouvre pour offrir progressivement à nos anciens un accompagnement qu'ils méritent, une vie digne, qui vaille la peine d'être vécue.



Nous devons proposer une approche différente, individualisée et focalisée sur la personne, ce qu'elle aime et ce qu'elle n'aime pas, sur ses capacités préservées et ses besoins.



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Jérôme ERKES, psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie, directeur Recherche et Développement à AG&D Formation pour sa relecture bienveillante et ses commentaires toujours pertinents.

Bibliographie

- Blanchard, P. [Espace Éthique]. (2015, 25 Septembre). Regard porté [Vidéo en ligne]. Repéré à www.youtube.com/watch?v=UunMxA2zazE.
- Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori Programming for Dementia. *Non-Pharmacologic Therapies in Dementia*, 1(2), 163-174.
- Camp, C. J., Foss, J. W., O'Hanlon, A. M. et Stevens, A. B. (1996). Memory interventions for persons with dementia. *Applied Cognitive Psychology*, 10(3), 193-210. Doi: 10.1002/(SICI)1099-0720(199606)10:3<193::AID-ACP374>3.0.CO;2-4
- De Witt-Hoblitt, I., Miller, M. N. et Camp, C. J. (2016). Effects of Sustained, Coordinated Activities Programming in Long-Term Care: The Memory in Rhythm Program. *Advances in Aging Research*, 5, 1-8.
- Erkes, J., Camp, C. J., Gely-Nargeot, M. C., Raffard, S. et Bayard, S. (2017). Assessment of capabilities in persons with advanced stage of dementia: Validation of The Montessori Assessment System (MAS). *Dementia*, 1-18.
- Giroux, D., Robichaud, L. et Paradis, M. (2010). Using the Montessori approach for a clientele with cognitive impairments: a quasi-experimental study design. *International journal of aging & human development*, 71(1), 23-41. Doi: 10.2190/AG.71.1.b.
- Orsulic-Jeras, S., Judge, K. S. et Camp, C. J. (2000). Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: effects on engagement and affect. *The Gerontologist*, 40(1), 107-111.
- Shan Wu, H., Chan Lin, L., Wu, S., Neng Lin, K. et Chih Liu, H. (2014). The effectiveness of spaced retrieval combined with Montessori-based activities in improving the eating ability of residents with dementia. *Journal of advanced nursing*, 70(8), 1891-1901. Doi: 10.1111/jan.12352.
- Standing, E. M. (2010). *Maria Montessori: sa vie, son œuvre*. Traduit par P. Escudier. Paris: Desclée de Brouwer.
- Van Der Linden, M. et Juillerat Van Der Linden, A. C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles: Mardaga.
- Van der Ploeg, E. S., Eppingstall, B., Camp, C. J., Runci, S. J., Taffe, J. et O'Connor, D. W. (2013). A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 565-575.

Création d'un groupe de soutien psycho-éducatif post AVC : quelles étapes ?

Catherine LE BRAS

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Service de Neurologie, CH de Beauvais,
Beauvais (60), France

Sophie BINET

Psychologue, Service de Neurologie,
CH de Beauvais, Beauvais (60), France

Contact

Catherine LE BRAS

c.lebras@ch-beauvais.fr

Mots-clés

- AVC
- prise en charge de groupe
- suivi à long terme
- stroke
- group therapy
- long term follow-up

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Le Bras, C. et Binet, S. (2019). Création d'un groupe de soutien psycho-éducatif post AVC : quelles étapes ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 122-127.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) touche principalement des personnes âgées (75 % ont plus de 65 ans en France). Les études épidémiologiques montrent néanmoins une augmentation du nombre de personnes jeunes touchées par l'AVC (Renna et al., 2014) probablement en lien avec des facteurs de risque liés aux conditions de vie. L'AVC reste un événement de vie majeur, correspondant régulièrement à un choc psychologique fondamental auquel peuvent s'ajouter des séquelles handicapantes sur le plan moteur comme cognitif. Un accompagnement psycho-éducatif peut contribuer à mieux orienter les patients vers des soins adaptés, faciliter la reprise de leurs activités et leur mieux-être psychique.

