



Les Cahiers de
Neuropsychologie
Clinique

*C*réativité
*(r)*évoluti *O*n
inno *V*ation
temporal *I*té
a *D*aptation

Retours d'expériences et post-confinement

COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

VIRGINIE GOUTTE

Rédactrice en chef

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

Docteur en neuropsychologie

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

Chercheuse associée, EA 4468 Université de Paris,
Maladie d'Alzheimer, F-75013 Paris, France
(Institut de Psychologie – Université de Paris)

Membre du bureau de la Fédération des Centres Mémoire

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)

MARINE HUDDLESTONE

Secrétaire

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Résidence les Jardins de Médicis – Belley (01)

Centre Hospitalier Bugey Sud – Belley (01)

JEAN-FRANÇOIS HOUVENAGHEL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisé en neuropsychologie

Docteur en biologie et sciences de la santé

Centre Expert Parkinson – Bretagne,
Service de Neurologie, CHU de Rennes (35)

Université Rennes, LTSI – U1099, F-35000 Rennes

CIC 1414, Inserm, CHU Rennes, Rennes

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

Espace entre psychologue spécialisée en
neuropsychologie et Docteur en psychologie cognitive

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

MARINA SÜLE

Responsable d'articles

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

UERSO Lille (59)

MARIE VIDAL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Centre Médical & Pédagogique de Rennes-Beaulieu (35)

Association LADAPT (35) – SAMSAH

CHU de Rennes (35) – Consultations post-AVC

Centre de Lutte Contre le Cancer de Rennes (35)

Couverture

Comité d'Édition et de Rédaction

Relecteurs

Le comité d'édition et de rédaction remercie les relecteurs
qui ont contribué à vous proposer des articles de la
meilleure qualité possible. Dans l'ordre alphabétique :

Raphaëlle Amendola, Emilie Avondino, Angélique
Belmont, Laurence Bilz, Virginie Biscay, Soizic Bonnoron,
Julie Charré-Morin, Sandrine Chicherie, Harmony Duclos,
Nathalie Ehrlé, Lucille Eloy, Caroline Harand, Madelyne
Klein, Alix Launay, Pierre Leclef, Eléa Lichère, Pierre-Yves
Malo, Lise Malvy, Yves Martin, Catherine Mertz, Marie de
Montalembert, Mélanie Pialot, Margaux Quintric, Virginie
Roussennac, Antoine Tanet, Nolwenn Trolès, Hélène
Vichard, Grégoire Wauquiez et Jérémy Wrobel

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Éditorial	5
-----------	---

PRATIQUE CLINIQUE

Télé-rééducation cognitive sous confinement, analyse de 3 situations Nolwenn TROLES	7
L'animation d'un groupe sur les habiletés sociales en visioconférence – apports et supports Isabelle MASSARD	16
L'isolement social peut-il être un déclencheur ou un révélateur de troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux ? Une étude de cas : M. G. Tifanie SANFOURCHE-GAUME	25
Neuropsychologie « musicale » dans une unité spécialisée en troubles cognitivo-comportementaux et maladie d'Alzheimer : comment mobiliser et libérer les patients du confinement par le chant en période épidémique COVID Laura SICCARDI, Vanessa ESPOSITO-BOYELDIEU, Julie NASS, Sandrine LOUCHART DE LA CHAPELLE, Alain PESCE	33
Réfléchir au mourir. Directives anticipées et pratiques psychologiques en CHU Emmanuèle AURIAC-SLUSARCZYK	46

SUR LE WEB

Création estudiantine d'une plateforme-ressource à destination du grand public durant la crise COVID-19 : retour d'expérience Jessica MARTINO, Sébastien FERRANDEZ, Alissandre GIROD, Xavier CORVELEYN	57
---	----

HORS THÈME

Regard sur les interactions en consultation neuropsychologique Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL, Morgane LANGLAIS, Amandine BESNARD	67
Neuropsychologie sociale : limites et défis de l'approche actuelle François QUESQUE, Maxime BERTOUX	79
La pratique du bilan psychologique : entre théorie et pratique clinique Yazid HADDAR, Sonia OUALI	94



LE COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

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

Cher.e.s collègues,

Ce qu'il convient de nommer ou de reconnaître comme « une crise COVID » nous a projetés dans des rythmes d'activités allant de l'urgence dans les structures accueillant des patients touchés par le SARS-CoV-2, à l'attente dans celles qui ont mis en suspens certaines de nos activités désignées « non prioritaires ». Ces temporalités souvent inconnues, incertaines, ou au moins peu expérimentées dans l'exercice de notre métier, sont venues bouleverser nos activités professionnelles et nos pratiques cliniques. Tantôt en nous projetant dans un « faire autrement » qui a conduit à des expériences re-construites, puis partagées dans un travail d'écriture. Tantôt en nous laissant dans l'attente des patients confinés, nous extrayant ainsi d'un tourbillon pandémique pour entrer dans un travail introspectif sur la pratique de la neuropsychologie.

Un peu à distance (mais finalement pas tout à fait...) de la situation de « crise », ce sont ces différents fruits que nous avons souhaité accueillir dans les *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*. Du retour d'expériences à l'analyse de pratique, en passant par des réflexions éthiques, institutionnelles, ce contenu se veut un reflet de la complexité de « notre crise COVID » à nous, psychologues spécialisés en neuropsychologie.

Face au caractère étrange, exceptionnel et sans précédent de la situation, les interrogations sont innombrables. Comment est-elle venue modifier le fonctionnement d'un service hospitalier ou d'une structure professionnelle ? Comment les ressources humaines ont su et pu s'adapter pour ajuster les propositions d'accompagnements ? Comment des compétences professionnelles sont parvenues, en sortant de leur cadre habituel, à maintenir une continuité de soins ? ... Les conséquences de la pandémie ont ainsi pu nous ouvrir à l'élaboration et à l'expérimentation de nouvelles pratiques, avec notamment le recours au numérique, mais aussi à la prise en compte croissante de variables psychosociales dans nos pratiques neuropsychologiques. Cette crise sanitaire a aussi permis de mettre en avant notre capacité d'adaptation et de créativité ; en d'autres mots, nous nous sommes ré-inventés.

Parallèlement à l'incontestable avancée que représentent ces changements dans les exercices professionnels, cette situation sanitaire nous a confronté plus directement, plus

quotidiennement à la mort, et à une mort brutale, douloureuse, hyper médicalisée, quotidiennement « chiffrée » et parfois au contraire banalisée... questionnant la place du psychologue dans les institutions.

Dans une forme de résistance et de mise en perspective, pour souligner que notre quotidien ne se résume pas entièrement à la maladie, aux mesures sanitaires, gestes barrières et distanciations sociales, nous avons tenu à préserver un espace pour des articles traitant d'autres thématiques « atemporelles ».

À vous maintenant de choisir la chronologie de vos lectures, dans un espace libre de toute pression temporelle. Savourez...

Le Comité d'Édition et de Rédaction
Virginie Goutte, Jean-François Houvenaghel,
Marine Huddleston, Laurence Jehel, Kristell Pothier,
François Radiguer, Gaëlle Silvestre-Beccarel,
Marina Süle et Marie Vidal

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Goutte, V., Houvenaghel, J.-F., Huddleston, M., Jehel, L., Pothier, K., Radiguer, F., Silvestre-Beccarel, G., Süle, M. et Vidal, M. (2022). Éditorial. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 5-6.

Télé-rééducation cognitive sous confinement, analyse de 3 situations

Cognitive telerehabilitation during lockdown, analysis of three situations

Nolwenn TROLES

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Docteure en psychologie

Enseignante-chercheuse (PAST),
LP3C (EA1285), UFR Sciences Humaines,
Département de Psychologie,
Université Rennes 2

Contact

Nolwenn TROLES

nolwenn.troles@univ-rennes2.fr

CM&P Rennes Beaulieu
41 avenue des buttes de Coesmes,
35700 RENNES

Mots-clés

- Télé-rééducation cognitive
- Confinement
- Covid-19
- Cérébro-lésés
- pratiques professionnelles

Keywords

- Cognitive Telerehabilitation
- Lockdown
- Covid-19
- Brain injury
- Professional Practice

Conflits d'intérêts

Aucun

Pour citer cet article

Trolès, N. (2022). Télé-rééducation cognitive sous confinement, analyse de 3 situations. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 7-15.

Résumé

La mise en place d'un confinement dans une situation sanitaire exceptionnelle a nécessité de grandes capacités d'adaptation de la part de la population. Les professionnels ont dû réinventer leurs pratiques en orientant leurs activités vers des modes distanciés pluriels.

À travers la description de 3 situations, il s'agira d'analyser les modifications, les adaptations des pratiques nécessaires, les questionnements soulevés, ainsi que les apports et les limites d'un accompagnement psychologique et neuropsychologique à distance. Ces 3 situations distinctes, représentatives, nous offrent un cadre de réflexion sur cette pratique de la neuropsychologie sous confinement.

Abstract

The setting up of a lockdown in an exceptional health situation required great adaptability from the population. Professionals had to reinvent their practices by orienting their activities towards several distanced modes.

Through the description of three situations, we will analyze necessary modifications, adaptations of the practices, the questions raised as well as the contributions and limits of a remote psychological and neuropsychological support. These three distinct, representative situations offer us a framework for reflection on this practice of neuropsychology during lockdown.

UN DÉSORDRE ORGANISÉ: LE PASSAGE EN DISTANCIEL

En mars 2020, la France vit une situation d'exception avec la mise en place par son gouvernement d'un confinement national strict afin de tenter de maîtriser une épidémie majeure liée à la COVID-19. Outre la désorganisation globale de nos façons de vivre, l'anxiété face à l'inconnu sanitaire (pour soi, notre entourage, nos patients...) et la douleur pour certains dans la perte de proches, ces bouleversements ont aussi eu des répercussions dans nos institutions, sur nos accompagnements, bousculant nos pratiques de psychologues spécialisés en neuropsychologie. Autour de 3 situations contraintes de se dérouler en distanciel, il s'agit d'analyser les évolutions engendrées par la pratique clinique d'un accompagnement psychologique et neuropsychologique à distance.

Le confinement décrété, décision brutale, rapide dans la mise en place et inédite, sans précédent auquel se référer, n'a laissé aux professionnels que quelques jours pour adapter leurs pratiques. Nous concernant, au Centre Médical et Pédagogique (CM&P) de Rennes-Beaulieu, un arrêt total des soins en ambulatoire, c'est-à-dire en hôpital de jour, a été décidé dès le 18 mars. Seuls les soins pour les patients ayant la nécessité impérieuse d'être en hospitalisation à temps complet ont été conservés en présentiel. C'est seulement à partir du 11 mai, et pour certaines exceptions la semaine précédente, que les soins en ambulatoire ont repris, progressivement, sur 3 semaines.

Rapidement, dans un désordre organisé, il a fallu prendre plusieurs décisions. Qui nécessite

absolument de rester en hospitalisation? Qui peut être en mesure de supporter le confinement loin de ses proches? La question du coût/bénéfice a été évaluée pour chaque patient en commission médicale. Dans ce flot d'informations, d'échanges entre les médecins et les thérapeutes, petit-à-petit, les arbitrages ont été faits et les choix se sont imposés. Certains resteront en hospitalisation, d'autres poursuivront leurs soins en distanciel, intensivement, ou de façon plus éparse, en fonction des situations.

La mise en place de l'accompagnement à distance n'a pas pu être réfléchi dans le temps (Haute Autorité de Santé, 2020). Face à l'urgence pressante pour les patients, pour savoir comment nous allions procéder, il a pourtant fallu penser et repenser cette adaptation forcée de nos pratiques (Allain et al., 2020). Pour une neuropsychologue, ne plus être en présence des patients redéfinit radicalement le cadre de sa profession, faisant émerger toute une série de questionnements (Jollivet et al., 2018). Comment garder le lien? Quelle continuité dans l'accompagnement mis en place? Comment faire, sans se voir, sans le matériel du bureau? Quels outils sont à notre disposition?

UN ACCOMPAGNEMENT DIFFÉRENCIÉ DES SITUATIONS DE CONFINEMENT

Les 3 situations de TO, de MA et de RV permettent de mettre en perspective les choix opérés, les différentes configurations de prises en charge et les conséquences (opportunités nouvelles et limites des dispositifs mis en œuvre). Si



le confinement a modifié le cadre habituel de nos pratiques, bien rodées et encadrées par des protocoles éprouvés (Seron, 2009), il est nécessaire d'avoir une approche réflexive, détaillée, de son impact, tant le passage en distanciel a interrogé nos pratiques (Allain et al., 2020 ; Chokron, 2020).

TO : DU SUR-MESURE. RESTER CONNEXÉS : S'ADAPTER À LA PRISE EN CHARGE À DISTANCE

Présentation clinique du cas

Âgé de 14 ans, *TO* a été accompagné pour un germinome cérébral découvert un an auparavant. Traité par chimiothérapie et radiothérapie, il a eu par la suite un syndrome paranéoplasique, traité par des corticoïdes.

TO rencontre des difficultés au niveau du langage avec une aphasie de type Broca et une hémiparésie droite. Son accompagnement rééducatif, qui a débuté 6 mois avant la crise de la COVID-19, consiste en des soins de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie et de neuropsychologie.

Au-delà de son trouble du langage, *TO* rencontre, au niveau cognitif, des difficultés attentionnelles et exécutives se manifestant par une fatigabilité importante. Il se montre également adhérent à son environnement avec des troubles majeurs de l'inhibition entraînant une distractibilité importante qui l'empêchent de rester centré sur une tâche, une idée, une action...

L'évidence du soin en distanciel : l'impossibilité de faire autrement, la possibilité de faire différemment

La décision de la mise à distance n'a posé aucun doute à l'équipe, dans la mesure où, patient vulnérable, car immuno-déprimé, il n'était pas concevable de prendre le moindre risque avec son état de santé.

Dès lors, une fois surmontées les difficultés informatiques, techniques et de sécurisation des données, il a été proposé, avec l'accord de la famille, d'assurer une continuité de soins et de le suivre à la même fréquence, c'est-à-dire 2 séances par semaine en visioconférence via Skype®. En parallèle, j'ai constitué et mis à disposition de

la famille un dossier d'exercices adaptés à *TO*, regroupés par fonctions cognitives à travailler.

La famille était (est toujours !) très engagée, très investie dans l'accompagnement de *TO*. Plus qu'un consentement, l'adhésion et la participation à la mise en place des nouvelles procédures mettaient en avant la question de l'acceptabilité de la télé-rééducation cognitive. En effet, assez rapidement, il a été évident que les parents pouvaient devenir les rééducateurs à la maison sous ma supervision. Cela n'a été possible qu'au regard du lien que nous avons tissé préalablement, en présentiel, de la compréhension fine des difficultés de leur fils et de leur investissement sans limite impliquant une disponibilité de tous les instants.

Récit de soins sous confinement : mettre en place, accompagner, s'adapter, reprendre en main

J'ai pu repérer 4 temps distincts dans le déroulement de cette télé-rééducation cognitive.

La mise en place du dispositif, dans un temps contraint, a consisté à détailler de façon aussi complète que possible la prise en charge à venir : le choix et l'utilisation technique du média (skype®) ; l'explication des exercices, de leur classement par fonctions cognitives ; la présentation du déroulé du temps de travail. Pendant cette période (2 semaines), le contact régulier a été maintenu avec les parents, mais sans jamais voir le patient.

Pendant plusieurs semaines, nos séances reposaient sur la restitution rigoureuse de la part des parents des exercices réalisés quotidiennement, parsemée de questions, d'explications, d'hypothèses, d'orientation sur les prochains exercices. Cette restitution était faite en présence de *TO*, une manière de recueillir ses attentes, son ressenti sur ce nouveau format pour l'adapter au plus près. Comme pendant les séances en présentiel, *TO* donnait l'impression de subir ces temps de rééducation sans investissement, et ce, même s'il fait les exercices avec complaisance.

Et puis est venu le temps de l'expression d'inquiétudes de la part des parents sur l'absence de progrès de la part de *TO*. Je n'avais pas totalement anticipé cette situation : la gestion émotionnelle d'un manque de progrès de la part d'un parent n'est pas la même que celle d'un professionnel. En plaçant le parent en rééducateur, je n'y avais vu qu'une solution pratique, allant de soi

quant à la réponse à apporter à la situation, sans totalement, dans un premier temps, envisager ce type de conséquences pour les parents. L'écoute, la réassurance, l'explication des difficultés, l'intrication avec les répercussions dans la vie quotidienne ont alors été très présentes.

Les quelques semaines avant son retour en présentiel, j'ai repris la main et réalisé les exercices en tête-à-tête avec *TO* via l'ordinateur pour soulager la famille, mais aussi pour évaluer où il en était vraiment.

TO est revenu en présentiel et la rééducation se poursuit toujours.

La continuité de la prise en charge : atouts et limites

Imprévue, cette situation provisoire et imposée a nécessité d'anticiper au maximum la mise en place pragmatique des soins en distanciel en transposant le cadre habituel de soins sous un format distanciel. Si rien n'est réellement inventé, à ce stade tout est à fabriquer pour rendre possible, faisable, la prise en charge.

Par la suite, l'accompagnement a fait évoluer considérablement le contenu des séances par rapport à une prise en charge traditionnelle, mettant à jour toute une série d'obstacles et de problèmes à résoudre. Pensée comme transitoire, mais s'étalant dans le temps, cette parenthèse du soin à distance, dont nous savons qu'elle n'a pas vocation à durer, s'avère un défi permanent ouvrant autant d'opportunités que de limites et difficultés.

En définitive, s'adapter en permanence demeure la règle dans nos pratiques professionnelles fondées sur l'adaptabilité et l'agilité des dispositifs. Outil par défaut, dans le sens où il est un choix subi, contraint par la situation sanitaire, la télé-rééducation invite à reconstruire des habitudes dans un cadre inhabituel.

En outre, la reprise en main de la rééducation lors du retour en présentiel permet de poser un regard nuancé sur l'expérimentation des soins à distance en dressant un bilan sur la continuité des soins et en pointant les limites de ces adaptations sur-mesure qui supposent une configuration bien particulière pour fonctionner. L'accompagnement de *TO* en distanciel n'a été possible qu'avec l'implication sans faille de sa famille.

Clairement, cette situation a interrogé la place du neuropsychologue : tout y est, sauf moi...

MA : ENJEUX ET LIMITES DE LA RÉÉDUCATION À DISTANCE

Présentation clinique du cas

La seconde situation concerne *MA* (34 ans), une patiente suivie depuis plusieurs mois au moment de la déclaration du confinement. Victime d'un traumatisme crânien en 2009, cette patiente a été accompagnée au décours au CM&P de Rennes-Beaulieu. Elle a repris une activité professionnelle et construit une vie de famille, mais après plusieurs années, lors d'une consultation de suivi, la médecin reçoit une patiente désemparée, extrêmement fragile psychologiquement et lui propose une nouvelle prise en charge.

L'accompagnement mené auprès de cette patiente repose essentiellement sur un temps d'écoute des difficultés, des troubles cognitifs et de leurs répercussions dans la vie quotidienne. En effet, la rééducation du trouble cognitif diffère de celle mise en place lors d'une phase aiguë. Il s'agit ici plutôt de travailler sur l'estime de soi, la compréhension de ses difficultés, la mise en lien des troubles cognitifs avec la lésion cérébrale et l'intégration de son handicap dans sa vie quotidienne (Gilles et al., 2014).

Le choix du suivi de proximité, espacé

Pour *MA*, l'ancienneté de la lésion cérébrale orientait plutôt vers un suivi espacé. Cependant, ces fragilités psychologiques nous ont d'emblée inquiétée quant à ses capacités à faire face à cet isolement, à la gestion de son fils au quotidien, d'autant plus avec la charge supplémentaire liée au travail scolaire demandé en cette période de fermeture des écoles (Mengin et al., 2020). Pour faire face à ces différentes tensions, un suivi de proximité en neuropsychologie, à raison de 2 fois par semaine, a semblé le plus indiqué.

Retour d'expériences : réadapter l'accompagnement à distance

Afin de donner du contenu à nos échanges, je lui ai fourni un cahier regroupant des exercices de mémoire de travail. Une des difficultés avec cette patiente est qu'elle connaissait mal ses li-

mites et pouvait rester bloquée longtemps sur un exercice, s'y épuiser au point de demeurer couchée le reste de la journée. J'ai donc insisté auprès d'elle pour prévoir 2 créneaux hebdomadaires, volontairement limités à 30 minutes.

Au cours de nos échanges, elle m'indiquait sa progression sur les exercices, les difficultés, les facilités. Mais, nous abordions également le quotidien, les conséquences du confinement et la gestion de sa fatigue cognitive (Belmont et al., 2006).