LES PRISES EN CHARGE DE GROUPE APRÈS L'AVC

Il existe de nombreuses formules d'accompagnement après un AVC (Cheng, Chair et Pak-Chun Chau, 2014) : individuel ou en groupe, intégrant ou non l'aidant, à orientation éducative ou psychologique, par téléphone ou en face-à-face, à l'hôpital ou au domicile. Si la prise en charge individuelle peut idéalement s'adapter aux besoins spécifiques d'une personne et l'aider par des procédures tenant compte de ses capacités individuelles, de ses ressources psychiques et de ses stratégies de coping propres, elle est néanmoins difficilement réalisable dans des établissements de soins gérant la situation de nombreux patients, limités par des contraintes financières de plus en plus tenaces. Au-delà de cet avantage économique, le groupe apporte aux individus des aspects cliniquement intéressants. La confrontation aux autres patients génère des projections croisées et permet à chacun de mieux délimiter ce qui relève de la séquelle neurologique, commune à tous, et ce qui relève de sa réaction propre au choc de l'AVC. Chez des patients dont la maladie génère un isolement social ou une méses-time de soi, la participation à un groupe constitue un ré-entraînement précieux à la vie communautaire.

Le psychologue est, de par sa formation, aguerri dans l'exercice de se décentrer de ses propres points de vue et de pouvoir accueillir sans jugement le point de vue d'autrui. Spécialisé en neuropsychologie, il apporte par ailleurs des connaissances spécifiques sur les atteintes organiques cérébrales et leurs répercussions cognitives et comportementales. La connaissance cognitive de la maladie et les changements dans ces connaissances sont as-

sociés à une meilleure satisfaction de vie à deux ans d'évolution (Van Mierlo, Van Heugten, Post, de Kort et Visser-Meily, 2015) ; les groupes de soutien à visée psychoéducative peuvent promouvoir ces connaissances et leur changement pour d'autres mieux adaptées.

Faire tenir dans le temps d'une consultation médicale hospitalière l'ensemble des vérifications nécessaires à un suivi de qualité (Philp et al., 2013) constitue par ailleurs une gageure. Le groupe de soutien psychoéducatif, s'il ne substitue pas à cette évaluation médicale exhaustive, peut dans une certaine mesure permettre au patient de mieux gérer ses facteurs de risque et d'éviter ainsi la récurrence ; il peut aussi orienter le patient et sa famille vers le bon professionnel au bon moment de son évolution post-AVC et l'inscrire dans un continuum de soins (Richards, Malouin et Nadeau, 2015). Il peut par ailleurs fournir un accompagnement des répercussions psychologiques de l'AVC sur le patient et sur l'aidant. L'information des aidants pendant le temps de la rééducation est insuffisante et pas toujours adaptée au retour au domicile (Visser-Meily, Van Heugte, Post, Shepers et Lindeman, 2005) ; le groupe de soutien peut, dans la durée, constituer un support d'aide et d'information précieux pour les aidants familiaux.

LA CRÉATION D'UN GROUPE DE SOUTIEN : QUELLES QUESTIONS SE POSER ?

À l'occasion de l'atelier organisé par le CNNC 3, nous avons sélectionné cinq aspects de la création d'un groupe de soutien post-AVC : (1) les principaux symptômes de l'AVC qui constitueront de possibles séquelles à long terme gênant le rétablissement, (2) le contexte spatio-temporel de son fonctionnement, (3) la sélection des participants, (4) le choix des professionnels intervenant dans le groupe de soutien, (5) les critères d'évaluation du groupe de soutien.

Les quarante participants de l'atelier ont été répartis en cinq sous-groupes de huit personnes déterminés par le lieu d'exercice professionnel (CH, CHU, CRF, maison de retraite, associations/structures psychiatriques). Ils ont ensuite réfléchi en groupe aux contraintes d'un projet de groupe de soutien psychoéducatif dans leurs structures par l'intermédiaire d'un dispositif collectif de remue-

méninges (jeu de l'enveloppe, Hourst et Thiagarajan, 2008).

Parmi les **symptômes** séquellaires, la distinction est bien faite entre les troubles cognitifs et moteurs recensés régulièrement en aigu d'une part et d'autre part les répercussions de la maladie gênant le rétablissement (fatigue, changements comportementaux, éviction de la conduite automobile ou du travail, répercussions psychologiques des pertes multiples...). Le groupe de soutien est pensé comme un lieu d'échange après l'aigu, généralement après la période de rééducation initiale.

De façon surprenante, **le contexte spatio-temporel** envisagé pour le groupe varie peu selon les lieux d'exercice. Les professionnels envisagent la plupart du temps des réunions tous les quinze jours, au plus trois semaines. Les dates sont planifiées à l'avance en évitant les vacances scolaires ou en prévoyant une animation par deux référents permettant de ne pas annuler les séances en cas d'absence de l'un ou l'autre. Le lieu est plus discuté : le groupe siège dans la structure mais pas forcément dans le service de prise en charge en aigu. Un service de ramassage est prévu par le groupe de professionnels évoluant dans des structures associatives géographiquement dispersées.



Le groupe de soutien est pensé comme un lieu d'échange après l'aigu, généralement après la période de rééducation initiale.

S'agissant des **participants** envisagés, les critères de sélection sont variables ; l'âge n'est pas systématiquement retenu. Il n'y a pas non plus d'accord sur le degré de récence de l'AVC : certains professionnels envisagent des intégrations dans le groupe dès l'hospitalisation aiguë. La capacité de compréhension verbale, l'absence de troubles francs du comportement, la motivation restent déterminants. Les proches trouvent plus ou moins leur place dans les groupes imaginés lors de l'atelier : selon les cas de figure, les professionnels présents imaginent de ne les inviter que sur certaines séances selon la thématique, ou bien dans un groupe spécifique d'aidants. La taille maximale du groupe est envisagée entre 5-8 patients et 8-12 patients, pour maintenir une qualité des échanges. Ce nombre varie aussi selon l'animation à un ou deux animateurs réguliers.

De façon intéressante, selon les lieux d'exercice, les professionnels ont mis en avant des réponses différentes quant à la **qualification des animateurs du groupe**. Si l'accord est assez général sur l'intérêt d'une animation par un psychologue référent, la sollicitation de personnes ressources est variable selon les lieux d'exercice, mettant en avant les paramédicaux, des équipes hospitalières dédiées (équipe de liaison et de soins en addictologie, diabétologie, psychiatrie de liaison...), des représentants des usagers, des associations plus ou moins spécifiques de l'AVC...

Enfin, les indicateurs retenus pour **l'évaluation** de la qualité d'un groupe de soutien sont variés : qualitatifs (dynamique des échanges, co-construction du programme avec les participants) ou quantitatifs (assiduité et taux d'abandon, questionnaires de satisfaction, QCM, échelles en particulier de qualité de vie, évaluation des connaissances sur l'AVC des participants). La participation du patient est envisagée pour le choix des thèmes à aborder ou des temps de parole dédiés.

L'EXPÉRIENCE DU CH DE BEAUVAIS (OISE)

Depuis janvier 2016, un groupe de soutien psycho-éducatif post-AVC a été créé pour mieux accompagner les patients notamment ceux atteints jeunes par l'AVC. Le projet de groupe est né de la volonté d'inscrire le patient dans un continuum de soins en post-AVC : la consultation de suivi post-AVC montre régulièrement un sentiment d'abandon lors de la décharge des services de rééducation et lors du retour à domicile. La proposition d'un suivi filé au sein d'un établissement hospitalier de proximité, point d'ancrage du suivi de santé, nous paraît dans ce cadre particulièrement pertinent.

Comment sélectionner les **thèmes abordés** lors des séances ? Nous les choisissons en concertation avec le groupe (Tableau 1). Ils sont de ce fait variables, en fonction des problématiques individuelles des participants du moment. Certaines thématiques sont amenées à être évoquées régulièrement car elles sont particulièrement prégnantes pour les personnes jeunes en post-AVC (conduite automobile, reprise de travail...). Parfois, le choix sera guidé par la volonté d'inviter une personne-ressource spécifique. Nous essayons généralement d'avoir deux à trois séances d'avance en termes d'organisation.

Tableau 1. Thématiques abordées et effectifs présents

	2016	n	2017	n	2018	n
Janvier	Séance introductive	12	Troubles neurovisuels	5	Vie d'avant, vie d'après	7
Février	Changement de caractère	10	PCH/APA/Aides sociales	6	Difficultés de communication	10
Mars	Maintien dans l'emploi	9	Troubles cognitifs	3	Reprise du travail	13
Avril	Sophrologie	14	Fatigue	7	Sophrologie	8
Mai	Troubles cognitifs	7	Conduite automobile	9	Relations familiales	8
Juin	Prévention secondaire	8	Activités sociales et de loisir	4	MDPH	14
Juillet					Bilan / Projets	7
Septembre	Langage et communication	4	Reprise du travail	4	Changement de caractère	13
Octobre	Alcool tabac	3	Formalités administratives	2	Pôle de prévention maladies cardio-vasculaires	11
Novembre	Activité physique adaptée	10	Semaine de l'AVC		L'orthophonie après un AVC	6
Décembre	Alimentation	10	Troubles du sommeil	7	Traitements pharmacologiques	7