La télé-rééducation mise en place avec MA a soulevé plusieurs limites. Mon rôle de « régulateur » dans les séances n'était plus envisageable. Il a pu arriver à MA d'être littéralement exténuée par les exercices ou de culpabiliser parce qu'elle n'avait pas eu le temps de les faire. Pour le dire autrement, parfois la question du coût/bénéfice se posait réellement quant à la poursuite du suivi sous cette forme. Par ailleurs, les échanges sur son quotidien, la gestion des activités en famille, l'école à la maison pour son fils, situaient la prise en charge vers des entretiens cliniques nécessitant une confidentialité. C'est la patiente elle-même, inquiétée que ses proches puissent se cacher derrière la porte de sa chambre pour entendre nos échanges, qui a évoqué cette difficulté. Il a donc été convenu d'une heure précise de rendez-vous, afin qu'elle demande à son conjoint d'aller jouer avec son enfant dans le jardin, s'assurant de cette manière de préserver la confidentialité des séances.

Parfois la question du coût/bénéfice se posait réellement quant à la poursuite du suivi sous cette forme.

L'accompagnement se poursuit toujours avec MA, qui vient d'intégrer un groupe de rééducation sur la métacognition (Gilles et al., 2014).

Les interrogations autour du cadre de l'accompagnement à distance

Au moment de la réflexion d'équipe sur le passage en distanciel des prises en charge, la situation de MA faisait partie des situations qui suscitaient le moins de certitude et d'assurance quant aux chances de réussite d'un tel dispositif. En effet, la prégnance des troubles psycholo-

giques a suscité une légitime réticence ou du moins un doute sur l'intérêt même de procéder de cette façon. D'autant que les difficultés matérielles propres à la situation de vie sous confinement avaient potentiellement vocation à appuyer sur les fragilités psychologiques de la patiente.

En définitive, les tensions se sont exprimées autrement. Face aux difficultés à gérer son engagement sur les tâches rééducatives, il est apparu essentiel de reprendre l'initiative en l'aidant à réguler son énergie et en modulant ses exercices pour éviter la saturation cognitive. La seconde adaptation est venue d'un questionnement de la patiente sur un des effets du cadre distanciel mis en place (la règle de confidentialité). Cette remise en question a conduit à repositionner un cadre rigoureux dans l'accompagnement de son suivi en distanciel.

Les objectifs de la prise en charge avec MA en présentiel interrogeaient avant même le confinement. La fragilité psychologique de cette patiente nous a conduit à lui proposer un suivi sous la forme décrite plus haut. A posteriori, MA est la seule patiente à signifier expressément l'intérêt de la continuité des soins, exprimant sa satisfaction de ne pas avoir été abandonnée par l'équipe qui a mesuré toute l'ampleur de son mal-être. Lors de séances ultérieures en présentiel, elle est, par exemple, revenue sur l'importance à ses yeux de nos séances, véritables repères rythmant les semaines et donnant du sens à sa prise en charge.

La patiente a trouvé du bénéfice dans cet accompagnement, qui a rendu possible une continuité de soins, une proximité dans la compréhension des troubles cognitifs et de leurs répercussions dans la vie quotidienne.

RV : LA TÉLÉ-RÉÉDUCATION, UNE SOLUTION SOUS CONDITIONS

Présentation du cas clinique

Au moment de la mise en place du confinement, la prise en charge de RV débutait seulement. À l'issue du bilan neuropsychologique, un accompagnement rééducatif au niveau des capacités cognitives était préconisé, sans avoir encore été discuté avec le patient.

Victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en octobre 2019 lors d'un voyage à l'étran-

ger, *RV*, âgé de 32 ans, rencontrait différents troubles. Au-delà d'un trouble neuro-visuel de type HLH gauche, le bilan neuropsychologique a mis en évidence un fonctionnement mnésique fragile, des capacités de mémoire de travail déficitaires, des troubles attentionnels et un syndrome dysexécutif caractérisé par un déficit en flexibilité mentale et des troubles de la planification.

Une configuration peu propice à la rééducation à distance

La mise en place du suivi a été extrêmement contrainte. En premier lieu en raison des difficultés cognitives majeures du patient, marquées notamment par une forte anosognosie (Bertrand-Gauvin et al., 2014). Le contexte et le cadre de la vie sous confinement n'ont, de plus, pas été des facteurs favorisant l'accompagnement neuropsychologique à distance de l'établissement. *RV* passe sa convalescence au domicile de ses grands-parents, qui assurent la gestion du quotidien. Il n'est cependant pas possible pour eux de pouvoir s'impliquer en plus dans la mise en place de la rééducation, avec tout ce que cela comporte (temps, énergie, mise à distance des troubles...). Cet ensemble de facteurs a conduit *RV* à devoir gérer seul, avec ses troubles cognitifs, ses séances de rééducation à distance.

La distanciation des soins, un obstacle dans l'accompagnement

Plusieurs phases ont été repérées dans ce suivi à distance : habitude, refus et frustrations, retour en présentiel.

La mise en place des aspects techniques a duré plusieurs séances en raison des difficultés neuro-visuelles et cognitives rencontrées par le patient. Cette période d'adaptation a contribué à retarder, en pratique, le début de la prise en charge en distanciel. En parallèle, pour veiller à dépasser ces contraintes matérielles mises à jour par la distance née du confinement, la transmission par mail des exercices papier/crayon réalisés, accompagnés de consignes précises, a été doublée par un envoi postal des supports utilisés. Les aspects techniques écartés, la restitution du bilan, toujours en distanciel, ne s'est pas avérée des plus simples !

Par la suite, *RV* ne s'est pas montré preneur des exercices proposés, ni papier/crayon, ni infor-

matique. Sans accroche sur la rééducation, j'ai décidé de changer de stratégie et fini par lui proposer de le regarder en direct faire ses exercices. En raison de ses atteintes cognitives marquées par la méconnaissance de ses troubles, il ne pouvait prendre seul l'initiative de consacrer 30 minutes dans sa journée à sa rééducation cognitive. Mais, même sous cette forme, le lien n'existe pas : *RV* n'y voit pas de sens, n'y met pas d'énergie. Insurmontable, ou du moins non surmontée par le patient, la distance, ajoutée à l'anosognosie, ne m'a pas permis de créer cette alliance. La télé-rééducation ne peut pas tout, surtout dans ce type de cas.

Une semaine avant la fin du confinement, au regard de toutes les difficultés rencontrées dans l'ensemble de son accompagnement et de la nécessité impérieuse de ne plus perdre trop de temps, *RV* est finalement réintégré en présentiel.

Le retour à la normale de la prise en charge dévoile l'inscription durable du patient dans ses difficultés. Rattraper le temps du début de la prise en charge, mis en échec en partie du fait de la distanciation, n'est pas possible. Si la fragilité du lien avec *RV* semble ancrée, des progrès cognitifs sont repérés, mais, définitivement, l'opportunité du début de la prise en charge, moment décisif, n'a pas été saisie.

L'accompagnement de *RV* au CM&P a pris fin, un relais de proximité a été mis en place.

Mise à distance de l'accompagnement : un facteur parmi d'autres ou une cause décisive dans la perte de chances de rééducation ?

Cet accompagnement a été pour le moins une vraie source de frustration. Il arrive parfois que les patients, anosognosiques de surcroît, n'accrochent pas, n'adhèrent pas à la prise en charge (Bastin et al., 2020). Différents leviers peuvent alors être activés pour contourner cette difficulté : la persévérance dans ce qui est dit, la vision commune de l'équipe, la création d'un lien de confiance.

Tout cela est par définition absent à distance. En partie parce que le lien de confiance n'a pas eu le temps de s'établir. Indubitablement, ce manque s'est révélé déterminant : la mise en place d'un suivi en télé-rééducation s'est heurtée ici à l'absence de pratiques communes consolidées et développées au préalable avec le patient.

Pour ce patient, je m'interroge toujours sur les effets du choix initial de sa sortie et sur les pertes de chance induites par la COVID-19. La mise à distance de l'accompagnement a mis en échec le potentiel rééducatif de ce type de profil. Maintenu dans l'établissement avec un planning intensif de soins, aurait-il pour autant été en mesure de tirer profit de l'accompagnement et de la prise en charge neuropsychologiques? Rien n'est moins sûr...

Comme dans les deux autres cas, ce type de situation met en lumière l'importance et l'incertitude des dispositifs déployés en neuropsychologie, ainsi que le rôle du praticien dans le suivi. Difficile pour autant de tirer des conclusions définitives à partir de la situation de RV. Même après le retour en présentiel, le lien thérapeutique avec RV est resté fragile. Il arrive, et notamment chez des patients présentant ce type de profil cognitif, qu'il n'y ait pas d'adhésion à la prise en charge.

Une autre hypothèse peut être émise, celle de l'importance des répercussions faisant suite à la distanciation précoce et à la mise en télé-rééducation. Le confinement a probablement accentué cette situation. En revanche, il n'est pas du tout certain que, sans la crise sanitaire, la rééducation de RV se soit déroulée de façon totalement différente.

LES RÉÉDUCTIONS NEUROPSYCHOLOGIQUES À L'HEURE DE LA DISTANCIATION

Ces 3 études de cas montrent la complexité à esquisser un réel bilan des pratiques de télé-rééducation sous confinement.

Le premier constat à faire, pragmatique, c'est de reconnaître combien cette solution contrainte du passage en distanciel a permis de limiter la casse et d'assurer une réelle continuité des soins (Chokron, 2020). Le maintien du lien thérapeutique est passé par l'adaptation des outils à l'impératif numérique pour pallier l'absence de contact en direct avec le patient.

Le maintien du lien thérapeutique est passé par l'adaptation des outils à l'impératif numérique pour pallier l'absence de contact en direct avec le patient.

Ainsi, ce cadre de la télé-rééducation met en avant un point crucial: dans l'accompagnement du suivi du patient, tout y est sauf moi: les aspects techniques sont présents, mais le cadre est amputé de tout ce qui se joue dans la rencontre en face à face. Et c'est bien le problème, car si le présentiel reste essentiel, c'est précisément parce que nos pratiques neuropsychologiques se fondent sur la régulation, sur la maîtrise et l'expertise dans l'avancement de l'accompagnement (en s'adaptant aux difficultés rencontrées), sur l'évaluation du niveau et du type de compétences à travailler dans les exercices, sur la création du lien avec le patient...

Nos séances ne se réduisent pas, absolument pas, à donner un travail cognitif à nos patients (Piet-Robion et al., 2019). Certes, les modalités du distanciel ont rendu visible ce volet et ont permis, dans certaines conditions (présence des proches, existence préalable d'un lien de confiance...) de réels effets positifs quant à la rééducation « pure » des fonctions cognitives (Seron, 2009).

Le cadre de la télé-rééducation met en avant un point crucial: dans l'accompagnement du suivi du patient, tout y est sauf moi: les aspects techniques sont présents, mais le cadre est amputé de tout ce qui se joue dans la rencontre en face à face.

Mais, les pratiques neuropsychologiques en période de confinement ont surtout rappelé combien une partie centrale de nos séances se joue ailleurs. Dans la création du lien, favorisant la prise de conscience des troubles pour le patient; par la mise en lien avec les difficultés fonctionnelles dans la vie quotidienne. Car, prendre conscience pour comprendre et s'adapter à ces répercussions au quotidien se fait, pratiquement, en aidant le patient à s'approprier différentes astuces pour contourner ces difficultés et mieux vivre avec ses troubles.

En outre, les séances s'apparentent également à un espace de soutien, d'écoute, de confiance, de mise en perspective, de travail sur l'estime de soi. Parfois aussi, souvent plutôt, les temps de bilan et de restitution du travail en séance permettent de tisser un lien de confiance avec l'entourage, sans lequel il ne peut y avoir d'explication et de compréhension des troubles.

Ces différentes dimensions du rôle et de la fonction du neuropsychologue (anticiper, adapter, vérifier, ajuster, remédier pour être au plus juste en cultivant un lien privilégié) sont moins visibles que le matériel mobilisé en séance. Tout cela ne peut être numérisé ou reproduit à l'identique en dehors du contact en direct avec le patient. Indispensable cœur de notre métier, ce rôle a été temporairement mis entre parenthèses lors de l'accompagnement du suivi neuropsychologique sous confinement. Il fallait bien prioriser le reste, dans l'urgence, mais l'analyse distanciée des situations démontre bien son caractère essentiel et indispensable.

Outil de soin à distance très utile pour compenser l'impossibilité de fonctionner en présentiel, la télé-rééducation présente, quel que soit le cas observé, des limites certaines, plus ou moins importantes ou impactantes selon les situations.

Dernier point enfin, la crise de la COVID-19 a perturbé l'accompagnement du suivi des patients et remis en cause une partie de nos pratiques

essentielles : comment faire sans l'entretien en préservant le sens de la prise en charge. En interrogeant aussi nos missions, cette période de crise a impulsé certaines dynamiques positives. Par exemple, la contrainte du développement des outils numériques, fait marquant de nos pratiques sous confinement, a ouvert de nouvelles possibilités en situation de retour à une vie plus normale. Les pistes matérielles et logistiques, ouvertes par la maîtrise de l'outil de la visioconférence, plus naturelle dans nos pratiques et même privilégiée par rapport au téléphone, permettent un contact facile et direct. Dès lors, ces nouvelles pratiques s'observent naturellement, dans tous les échanges avec nos partenaires. Les contraintes de distance ont été balayées par cette expérience forcée de la télé-rééducation sous confinement. Devenus plus vivants, ces temps tendent même à s'étendre, puisque la visioconférence est désormais proposée dans des contextes spécifiques et favorables, pour des téléconsultations parfois même en cas de restitution de bilan neuropsychologique. Ce qui était parfois impossible, en raison de la distance géographique ou du coût en temps (présence en équipe à des projets d'accompagnement à la scolarisation, rencontre des partenaires...), devient, dans un cadre structuré, envisageable (Chokron, 2020).

Si la crise fait surgir des déséquilibres, elle fait aussi, dans une certaine mesure, naître de nouveaux équilibres...

Références

- Allain, P., Azouvi, P. et Vallat-Azouvi, C. (2020). La téléneuropsychologie : une pratique clinique de demain en neuropsychologie ? *Revue de neuropsychologie*, 12(2), 181-183.
- Bastin, C. et Salmon, E. (2020). Anosognosie : modèles théoriques et pistes de prise en charge. *Revue de neuropsychologie*, 12(1), 26-34. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0535>
- Belmont, A., Agar, N., Hugeron, C., Gallais, B. et Azouvi, P. (2006). Fatigue and traumatic injury. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 49(6), 283-288. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2006.04.018>
- Bertrand-Gauvin, C., Faucher, L., Bocti, C., Gagnon, M. et Joannette, Y. (2014). Cognition sociale et accident vasculaire cérébral : perspective neuropsychologique. *Revue de neuropsychologie*, 6(2), 99-109. <https://doi.org/10.3917/rne.062.0099>
- Chokron, S. (2020). Apport de la téléconsultation au bilan neuropsychologique de l'enfant. *Revue de neuropsychologie*, 12(2), 152-154. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0556>
- Gilles, C., Lancelot, C., Sellier, C., Le Haye, J., Kerloc'h, J. et Le Gall, D. (2014). Métacognition : intervention thérapeutique autour de la conscience des troubles chez des patients souffrant de traumatisme crânio-cérébral grave. *Journal de Réadaptation Médicale*, 34(3), 145-154. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2014.06.009>

Haute Autorité de Santé. (2020, 2 avril). *Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Téléconsultation et télésoin*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin

Jollivet, M., Fortier, J., Besnard, J., Le Gall, D. et Allain, P. (2018). Neuropsychologie et technologies numériques. *Revue de neuropsychologie*, 10(1), 69-81. <https://doi.org/10.3917/rne.101.0069>

Mengin, A., Allé, M.C., Rolling, J., Ligier, F., Schröder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P.A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A. et Giersch, A. (2020). Psychopathological consequences of confinement. *Encéphale*, 46(3S), 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>

Piet-Robion, C., Joyeux, F. et Jokic, C. (2019). Prise en soins des patients avec un traumatisme crânien : quelles rééducations cognitives ? Comment s'adapter ? *Revue de neuropsychologie*, 11(4), 279-287. <https://doi.org/10.1684/nrp.2019.0528>

Seron, X. (2009). La revalidation neuropsychologique : réflexions sur les tendances actuelles. Dans S. Adam, P. Allain, G. Aubin et F. Coyette (dir.), *Actualités en rééducation neuropsychologique : études de cas* (1^{ère} éd., p. 9-28). Solal.

L'animation d'un groupe sur les habiletés sociales : intérêts et limites d'un maintien de prise en charge en visioconférence lors du confinement pendant la pandémie de COVID-19

Conducting a group on social skills: interests and limits of maintaining videoconference care during lockdown due to the COVID-19 pandemic

Isabelle MASSARD

Psychologue du développement
Évaluation et rééducation
des troubles neuropsychologiques
Cabinet libéral à Morlaix
Membre du Service de Prévention Itinérant
Luska Liamm
CMPP de Morlaix

Contact

Isabelle MASSARD

isabellemassard@gmail.com

CMPP Paul Sérusier
14 rue du Pouffanc, 29600 Morlaix

Mots-clés

- Groupe d'habiletés sociales
- Troubles du spectre autistique
- Interaction sociale
- Visioconférence

Keywords

- *Social skills group*
- *Autism spectrum disorders*
- *Social interaction*
- *Videoconference*

Conflits d'intérêts

Aucun

Pour citer cet article

Massard, I. (2022). L'animation d'un groupe sur les habiletés sociales : intérêts et limites d'un maintien de prise en charge en visioconférence lors du confinement pendant la pandémie de COVID-19. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 16-24.

Résumé

Cet écrit est un témoignage de pratique professionnelle. Il présente l'adaptation d'un groupe thérapeutique sur la cognition sociale, initié un an avant le confinement de mars 2020 et poursuivi en visioconférence pendant la période d'isolement, de fin mars à fin mai 2020. Sont précisés les objectifs et la méthodologie utilisés en présentiel : débats et jeux de rôles au cours de séances souvent filmés pour permettre aux participants de prendre conscience des enjeux sociaux, des conséquences de leur manière d'agir et de parler sur la relation. Sont présentés ensuite les supports utilisés en visioconférence qui ont permis de préserver une dynamique de groupe et de poursuivre le projet de soins : débats et adaptation/personnalisation d'un jeu de société. Nous discuterons enfin les apports et les limites de cette pratique en visioconférence.

Abstract

This writing is a testimony of professional practice. It presents the adaptation of a therapeutic group on social cognition, initiated one year before the March 2020 lockdown, and followed by videoconference during isolation time, from the end of March to the end of May 2020. The objectives and the methodology used face-to-face are specified: debates and role-playing during sessions often filmed to enable participants to become aware of social issues, the consequences of their way of acting and of speaking on the relationship. Subsequently, the media used in videoconferencing are presented which have made it possible to preserve a group dynamic and to continue the treatment project: discussions and adaptation / personalization of a board game. Finally, we will discuss the contributions and limits of this practice by videoconference.

INTRODUCTION

Quatre adolescents d'un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) ont participé à un travail sur la cognition sociale pendant un an avant le confinement de mars 2020. Ces jeunes âgés de 13 à 15 ans présentent des formes différentes de trouble du spectre autistique: l'un présentant un syndrome d'Asperger (DSM-IV), un autre présentant un TED (Troubles Envahissants du Développement) non spécifié (DSM-IV), les deux derniers présentant un trouble du spectre autistique sans déficience intellectuelle associée (DSM-V). Les deux premiers sont scolarisés en milieu ordinaire, les deux derniers en dispositifs adaptés (EGPA et ULIS). Lors du premier confinement en mars 2020 au cours de la pandémie de la Covid-19, le CMPP a maintenu une activité en présentiel uniquement dite « d'urgence ». Aussi, les suivis en visioconférence se sont-ils substitués aux séances habituelles.

Dans un premier temps, nous présenterons le dispositif proposé aux jeunes en présentiel; dans un deuxième temps, seront évoqués les aménagements techniques et méthodologiques pour maintenir ce groupe en visioconférence. Enfin, nous discuterons des apports et des limites d'une telle adaptation.

DISPOSITIF AVANT LE CONFINEMENT

OBJECTIFS

Ce projet thérapeutique vise à favoriser la prise de conscience de sa manière d'être – à l'instar de l'ouvrage *Je suis spécial* (Vermeulen, 2015) – et des effets de sa manière d'être sur la relation avec les autres: les aider à prendre conscience de ce qui se joue dans l'interaction avec l'autre quand ils agissent ou parlent de telle ou telle manière.