Concernant le **cadre spatio-temporel**, nous avons choisi de proposer des séances mensuelles dans une salle éloignée du service d'aigu. Cette fréquence est compatible avec notre activité de consultation hospitalière très chronophage, permet d'anticiper à l'avance les périodes de vacances, de préparer suffisamment les thématiques et l'intervention de personnes-ressources... Par ailleurs, notre mode de fonctionnement en groupe ouvert pourrait à une fréquence plus importante générer une certaine dépendance affective. Il s'agit pour nous de pouvoir guider le malade dans son parcours de soins, pas de le rendre dépendant de notre accompagnement. Le choix de la salle a été contraint institutionnellement mais s'est révélé judicieux : certains participants ne parviennent pas à revenir dans le service d'hospitalisation tant l'épreuve a été vécue difficilement. La salle est accessible aux personnes à mobilité réduite avec des toilettes adaptées à proximité et peut contenir une vingtaine de personnes.

La **sélection des participants** s'effectue à partir de notre consultation en aigu ; les médecins peuvent proposer en consultation de suivi neurovasculaire de participer au groupe mais l'intégration d'un nouvel arrivant sera soumise à la rencontre

d'une des deux psychologues animatrices. Généralement, un bilan cognitif sera effectué avant la première participation s'il n'a pas encore pu être réalisé en aigu. Un âge maximum de 65 ans a été fixé arbitrairement pour tenir compte des besoins spécifiques de ce profil de patient (vie familiale, activité professionnelle, vie sociale, conduite automobile...). Les personnes touchées jeunes par l'AVC ont de meilleurs pronostics de récupération physique (Spengos et Vemmos, 2010 ; Muller, Toth-Cohen et Mulcahey, 2014) mais leurs troubles cognitifs et psychocomportementaux, fréquents et sous-estimés, représentent un obstacle pour leur rétablissement (Palmcrantz, Widen et Sommerfeld, 2012 ; Pinter et al., 2018). La participation de patients plus âgés reste possible selon les problématiques présentées. Les proches sont les bienvenus, voire invités spécifiquement selon les thématiques abordées.

Les séances sont animées par un binôme de psychologues cliniciennes dont l'une est spécialisée en neuropsychologie. Nous sollicitons régulièrement et dès que possible des **personnes ressources** (professionnels de la rééducation et de l'accompagnement, partenaires institutionnels ou associatifs, patient-ressource...). Nous profitons de la facilité de travailler dans un milieu hospitalier avec différents

professionnels (assistante sociale, pharmacien, orthophoniste, sophrologue, diététicienne...) qui acceptent facilement de présenter leur domaine de compétence aux participants. Il nous apparaît très important de faire connaître aux participants l'ensemble des intervenants susceptibles de les soigner, aider, accompagner, rééduquer... après un AVC. Le groupe a permis d'initier de nouvelles prises en charge rééducatives en centre ou en libéral sur des symptômes qui n'avaient, soit par les professionnels, soit par les patients eux-mêmes, pas été initialement détectés ou jugés assez pertinents pour une intervention.

L'évaluation du groupe est succincte: nous établissons pour chaque séance un questionnaire de satisfaction. La fréquentation est variable: les patients se saisissent du groupe à un moment-clé de leur post-AVC (reprise de travail, décharge du centre de rééducation...); ils peuvent aussi venir ponctuellement en fonction du thème de la séance. Un noyau dur, qui apprécie de pouvoir se soutenir mutuellement de séance en séance, s'est constitué. Il nous a déjà été possible d'aiguiller vers les urgences ou un neurologue des participants qui présentaient des signes inquiétants (HTA, intolérance aux traitements, survenue de nouveaux signes neurologiques...). L'orientation au moment du groupe vers

des prises en charge rééducatives ou préventives de la récurrence est également un gage de la plus-value de notre groupe en faveur de la santé de ses participants.

La création d'une association locale de patients est parfois envisagée (et encouragée par les animatrices) pour permettre une meilleure connaissance de l'AVC et des mesures de prévention. La formation d'une des deux animatrices à l'éducation thérapeutique permettra probablement de faire évoluer encore le cadre de l'intervention.

CONCLUSION

L'atelier du CNNC 3 a permis d'évoquer quelques contraintes de fonctionnement des groupes de soutien psycho-éducatifs post-AVC. Les solutions d'accompagnement restent pour la plupart à construire et adapter aux lieux d'exercices des psychologues spécialisés en neuropsychologie. La tâche reste immense car l'accompagnement des personnes atteintes en France par l'AVC demeure très insuffisant comme l'indiquent régulièrement les associations de patients.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement Isabelle T., participante du groupe, venue témoigner de son parcours depuis l'AVC lors de l'atelier CNNC 3 ainsi que l'ensemble des patients qui depuis la création du groupe nous allouent leur confiance pour leur accompagnement.



Le groupe a permis d'initier de nouvelles prises en charge rééducatives en centre ou en libéral sur des symptômes qui n'avaient, soit par les professionnels, soit par les patients eux-mêmes, pas été initialement détectés ou jugés assez pertinents pour une intervention.



Bibliographie

- Cheng, H. Y., Chair, S. Y. et Pak-Chun Chau, J. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors : a systematic review and meta-analyse. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 30-44.
- Hourst, B. et Thiagarajan, S. (2008). Modèles de jeux de formation. *Les jeux-cadres de Thiagi*. Paris : Eyrolles Éditions d'Organisation.
- Muller, M., Toth-Cohen, S. et Mulcahey, M. J. (2014). Development and evaluation of a hospital-based peer support group for younger individuals with stroke. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(3), 277-295.
- Palmcrantz, S., Widen, W. H. et Sommerfeld, D. K. (2012). Differences between younger and older individuals in their use of care and rehabilitation but not in self-perceived global recovery 1 year after stroke. *Journal of Neurological Sciences*, 321(1-2), 29-34.
- Philp, I., Brainin, M., Walker, M., Ward, W., Gillard, P., Shields, A. et Norving, B. (2013). Development of a post-stroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(7), 173-180.
- Pinter, D., Enzinger, C., Gattringer, T., Eppinger, S., Niederkorn, K., Fandler, S., ... Fazekas, F. (2018). Prevalence and short-term changes of cognitive dysfunction in young ischemic stroke patients. *European Journal of Neurology* (sous presse). Doi : 10.1111/ene.13879.
- Renna, R., Pilato, F., Profice, P., Della Marca, G., Broccolini, A., Morisetti, R. ... Di Lazzaro, V. (2014). Risk factor and etiology analysis of ischemic stroke in young adult patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(3), 221-227.
- Richards, C., Malouin, F. et Nadeau, S. (2015). Stroke rehabilitation : clinical picture, assessment, and therapeutic challenge. *Progress in Brain Research*, 218, 253-279.
- Spengos, K. et Vemmos, K. (2010). Risk factors, etiology, and outcome of first-ever ischemic stroke in young adults age 15 to 45 – the Athens young stroke registry. *European Journal of Neurology*, 17(11), 1358-1364.
- Visser-Meily, A., Van Heugte, C., Post, M., Shepers, V. et Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Education and Counseling*, 56(3), 257-267.
- Van Mierlo, M. L., Van Heugten, C. M., Post, M., de Kort, P. et Visser-Meily, J. (2015). Life satisfaction post stroke : the role of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 137-142.

Pratique de l'hypnose en remédiation cognitive d'un patient cérébrolésé : une étude de cas

Marie-Chantal COLLINET

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
CH de Verdun, Verdun (55), France

Anaïck BESOZZI

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
et Docteur en Psychologie Clinique
et Psychologie de la Santé, Centre Mémoire
de Ressources et de Recherche (CMRR),
Service de Gériatrie, CHRU Nancy, Vandœuvre
les Nancy (54), France

Antoine BIOY

Professeur des universités –
Université de Paris 8 Vincennes St-Denis,
Docteur en Psychologie Clinique
et Psychopathologie – Psychothérapeute,
Conseiller scientifique UNESCO (chaire 918),
Fondation de France, et Institut Ipnosia.

Amélie COQUELET

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Centre Mémoire de Ressources
et de Recherche (CMRR), Service de Gériatrie,
CHRU Nancy, Vandœuvre les Nancy (54),
France

Contact

Marie-Chantal COLLINET

mc.collinet54@gmail.com

Mots-clés

- Hypnose
- Neuropsychologie
- Traumatisé crânien
- Mémoire épisodique verbale
- Mémoire émotionnelle

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Collinet, M.-C., Besozzi, A., Bioy, A. et Coquelet, A. (2019). Pratique de l'hypnose en remédiation cognitive d'un patient cérébrolésé : une étude de cas. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, pages 128-131.