L'objectif est également de leur permettre de s'affirmer davantage face aux autres et ainsi peut-être dans leur environnement respectif (savoir dire non, donner son avis, faire une demande à quelqu'un que nous ne connaissons pas, demander et donner un renseignement, etc.), de les rendre plus à l'aise pour prendre la parole, de faciliter leur préparation aux épreuves orales des examens à venir dans un futur plus ou moins proche, et de leur donner plus d'assurance dans leurs entretiens de recherche de stage et dans l'interaction avec leurs camarades ou futurs collègues.



Ce projet thérapeutique vise à favoriser la prise de conscience de sa manière d'être – à l'instar de l'ouvrage Je suis spécial – et des effets de sa manière d'être sur la relation avec les autres : les aider à prendre conscience de ce qui se joue dans l'interaction avec l'autre quand ils agissent ou parlent de telle ou telle manière.



MÉTHODOLOGIE

Les séances étaient souvent filmées afin que chacun observe et commente le comportement, et la manière de s'exprimer et de communiquer de chaque participant. Les effets de ces séances sont mesurés au cours d'entretiens avec le patient et ses parents. Nous cherchons, par exemple, à savoir comment le patient se comporte au sein de sa famille, avec ses pairs, à l'extérieur, s'il prend des initiatives pour sa recherche de lieux de stage, comment se passent les cours (exposés, prise de parole, etc.).

LES JEUX DE RÔLE

Pendant 6 mois, sur l'année scolaire 2018/2019, chaque semaine, le travail de groupe en présentiel était centré sur un temps d'échange libre où chacun évoquait ce qu'il souhaitait (un épisode de sa journée, une question sur son vécu), puis sur des jeux de rôle. Nous retrouvons des thématiques traitées dans ce groupe notamment dans le programme GECO (Fallourd et Madieu, 2017), dans les ateliers présentés par Agnès Cassé et Thierry Garin (2016). Les habiletés travaillées étaient les suivantes :

- Savoir se présenter et présenter quelqu'un (activité par binôme : l'un pose les questions, recueille les réponses de l'autre, puis vient les présenter au groupe) ;
- Accueillir quelqu'un (un nouveau participant, un stagiaire, etc.) ;
- Communiquer et comprendre les émotions via les expressions faciales ;
- Formuler une demande, un refus en s'adaptant à son interlocuteur (un copain, un enseignant, un parent, etc.) ;
- Entendre, comprendre et réagir à une remarque (que nous retrouvons dans le travail sur la critique de Fallourd et Madieu, 2017)

Chaque participant était invité à jouer une scène devant les autres, souvent en binôme, de manière assez spontanée, en improvisant, ou bien après un court temps de préparation. Ensuite, chacun était invité à exprimer son ressenti, son avis, ce qu'il changerait dans la posture, la manière de parler, les expressions faciales en fonction du contexte en justifiant les raisons de ces changements. Au besoin, la scène était rejouée par le même binôme ou par l'autre binôme afin d'observer et mettre en mot les différences entre les propositions.

LES DÉBATS

Puis, pendant 6 mois, d'octobre 2019 à mars 2020, les jeux de rôle ont été remplacés par des débats pour donner une autre dynamique à ces tous jeunes lycéens (ULIS) et futurs apprentis afin d'accentuer le travail sur les habiletés sociales suivantes :

- Mettre en mots et en mouvement ses idées (communication verbale et non verbale, gestes) ;
- S'adresser à d'autres personnes de manière intelligible : en adaptant l'intensité de la voix, le débit ;
- Tenir compte de l'autre et mettre en pratique un « contrat de communication » (Fallourd et Madieu, 2017, p. 94) : celui qui parle s'engage à faire des pauses de quelques secondes dans son discours pour laisser la possibilité aux écoutants de réagir. Ceux qui écoutent s'engagent à signaler une incompréhension ou tout élément qui ferait obstacle à la communication (volume sonore, débit, vocabulaire, etc.) (voir Fallourd et Madieu (2017) pour les règles conversationnelles) ;
- Être attractif : varier sa prosodie, la hauteur de sa voix en fonction de la réalité à dire afin de maintenir l'attention et l'intérêt de l'interlocuteur, et de s'adapter au contenu du propos ;
- Écouter et respecter les tours de parole ;
- Se mettre à la place des autres : chaque participant devant trouver des arguments en faveur ou à l'encontre du thème choisi ;
- Le regard : soutenir le regard des autres, regarder tour à tour les différents participants

Plusieurs types de débats ont été proposés :

- **La posture libre** : le thème du débat est proposé sans autre consigne (si ce n'est de ne pas couper la parole). Au fur et à mesure, les règles de respect des tours de parole ou de la position des uns et des autres n'étaient pas rappelées pour laisser émerger une auto-régulation au sein du groupe ;
- **La prise de position prédéfinie** : il s'agit d'attribuer à chaque participant un rôle, une posture dans le débat (par exemple, une femme de 60 ans pour un garçon de 15 ans). Cela permet un travail à la fois sur le corps, la voix, mais surtout sur la théorie de l'esprit (se mettre à la place de l'autre et imaginer sa pensée, ses émotions, son vécu) ;
- **Le débat interne contradictoire** : chaque participant est invité à argumenter positivement sur un thème pendant quelques secondes, puis, après un signal, à évoquer des arguments contraires. L'idée est de faire retentir ce signal 2 ou 3 fois. Cela permet à chacun d'imaginer des postures et des arguments différents. Ce thème permet aussi de travailler notamment le contrôle attentionnel, la flexibilité mentale, et la compréhension de la pensée et des états mentaux des autres

Ces deux premiers types de débat ont eu lieu dans des bureaux, des salles de réunion de taille variable pour permettre un espacement différent des participants et pour leur faire travailler la voix. La distance physique les a parfois aidés à donner leur point de vue, à ne pas être d'accord avec les autres et à argumenter.

Les débats internes contradictoires avaient lieu dans un bureau, debout, pour s'intéresser à la dimension corporelle, gestuelle, pour jouer avec l'espace (selon sa posture, le participant pouvait se tourner dans un sens ou dans l'autre, se mettre de part et d'autre d'une ligne au sol selon la posture, etc.).

DÉROULEMENT DES SÉANCES ET RÉSULTATS

À leur arrivée, un rapide temps d'échange libre est proposé, animé par l'un deux (qui est

alors nommé « animateur »). Celui-ci pose les questions aux autres pour lancer la discussion, distribue la parole, s'assure que chacun a dit ce qu'il souhaitait.

La suite de la séance est déterminée en fonction de ce temps d'échange libre. Si une problématique émerge, elle est mise au travail sous forme de jeu de rôles où chacun est invité à jouer la scène à sa manière. Émergent alors différentes solutions à ce problème. Si aucune problématique n'émerge, un débat est alors proposé. La liste des thèmes a été élaborée en groupe. La psychologue propose une problématique en fonction du thème avec ou sans image pour favoriser la réflexion. Chacun est alors invité à mettre ses idées par écrit sous forme de mots-clés. Puis, le débat s'installe. La psychologue aidait à la mise en mot du patient scolarisé en ULIS, présentant davantage de difficultés d'expression verbale (lenteur idéatoire) et graphomotrices.

Les premières séances de débat sont régulées par la psychologue, puis par l'un des participants (« animateur de débat »). Chacun doit amener un argument différent, et est ainsi invité à développer sa capacité d'écoute et à « prendre en compte ce que les autres savent » (Howlin et al., 2010, p. 24) et à « détecter l'intention de celui qui parle » (Howlin et al., 2010, p. 254). L'animateur de débat clôt ensuite la séance en faisant un bilan et en proposant une ouverture pour un débat futur, ce qui a été très difficile : si la synthèse des opinions est assez facile, il leur est encore difficile d'imaginer une suite. Ils sont restés figés sur l'existant, l'« ici et maintenant », comme souvent dans les troubles du spectre autistique, les patients peuvent répondre à une question au cours d'une conversation sans relancer l'interlocuteur pour approfondir ou ouvrir sur un sujet proche (aspect bien mis en évidence au cours des évaluations cliniques ou via l'ADOS, échelle d'observation pour le diagnostic de troubles du spectre autistique, via les items « communication sociale réciproque » et « conversation » (Lord et al., 2015)).

La séance suivante est consacrée au visionnage et au décryptage de la vidéo réalisée à la séance précédente. Chacun commente librement et respectueusement ce qu'il voit de lui et des autres. Chacun peut alors « anticiper ce que les autres peuvent penser de ses propres actions » (Howlin et al., 2010, p. 25) et de ses paroles. Cela permet un travail de prise de recul sur soi, d'ac-

ception de son image et de sa voix ; cela permet aussi d'apprendre à faire une remarque, à donner un conseil à quelqu'un en choisissant ses mots, en veillant à ne pas heurter et, enfin, à entendre une remarque comme étant un conseil et non un reproche.

Certains ont été heurtés par le fait que les autres n'étaient pas du même avis qu'eux. Un participant a d'abord été touché par les remarques des autres sur son ton, sa manière de parler, jugée hautaine. Mais, chacun étant livré à des questionnements similaires, chacun étant présent pour travailler ces mêmes aspects, les tensions se sont vite apaisées. Chacun prend appui sur le groupe pour regarder comment il est. Certains débats ont permis à l'un des participants scolarisé en ULIS, s'exprimant d'une manière un peu ralentie, et souvent jugé négativement par les autres, de montrer son niveau de vocabulaire dans le cadre de ce petit collectif sécurisé. Ce dernier parlant de stigmatisation, de préjugés, de discrimination et de stéréotype, devant les yeux d'abord étonnés des autres participants.

Ces échanges leur ont permis de parler de leurs particularités autistiques à leur rythme, au fil des séances, certains affirmant clairement : « moi, je suis autiste Asperger, c'est pour ça que j'ai beaucoup de vocabulaire et pas d'ami », d'autres plus doucement : « j'ai toujours eu des copains, mais je n'aime pas les gens, les gens du collège, dans la cour (il parle des adultes et des collégiens) », « j'ai du mal à exprimer mes idées ; j'ai des idées mais il me faut du temps et du silence pour penser ».

Alors que nous étions bien ancrés dans cette pratique de débat et d'animation de débat, nous découvrons les mesures sanitaires et le confinement.

L'ADAPTATION DU DISPOSITIF PENDANT LE CONFINEMENT

LA TRANSITION : LA TÉLÉCONSULTATION EN INDIVIDUEL PENDANT UN MOIS (AVRIL)

Dès le début du confinement, nous avons pris contact avec les familles et nos patients pour

ceux qui le souhaitent. Les jeunes de ce groupe ont tous accepté de poursuivre le suivi en visioconférence. Mais, la psychologue, devant cette pratique improvisée, a eu besoin de temps pour adapter le dispositif. Aussi a-t-elle poursuivi le suivi en individuel pour commencer, une fois par semaine.

Objectifs

Les séances ont pour objectif de leur offrir un espace d'expression, un moment pour travailler la gestion de leur temps (comment occuper les journées, trouver un rythme de travail, occuper les grandes plages de temps libres pour certains), pour rompre l'isolement ; elles permettent aussi de travailler le maintien de l'investissement dans son travail scolaire, de mieux gérer la communication à distance avec les enseignants.

Résultats

Quand nous demandons aux jeunes de se présenter rapidement les uns aux autres, il leur est toujours très difficile de trouver quoi dire. L'appréhension, la timidité, le lieu neutre des structures de soins leur font comme oublier ce qu'ils font dans la journée, dans la vie, ce qu'ils aiment, etc. La téléconsultation offre, aux patients, le confort d'être dans leur environnement et, tout d'un coup, chacun se livre davantage : un livre qu'il a particulièrement aimé, une musique, un chat, un tableau qu'il a peint dernièrement et même un vrai talent pour les arts plastiques, un talent pour l'écriture, jusqu'alors tout-à-fait dissimulé malgré les nombreuses anamnèses ou entretiens. La conversation se fait dans une intimité partagée, plus personnelle, plus spontanée et même parfois plus riche. Pour certains, c'est le fait de ne pas se voir qui a permis une libération de la parole. Pour d'autres, c'est la correspondance épistolaire (par courriel) qui a permis de faire émerger un goût pour l'écriture, une richesse dans le vocabulaire et un certain talent pour élaborer des scénarii.

Après quelques téléconsultations individuelles, rapidement, les jeunes ont souhaité se retrouver. Ces séances en individuel ont permis à certains de se familiariser avec les outils numériques proposés ; cela étant, même habitués à être filmés, tous n'ont pas accepté la vidéo.

LA VISIOCONFÉRENCE : PENDANT DEUX MOIS (MAI, JUIN)

Après les premiers tâtonnements, nous avons convenu de refaire des débats internes suivis de jeu inspiré de *Qui est-ce ?* et de *Scatologies* (faire des listes de mots par catégories). Ce temps étant aussi, dans ce contexte, une parenthèse de plaisir dans la journée de cours à distance, ils ont tous demandé à terminer la séance par un moment ludique. Cette adaptation du jeu *Qui est-ce ?* permettait de poursuivre des objectifs du groupe pour certains.

Méthodologie

Pour le temps des débats, nous avons tenté de refaire les débats internes : une liste de thématique a été élaborée avec les adolescents. Chacun a dû choisir le thème pour un autre participant, celui-ci pouvant écartier 2 thèmes. Nous trouvons des idées de débats dans les cartes « Pour ou Contre » du jeu *Discussons* (Cheippe, 2020). Ensuite, nous avons choisi de poursuivre par des débats classiques autour d'une thématique. Chaque participant préparant cette fois-ci seul ses arguments. Plusieurs images ont été proposées pour favoriser l'émergence d'idées et réduire l'anxiété de certains, à la manière d'un photolangage, envoyées par courriel à l'avance pour ceux qui étaient plus en difficulté, plus inhibés ou que la psychologue aidait en présentiel au niveau de la prise de note de leurs idées.

Pour le temps plus ludique, nous avons adapté ensemble le jeu *Qui est-ce ?*. Chaque participant était invité à faire une liste de personnages issus de livres, de mangas, de dessins animés ou de films de son choix, puis à les présenter au groupe en précisant les raisons de son choix. Sur une feuille A4, nous avons sélectionné les personnages pour obtenir une variété d'expressions faciales, d'accessoires, de couleurs de cheveux, etc. Chacun disposait de ce trombinoscope particulier. À tour de rôle, chacun devait interpeller le participant de son choix, lui poser une question ou y répondre. Chacun devait donc écouter, noter dans un tableau le destinataire de la question et la réponse (par exemple, sous le nom du participant 1 : pas de chapeau, sourire, etc.).

RÉSULTATS

Les débats

Nous avons rapidement arrêté les débats internes, car la dynamique de groupe à distance n'était pas suffisante. Les participants étaient plus dans l'écoute et encore moins dans l'entraide que d'habitude. Les moments de blancs semblaient plus pesants et inconfortables, d'autant qu'un silence en téléconsultation peut aussi être le signe d'un problème technique. Cela demandait une vigilance et une énergie plus importantes qu'en présentiel.

Les débats classiques, quant à eux, ont fonctionné sur le même schéma qu'en présentiel : des participants, un animateur désigné et la psychologue en régulatrice.

Le jeu *Qui est-ce ?* (inspiré de Coster et Coster, 1976)

Les participants ont pu développer ou renforcer les fonctions exécutives et des compétences sur le plan de la cognition sociale :

- Parler de son univers culturel, de ses goûts et ainsi s'affirmer aux yeux des autres ;
- Interpeller quelqu'un (finalement, au cours de séances en présentiel, personne ne s'interpelle vraiment, aussi cela n'a pas été tout de suite facile pour tout le monde) ;
- Poser des questions à tous les participants pour ne pas en laisser un de côté (ce qui a très bien fonctionné, d'abord sous la guidance de la psychologue, puis en autonomie). En présentiel, certains, d'habitude plus effacés, avaient pris l'habitude de ne s'adresser qu'aux mêmes participants. Ce jeu leur a permis de s'adresser à tous, individuellement ;
- Proposer des règles de jeu consensuelles et des critères acceptables, en tenant compte des contraintes de chacun en fonction du matériel informatique (certains pouvaient considérer qu'un pixel bleu sur un personnage permettait de dire que « le personnage a du bleu sur lui ») ;
- Construire un support de prise de note adapté pour soi : la psychologue a suggéré un tableau que certains ont reproduit, mais pas tous (planification) ;

- Définir les mots-clés faciles à écrire pour jouer (prise de décision, inhibition);
- Écouter les questions et les réponses des autres, et les noter (attention partagée);
- Trouver d'autres questions (flexibilité mentale, inhibition)

DISCUSSION

Cet écrit ne s'inscrivant pas dans un travail anticipé de recherche, les résultats ne s'appuient que sur des constats et des échanges avec les participants et leur famille. Il aurait été intéressant, a posteriori, de mettre en place une méthodologie de recueil de données plus rigoureuse. Il est cependant possible de dégager un certain nombre d'apports de cette pratique relativement improvisée.

L'autonomie et la prise de conscience de l'importance de respecter un horaire : la plupart des patients ont un planning établi pour eux, automatisés, avec un rappel du rendez-vous par les enseignants, avec un chauffeur de taxi-ambulance qui vient les chercher au collège; il y a donc peu d'absence. Pendant le confinement, la gestion du temps n'était pas du tout la même et, leurs parents travaillant, les patients ont dû penser eux-mêmes à leur rendez-vous ou mettre en place des systèmes d'alerte. Nous avons parfois convenu d'un rappel par SMS la veille ou une heure avant le rendez-vous. Cela a mis en évidence pour eux le manque d'autonomie à ce niveau, mais aussi la possibilité d'utiliser des fonctions de leur smartphone pour pallier ce manque d'autonomie.

L'écoute et le débit de parole : la nécessité d'écouter, et donc de patienter, de respecter les tours de parole, la nécessité d'articuler et d'adapter le débit de parole ont été mises en exergue par les conditions techniques de la visioconférence d'une manière bien plus efficace que dans un bureau ou une salle de groupe. En effet, les contraintes techniques imposent un silence total de la part de ceux qui écoutent afin que nous puissions nous entendre et donc nous comprendre. En présentiel, un des participants avait tendance à monopoliser la conversation et à se sentir vexé quand nous lui demandions de laisser la parole aux autres. Les contraintes techniques obligeant à un silence de qualité ont d'abord eu un effet frustrant pour lui, ainsi qu'il l'a exprimé, mais l'ont

aussi aidé à se contenir, sans être vexé. Il a, depuis le retour dans les locaux habituels, gardé cette habitude, mais ce n'est pas encore acquis dans son quotidien, à la maison notamment.

Le récit de soi et le partage : les adolescents étant chez eux, certains ont pu davantage partager, se dévoiler. Avec concrètement, sous les yeux, leurs affaires personnelles, chaque participant était beaucoup plus à l'aise pour se présenter et beaucoup plus volontaire. Il y a un contraste très net entre leur présentation dans la salle de groupe et leur présentation depuis leur chambre. Certains participants plus effacés se sont réellement dévoilés aux autres et le regard porté sur eux a changé.

Le sentiment de protection, de réassurance : la possibilité d'activer ou non la webcam a permis à certains de se protéger, de se cacher et de gagner en confiance. Un adolescent a pris la parole plus spontanément et plus souvent que lors des séances en présentiel, parce qu'il n'était qu'en audio. Il a choisi cette option et l'a tout à fait assumé devant les autres.

La compréhension de la théorie de l'esprit : le jeu *Qui est-ce ?* à distance, avec des personnages choisis par les adolescents leur a permis de constater à quel point le vocabulaire de chacun est singulier et qu'il est compliqué, mais nécessaire de se mettre d'accord. Cela a permis de travailler la notion de malentendu. La présentation de chacun, facilitée par le fait d'être dans leur milieu, a changé la vision de certains participants sur d'autres, a modifié leur « perception de ce que les autres savent » (Howlin et al., 2010, p. 25). Cela a permis d'aborder la notion de préjugés, notion à laquelle ils ont tous une sensibilité particulière au regard du dynamisme particulier qu'a suscité ce débat chez trois des participants. Certains ont pu livrer leur étonnement de découvrir un trait de personnalité chez un autre, celui-ci se montrant alors presque dans la revendication et pouvant affirmer : « je suis aussi sensible, même si ça ne se voit pas ».

Le maintien du groupe thérapeutique : maintenir un lien et une thérapie a été essentiel pendant cette période. Ce temps hebdomadaire a pour certains été le seul moment de socialisation et d'ouverture sur l'extérieur. Chaque participant était assidu. Entre chaque séance, il leur était demandé individuellement s'ils étaient à l'aise

avec ce type de pratique, s'ils souhaitaient arrêter. Aucun n'a souhaité suspendre les séances.

Le sentiment d'appartenance, d'identité à un groupe: au regard de l'enthousiasme que chacun a témoigné à l'idée de se retrouver virtuellement, nous pouvons faire aussi l'hypothèse de l'émergence d'un sentiment d'appartenance à un groupe. Certains demandaient le silence à la maison parce que «c'était le moment de leur groupe». Tous étaient très déçus de ne pas pouvoir se retrouver ensemble en juin, car les mesures sanitaires à l'époque ne le permettaient pas au sein du CMPP. Les séances ont donc continué en visioconférence malgré la ré-ouverture du CMPP.

Le témoignage des patients et de leurs parents sur le projet en général montre une meilleure confiance en soi dans les prises de parole (un patient participe en classe alors qu'il ne donnait ses réponses qu'à son AVS auparavant) et une meilleure aisance au niveau de l'expression orale. Les jeunes sont aujourd'hui capables de soutenir davantage le regard, de faire des exposés. Pour un patient, les travaux de groupe restent compliqués, car il dit avoir le sentiment que le partage des tâches est difficile et manque d'équité. Certains ont passé des examens oraux seuls (sans l'AVS initialement prévue) et ont pu prendre contact avec des entreprises pour réaliser leur stage alors qu'auparavant leurs parents le faisaient pour eux.

Concernant **les difficultés rencontrées** par rapport aux supports, en dehors du débat, sans le concours des familles – prises dans un rythme très soutenu de travail et de cours à la maison –, il a été difficile d'imaginer des supports pour travailler la cognition sociale à distance de manière confortable. En effet, bien souvent les jeunes ont du mal à identifier leurs difficultés et annoncent que tout va bien alors que le discours des parents est plus précis (autonomie pour organiser la journée de travail scolaire, difficultés pour s'occuper pendant le temps libre, difficultés pour gérer les conflits à la maison, etc.). Travailler ses aspects à distance était difficile et a plus relevé de la guidance parentale pendant cette période.

Quelques difficultés ont pu se manifester en lien avec des problèmes de connexion dus aux flux, au débit et au matériel à disposition de chacun.

Une autre difficulté est apparue concernant l'autonomie pour se rappeler de se connecter.

Enfin, la nécessité de se familiariser rapidement, en tant que professionnel, avec les outils de visioconférence a pu générer quelques difficultés. La préparation des séances, en concomitance avec la gestion de notre quotidien ne nous a pas permis de prendre le temps, sans formation, de découvrir toutes les fonctionnalités du logiciel Zoom. Il aurait été possible de faire des demi-groupes pour refaire les binômes et préparer les arguments ensemble. Ils auraient de toute façon été amenés à préparer seuls leurs arguments; le confinement et le manque de maîtrise de la visioconférence les ont amenés plus vite à cette autonomie.

CONCLUSION

Ce témoignage relate l'adaptation d'un suivi hebdomadaire en groupe centré sur la cognition sociale de quatre adolescents présentant des troubles du spectre autistique sans déficience intellectuelle, pendant le 1^{er} confinement au printemps 2020.

L'autonomie qu'ils ont développée en classe, notamment pour la participation à l'oral, la réalisation d'examen sans AVS et même la suppression d'une AVS est tout-à-fait encourageante quant à ce type de projet. Ce projet n'est évidemment pas la seule explication à cette autonomie, mais nous pouvons espérer qu'il y a participé.

La visioconférence a permis un maintien du suivi initié depuis un peu plus d'une année. Nous pouvons penser que l'appétence de ces jeunes, l'envie de poursuivre en groupe, indique que ce projet leur a apporté un certain bien-être, une aide ou, au moins, qu'il était bien inscrit dans leur habitude.

Les jeunes et leur famille ont pu dire que le maintien d'un lien social, la poursuite du travail sur d'autres aspects de la cognition sociale (gestion du temps, autonomie, écoute, affirmation de soi, compréhension de la position de l'autre, etc.) a été très positif pour eux. Si le travail sur la qualité du regard a été laissé de côté pendant deux mois, le travail sur l'écoute et le respect des tours de parole a été amplifié. Peut-être est-ce parce que l'écoute et le silence avaient ici beaucoup d'importance, puisqu'il était indispensable à la qualité des

échanges en visioconférence. Le travail depuis son domicile a permis de lever certaines barrières pour parler de soi, car les patients, de chez eux, pouvaient s'appuyer sur leur environnement pour parler d'eux-mêmes, ce qui leur a aussi permis de prendre confiance en eux.

Le travail se poursuit aujourd'hui en présentiel pour de nombreux autres patients, portant un masque. Le travail sur la cognition sociale est toujours possible, malgré le port du masque, notam-

ment pour l'intonation et la prosodie, les gestes, le regard. Il semble parfois que ce travail soit renforcé par le port du masque, comme si la suppression d'un canal de communication invitait à prêter plus d'attention aux autres modes de communication.

Le travail sur les outils de télécommunication n'avait pas été envisagé dans le projet initial, mais cette expérience montre qu'il est pertinent de l'intégrer à l'avenir.

Références

- Casse, A. et Garin, T. (2016). *Apprendre les habiletés sociales*. De Boeck Supérieur.
- Cheippe, T. (2020). *Discutons*. Cit'inspir.
- Coster, T. et Coster, O. (1976). *Qui est-ce ?*. MB.
- Fallourd, N. et Madiou, E. (2017). *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales*. Dunod.
- Howlin, P., Baron-Cohen, S. et Hadwin, J. (2010). *Apprendre aux enfants autistes à comprendre la pensée des autres*. De Boeck Supérieur.
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P. C. et Risi, S. (2015). *Adaptation française: B. Rogé et collaborateurs. ADOS 2, échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme*. Hogrefe.
- Vermeulen, P. (2015). « *Je suis spécial* ». *Manuel psycho-éducatif pour accompagnants de personnes avec autisme*. De Boeck Supérieur.
- Vermeulen, P. (2015). *Scattergories*, 1989. MB.

L'isolement social lors d'une période de confinement peut-il être un déclencheur ou un révélateur de troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux ? Une étude de cas : M. G.

Can social isolation during a period of confinement be a trigger or a revealer of neurocognitive and psycho-behavioral disorders A case study: M. G.

Tifanie SANFOURCHE-GAUME

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Groupe Hospitalier Nord Essonne

Contact

Tifanie SANFOURCHE-GAUME

Tifanie.sanfourche@gmail.com

Groupe Hospitalier Nord Essonne
159, Rue du Président François Mitterrand,
Longjumeau (91)

Mots-clés

- Trouble neurocognitif
- Trouble psycho-comportemental
- Isolement social
- Étayage
- Confinement

Keywords

- *Neurocognitive disorder*
- *Psycho-behavioral disorder*
- *Social isolation*
- *Support*
- *Lockdown*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Sanfourche-Gaume, S. (2022). L'isolement social lors d'une période de confinement peut-il être déclencheur ou un révélateur de troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux ? Une étude de cas : M. G.. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 25-32.

Résumé

M. G., âgé de 83 ans, est un ancien chef machiniste. Son entourage a remarqué une dégradation mnésique, une apathie et des comportements inadaptés suite au confinement dû à l'épidémie de la *Coronavirus Disease-19* (COVID-19) ayant débuté le 17 mars 2020 en France. Pendant le confinement, M. G. n'a pu recevoir aucune visite en présence de ses proches qui n'ont pu le contacter que ponctuellement par téléphone. Dans ce contexte, un bilan neuropsychologique est proposé à M. G. à la demande de ses proches et du médecin. Les résultats du bilan neuropsychologique mettent en évidence un trouble mnésique au RL/RI-16 et un trouble de la flexibilité mentale au TMT B. Lors de l'entretien, il n'est pas relevé de trouble anxio-dépressif majeur caractérisé par l'échelle de la HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) proposée au patient. L'hypothèse d'un trouble neurocognitif de type mixte (i.e., temporal interne et vasculaire) est énoncée, avec troubles psycho-comportementaux apparus suite à l'isolement social lié au confinement. Ce trouble se serait révélé suite à la situation d'isolement social dû à la COVID-19. Cela questionne le besoin d'étayage (Verdon, 2016), autrement dit, le besoin d'interac-

tions sociales. L'hypothèse d'un maintien de l'équilibre psycho-affectif et du fonctionnement cognitif grâce aux interactions sociales est suggérée (Verdon, 2012).

Abstract

M. G., 83 years old, is a former chief machinist. His relatives noticed a deterioration in memory, apathy and inappropriate behavior following lockdown due to the Coronavirus Disease-19 (COVID-19) epidemic that began on March 17, 2020 in France. During lockdown, M. G. couldn't receive any visits from his relatives who were only able to contact him occasionally by telephone. In this context, a neuropsychological assessment is offered to M. G. at the request of his relatives and the doctor. The results of the neuropsychological assessment highlight a memory disorder at RL/RI-16 and a disorder of mental flexibility at TMT B. During the interview, no major anxiety-depressive disorder with the HADS scale (Hospital Anxiety and Depression Scale). The hypothesis of a mixed-type neurocognitive disorder (i.e., internal temporal and vascular) is stated, with psycho-behavioral disorders that appeared following social isolation linked to lockdown. This disorder would have emerged following the situation of social isolation due to COVID-19. This questions the need for support (Verdon, 2016), in other words the need for social interactions. The hypothesis of maintaining psycho-emotional balance and cognitive functioning through social interactions is suggested (Verdon, 2012).

INTRODUCTION

À partir du 17 mars 2020, la France a connu un premier confinement en réaction à l'épidémie causée par le virus de la *Coronavirus Disease-19* (COVID-19). Pendant le confinement, les individus se sont isolés les uns des autres afin de respecter les mesures de sécurité sanitaire formulées par les organismes de santé et le gouvernement français (Franck, 2020). Les personnes âgées étaient particulièrement ciblées dans les messages de prévention du fait de leur vulnérabilité médicale (Franck, 2020). Au regard de la pratique en tant que psychologue spécialisé en neuropsychologie, la période de la levée du premier confinement (à partir du 11 mai 2020) a été marquée par une demande accrue de bilans neuropsychologiques de la part des médecins et des familles.

L'objectif était une évaluation de troubles neurocognitifs associés parfois à des troubles psycho-comportementaux chez des personnes âgées (à partir de 60 ans) ayant été marquées par leur isolement au domicile.

Par définition, le confinement peut se ramener à une notion d'enfermement avec la limitation des interactions sociales qui en découle. Il se caractérise par un maintien des personnes à leur domicile, les déplacements étant limités par la loi dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire (Franck, 2020). Pendant le confinement, les interactions sociales (visuelles, auditives, tactiles) sous la forme présentielle ont été supprimées ou significativement diminuées pour ces personnes. Cela a pu induire un isolement physique, mais aussi psychologique (Franck, 2020). Les interactions sociales se définissent comme « des relations interperson-



L'objectif était une évaluation de troubles neurocognitifs associés parfois à des troubles psycho-comportementaux chez des personnes âgées (à partir de 60 ans) ayant été marquées par leur isolement au domicile.

nelles entre des individus induisant une influence réciproque des comportements, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre » (Guillemot, 2013, p. 773). La question suivante se pose alors : l'isolement social induit par la période de confinement de mars à mai 2020 peut-il être un déclencheur ou *a minima* un révélateur de troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux chez des personnes âgées ? Cette question ouverte fait l'objet d'une illustration clinique proposée par la présente étude de cas d'un patient nommé ici M. G.

M. G., âgé de 83 ans, est un ancien chef machiniste. Avant le confinement, M. G. vivait seul à son domicile, mais recevait plusieurs fois par semaine la visite de sa fille et de son fils, souvent accompagnés des petits-enfants. M.G. avait par ailleurs l'habitude de se promener à volonté dans le parc près de son domicile, car il apprécie observer les végétaux et les oiseaux. Il allait parfois au cinéma près de chez lui. Il lui arrivait aussi d'effectuer ses achats (alimentation, ménagers et autres) plusieurs fois par semaine sans contrainte, en fonction de ses besoins et envies. Pendant le confinement, M. G. ne franchissait le pas de la porte que pour effectuer quelques courses en se limitant à une fois par semaine. Il n'a pu recevoir les visites habituelles de ses proches qui n'ont pu le contacter que par téléphone de manière hebdomadaire. M. G. s'est aussi comporté de façon inhabituelle selon son entourage, en chassant les souris de son appartement à l'aide d'un fusil à plomb. Au moment du déconfinement de mai 2020, ses enfants ont remarqué que M. G. présentait de nombreux oublis qui n'étaient pas visibles auparavant. Ils ont aussi observé que M.G. ne réalisait plus les tâches ménagères au quotidien alors qu'il les effectuait habituellement. M. G. a par ailleurs conduit son véhicule en sens inverse sans avoir conscience du danger pour lui-même et les autres usagers de la route pour se rendre chez sa fille suite au déconfinement de mai 2020. Enfin, M. G. a remarqué qu'il lui arrivait de rêver tout en restant éveillé, et en repensant à ses an-

nées de vie professionnelle en tant que machiniste, ce qu'il n'avait pas remarqué habituellement. Dans ce contexte, un bilan neuropsychologique est demandé par l'entourage au médecin traitant qui a adressé M. G. en hôpital de jour gériatrique.

MÉTHODOLOGIE

Un bilan neuropsychologique (comprenant des tests neuropsychologiques et une échelle thymique) a été réalisé. Puis, une restitution a été effectuée afin de proposer une prise en charge neuropsychologique. Enfin, un scanner cérébral a été demandé. Par ailleurs, les tests de détection de la COVID-19 se sont révélés négatifs au moment de la réalisation du bilan neuropsychologique, M. G. n'a pas été touché par le virus. Il présente des antécédents médicaux uniquement liés à la présence d'un diabète difficilement traité.

RÉSULTATS

Les résultats du bilan neuropsychologique montrent que M. G. présente une efficacité cognitive globalement perturbée compte tenu de son niveau socio-culturel (niveau brevet). De façon plus précise, en termes de dégradation, il existe une perturbation de l'orientation spatiale, un trouble de l'encodage et du stockage des informations en mémoire épisodique, un trouble de la flexibilité mentale et de la programmation motrice, ainsi qu'un manque du mot en situation de tests. D'autre part, en termes de préservation, il apparaît une orientation temporelle intacte, tout comme pour la mémoire de travail, l'élaboration conceptuelle, l'évocation lexicale littérale et sémantique, une absence de sensibilité à l'interférence et une préservation de la dénomination orale avec néanmoins un manque du mot. La planification visuo-spatiale, et les praxies gestuelles symboliques et visuo-constructives sont également préservées.

D'un point de vue thymique et psycho-comportemental, il n'apparaît pas d'élément anxio-dépressif majeur caractérisé à ce jour compte tenu des éléments de l'entretien clinique issus de l'échelle HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*; Zigmond et Snaith, 1983) mesurant l'état d'anxiété (score de 3/21) et de dépression (score de 3/21). Mais, une indifférence affective, autre-

Tests neuropsychologiques	Scores et seuils obtenus
MMSE (GRECO, 2008) Orientation Apprentissage Rappel Attention et Calcul Langage Praxies constructives	20/30* (<C5) 6/10 3/3 2/3 1/5 7/8 1/1
RL/RI-16 (Van der Linden et al., 2004) Encodage 3 Rappels libres Pourcentage de réactivité 3 Rappels totaux immédiats Reconnaissance Rappel libre différé Rappel total différé	13/16* (C5) 4 (z=-1,45) + 6 (z=-1,00) + 6 (z=-1,63) 62%* (Cut-off 70%) 10* (C1) + 13* (C5) + 13* (C1) 15/16* (Cut-off 15) 9/16 (z=-0,29) 12/16* (C1)
Empans verbaux (Wechsler, 2000) Endroit et Envers	5 (z=-0,40) et 4 (z=0,12)
TMT (Tombaugh, 2004) Partie A Partie B	58 secs (C40) >3 mins 55 secs* (<C10)
Fluence verbale animaux (Cardebat, 1990)	23 (z=-0,53)
BREF (Dubois et Pillon, 2000) Similitudes Évocation lexicale Comportement de préhension Programmation d'une séquence motrice Consignes conflictuelles Go No Go	13/18* (Cut-off 15) 2/3 2/3 3/3 1/3 2/3 2/3
Horloge (Ainslie, 1993)	7/7 (Cut-off 5)
Dénomination BECS (GRECO, 2011)	37/40 (Cut-off 35)
Praxies symboliques (Mahieux-Laurent et al., 2009)	5/5 (Cut-off 4)

Tableau 1 : Scores aux tests neuropsychologiques réalisés par M. G.

ment dit, une apathie, est rapportée par l'entourage depuis le confinement (rejoignant le laisser-aller dans la réalisation des activités ménagères au domicile). Cette apathie n'était pas présente avant le confinement d'après les propos des proches. De plus, une désinhibition verbale est remarquée lors de l'entretien (avec notamment plusieurs invitations à venir au domicile de M. G.) et des conduites inadaptées et prises de risque sont par ailleurs rapportées par la fille de M.G. concernant la conduite automobile et l'éradication des souris de son appartement. Ces conduites inha-

bituelles n'étaient pas présentes avant le confinement selon elle.

Un scanner cérébral réalisé au déconfinement montre une atrophie cortico-sous-corticale modérée à prédominance temporale interne, et une hypodensité de la substance blanche de topographie vasculaire.

Au regard des résultats du bilan neuropsychologique (tests neuropsychologiques et échelle d'anxio-dépression) et des données du scanner cérébral, les différents éléments sont évocateurs

d'un trouble neurocognitif modéré mixte (temporal interne et vasculaire), selon le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*; American Psychiatric Association, 2013). Il existe aussi des troubles psycho-comportementaux (désinhibition, comportement inadapté et dangereux). Ces résultats sont à suivre dans le temps, par exemple, avec une évaluation neuropsychologique de contrôle à distance d'ici maximum un an. Cette évaluation neuropsychologique de contrôle à distance contribuerait à poser un diagnostic plus spécifique par le médecin. De plus, il pourrait être intéressant d'évaluer plus précisément la conscience des difficultés et d'examiner la cognition sociale chez M. G. pour recueillir davantage de mesures quantitatives en lien avec les comportements inadaptés remarqués par l'entourage après le confinement. Par ailleurs, il pourrait être intéressant de réaliser un entretien clinique plus approfondi avec M.G. selon ses besoins d'accompagnement et si l'évolution de sa prise en charge le permet par la suite. Cet entretien apporterait une compréhension plus intégrée des troubles cognitifs et psycho-comportementaux de M.G. en rapport avec son fonctionnement psycho-affectif.

DISCUSSION

D'une part, les résultats du bilan neuropsychologique ont montré des troubles neurocognitifs mixtes modérés. Il apparaît des ressentis d'isolement, une apathie et des marques de désinhibition verbale au cours de l'entretien. Des comportements inadaptés en vie quotidienne sont rapportés par les proches. Ces ressentis évoqués, l'apathie, et les comportements mentionnés n'avaient pas été remarqués par l'entourage avant la période de confinement. De plus, avant le confinement, M.G. réalisait des activités de loisirs (promenades, visites, achats divers en fonction de ses besoins) selon ses propos et ceux de ses proches. Ces éléments amènent ainsi à formuler l'hypothèse que l'isolement social ressenti pendant le confinement pourrait avoir été un déclencheur ou du moins un révélateur des troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux présentés par M. G. Il est probable que les troubles neurocognitifs étaient déjà latents, mais non visibles, du fait du degré d'avancement des difficultés relevées lors du bilan neuropsychologique.

M.G. a par ailleurs éprouvé le besoin affectif de recevoir la visite régulière de ses proches avant la période de confinement, au regard de ses propos. La diminution significative des échanges avec son entourage était marquante pour lui. Cela amène ainsi à formuler une autre hypothèse qui peut découler de la précédente, à savoir que le confinement pourrait avoir accentué des fragilités psycho-affectives. Autrement dit, le confinement pourrait avoir précipité des fragilités psycho-affectives qui se seraient révélées au niveau du fonctionnement cognitif et comportemental de M. G. Les troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux se seraient manifestés à la suite de la période de confinement. Pour confirmer cette supposition, il aurait été intéressant de recueillir des informations complémentaires au sujet du fonctionnement psycho-affectif de M. G. (i.e., concernant ses relations affectives avec son entourage familial avant le confinement, voire pendant les différentes périodes de sa vie, de l'enfance à l'âge adulte, puis de l'âge adulte à la retraite). Pour ce faire, un entretien clinique plus approfondi aiderait à mieux saisir le fonctionnement de M.G. au niveau cognitif, psycho-comportemental et également psycho-affectif. Cet entretien pourrait être réalisé en fonction des besoins de M.G. et de l'évolution de sa prise en charge future.



Autrement dit, le confinement pourrait avoir précipité des fragilités psycho-affectives qui se seraient révélées au niveau du fonctionnement cognitif et comportemental de M. G.