INTRODUCTION

Ayant fait ses preuves dans divers accompagnements thérapeutiques (douleurs, psycho-traumatismes, addictions, etc.) et bénéficiant d'études solides en neuro-imagerie, l'hypnose semble également avoir de bons arguments pour une utilisation en pratique neuropsychologique (Coutté et Bioy, 2014). Aussi, en condition d'hypnose, le fonctionnement cérébral se modifierait et les régions communiqueraient différemment entre elles (Cojan, Waber, Carruzzo et Vuilleumier, 2009) en faisant appel à des régions impliquées dans la représentation, l'imagination et la mémoire autobiographique. Certaines études portant sur la réalisation d'épreuves psychométriques en hypnose montrent une modification des performances, concernant notamment la mémoire épisodique, portant sur une modification de l'encodage et une amélioration de l'apprentissage en mémoire implicite (Nemeth, Janacsek, Polner et Kovacs, 2013).

Nous présentons dans cet article un cas d'utilisation de l'hypnose en remédiation cognitive chez un patient traumatisé crânien (TC) : le cas du patient SF, 55 ans, victime d'un accident de la voie publique, présentant des lésions au niveau temporal gauche et préfrontal gauche ayant entraîné des séquelles cognitives handicapantes, caractérisées par une atteinte séquellaire et massive de la mémoire épisodique verbale, plutôt isolée, empêchant un encodage efficient ainsi que le stockage et la consolidation de nouvelles informations. La mémoire émotionnelle paraît, quant à elle, préservée mais totalement détachée de tout événement. Face à l'échec d'une prise en charge classique de remédiation cognitive, ce patient a bénéficié de plusieurs séances d'hypnose visant à travailler sur les souvenirs positifs et récents, « oubliés » mais qui conservaient une trace mnésique émotionnelle.

SF a ainsi bénéficié d'une prise en charge de réhabilitation cognitive en hypnose pendant 4 séances. Les séances se sont construites autour d'un entretien en condition traditionnelle (non hypnotique), dont le but était de choisir l'émotion et d'accéder au contexte, afin d'axer la séance hypnotique sur le souvenir associé. L'entretien était d'une durée moyenne de 15 minutes. Puis, une fois l'accord du patient obtenu, l'induction de transe était opérée.

Lors de chaque séance de travail en hypnose, le patient a eu accès au souvenir associé à la trace

émotionnelle avec une multitude de détails. Par ailleurs, l'accès au souvenir ne perdurait pas au-delà d'une dizaine de minutes après la sortie de transe.

Afin de comprendre dans quelle mesure l'hypnose permettait à ce patient d'avoir accès à une cognition modifiée et plus efficace dans les processus de mémoire, nous lui avons proposé de réaliser un bilan neuropsychologique en hypnose. Le but était de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'hypnose chez ce patient avait permis un accès différent à des capacités cognitives non accessibles en état de conscience non modifiée.

MÉTHODE

L'accès particulier à une cognition différente lors du travail en hypnose chez ce patient traumatisé crânien a été étudié par un protocole en 3 visites : évaluation neuropsychologique en ligne de base, évaluation neuropsychologique en hypnose et évaluation neuropsychologique post-hypnose à 15 jours. Des versions parallèles des tests de mémoire ont été utilisées afin de contrôler l'effet test-retest.

Le profil neuropsychologique du patient SF a été établi à partir d'une ligne de base réalisée en 2016 (avant les séances d'hypnose, T1) quand le patient bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique et d'un suivi en rééducation cognitive classique. Au niveau des fonctions cognitives : les capacités de visuo-construction et de langage apparaissaient efficaces ; les capacités attentionnelles étaient opérantes et suffisantes pour permettre une évaluation neuropsychologique ; la mémoire épisodique visuelle était bien conservée contrairement à la mémoire épisodique verbale qui était très détériorée, avec une altération des capacités d'encodage et de stockage.

Après les premières séances d'hypnose, nous avons procédé à une évaluation neuropsychologique en hypnose (T2). Le patient a été invité avec son accord à se mettre en transe et lorsque l'état dissociatif a été profond et validé par une série de questions visant des souvenirs précis, l'évaluation a pu commencer. Entre chaque épreuve, nous avons procédé à un ré-approfondissement de la transe.