La période d'isolement social semble avoir révélé et fait surgir les troubles patents qui semblaient être bien contenus avant le confinement et non visibles jusqu'alors, du fait du cadre social, amical, familial et affectif, ressenti par M. G. (en accord avec la littérature, Verdon, 2016). Cela questionne ainsi le besoin d'étaillage social – autrement dit, le besoin d'interactions sociales – afin de favoriser un certain maintien des capacités cognitives et psycho-comportementales. Dans le cadre de la présente étude de cas, en psychologie, de façon générale, l'étaillage désigne une aide apportée à une personne par quelqu'un d'autre, cette aide vise à guider, soutenir, renforcer l'activité de l'individu. La relation d'étaillage est néces-

saire à l'équilibre psycho-affectif de la personne (Cadec et al., 2016; Guillemot, 2013; Van der Linden, 2009 cité dans Verdon, 2016). Cette forme d'aide consisterait en un soutien apporté grâce aux interactions sociales de la part d'un entourage (par exemple familial, amical). Il est ainsi probable que les interactions sociales avec les proches permettaient avant le confinement de maintenir un certain équilibre psycho-affectif chez M. G. et que cet équilibre ait été rompu du fait de l'absence d'interactions sociales en situation de confinement.

D'autre part, une prise en charge en stimulation cognitive a été proposée suite au bilan neuropsychologique au moment de la restitution afin de poursuivre l'accompagnement de M.G. en termes de travail autour de ses difficultés cognitives. La perspective de cette prise en charge viserait aussi à répondre d'une certaine manière au besoin d'interactions sociales ressenti chez M.G. En effet, lors de la restitution, M. G. s'est montré sensible aux interactions sociales au regard de ses propos et de ses ressentis d'isolement évoqués. La prise en charge consisterait en la réalisation d'activités de stimulation cognitive dans la perspective qu'elles soient bénéfiques pour le maintien des fonctions cognitives, mais aussi pour éviter une majoration des troubles psycho-comportementaux (Franck, 2017).

Bien que la littérature soit ambivalente quant au bénéfice de la stimulation cognitive sur les capacités cognitives des patients âgés, notamment sur la mémoire épisodique (Franck, 2017), certains auteurs, tels que Grimaud et al. (2021), ont montré un effet bénéfique de la pratique d'exercices cognitifs sur certaines fonctions cognitives (i.e., la mémoire de travail, l'inhibition). Grimaud et al. (2021) ont également mis en évidence un bénéfice de la stimulation cognitive sur la santé psychologique, plus particulièrement sur l'estime de soi lors des interactions au sein du groupe de patients. Lefebvre Des Noettes (2004) rapporte aussi un effet bénéfique sur les aspects comportementaux (rejoignant la cognition sociale) grâce aux interactions sociales au sein du groupe et avec le professionnel (i.e., psychologue) chez des patients âgés souffrant de troubles cognitifs de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. De cette manière, l'objectif pour M. G. pourrait être un travail de maintien des capacités mnésiques et de réflexion sur des comporte-

ments adaptés grâce aux interactions sociales lors des échanges entre le patient, le groupe de patients et le psychologue dans le cadre d'un accueil de jour. Il pourrait ainsi s'agir d'exprimer son ressenti, voire ses difficultés psycho-affectives éventuelles, et de mettre en valeur les marques de sociabilité et de respect lors de la discussion au sein du groupe à travers les interactions sociales.

Pour vérifier l'hypothèse d'un bénéfice de la stimulation cognitive sur le fonctionnement cognitif, mais aussi psycho-affectif et comportemental de M. G., il serait intéressant de suivre la prise en charge et de recueillir les effets de la stimulation sur le fonctionnement de M. G. L'intérêt serait ainsi de réaliser une autre étude portant sur l'apport de la stimulation cognitive chez M.G. ayant décompensé des troubles à la suite d'une situation de confinement telle que celle ayant débuté en mars 2020.

Enfin, comme mentionné plus haut, il serait intéressant non seulement de continuer à suivre M.G. dans sa prise en charge en stimulation cognitive, mais également d'analyser le fonctionnement cognitif, psycho-affectif et comportemental à la suite de la période du confinement chez plusieurs autres patients. Cette analyse contribuerait ainsi à mieux comprendre les effets de l'isolement social sur les troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux. En effet, la présente étude de cas unique souligne certains questionnements et permet de soulever des hypothèses, mais celles-ci restent difficiles à vérifier, du fait des difficultés de suivi de la prise en charge du patient. Une étude de groupe (avec plusieurs autres patients) aiderait à la vérification plus approfondie des hypothèses soulevées. Elle contribuerait à la généralisation des propos pour mieux répondre à la question énoncée au sujet des effets de l'isolement social sur le fonctionnement cognitif, psycho-affectif et comportemental (en accord avec la littérature sur les difficultés inhérentes aux études de cas, Jambaqué et Auclair, 2008).

CONCLUSION

La présente étude de cas suggère que les troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux de M. G. auraient été révélés à la suite de la situation de confinement. L'étude cherche ainsi à

mettre en lumière que les interactions sociales jouent un rôle dans le maintien de l'équilibre psycho-affectif et plus particulièrement dans le maintien des capacités cognitives et comportementales. Cette étude amène aussi à réfléchir à une autre question, à savoir le fait que l'étaillage (autrement dit le soutien, le renforcement ressenti) pourrait être apporté non seulement par l'entourage familial ou amical, mais également grâce à des activités de stimulation cognitive en groupe de patients avec le psychologue spécialisé en neuropsychologie.

En outre, cette étude de cas ouvre sur l'importance de prendre en considération le patient dans sa globalité en intégrant les aspects cognitifs, psycho-affectifs, et comportementaux, dans son histoire, et dans un contexte donné, tel que le contexte du confinement de mars 2020 dû à la COVID-19. Cette analyse approfondie et intégrée participerait à mieux comprendre le fonctionnement psychologique du patient (Verdon, 2012).

Enfin, elle amène à se poser la question de l'impact des situations de confinement de façon plus globale sur la santé psychologique des personnes (Franck, 2020). Cette réflexion pourrait ainsi être complétée par l'étude d'un groupe de plusieurs patients ayant été reçus en bilan neuropsychologique suite à la période d'isolement due au confinement.

REMERCIEMENTS

Les remerciements se portent vers M. G. qui fait l'objet de cette présente étude de cas. Ils se portent aussi vers l'une de mes collègues psychologues, pour sa première relecture, et vers l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN), qui offre la possibilité de soumettre aux *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*.

Références

- Ainslie, N. K. et Murden, R. A. (1993). Effect of education on the clock-drawing dementia screen in non-demented elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(3), 249-252. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1993.tb06701.x>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th éd.). Washington DC. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Cadec, B., Poussin, G., Deschamps, I. et Lacombe, C. (2016). La dépendance affective chez les personnes âgées. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 16(95), 280-284. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.12.003>
- Cardebat, D., Doyon, B., Puel, M., Goulet, P. et Joanette, Y. (1990). Évocation lexicale formelle et sémantique chez des sujets normaux : performances et dynamiques de production en fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'étude. *Acta Neurologica Belgica*, 90, 207-217.
- Derouesné, C., Poitrenaud, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B. et Laurent, B. (1999). Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien version française consensuelle. *La Presse Médicale*, 28(21), 1141-1148. <https://doi.org/PM-06-1999-28-21-0755-4982-101019-ART87>
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I. et Pillon, B. (2000). The FAB : A Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, 55(11), 1621-1626. <https://doi.org/10.1212/wnl.55.11.1621>
- Franck, N. (2020). *Covid-19 et détresse psychologique : 2020, l'odyssée du confinement*. Odile Jacob.
- Franck, N. (2017). *Remédiation cognitive*. Elsevier Masson.
- Grimaud, E., Clarys, D., Vanneste, S. et Taconnat, L. (2021). Stimulation cognitive chez les personnes âgées : effets d'une méthode de stimulation cognitive par les jeux sur les fonctions cognitives et l'estime de soi. *Psychologie Française*, 66(2), 173-186. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2019.11.002>
- Guillemot, M. (2013). *Petit Larousse de la psychologie*. Larousse.

Hugonot-Diener, L. (2008). Mini-Mental State de Fostein (MMS) Version GRECO consensuelle. Dans L. Hugonot-Diener, E. Barbeau, B. F. Michel, C. Thomas-Antérion et P. Robert (dir.), *GREMOIRE: Tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés* (1^{ère} éd., pp. 65-69). Solal.

Jambaqué, I. et Auclair, L. (2008). *Introduction à la neuropsychologie de l'enfant et de l'adulte*. Belin.

Lefebvre Des Noettes, V. (2004). Atelier mémoire et stimulation cognitive du sujet âgé dément. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 4(24), 44-46. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(04\)97988-3](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(04)97988-3)

Mahieux-Laurent, F., Fabre, C., Galbrun, E., Dubrulle, A., Moroni, C. et groupe de réflexion sur les praxies du CMRR Île de France Sud. (2009). Validation d'une batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles pour consultation Mémoire. Évaluation chez 419 témoins, 127 patients atteints de troubles cognitifs légers et 320 patients atteints d'une démence. *Revue neuropsychologique*, 165, 560-567. <http://doi.org/10.1016/j.neurol.2008.11.016>

Merck, C., Charnallet, A., Auriacombe, S., Belliard, S., Hahn-Barma, V., Kremin, H., Lemesle, B., Mahieux, F., Moreaud, O., Perrier Palisson, D., Roussel, M., Sellal, F. et Siegwart, H. (2011). La batterie d'évaluation des connaissances sémantiques du GRECO (BECS-GRECO) : validation et données normatives. *Revue de neuropsychologie*, 4(3), 235-255. <https://doi.org/10.3917/rne.034.0235>

Tombaugh, T. N. (2004). Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of clinical neuropsychology*, 19(2), 203-214. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(03\)00039-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(03)00039-8)

Van der Linden, M., Coyette, F., Poitrenaud, J., Kalafat, M., Calacis, F., Wyns, C., Adam, S. et les membres du GREMEM (2004). L'épreuve de rappel libre/rappel indicé à 16 items (RL/RI-16). Dans M. Van der Linden, S. Adam, A. Agniel, C. Baisset Mouly et al. (Dir.). *L'évaluation des troubles de la mémoire: Présentation de quatre tests de mémoire épisodique (avec leur étalonnage)* (p. 25-47). Solal.

Verdon, B. (2016). *Le vieillissement psychique*. Que sais-je.

Verdon, B. (2012). *Cliniques du sujet âgé. Pratiques psychologiques*. Armand Colin.

Zigmond, A. S. et Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Neuropsychologie « musicale » dans deux unités spécialisées en troubles cognitivo-comportementaux : mobiliser et libérer les patients du confinement dû à la Covid-19

“Musical” neuropsychology in two cognitive-behavioral disorders specialized units: mobilize and liberate patients from Covid-19 lockdown

Laura SICCARDI

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Vanessa ESPOSITO-BOYELDIEU

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Julie NASS

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Sandrine LOUCHART DE LA CHAPELLE

Médecin

Chef de Département du Pôle de Gérontologie de Monaco

ALAIN PESCE

Consultant au département des affaires sociales et de la santé, Monaco

Contact

Laura SICCARDI

laura.siccardi@chpg.mc

Unité cognitive-comportementale et de long séjour Alzheimer. Centre Mémoire.

Centre de Gérontologie Clinique Rainier III
– Centre Hospitalier Princesse Grace
Avenue Pasteur
98000 MONACO

Mots-clés

- Covid-19
- Neuropsychologie
- Alzheimer
- Stimulation cognitive
- Musique

Keywords

- Covid-19
- Neuropsychology
- Alzheimer
- Cognitive stimulation
- Music

Conflits d'intérêts

L'autrice et les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Siccardi, L., Esposito-Boyeldieu, V., Nass, J., Louchart de la Chapelle, S. et Pesce, A. (2022). Neuropsychologie « musicale » dans deux unités spécialisées en troubles cognitivo-comportementaux : mobiliser et libérer les patients du confinement dû à la Covid-19. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 33-45.

Résumé

La période de confinement que nous avons vécue à compter du 17 mars 2020 a soulevé plusieurs problématiques concernant les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs. Les restrictions ont bouleversé de nombreux aspects de leur vie quotidienne : repas, activités journalières, interactions sociales, notamment familiales, et sorties à l'extérieur. De nom-

breux aménagements organisationnels ont ainsi dû être réalisés afin de compenser au mieux les pertes de liberté personnelle, et limiter les points de souffrance. Les séances thérapeutiques proposées par les neuropsychologues ont donc été conçues en fonction de la globalité de la personne intégrant le vécu situationnel. Un programme de mobilisation cognitivo-musicale alternant le chant et l'écoute musicale a dans cette optique été proposé aux patients d'un service de gériatrie clinique constitué d'une unité cognitivo-comportementale et d'une unité de long séjour « Alzheimer ». Les prises en charge cognitives en modalité musicale présentent de nombreux bénéfices. Si aucune mesure n'a été réalisée pendant la période de l'intervention, les objectifs étant prioritairement thérapeutiques, des effets positifs ont pu être observés par l'équipe soignante et d'autres ont été rapportés par les participants. Ce partage de pratique témoigne d'expériences de psychologues spécialisées en neuropsychologie pendant la crise sanitaire et des bénéfices de l'utilisation de « l'outil musical ».

Abstract

The lockdown period we experienced from March 17, 2020 raised several issues concerning patients with major neurocognitive disorders. The restrictions have disrupted many aspects of their daily lives: meals, daily activities, social interactions, including family interactions, and outings. Many organizational adjustments had to be made in order to best compensate for the loss of personal freedom, and limit the fields of suffering. The therapeutic sessions offered by neuropsychologists have therefore been designed according to the whole person, integrating the situational experience. A cognitive-musical mobilization program alternating singing and listening to music was therefore offered to patients in a clinical gerontology department made up of a cognitive-behavioral unit and an « Alzheimer » long-stay unit. Cognitive therapies in musical terms have many benefits. While no measures were taken during the intervention period, the objectives being primarily therapeutic, positive effects could be observed by the health-care team and others were reported by the participants. This sharing of practice reflects the experiences of psychologists specialized in neuropsychology during the health crisis and the benefits of using the « musical tool ».

INTRODUCTION

Le 17 mars 2020, l'ensemble de la population française démarre son premier jour de confinement alors que près de 90 pays prennent également des mesures exceptionnelles (confinement obligatoire ou simplement recommandé, couvre-feu, mise en quarantaine d'une partie de la population). La mesure en question va bouleverser le quotidien des patients hospitalisés et placés en institution, ainsi que celui du personnel hospitalier toute catégorie confondue. Au sein du Centre de Gériologie Clinique Rainier III à Monaco, la vie et les soins ont dû continuer avec un objectif supplémentaire : compenser l'impact délétère des mesures imposées sur les symptômes et la qualité de vie des patients. Le caractère exceptionnel de la situation a donc impliqué une grande adaptabilité pour le maintien et l'optimisation des services de prise en soins. Les actes neuropsychologiques de mobilisation cognitive ont alors pris différentes formes, avec pour clé de voûte l'idée d'une approche holistique centrée sur la personne.

CONTEXTE ET APPORTS THÉORIQUES

L'UNITÉ DENIS RAVERA

Le Centre de Gériologie Clinique Rainier III (CRIII) comprend un Centre Mémoire, quatre unités de long séjour (USLD), une unité de Soins de Suite et de Réadaptation, un service de gériatrie aiguë, ainsi qu'une unité destinée à la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés : l'unité Denis Ravera. Cette dernière est elle-même divisée en une unité cognitivo-comportementale (UCC), et une

unité de long séjour Alzheimer (LSA), d'une capacité de 15 lits chacune. L'UCC accueille des patients présentant des troubles cognitifs et comportementaux d'étiologies diverses afin de réaliser une évaluation, une équilibration des traitements et une élaboration du projet de sortie. Le LSA reçoit des personnes dont la sévérité des troubles et la perte d'autonomie associée imposent une institutionnalisation spécialisée. Les deux unités sont situées sur le même étage et sont d'un point de vue spatial organisées de façon symétrique. La prise en soin y est pluridisciplinaire, la neuropsychologue collaborant avec les médecins, les équipes de soins, la psychologue clinicienne, l'ergothérapeute, la kinésithérapeute et l'équipe d'animation. Les réflexions thérapeutiques sont également régulièrement partagées entre les neuropsychologues en charge des USLD.

LE CONTEXTE SANITAIRE

Conséquences du confinement et des différentes restrictions sur la population accueillie : les données de la littérature

À la suite du premier confinement total d'une durée de 55 jours, les Petits Frères des Pauvres (Serres, 2020) ont donné, dans leur étude en France, des chiffres préoccupants : 720 000 personnes âgées n'ont eu aucun contact avec leur famille, 650 000 n'ont eu aucun confident, le confinement a généré un impact négatif sur la santé morale pour 41% d'entre elles et sur la santé physique pour 31%.

MODIFICATIONS ORGANISATIONNELLES AU CRIII

Pour les patients accueillis dans notre structure, cette période a bien évidemment eu de

ENCADRÉ 1. Extrait de l'avis du comité consultatif national d'éthique (CCNE, 2020, p. 4)

Concernant plus particulièrement les personnes présentant des troubles cognitifs, vouloir leur imposer un confinement est extrêmement complexe, pouvant engendrer d'autres risques, notamment la décompensation psychique. Le comité s'était également posé la question de la manière d'imposer à cette population une mesure de restriction des libertés. Celle-ci ne pouvant être comprise, du fait notamment que les enjeux ne seront pas mémorisés, il évoquait le problème épineux des limites d'intervention (mesures de contention, physique ou pharmacologique) en orientant vers une réponse élaborée en fonction du contexte spécifique... sans jamais oublier que l'on peut nier l'humanité de la personne en niant le sens de sa déambulation.

nombreuses conséquences qu'il a fallu anticiper autant que possible et surtout encadrer. Bien qu'entourés par le personnel soignant, les patients ont dû faire l'expérience de changements majeurs, comme le confinement en chambre et la suspension sur une période déterminée de toutes les visites extérieures. La présence physique des familles et des proches n'a donc plus été possible sauf en « visio ». A cela s'est ajoutée la prise des repas à réaliser individuellement dans les chambres, entraînant donc la modification du lieu de restauration. Enfin, s'est également imposée la suppression des activités de groupe impliquant un regroupement ou une proximité physique, ainsi que la suspension de la déambulation. Cet ensemble de restrictions a donc suscité de façon réactionnelle une incompréhension et de l'anxiété, la prise en charge neuropsychologique nécessitait donc l'approche la plus globale possible. Chez des personnes aux troubles cognitifs avancés, souvent associés à des troubles psycho-comportementaux, des décisions individualisées ont été envisagées.

Le protocole de prise en charge des patients/résidents en UCC et LSA a donc été adapté selon le profil de chaque personne confinée. L'objectif était de limiter la majoration de certaines manifestations comportementales de type productif. Ainsi, les conduites de déambulation ont été autorisées par roulement selon des tranches horaires. La prise des repas a été permise en salle pour certains, au nombre de 3 personnes maximum et selon une organisation respectueuse des mesures barrières (distanciation des tables, désinfection des surfaces, etc.). Ces aménagements faisaient l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire au cas par cas afin de déterminer des ordres de priorité concernant les personnes bénéficiaires.

CONSTATS NEUROPSYCHOLOGIQUES RÉALISÉS AU CR111 : LES POINTS DE FRAGILITÉ CONSÉCUTIFS AUX TROUBLES NEUROCOGNITIFS MIS EN EXERGUE PAR LE CONFINEMENT

En tant que neuropsychologues, c'est en conscience de ce déséquilibre soudain qu'il nous a fallu soutenir autant que mobiliser les patients isolés. La majoration des déficits fonctionnels et/ou thymiques liée au stress adaptatif était à éviter. La vigilance devait donc porter prioritairement sur

Cet ensemble de restrictions a donc suscité de façon réactionnelle une incompréhension et de l'anxiété, la prise en charge neuropsychologique nécessitait donc l'approche la plus globale possible.

les personnes à risque, la qualité du traitement de l'information variant selon le profil d'atteinte et le niveau de sévérité : léger à modéré vs modéré à très sévère.

Atteintes cognitives de sévérité modérée à très sévère :

Pour la grande majorité des patients, atteints de maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée, associée ou non à une composante cérébrovasculaire, le symptôme dominant est l'existence de troubles mnésiques (amnésie de type antérograde). La première difficulté avec ces patients réside donc dans l'aide nécessaire à apporter à l'intégration des consignes de restrictions, ainsi qu'à l'anticipation de leur éventuel non-respect. En effet, l'impossibilité d'apprentissages rend complexe, voire impossible, l'enregistrement de nouvelles informations. L'équilibre de ces patients repose donc sur un ensemble de repères, longs à établir dans les structures. Ces routines ou mémoires « procédurales » leur permettent de fonctionner de façon ritualisée et quasi automatique pour les cas les plus sévères. Ils parviennent alors à rester dans des séquences comportementales à peu près fluides où il n'y a pas ou peu de mise en échec. Ces habitudes de vie sont primordiales et ne doivent pas, si possible, être changées.

À ces perturbations mnésiques s'ajoute presque systématiquement tout le panel des troubles exécutifs, majorant les difficultés à s'adapter aux changements environnementaux. L'initiation de stratégies de compensation est impossible de façon spontanée dans la quasi-totalité des cas. Une tendance persévérative peut bloquer les modifications comportementales adaptatives. La sensibilité à l'environnement peut aussi exacerber l'anxiété.

Les troubles du langage (réception et production), plus ou moins avancés selon les patients, accentuent également l'effet anxiogène des interdits avec une compréhension possiblement limitée

des consignes. Certains patients peinent à formuler idées et ressentis, nécessitant souvent une approche non verbale et un appui sur la communication émotionnelle. La prise en compte de cette dimension est essentielle. Ces patients vont réagir davantage aux modifications de l'environnement. Ils sont également assez sensibles aux changements d'attitudes des soignants ainsi qu'à leur fatigue et leur stress.

Atteintes cognitives plus légères

Lorsque l'atteinte cognitive est plus légère, le travail sur la majoration des perturbations de l'humeur et de l'anxiété prend une part plus importante. Pour ces patients bien conscients de la situation, la prise en charge s'avère différente, à axer principalement sur l'écoute et la qualité du moment présent. En effet, nous retiendrons pour ces patients une bonne intégration des consignes, avec une compréhension associée, mais des restrictions difficiles à vivre. L'absence de trouble cognitif franc accentue la conscience « aiguë » de la gravité de la situation et de ses multiples conséquences. De plus, ces patients ont le sentiment que le confinement peut avoir des conséquences néfastes sur leur état cognitif, créant ainsi de l'anxiété par anticipation du futur. Il peut donc être nécessaire d'associer des objectifs de réassurance aux exercices ou activités de stimulation cognitive. Les choix sémantiques sont alors guidés par l'entretien ou la restauration de sentiments positifs, tels que l'espoir, la joie. Ainsi, il peut leur être proposé, entre autres, des exercices d'évocation lexicale à partir de thèmes « positifs » (le bonheur, l'optimisme). L'orientation des thématiques et le fait de proposer des périodes d'activités évitant une passivité anxiogène deviennent un principe de conception des séances pour l'ensemble des patients en long séjour.

L'utilisation d'outils permettant une prise en charge globale incluant le vécu personnel de cette crise sanitaire a donc été privilégiée. Parmi les options thérapeutiques retenues, la musique paraissait constituer une approche pertinente dont les intérêts sont à présent bien documentés.

L'OUTIL MUSICAL

La musique sous forme d'écoute ou de chant peut avoir un impact sur la cognition, les émotions et les troubles psycho-comportementaux

des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs légers à sévères.

Données de la littérature

L'écoute d'une musique a un effet sur le fonctionnement cognitif par les modifications émotionnelles et physiologiques qu'elle apporte. De même, une pratique musicale permettrait des transferts vers d'autres compétences cognitives non musicales telles que le langage (Moussard et al., 2012). La musique est un vecteur émotionnel privilégié et provoque un état général d'éveil qui améliorerait de façon aspécifique le fonctionnement de l'individu. La structure temporelle de la musique favoriserait la rapidité de traitement de l'information et le fonctionnement attentionnel. D'après Groussard et al. (2020), les activités telles que la musique et le théâtre permettraient d'augmenter la réserve cognitive, diminuant ou ralentissant le déclin cognitif lié à l'âge, et ce, même pour des personnes ayant commencé la pratique artistique tardivement.

Lyu et al. (2018) ont mené une étude auprès de 288 patients présentant une maladie de type Alzheimer. Les patients du groupe de chant avaient des performances supérieures aux tâches de fluences verbales à la suite des séances, comparativement aux patients du groupe de lecture et du groupe contrôle. Ce résultat était en particulier observé chez les patients présentant une pathologie neurocognitive légère et était maintenu trois mois après l'interruption des sessions de chant. Le chant a également amélioré la mémoire à long terme et la mémoire immédiate des patients, mais ces résultats ne perduraient pas.

La mémoire musicale est relativement préservée chez les patients souffrant de maladie neuro-évolutive (Moussard et al., 2012). La musique serait efficace dans le cadre de thérapies de reminiscence, car elle aiderait les patients à évoquer des souvenirs autobiographiques ainsi que les émotions associées (Baird et Samson, 2015). La musique constituerait ainsi un stimulus efficace pour réaffirmer l'identité personnelle et la connexion sociale de ces patients, cruciales pour leur bien-être.

Skingley et Vella-Burrows (2010) ont réalisé une revue de littérature portant sur les effets bénéfiques des interventions musicales sur le bien-être des personnes âgées. Ils ont constaté une

grande variété de bénéfices : sociaux, psychologiques, physiques ou encore spirituels. Des sessions de chant choral auraient permis à certains patients de devenir plus sociables dans leur vie quotidienne. Il apparaît également une diminution de la solitude et de l'isolement. Ces éléments constituent des facteurs protecteurs et réduisent le risque de dépendance à long terme. Concernant les bénéfices physiques, la musique permettrait d'améliorer le contrôle respiratoire et la coordination. D'autres bienfaits de la musique sont relevés, tels que la réduction du stress ou l'expression de la joie. Le chant choral serait en effet un support émotionnel, et social, qui améliorerait l'humeur et l'énergie, et réduirait l'anxiété et la douleur des participants (Clements-Cortés, 2014). De même, la musique peut aider à maintenir ou à rétablir un lien de communication lorsque le langage est réduit ou perdu, comme cela est le cas chez certains patients présentant une maladie neurodégénérative (Moussard et al., 2012 ; Zhang et al., 2017).

Les manifestations comportementales liées aux troubles neurocognitifs peuvent également être atténuées par des stimulations musicales, même pour des patients à des stades avancés de la pathologie, réduisant la charge des soignants (Lyu et al., 2018). La musique peut moduler les composantes neurophysiologiques du stress, ce qui explique sa capacité à réduire les symptômes liés à l'anxiété (Moussard et al., 2012). Selon Baird et Samson (2015), l'agitation serait l'un des symptômes psychologiques et comportementaux associés à la pathologie neurodégénérative les plus courants. Sa prise en charge est d'une grande importance, car elle permet de minimiser la prise de psychotropes qui eux-mêmes majorent les troubles cognitifs. Des sessions de musicothérapie se sont révélées efficaces pour réduire l'agitation à court terme ; cependant, les effets à long terme sont encore questionnés. La musique aurait aussi une action sur l'apathie, et ce, à tous les stades de sévérité (Zhang et al., 2017).

En résumé, la musique peut atténuer les troubles thymiques, cognitifs et psycho-comportementaux des patients et ainsi améliorer leur qualité de vie (Clements-Cortés, 2014 ; Skingley et Vella-Burrows, 2010). Elle représenterait un outil de stimulation privilégié dans le vieillissement normal et pathologique (Moussard et al., 2012). L'utilisation thérapeutique de l'outil musical peut

se réaliser en modalité active (lorsque le patient chante ou joue de la musique), ainsi qu'en modalité passive (lorsque le patient écoute de la musique). Chacune de ces modalités présente des effets différents selon les profils de patients (Särkämö et al., 2016 ; Siccardi et al., 2017). D'une manière générale, les effets seraient modulés par la sévérité de la maladie, son étiologie, l'âge du patient et la situation d'institutionnalisation (Särkämö et al., 2016). Qu'il s'agisse du chant ou de l'écoute musicale, l'utilisation de l'outil musical présente une certaine flexibilité : le matériel est peu coûteux, facile à utiliser et généralement apprécié, ce qui permet de l'adapter efficacement aux patients et aux contraintes institutionnelles.

Historique au CRIII

L'intérêt porté au domaine artistique est important au sein du Centre Rainier III. Des événements et activités impliquant musique, théâtre, danse et arts picturaux sont ainsi régulièrement proposés aux personnes hospitalisées. En ce qui concerne l'univers musical, des ateliers de chorale, des séances individuelles de relaxation en musique (programme MUSIC CARE® ; Guétin et al., 2009), de l'écoute musicale en chambre sont proposés et certains soins en accompagnement chanté sont également réalisés par les soignants (Siccardi et al., 2015). Dans le cadre de la prise en charge neuropsychologique, l'utilisation de la musique et du chant a commencé à être explorée en 2014 au sein du Centre mémoire et de l'unité Denis Ravera. Des séances individuelles de mobilisation cognitivo-musicale ont permis d'approcher les capacités d'apprentissage procédural préservées, les composantes attentionnelles et la métacognition au moyen de la pratique instrumentale chez d'anciens pianistes (Siccardi et al., 2019 ; Siccardi et al., 2017). Une optimisation exécutive et des effets sur la conscience des troubles et l'estime de soi ont pu être observés. Des études de cas multiples ont également été réalisées en modalité passive et/ou active (Siccardi et al., 2018). Les analyses effectuées ont permis de recueillir des résultats convergents avec les données de la littérature, en écoute musicale et en chant, décrivant, entre autres, une amélioration de la vitesse de traitement et des améliorations plus hétérogènes concernant la flexibilité mentale. La musique s'est ainsi révélée être un outil pertinent pour la stimulation du fonctionnement

cognitif pathologique et pour l'amélioration du bien-être des patients.

 La musique s'est ainsi révélée être un outil pertinent pour la stimulation du fonctionnement cognitif pathologique et pour l'amélioration du bien-être des patients. 

PROBLÉMATIQUE

OBJECTIFS

La réalisation d'un atelier musical a été sollicitée par le médecin responsable du service afin de compléter les mesures nouvellement instaurées. Le programme a donc été pensé de façon à répondre au plus grand nombre de personnes possibles avec le spectre d'action le plus large. Il a en conséquence combiné les approches musicales active et passive.

Les objectifs ont été doubles :

- Tout d'abord, limiter les conséquences thymiques du confinement par la participation à une activité agréable permettant de plus le maintien du lien social. Le « voyage musical » devait permettre l'évasion et peut-être l'oubli d'un possible sentiment d'isolement. Le musicien n'est-il pas un voyageur immobile ? L'idée était donc de créer une diversion attentionnelle qui puisse induire un état émotionnel positif susceptible de persister à l'issue de l'intervention au moins à court terme.
- Par ailleurs, mobiliser cognitivement par des actes *effortfull*. L'énergie vitale non utilisée dans les activités de vie quotidienne n'est pas un fait sans conséquence pour les patients. La tension intérieure qui peut en résulter est susceptible de générer de l'anxiété ou de la majorer. Il s'en suit une réaction en chaîne avec l'apparition possible de perturbations cognitivo-comportementales. La conscience de cette cascade réactionnelle a été prise en considération dans l'orchestration de la prise en charge des patients. Guidées par les observations et expériences de terrain, l'inactivité intellectuelle et/ou motrice, considérée comme possiblement délétère, devait être minimisée. Tous les processus censés être mo-

bilisés par le programme avaient donc pour objectif de répondre à ce besoin de dépense énergétique des patients.

HYPOTHÈSES

Des objectifs précédemment cités, trois hypothèses ont donc sous-tendu l'intervention :

- Hypothèse 1 : les séances étaient globalement supposées améliorer l'humeur et réduire l'anxiété de façon immédiate et différée à court terme.
- Hypothèse 2 : les séances étaient supposées solliciter la cognition et impliquer un effort mental « équilibrant ». De façon plus précise, la pratique du chant devait provoquer un traitement *effortfull* relatif au traitement des paroles des chansons. Sur la durée de la séance, l'attention aussi bien sélective que soutenue devait être mobilisée. Par ailleurs, le suivi du tempo était censé agir sur la vitesse de traitement. Enfin, le passage entre les différentes phases d'écoute et de chant devait impliquer une adaptabilité et donc mobiliser la flexibilité mentale réactive.
- Hypothèse 3 : les séances étaient supposées avoir un effet immédiat et différé à court terme sur les troubles cognitivo-comportementaux. Cette dernière hypothèse bien que principale peut être considérée comme secondaire aux deux précédentes de par son lien de cause à effet.

MÉTHODES

PARTICIPANTS

Une vingtaine de patients ont pu intégrer ces séances (Tableau 1). Elles ont été réalisées en petits groupes de 3 personnes. Deux ou trois sessions par après-midi ont ainsi été menées sur un total de 17 jours (du 25 mars au 7 mai 2020). Le nombre de séance(s) par personne (Tableau 1) a varié entre 1 et 16. Les patients ont été associés en fonction de leur appartenance à l'une ou l'autre des deux unités, le groupe pouvant également être mixte. L'aspect prioritaire de leur participation était évalué en temps réel, directement avec les soignants en fonction de l'intensité de

	Diagnosics Patients	Âge moyen et étendue	MMSE moyen et étendue	NPI moyen et étendue	Étendue du nombre de séances selon les patients
UCC N=10	<i>Trouble cognitif d'origine vasculaire : 2</i> <i>Trouble cognitif d'origine mixte : 2</i> <i>Dégénérescence cortico-basale : 1</i> <i>Maladie de Parkinson : 1</i> <i>Schizophrénie dysthymique : 2</i> <i>Trouble bipolaire : 1</i> <i>Trouble anxieux généralisé : 1</i>	76.3 [61-87]	21.9 [13-27]	34.8 [4-72]	[1-16]
LSA N=10	<i>Maladie de type Alzheimer : 5</i> <i>Trouble cognitif d'origine mixte : 5</i>	86.1 [67-93]	10.6 [3-20]	35.4 [12-60]	[1-14]

Tableau 1 : Données cognitives et neuropsychiatriques des participants

l'anxiété, de la perturbation de l'humeur et des troubles cognitivo-comportementaux à canaliser. La proposition des séances pouvait également reposer sur les capacités identifiées comme préservées, sur l'intérêt connu pour le domaine musical, ainsi que sur les bénéfices observés au fil des séances précédentes. La demande de participation était évidemment un critère d'inclusion retenu. En raison de la persistance de comportements perturbateurs liés à la sévérité de l'atteinte ou au profil psychiatrique (3 personnes) ou encore à un niveau de fatigue trop important (1 personne), certains patients n'ont pas été réintégrés à la suite du premier essai. L'impossibilité de respecter les impératifs du protocole, un trop faible bénéfice ou un impact délétère sur les autres participants étaient réhibitoires.

ORGANISATION MATÉRIELLE

Les séances de mobilisation cognitivo-musicale donnent lieu à des actions et échanges à distance physique des patients tout en maintenant une simultanéité d'action, ce qui a permis d'appliquer l'espacement inter-individuel imposé. L'organisation spatiale a donc été calquée sur celle des prises de repas. Une des salles à manger (de grande superficie) où se trouve un piano a donc été utilisée avec toutes les mesures préconisées de désinfection des surfaces, de gestion des flux de personnes et de port du masque. Les paroles des chansons étaient le seul matériel mis à disposition des résidents pour les parties de chant.

Les textes distribués étaient présentés sous pochettes plastiques à usage unique individuel systématiquement nettoyées après chaque utilisation.

PROGRAMME

Chaque séance était composée de l'alternance d'une quinzaine de morceaux de variété française chantés par les participants ou bien classiques joués au piano. Les paroles chantées par les patients exprimaient des états émotionnels et des sentiments positifs comme l'amour, la joie, la sérénité, la légèreté. Les choix musicaux ont également été faits selon certaines caractéristiques musicales, afin d'obtenir les effets ciblés, dont le mode (majeur ou mineur) et la vitesse (tempo et rythme) (Guétin et al., 2009; Husain et al., 2002).

Afin de répondre aux objectifs de cet atelier, le déroulement des séances a été pensé en fonction de plusieurs éléments :

- Certaines personnes répondant mieux à l'un ou l'autre des deux modes (actif ou passif), associer les deux dans le même programme a permis de compenser les différences inter-individuelles identifiées (Siccardi et al., 2018). De plus, l'alternance de phases actives et passives devait procurer des pauses. Ces temps de récupération entre les périodes d'effort réalisées sur le chant visaient à favoriser l'attention soutenue.

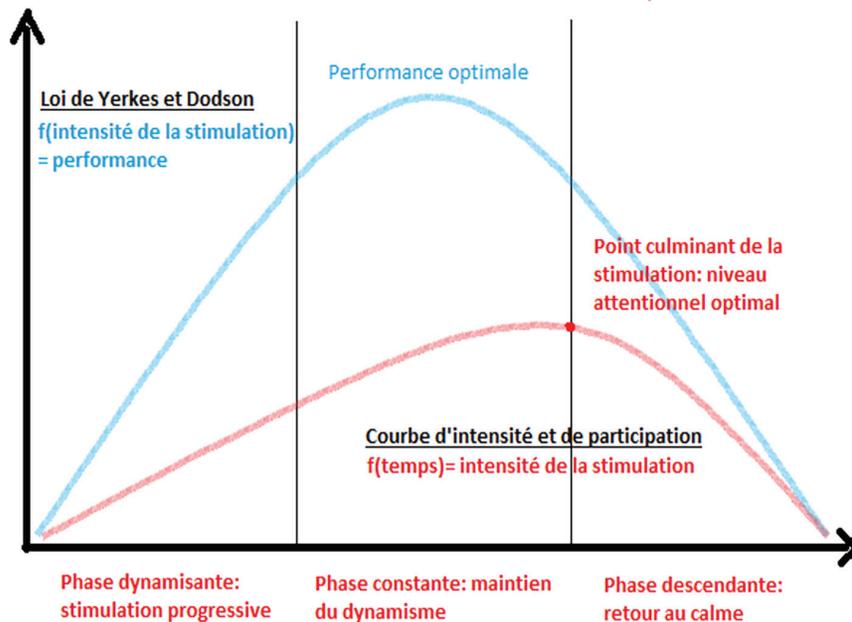


Figure 1 : Courbe empirique d'intensité et de participation, et courbe représentant la loi de Yerkes et Dodson (1908)

- La structure de la séance a été inspirée de la courbe empirique d'intensité et de participation (Figure 1) utilisée dans l'agencement des activités destinées aux enfants et enseignée depuis longtemps dans le cadre du BAFA (Brevet A la Fonction d'Animateur). Le fait de faire varier l'intensité de l'activité en fonction du temps permettait d'optimiser les performances en termes de niveaux d'éveil et/ou d'énergie, tout en évitant de basculer dans un excès de stimulation possiblement délétère à la population ciblée. L'ensemble, sur une durée maximale de 45 minutes, se distribuait donc selon la courbe en cloche décrite ci-dessous (en rouge sur la Figure 1) : la séance commençait avec un morceau calme et lent, puis les suivants accéléraient et s'intensifiaient progressivement. Après cette période ascendante suffisamment courte pour que la mobilisation soit efficace, la phase constante (morceaux rapides et gais) aboutissait à un point culminant pour revenir au fil des musiques choisies à un état d'apaisement.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Aucune évaluation ciblant les effets n'a été réalisée en raison du contexte de crise et des ob-

jectifs purement thérapeutiques et non expérimentaux. Les bénéfices potentiellement observables sur le plan cognitif n'ont donc pas été objectivés, en revanche certaines observations directes en situation ont été retenues.

La majorité des patients a répondu positivement aux séances. Deux cas seront ici décrits plus spécifiquement (Tableau 2) :

- Mme G., 76 ans, hospitalisée en UCC, présentant un trouble cognitif d'origine mixte avec une composante dégénérative de type Alzheimer et un syndrome anxieux associé, ayant participé à 16 séances
- Mme S., 93 ans, hospitalisée en LSA, présentant le même type d'atteinte avec des troubles anxieux et dépressifs associés, ayant participé à 14 séances.