Quinze jours après l'évaluation neuropsychologique en T2, SF a passé une nouvelle évaluation en condition normale de passation (état d'éveil, T3).

RÉSULTATS

Nous avons utilisé une méthode statistique de cas unique, le principe du t modifié de Crawford (tD) pour comparer les différentes conditions (Crawford, Howell et Garthwaite, 1998).

La comparaison des trois temps de passation a permis de mettre en évidence des différences significatives (utilisation du tD de Crawford) au niveau de la mémoire épisodique verbale avec une amélioration des capacités d'encodage et de récupération de l'information chez ce patient, en condition hypnose (Tableau 1). Il semble également que la vitesse de traitement soit ralentie de manière significative en condition d'hypnose (Tableau 2).

Tableau 1. Scores au RL/RI16 aux temps T1, T2 et T3

Description	T1 (2016) : CN	T2 (2018) : CH	T3 (2018) : CN
Somme des 3RT	27/48	36/48	22/48
Somme des 3 RL	4/16	13/16	6/16
RTD	5/16	13/16	9/16

CH : condition hypnose ; CN: condition normale

Somme 3RT « T1-T2 » : $p > 0.01$

Somme 3 RL « T2-T3 » : $p = 0.02$

RTD « T1-T2 » : $p > 0.01$

Tableau 2. Notes Standards Code, WAIS IV

Description	T1 (2016) : CN	T2 (2018) : CH	T3 (2018) : CN
Code	6	5	8

CH : condition hypnose ; CN: condition normale

Note Standard Code « T2 - T3 » : $p < 0.01$



Cette modulation entre ces deux systèmes

(implicite et explicite), selon la condition de conscience, expliquerait la différence des résultats obtenus.



DISCUSSION

Il semblerait qu'en activant un réseau cognitif particulier en état d'hypnose, le patient SF ait accès à des capacités cognitives lui permettant d'améliorer les processus mnésiques (apprentissage et récupération). L'existence de deux états cognitifs particuliers, associés à des conditions de conscience différente, corrobore les résultats issus de recherches précédentes. Nemeth pose notamment l'hypothèse que l'amélioration des performances en condition hypnose repose sur la réduction de la compétition entre deux systèmes d'apprentissage (Nemeth et al., 2013). En condition d'hypnose, les zones cérébrales recrutées et impliquées dans l'évocation des souvenirs émotionnels seraient en lien avec un système implicite, supportant notamment le système émotionnel (Graf et Schacter, 1985), versus un système explicite. Dans le cas de SF, le système implicite serait intact alors que le système explicite serait détérioré. Ainsi, en hypnose, la trace émotionnelle laissée par l'évènement a permis d'accéder aux souvenirs épisodiques via le système implicite. Le système explicite étant défaillant et prioritaire en condition d'éveil explique que ces souvenirs ne sont pas accessibles en condition normale. Cette modulation entre ces deux systèmes (implicite et explicite), selon la condition de conscience, expliquerait la différence des résultats obtenus.

Cette étude de cas ouvre des pistes de réflexion sur l'utilisation de l'hypnose en remédiation cognitive. Au regard de la littérature actuelle, l'intérêt des suggestions post-hypnotiques pourrait également faire l'objet de travaux futurs.

Bibliographie

Cojan, Y., Waber, L., Carruzzo, A. et Vuilleumier, P. (2009). Motor inhibition in hysterical conversion paralysis. *Neuroimage*, 47(3), 1026-1037.

Coutté, A. et Bioy, A. (2014). Hypnose et neuropsychologie: quelles perspectives cliniques? *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 15(85), 31-35.

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

Graf, P. et Schacter, D. L. (1985). Implicit and explicit memory for new associations in normal and amnesic subjects. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition*, 11(3), 501-518.

Nemeth, D., Janacsek, K., Polner, B. et Kovacs, Z. A. (2013). Boosting Human Learning by Hypnosis. *Cerebral Cortex*, 23(4), 801-805.

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 missions FIR (Formation, Information, Recherche) ou équivalents et pour votre formation continue. C'est également un projet que vous pouvez mener avec votre stagiaire, votre équipe ou les membres de votre association par exemple.

Si vous souhaitez nous contacter, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante : cahiers@ofpn.fr

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 Éditorial des Cahiers de Neuropsychologie Clinique, est interdite, et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.