Nous avons observé chez ces deux personnes ayant des profils globalement et relativement similaires des effets superposables sur les aspects thymiques et comportementaux. L'anxiété et l'humeur semblaient améliorées pendant les ateliers : sourires, signes apparents de bien-être ou verbalisations positives, satisfaction exprimée. Pour Mme G., ces modifications perduraient au moins pendant l'heure suivante, alors que pour Mme S., elles étaient fluctuantes notamment si nous nous rapprochons de la période du *sun-*

Perturbations neuro-psychiatriques présentes (NPI-soignant)	Mme G		Mme S	
	Fréquence x Gravité	Retentissement	Fréquence x Gravité	Retentissement
Anxiété	4	2	12	4
Dépression dysphorie			8	4
Irritabilité/instabilité de l'humeur	3	3	6	2
Comportement moteur sans but	8	3	12	4
Apathie indifférence	8	3	4	1
NPI score total	29/144		60/144	
Profils cognitifs				
MMSE	13/30		15/30	
Anosognosie	oui		oui	
Amnésie antérograde	Modérée à sévère		Très sévère	
Déficit de l'attention	sévère		modéré	
Syndrome dysexécutif	modéré		sévère	
Trouble du langage	sévère		modéré	
Autre trouble à considérer	Problème visuel		---	

Tableau 2 : Profils psycho-comportementaux et cognitifs de Mme G et Mme S

downing. Pendant les séances, chez les deux patientes, il n'y avait plus d'instabilité motrice, la coopération était de bonne qualité en raison d'un engagement important. Un temps d'apaisement en début de séance était cependant quelquefois nécessaire à Mme S., assez sthénique lorsqu'elle persérait sur l'idée de rentrer chez elle. D'un point de vue cognitif, l'attention était maintenue sur la durée de la séance et le centrage sur la lecture des paroles était réalisé. Il arrivait à Mme G. d'être en difficulté sur la lecture, de prendre du retard en se décalant. En revanche, la mémoire des mélodies lui permettait de ne pas ressentir de gêne et de maintenir un sentiment d'accomplissement. Le passage d'une séquence active à une séquence passive était généralement réussi. Nous observons cependant quelques persévérations sur le chant en phase d'écoute pour Mme G. Au fil des séances chez Mme G., le souvenir de l'activité a été encodé et associé spécifiquement à la neuropsychologue. Ce ne fut pas le cas chez Mme S., ayant une reconnaissance du thérapeute non associée à l'événement musical, mais à des partages thérapeutiques antérieurs.

À la suite des témoignages immédiats et récurrents des bienfaits des séances par certains soignants, une tentative de recueil de données à distance a été effectuée. C'est ainsi qu'un auto-

questionnaire a été complété à 6 mois par les soignants du service afin d'avoir une idée des bénéfices d'un point de vue comportemental et émotionnel (Tableau 3). La liste des participants a été fournie aux soignants afin de leur faciliter la remémoration. Dans le cas d'une absence de souvenir, les soignants étaient invités à répondre négativement à la question (« pas de modification »). Leurs réponses ont révélé des changements positifs avec des améliorations concernant, par ordre d'importance décroissante: l'humeur puis l'anxiété et l'irritabilité, et enfin l'agitation avec une baisse ressentie sur la charge de travail (se limitant cependant à l'heure suivant l'intervention). Pour un taux moyen de 64.5 % des soignants, ces changements positifs ont concerné la moitié ou plus des patients. Dans 82 % des cas, l'équipe soignante a également ressenti un allègement temporaire de sa charge de travail, retour convergent avec la littérature et les travaux réalisés précédemment (Delignières, 1993; Groussard et al., 2020; Siccardi et al., 2017).

Si cet atelier avait été réalisé dans une visée expérimentale et que les hypothèses théoriques avaient pu être opérationnalisées, il aurait été intéressant de réaliser des évaluations cognitivo-comportementales post-séance immédiates et différées à 2 heures de façon systématique. Dans

Changements observés par les soignants N=17 (AS + IDE) Quelques-uns		SI OUI, pour quelle proportion environ des participants		
		Environ la moitié	La majorité	
Sur l'humeur	Oui : 94%	31%	50%	19%
L'anxiété	Oui : 70%	25%	67%	8%
L'agitation	Oui : 64%	45%	55%	
L'irritabilité	Oui : 70%	42%	58%	
Ressenti d'une baisse de la charge de travail dans l'heure suivant les séances (concernant la gestion des troubles du comportement): Oui : 82%				

Tableau 3 : Pourcentages des soignants ayant répondu positivement à un auto-questionnaire portant sur les effets à 1 heure des ateliers

le cadre d'un atelier régulier à une fréquence hebdomadaire suffisante (deux fois par semaine minimum), il aurait également pu être envisagé une évaluation pré- et post-période d'intervention portant sur quelques variables cognitives, comme la vitesse de traitement et la flexibilité mentale, associée à une échelle de satisfaction et/ou de bien-être.

Toutefois, il semble :

- Concernant l'hypothèse 1, que les observations réalisées (effets thymiques positifs) soient allées dans le sens espéré ;
- Que l'hypothèse 2 ne puisse pas être appréhendée directement. Il peut seulement être supposé que la diminution des troubles du comportement et les sentiments de satisfaction exprimés soient au moins partiellement liés aux efforts réalisés ;
- Concernant l'hypothèse 3, que les données recueillies aillent dans le sens attendu, bien qu'elles soient à interpréter avec prudence en raison des 6 mois qui ont séparé l'évaluation des observations

Une mise en relation intéressante peut être réalisée a posteriori entre d'une part, la courbe d'intensité qui a inspiré les séances (en rouge sur la figure 1) et d'autre part, une des courbes à optimum en forme de « U inversé » (en bleu sur la figure 1) associée à la loi de Yerkes et Dodson de 1908 (Hanoch et Vitouch, 2004). Il s'agit de la courbe correspondant à une tâche de complexité modérée (niveau de difficulté estimé ici). Elle relie le niveau d'activation (ou d'intensité de la stimulation) et la performance cognitive.

Il paraît au préalable nécessaire de préciser le cadre théorique développé par les auteurs, car

ils mettent en garde contre l'utilisation simpliste des courbes en question :

- Ils expliquent en effet que les excitations émotionnelles à valence négative élevées sont à considérer de façon spécifique et non générale, une stimulation forte n'entraînant pas forcément une baisse de performance ;
- Ils précisent également qu'en ce qui concerne l'excitation émotionnelle à valence positive (joie/bonheur), qu'il est généralement observé des bénéfices quelle que soit l'intensité de la stimulation

En revanche, nous connaissons bien de façon empirique, les pertes de contrôle susceptibles d'être occasionnées par un excès d'excitation même positive chez les enfants et/ou les personnes présentant une fragilité du processus de contrôle inhibiteur ainsi que des ressources attentionnelles limitées (origines développementale, lésionnelle et/ou dégénérative). Il est par ailleurs nécessaire de garder à l'esprit les patients présentant une tendance persévérative qui vont, quant à eux, rester dans un état d'excitation à l'issue de l'intervention s'ils ne sont pas ramenés au calme. Dans le cas présent, nous pouvons donc supposer que la courbe en cloche ou en U inversé (Figure 1) puisse donc tout de même être considérée et apporter un éclairage sur le non déclenchement de troubles comportementaux en cours de séance ou juste après. Une intensité de stimulation forte couplée à un temps d'exposition excédant les limites d'attention soutenue des patients aurait été susceptible d'entraîner un stress adaptatif ou des persévérations avec des réponses comportementales excessives non désirées. Les 3 patients n'ayant pas pu

participer jusqu'à l'issue de la séance étaient déjà en phase comportementale aiguë au départ. Il n'y a pas eu de déclenchement de troubles cognitivo-comportementaux en cours ou en fin de séance.

Pour finir, le choix d'outils permettant la prise en compte des préférences du patient dans l'acte de soin convergerait avec le concept de « partenariat-patient » (Faure et al., 2020). Donner un rôle d'acteur à la personne majeure l'engagement et donc l'efficacité thérapeutique, même si dans le cas de processus évolutifs le partage expérientiel est limité voire impossible. Bien que la sélection des exercices ne soit pas réalisable par le patient, il est possible d'y associer des actes issus de choix personnels (chansons préférées). Le neuropsychologue peut aussi considérer la satisfaction éprouvée (exprimée de façon verbale ou non verbale) afin d'orienter le choix des outils. En synthèse des nombreux ateliers réalisés dans le service avant le confinement ainsi qu'au regard de cette expérience, la formule de prise en charge la plus efficace s'est avérée être une approche à la fois multimodale et globale, la musique y trouvant particulièrement bien sa place. La stimulation musicale s'associe en effet très bien aux exercices de nature plutôt mécanique et peut facilement être personnalisée. Des connaissances et compétences minimales dans le domaine sont évidemment requises.

CONCLUSION

Dans les circonstances de l'expérience partagée ici, la période de confinement du printemps

2020, les interventions neuropsychologiques permettant d'appréhender le patient de façon holistique se sont révélées nécessaires. L'adaptation des séances de mobilisation ainsi que le choix des supports de travail ont donc été réalisés dans ce sens. Au vu des retours et observations « de terrain », il semble que les interventions musicales réalisées aient complété plutôt efficacement l'ensemble des actes mis en œuvre par l'équipe et les autres thérapeutes durant cette période particulière. La musique et le chant ont aidé les patients à passer d'un état de passivité imposé par des règles plus ou moins bien comprises et mémorisées, à des moments vécus en actes. Ils ont ainsi pu faire abstraction mentalement du contexte épidémique en se focalisant momentanément sur l'expérience artistique proposée. L'écoute musicale et le chant peuvent en effet être pratiqués pour divers objectifs cognitifs et psycho-comportementaux. Le spectre d'effet est large. L'adaptabilité du matériel permet de plus des actions ajustables à différents niveaux de sévérité d'atteinte. « L'outil musical » présente de nombreux intérêts pour les psychologues spécialisés en neuropsychologie. Au regard de la plus-value qu'apporte cette approche, la proposer en complémentarité des actes classiques, hors période de crise, semble également pertinent.

REMERCIEMENTS

À Mme Sylvane Faure, à toute l'équipe de l'UDR, à Mme Laure Santori et à Mme Solange Bertini-Hesse

Références

- Baird, A. et Samson, S. (2015). Music and dementia. *Progress in Brain Research*, 217, 207-235. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.028>
- Clements-Cortés, A. (2014). Buddy's Glee Club Two: Choral Singing Benefits for Older Adults. *Canadian Journal of Music Therapy*, 20(1), 85-109.
- Comité consultatif national d'éthique (2020, mars). *Réponse à la saisine du ministère des Solidarités et de la Santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD*. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne-reponse_a_la_saisine_du_26.03.20_renforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld_0.pdf
- Delignières, D. (1993). Anxiété et performance. Dans J.P. Famose (dir.), *Cognition et performance* (p. 235-254). INSEP.
- Faure, S., Halloy, A., Karcher, B., Flora, L., Colazzo, G., Barbaroux, A., Balez, E. et Bonardi, C. (2020). Polyphonies sur les enjeux du partenariat patient au temps du Covid-19. *Revue de neuropsychologie*, 12(2), 232-237.

- Groussard, M., Coppalle, R., Hinault, T. et Platel, H. (2020). Do Musicians Have Better Mnemonic and Executive Performance Than Actors? Influence of Regular Musical or Theater Practice in Adults and in the Elderly. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14, 374. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.557642>
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A. L., Cano, M. M., Lecourt, E. et Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 28(1), 36-46. <https://doi.org/10.1159/000229024>
- Hanoch, Y. et Vitouch, O. (2004). When less is more: Information, emotional arousal and the ecological reframing of the Yerkes-Dodson law. *Theory et Psychology*, 14(4), 427-452. <https://doi.org/10.1177/0959354304044918>
- Husain, G., Thompson, W. F. et Schellenberg, E. G. (2002). Effects of musical tempo and mode on arousal, mood and spatial abilities. *Music perception*, 20(2), 151-171. <https://doi.org/10.1525/mp.2002.20.2.151>
- Lyu, J., Zhang, J., Mu, H., Li, W., Champ, M., Xiong, Q., Gao, T., Xie, L., Jin, W., Yang, W., Cui, M., Gao, M. et Li, M. (2018). The effects of music therapy on cognition, psychiatric symptoms, and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 64(4), 1347-1358. <https://doi.org/10.3233/JAD-180183>
- Moussard, A., Rochette, F. et Bigand, E. (2012). La musique comme outil de stimulation cognitive. *Année Psychologique*, 112(3), 499-542. <https://doi.org/10.4074/S0003503312003077>
- Särkämö, T., Altenmüller, E., Rodríguez-Fornells, A. et Peretz, I. (2016). Editorial: Music, brain, and rehabilitation: Emerging therapeutic applications and potential neural mechanisms. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 103. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00103>
- Serres, J.-F. (2020). Petits frères des pauvres. *Revue Projet*, 5(378), 49-53. <https://doi.org/10.3917/pro.378.0049>
- Siccardi, L., Béhir, L., Gavrilenko, V., Baccarani, A., Boyeldieu, V., Hesse, S., Louchart de la Chapelle, S., Faure, S. et Pesce, A. (2018, 24-25 mai). *Impact de deux types d'interventions musicales sur la flexibilité mentale, la vitesse perceptivo-motrice et le fonctionnement psycho-comportemental de patients âgés atteints de troubles neurocognitifs : trois études de cas multiples* [Communication par affiche]. Journées de Printemps de la Société de Neuropsychologie de Langue Française, Marseille, France. <https://www.snlf.net/wp-content/uploads/2017/10/Programme-et-formulaire-dinscription.pdf>
- Siccardi, L., Behir, L., Ziari, M., Pelazza, S., Louchart de la Chapelle, S. et Pesce, A. (2015, 16-17 décembre). *Effet facilitateur de la musique sur la prise en soins des personnes atteintes de démence sévère en unité spécialisée* [Communication orale]. Congrès national des unités de soins, d'évaluation et de Prise en charge Alzheimer, Paris, France. https://archives.uspalz.com/Media/congres-alzheimerprog_2015.pdf
- Siccardi, L., Mouradian, I., Claudel, C., Morisot, A., Louchart de la Chapelle, S. et Pesce, A. (2017, 1-2 juin). *Apprentissage procédural en modalité musicale et bénéfiques secondaires sur la conscience et l'estime de soi chez deux patients présentant des troubles neurocognitifs sévères : deux études de cas réalisées en long séjour Alzheimer* [Communication par affiche]. Journées de Printemps de la Société de Neuropsychologie de Langue Française, Grenoble, France. <https://www.snlf.net/wp-content/uploads/2017/01/ProgrammeJournéesdePrintemps2017.pdf>
- Siccardi, L., Morisot, A., Boyeldieu, V., Hesse, S., Louchart de la Chapelle, S. et Pesce, A. (2019, 23-24 mai). *Travail sur la conscience des pertes cognitives chez une patiente éthylique chronique atteinte d'un trouble cognitif de type mixte : intérêts d'une approche neuropsychologique en modalité musicale* [Communication par affiche]. Journées de Printemps de la Société de Neuropsychologie de Langue Française, Lyon, France. <https://www.snlf.net/wp-content/uploads/2019/04/ProgrammeSNLF-2019.pdf>
- Skingley, A. et Vella-Burrows, T. (2010). Therapeutic effects of music and singing for older people. *Nursing Standard*, 24(19), 35-41. <https://doi.org/10.7748/ns2010.01.24.19.35.c7446>
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H. et Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 35, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.003>

Réfléchir au mourir.

Directives anticipées et pratiques psychologiques en CHU

Thinking about dying.

Advance directives and psychological practices in University Hospital Centers.

**Emmanuèle
AURIAC-SLUSARCZYK**

Enseignante-chercheuse

Institut Supérieur du Professorat
et de l'Education, Laboratoire ACTé,
Université Clermont Auvergne

Contact

**Emmanuèle
AURIAC-SLUSARCZYK**

emmanuele.auriac@uca.fr

Institut Supérieur du Professorat
et de l'Education, Laboratoire ACTé, EA4281,
36 avenue Jean Jaurès, CS 20001,
63407 Chamalières.

Mots-clés

- Directives anticipées
- Dialogue
- Subjectivation
- Mort
- Formation

Keywords

- *Advance directives*
- *Dialogue*
- *Subjectivation*
- *Dead*
- *Training*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Auriac-Slusarczyk, E. (2022). Réfléchir au mourir. Directives anticipées et pratiques psychologiques en CHU. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 46-56.

Résumé

Sur la base de travaux émanant de la plateforme nationale de recherche sur la fin de vie¹, nous suggérons d'envisager des stratégies de soins appliqués au *mourir* en impliquant les psychologues hospitaliers. Le choix du législateur français distingue démarches palliatives, exclusivement recommandées, et thanatiques, légalement proscrites, et relaie ainsi les difficultés à aborder la mort sans tabou à l'hôpital. La tenue d'ateliers de réflexion en vue de la rédaction de directives anticipées mesure dans notre article l'avantage d'envisager des conversations sereines autour de la mort. Psychologues et neuropsychologues, mis au carrefour de ces problématiques, pourraient avantageusement relayer les expériences de dialogue que nous avons amorcées et menées. Le neuropsychologue, aidant au diagnostic, gagnerait à s'ouvrir à la réflexion sur la rédaction de directives anticipées et l'une des missions essentielles des psychologues hospitaliers pourrait être d'intervenir *avant* le mourir pour discuter sereinement avec les patients et lever le tabou auprès des médecins.

1. <https://www.pplateforme-recherche-findevie.fr/>

Abstract

Based on work from the national end-of-life research platform, we suggest considering treatment strategies applied to dying by involving hospital psychologists. The choice of the French legislator distinguishes between palliative approaches, exclusively recommended, and thanatic, legally prohibited, and thus relays the difficulties in approaching death without taboos in the hospital. In our article, setting up brainstorming workshops for writing advance directives shows the advantage of having calm conversations around death. Psychologists and neuropsychologists, placed at the crossroads of these issues, could advantageously relay the experiences of dialogue that we have initiated and carried out. The neuropsychologist, helping with the diagnosis, would benefit by keeping an open mind to reflection on the writing of advance directives and one of the essential missions of hospital psychologists could be to intervene before death to discuss calmly with patients and lift the taboo with doctors.

INTRODUCTION

Le contexte *sanitaire* de la Covid-19 a grondé d'échos morbides. L'emploi de termes guerriers, *état de guerre, aller au front, couvre-feu, premières lignes*, a coloré subitement et dramatiquement la situation. Sommes-nous en passe de banaliser la mort ou la considérer différemment ? Comment les rescapés ressortis du coma (Mimouni et Scelles, 2019) et leur famille recréeront-ils leur vie ? La mort à l'hôpital reste ordinaire et la loi française en vigueur, pointant l'intérêt des directives anticipées, est intéressante à revisiter. Le neuropsychologue, concerné par la dégénérescence neurologique, la vieillesse (Balard et al., 2020), peut être initié à aborder le mourir. Le cas des maladies neurologiques, rares, qui tout particulièrement esseulent et ébranlent tôt face à la mort annoncée, sont à ce titre emblématiques des difficultés. Si la technicité médicale et sa surenchère (Klipfel, 2017) ont conduit la société à faire assumer aux médecins des responsabilités décisionnaires de morts surnuméraires en période de pandémie, les psychologues hospitaliers pourraient tirer profit de ces difficultés pour réviser quelques positions idéologiques comme pratiques en matière d'accompagnement du mourir en France. Parler de la mort à l'hôpital n'est certes pas aisé tant l'invisibilité du travail des soignants mis au chevet des mourants

en témoigne (Minot et Lert, 2003). Pourtant, vivre la mort en direct (Teissier, 2020) ne doit pas faire oublier que seules certaines morts sont traumatiques (Tordjman, 2019). La mort n'est pas, en soi, traumatique. Pour autant, la mort en France a imposé l'abord palliatif comme alternative obligée au procédé thanatique, qui est interdit aux soignants (Lebrun, 2014 ; Spranzi, 2013, 2018). Pour tenter d'aborder la mort grâce à des directives, il nous semble que l'hôpital doit renforcer sa clinique.

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES... UNE LOI SUR LA SELLETTE

La loi française dite Clays-Leonetti 2016 en phase d'évaluation favorise la rédaction de directives anticipées, qui non obligatoires, sont recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le texte légal indique que « toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux » (art- L1111-11, Loi n° 2016-87). La directive anticipée permet ainsi, en cas d'impossibilité de communication

2* à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

► J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : **REFUS**
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : **REFUS**
- Une intervention chirurgicale : **REFUS**
- Autre : **REFUS**

► Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : **j'accepte et demande l'arrêt**
- Dialyse rénale : **j'accepte et demande l'arrêt**
- Alimentation et hydratation artificielles : **j'accepte et demande l'arrêt**
- Autre : **j'accepte et demande l'arrêt de tout autre traitement**

Figure 1 : Extrait de directives anticipées, authentiques, anonymes

(privation du verbe ou du discernement), d'accompagner le médecin pour guider sa pratique éventuelle de sédation profonde et continue ou d'arrêt de traitement. L'évitement de toute procédure thanatique est rappelé et la procédure d'accompagnement palliatif détaillée par l'HAS aux soignants depuis 2019. Seulement, la procédure technique n'ôte pas l'intérêt du dialogue. Décider et mettre en œuvre, en acte grâce aux outils chimiques de sédation, ébranle la déontologie médicale; le médecin a sans doute intérêt à davantage pouvoir livrer ses doutes, craintes. De fait, la littérature associe *fin de vie* et stratégies de communication (Lautrette et al., 2007) lors des interventions palliatives (Azoulay et al., 2009; Sprung et al., 2008). L'information grand public, des travaux pluridisciplinaires en médecine balisent actuellement le chemin, relayant les études internationales (Coleman, 2013; Silveira et al., 2010). Nous savons alors qu'écrire ses volontés fait varier la décision médicale (Mark et al., 2015; Smirdec et al., 2020). Nous notons aussi que la délibération en équipe de soins palliatifs pointe des difficultés, dont celle de ne pas toujours oser dévoiler son opinion, selon le statut du soignant (Sagot et Bonin, 2019). En fait, la suggestion de rédaction de directives anticipées renouvelée depuis 2016 *via* des formulaires, pensés médicalisés dans leur forme rédactionnelle pour être utiles

aux médecins, fonctionne mal². Deux extraits de directives anticipées (Figure 1) renseignées *via* ces formulaires dévoilent à quel point la standardisation rend leur renseignement inefficace: l'avalanche des mots-clefs « refus », « acceptation » rend la déclaration inutilisable en situation. Le rappel de la loi, à chaque item (Figure 1), guide peu l'originalité de volontés qui devraient être pourtant subjectivement ajustées.

Les directives anticipées adressent à bas bruit, renforcés par la crise de COVID-19, de nouveaux questionnements. La loi stipule en son article L1111-11 que « les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes

2. Le rapport 2018 du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) indique que « les directives anticipées pour être contraignantes, devraient être suffisamment claires et précises (...) et si possible médicalisées », alors que les citoyens témoignent de difficultés: « j'affirme mon incompréhension du vocabulaire médical »: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2018/10/Brochure-soire%CC%81es-en-re%CC%81gion-directives-anticipe%CC%81es.pdf> (cf. p.35).



En fait, la suggestion de rédaction de directives anticipées [...] via des formulaires, pensés médicalisés dans leur forme rédactionnelle pour être utiles aux médecins, fonctionne mal.



à la situation médicale». La clinique hospitalière devrait pouvoir réduire l'inadéquation des volontés aux situations médicales. La loi précise que «la décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches» (Art L1111-11, Loi n° 2016-87). La récente pandémie infectieuse aura plongé les médecins dans une relative sérénité, si nous considérons l'urgence vitale des situations d'accueil de patients en réanimation, dont aucune directive ne pouvait anticiper la teneur. Le surgissement pandémique prouve à quel point toute crise achoppe sur le contournement de volontés. C'est alors paradoxalement dans cet interstice que la clinique, disparue sous l'urgence, pourrait renaître et se renouveler. Contrairement au constat médical d'un état comateux de malades rapidement intubés et mis en défaut de communication, le psychologue peut réfléchir en amont des situations d'urgence. Si l'urgence court-circuite les directives anticipées, l'intérêt de ces dernières est justement de couvrir toute autre situation.

LE PSYCHOLOGUE MIS AU CARREFOUR... DU HIATUS MÉDECIN-CITOYEN

Le système de santé reste mal à l'aise face au mourir. La confiance entre citoyen et médecin est faible quant aux décisions de fin de vie (Nicolas-Vullierme et al., 2018). La mort reste déléguée aux thanatopracteurs pratiquant leur métier de manière douloureusement ignorée (Verburgt et Caron, 2019). La neuropsychologie dispose pour sa part d'un potentiel d'actions diffracté sur plusieurs secteurs ou services intéressants: les centres mémoire de ressource et recherche sur le diagnostic de pathologies délicates et rares (Vermerch et Cazin, 2012), enfin sa contribution

au secteur de la gériatrie (Vichard, 2013; Vichard et al., 2019). Ce carrefour d'intérêts pourrait profiter à renouveler les formations qui s'émancipent déjà du cadre fondateur (Jagut et al., 2014). Si la neuropsychologie ajuste fréquemment le *testing* à l'entretien clinique, l'activité clinique du psychologue se situe de même généralement en amont du mourir. Le psychologue est fort probablement encore mal armé à gérer l'évolution d'une pathologie neuro-évolutive: les progrès d'ajustement des batteries de tests du neuropsychologue, qui engagent un diagnostic précis, précoce, devraient ouvrir sur un suivi psychologique de qualité auprès des familles ou aidants. Il s'agit alors de considérer la dimension de cognition sociale (Moreau, 2016) du patient. Si le neuropsychologue alerte sur la potentielle dérégulation relationnelle ou émotionnelle d'un sujet neurologiquement altéré, la psychologie considère, c'est son avantage, la personne au-delà du fléchage des pathologies. À noter que les dénominations réduites aux patronymes des découvreurs – *Alzheimer*, *Charcot* – ou à des sigles barbares – *PSP*, *DCB*, *APP*³ – cachent le sort commun de morts annoncées comme rapprochées ou problématiques. Les lois Leonetti (2005) et Clayes-Leonetti (2016) ont cru résoudre le problème en donnant la possibilité au citoyen de rédiger, d'anticiper. Or, le cas d'école de directives anticipées rédigées face à un trouble neurocognitif majeur subi familialement, a pointé la difficulté d'adapter par avance ses mots aux conditions de sa propre mort: les directives ne remplissent guère leur office, même en cas de maladie neurologique incurable, si elles sont mal rédigées (Auriac-Slusarczyk et Lassalas, 2020). Il semble donc, qu'il s'agisse de l'urgence, en témoigne la scène pandémique hospitalière mondiale, ou de rédactions anticipées très en amont pariant sur le désir de ne pas reproduire la souffrance familiale vécue, que les volontés aient du mal à être honorées. Citoyen et médecin se font alors à la fois face et front, et si le sujet peut témoigner d'une vie subjectivement accomplie (Galichet, 2020), le médecin reste empêché de rejoindre les désirs humains de ses patients. En fait, deux écueils subsistent. D'une part, les médecins fuient la discussion sur les directives anticipées avec leurs patients. D'autre part, les acteurs formés aux soins palliatifs, ayant pourtant inauguré

3. Paralyse Supranucléaire Progressive, Dégénérescence Cortico-Basale, Aphasie Primaire Progressive.

les échanges sur la *fin de vie* (Legrand et Mino, 2016), l'abordent sous l'angle quasi systématique d'une peur de surgissement d'une détresse psychologique (Van Lander, 2020) ou d'une idéologie posant l'impossibilité d'aborder la mort en face (Alric, 2020), suivant en cela les principes de la psychanalyse. Pour Freud, effectivement, la mort reste irréprésentable. Kamieniak (2008) explique ainsi en quoi Freud a bloqué toute évolution de l'homme en déclarant le caractère irréprésentable et impensable de la mort, oubliant qu'*Épicure* exhortait à ne point s'effrayer de la mort. La psychanalyse aborde de fait le psychisme en préservant la part de processus inconscients qui gouvernent et contrôlent pour partie tant nos représentations que nos décisions, et reste à ce titre utile quant à la précaution à prendre face à des sujets sensibles. Toutefois, cette double attitude place le psychologue sur le chemin qui confond la mort avec le traumatisme ; la subjectivation ne peut être d'emblée déclarée problématique au nom de la place à accorder à l'inconscient.

ATELIERS GRAND PUBLIC, PREMIERS MOTS... PREMIÈRES PISTES

Nous avons, à l'occasion d'ateliers, proposé de réfléchir à la rédaction de directives anticipées et vérifié ce que le citoyen souhaitait. À quoi ressemblent les volontés des citoyens et le cas échéant quelle confiance accordent-ils au système de santé ? Nous avons proposé au grand public les ateliers ADAPTER et DAnSERA⁴, encadrés par un médecin anesthésiste réanimateur, un professeur de philosophie et un psychologue universitaire pour accompagner les citoyens volontaires à comprendre pourquoi et comment rédiger puis diffuser efficacement leurs directives anticipées. Une petite étude préliminaire exploratoire (Auriac-Slusarczyk et Lassalas, 2019), non publiée, a montré le caractère émotionnellement positif d'écrits contrairement aux craintes exprimées par des médecins : les directives anticipées comportent une valence émotionnelle

4. ADAPTER voir <https://www.plateforme-recherche-findevie.fr/projets/ateliers-directives-anticipees-pour-transcrire-et-recueillir> et DAnSERA voir <https://www.plateforme-recherche-findevie.fr/projets/directives-anticipees-souhait-decrire-et-de-recueillir-en-ateliers>

positive indiquant un contrôle des scripteurs, qui évitent toute coloration morbide ou négative du mourir. La tenue de nos ateliers ADAPTER indique que sur un public volontaire, les citoyens, bien que décidés à faire entendre leurs volontés, restent désemparés. Engendrée sous format d'un tour de parole au sein de groupes réunissant une quinzaine de personnes, la parole collective a donné lieu à l'élaboration d'une carte mentale spontanée, réalisée sur un tableau au fur et à mesure des récits de vie des participants. À chaque fois, c'est le récit de vie qui a dominé la prise de parole. Sans épanchement, mais variant les problématiques individuelles et familiales, chaque participant énonçait un souhait, une crainte, une requête en information. Le Tableau 1 et la Figure 2 illustrent les éléments provenant de sept séances d'ateliers tenus entre décembre 2020 et mai 2021.

Il est frappant de voir que les citoyens, avant de s'engager dans une éventuelle rédaction de leurs directives anticipées, sont pris en étau entre des croyances erronées sur la loi et leurs représentations idéales du mourir. Si la mort s'aborde pour eux sans tabou, qu'ils se prêtent très volontiers à l'évoquer, les récits de vie rapportés coïncident avec des expériences familiales marquantes qui ancrent leur parole dans un fort degré de réalisme. La mort vécue, dès lors projetée pour eux-mêmes, s'inscrit toujours dans une généalogie familiale lourde. Souvent dramatique, liée à l'accompagnement de parents, d'enfants, la situation du mourir est vécue par personne interposée ; elle prend une épaisseur qui réclame l'urgence de s'assurer d'une confiance auprès du système de santé et de se prémunir de toute dérive. Les relations avec les soignants sont parfois rapportées comme ayant été tendues, ce qui est exprimé sous un angle vivement négatif. Certains expriment qu'aucun espace de dialogue n'est facile en famille et qu'ils ne savent pas engager une discussion sur leurs volontés, tout en ressentant le vif besoin. Ceux qui dévoilent une connaissance très accrue de la loi restent circonspects. D'autres expriment que leur famille est au courant, mais qu'ils doutent de la capacité de leurs proches à réellement pouvoir faire entendre leurs volontés. La plupart découvrent, surpris, que le relais au médecin traitant est à activer⁵.

5. La loi stipule, en l'article L. 1111-11, que « le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées ».

Besoins exprimés par des citoyens volontaires concernés	Représentations erronées véhiculées dans les propos	Questions insolubles résistant au contexte actuel de soin
<p>Éviter de finir comme un légume. Ne pas reproduire ce qui a été vécu avec père, mère, grands-parents. Comment concrètement rédiger des directives ? Comment éviter des relations envenimées avec les soignants ? Comment communiquer ce qui serait l'insupportable ? Comment mesure-t-on la souffrance psychique, morale ? Comment réduire le hiatus médecin-sauveteurs citoyens-sans tabou ? Comment diffuser ses directives anticipées ? Comment faciliter les décisions en fin de vie ?</p>	<p>Les directives anticipées, comme un testament, sont à remettre à un notaire. Les médecins suivront nos volontés. La mise sous tutelle résout le problème des directives anticipées. On pourra maîtriser sa fin de vie. On mourra à domicile si on le souhaite. Les médecins comprendront ce que l'on va écrire. La sédation s'administre selon la volonté des patients.</p>	<p>Comment anticiper l'imprévisible ? Comment choisir une personne de confiance ? Comment être certain que les directives seront lues le moment venu ? Comment amener un médecin à raisonner comme un citoyen face à la mort ? Comment faire quand on est seul pour agir, désigner une personne de confiance ? Comment dédramatiser la question de la mort avec les proches la famille ? Comment en parler à son conjoint ? A quel moment décide-t-on d'une déchéance insupportable ?</p>

Tableau 1 : Besoins, représentations et questions citoyennes

Légende : ateliers des 08 décembre 2020 et 11 janvier 2021, animés par M. Smirdec, médecin réanimateur, M. Castellan, professeur de philosophie et E. Auriac-Slusarczyk, psycholinguiste, Projet ADAPTER, Université Clermont Auvergne.

C'est compliqué d'accepter de quelqu'un qu'il voulait mourir

80 ans il est temps d'y penser
fasciner promesse
Don d'organes
Pas facile, lourd à porter
DA pour ma fille unique
Mon père cancer
Internet consulté ça ne suffit pas je le sais
Ne pas le ramener au CHU
Mourir comme d'un coup de fusil
Où? Ses volontés?
En finir honorablement
Acter
Enfants loin
Ma mère m'a demandé à mourir aussi
Je voudrais que ce soit confirmé
Endroit formidable
Jeanne Garnier Paris
Exception
Me prémunir
culpabilité
difficile
Alzheimer pendant 9 ans
calvaire
père sénilité plus de 90 ans
aiguiller
Déléguer à quelqu'un de capable
La mort un rêve
J'ai lu des livres
J'ai mes expériences
Si pilule je la prendrais
Souffrances gratuites inutiles
Sénilité 2- 3 ans
gêne : acharnement thérapeutique
dilemme
Serment d'Hippocrate
Attention aux dérives les médecins ne veulent pas
Les médecins refusent le choix de la morphine

Il est frappant de voir que les citoyens, avant de s'engager dans une éventuelle rédaction de leurs directives anticipées, sont pris en étau entre des croyances erronées sur la loi et leurs représentations idéales du mourir.

La carte mentale reproduite en fac-similé d'une des séances (Figure 2) montre en quoi le sujet oscille entre la crainte, celle du calvaire de la fin de vie prolongée « comme un légume », et l'espoir d'en finir « honorablement », ce qui signifie non pas s'épargner la seule souffrance physique, mais disposer d'une personne référente en qui placer sa confiance. Une intervenante, ancien cadre infirmier, indique que l'atelier évoque un rapprochement de notre démarche avec celle des entretiens thérapeutiques du patient et elle s'engage à envisager la tenue d'ateliers d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur ce sujet.

Les ateliers DANsERA, plus individualisés, composés de six personnes, ont proposé aux participants l'appui sur trois mots-clés pour positionner ce qu'ils jugeaient le plus important pour

Figure 2 : Fac-similé d'une carte mentale élaborée dans un atelier DANsERA

planifier leur écrit de directives anticipées. En voici un échantillon obtenu à l'issue de deux ateliers en mars 2021 : 1. *pas d'obstination thérapeutique et « partir » rapidement*; 2. *courage, engagement et intimité/respect*; 3. *ne pas être seul, éviter la souffrance physique et pas d'acharnement thérapeutique*; 4. *confiance, ce que je ne veux pas revivre/pas d'acharnement et partir rapidement*; 5. *mort rapide et sans douleur et refus de sédation profonde et continue*; 6. *confiance, bienveillance et la conscience*; 7. *pas d'obstination thérapeutique et « partir » rapidement*; 8. *sérénité, pas de souffrance physique et pas de multiplication d'exams/de contrôles/etc. (IRM, radio analyses)*; 9. *respect, laisser la place à la vulnérabilité et dignité*; 10. *respirer, dignité et rire*; 11. *joie, esthétique et engagement*.

Le citoyen emploie très souvent, voire mêle (cf. 7: « obstination thérapeutique »), le vocabulaire standardisé des lois, l'expression *acharnement thérapeutique* de 2005 étant mieux connue que celle *d'obstination déraisonnable* de 2016. Nous notons que la population concernée est plus au fait de la première loi, sachant que ce jargon initial ou révisé reste un étendard inutile aux médecins. Il n'est pas suffisant d'écrire que nous ne souhaitons pas d'acharnement. Paradoxalement, les mots-clés dévoilent des rapports à la vie/mort différenciés : de l'esthétique (cf. 11) à la mort rapide (cf. 5) se déploie l'éventail d'une mort potentiellement belle à vivre ou à écouter, une participante évoquant la mort « coup de fusil » comme emblématique d'un idéal (cf. 5). De même, il s'agit de respecter l'intimité (cf. 2), mais aussi de ne pas être seul (cf. 3). La mort renvoie à une situation complexe et pas seulement à une fin. Mourir fait sens tout particulièrement aux personnes confrontées en tant qu'aidant ayant accompagné des personnes atteintes de maladies neuro-évolutives ou accidents entraînant des déficits cognitifs importants et handicapants. Les citoyens veulent confier leur espoir d'une agonie libérée du parcours de combattant, long, usant, subi par personnes interposées.



Le psychologue peut alors endosser sa posture d'alliance thérapeutique et accompagner la responsabilité du dialogue, projetant le relais de la parole aux médecins, qui en dernier lieu décident.



LA CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE... POUR DONNER À LA MORT UN CARACTÈRE REPRÉSENTABLE

Il ressort de nos ateliers que le champ d'action fait ressortir massivement, en premier lieu, celui des maladies incurables dégénératives; c'est sans doute que ces pathologies ont produit l'obligation de déléguer la parole aux proches aidants, ce, jusqu'à leur propre projection de mort. Volontaires à la participation, ces aidants ont alors spontanément conçu, pour participer aux ateliers, l'intérêt d'anticiper leur mourir. En creux, ainsi, nous nous apercevons que la mort revêt un caractère non seulement représentable, mais réaliste. Cela impose au psychologue de réfléchir à anticiper l'effet de cette suppléance de la parole vivante, devenue impossible ou qui le deviendra, au patient, à un tiers familial, tout en considérant le dialogue possible, serein, libérateur. Le psychologue peut alors endosser sa posture d'alliance thérapeutique (Raffard, 2018) et accompagner la responsabilité du dialogue, projetant le relais de la parole aux médecins, qui en dernier lieu décident.

Délibérer sur la mort reste certes délicat. Cependant, les ateliers tenus engagent à une sérénité face à l'écoute possible des contraintes partagées par les uns, citoyens touchés familialement et les autres, médecins décisionnaires au sein du système de santé. Les médecins subissent des influences contradictoires pour décider (White et al., 2016) tandis que simultanément les patients entrent peu à peu comme des acteurs utiles car réfléchissant leur parcours de soins (Do et Bissières, 2018). Les psychologues et neuropsychologues hospitaliers pourraient s'allier et être utiles, pour réintroduire la thématique du mourir à l'hôpital, désamorçant peut-être même les risques de décompensation psychique des spécialistes, ceux de la réanimation, en période de COVID-19 par exemple. Demain, celle des neurologues confrontés à l'incapacité à pouvoir soigner la dégénérescence accrue par le vieillissement de la population, mais aussi celle des généticiens, des pédiatres, etc., mis face aux plus de 7000 maladies rares, dont 200 affectent le système nerveux central et dont 12 seulement sont, pour exemple, étudiées par l'Institut du Cerveau

et de la Moëlle Épine⁶. La mort parfois souhaitée rapide par le citoyen (cf. ateliers) ne signifie pas le refus d'en dialoguer. Le citoyen détient souvent les clefs de sa propre représentation de la mort, qui dépasse la représentation médicale, et trahit l'angle psychanalytique idéologique souvent épousé par les équipes palliatives. Se régule en amont, insuffisamment encore, la prédisposition humaine à envisager de manière réaliste sa mort, pour oser une clinique d'accompagnement du *mourir*, hors phase palliative.

GAGNER EN RAISON SUR LE SENSATIONNEL... POUR UNE CLINIQUE HUMAINE

Tirant leçon de la phase mondialement traumatisante de la COVID-19, il s'agit peut-être alors de gagner en raison sur le sensationnel. Le psychologue connaît la puissance envahissante des déséquilibres psychiques, le neuropsychologue celle des conséquences progressives dues aux désordres neurologiques sur le long terme sur les patients, et prévenir les dégâts psychologiques auprès des aidants accompagnant les pathologies envahissantes importe, ce dont les chercheurs se saisissent (Garric et al., 2020, pour exemple), donnant une place à la fonction de l'écriture (Herbland et al., 2017 ; cf. aussi nos ateliers). Pour les directives anticipées, l'avantage repose peut-être, paradoxalement, sur ce qu'elles contiennent de flou. Il s'agit par leur intermédiaire de savoir retisser ce qui a trait à la technicisation du diagnostic (pris en partie en charge par le neuropsychologue) et au processus de subjectivation (mis en œuvre grâce au dialogue en consultation psychologique) nécessaire au soin (Lebrun, 2014 ; Lebrun et Malinconi, 2015). Toute situation qui substitue le palliatif au thanatique minimise en quoi justement le commun des mortels secrète les images d'une mort qui, mise à l'épreuve des soins machinisés, piégeant le sujet entre machines de vie et machines de mort, la machine faisant paravent au cru, au cadavre (Jean-Dit-Pannel et Thomas, 2019), éloigne la représentation de la mort, mais aussi et surtout éloigne la subjectivité. Un participant à nos ateliers expliquait qu'ainsi le sujet est « coupé en deux » : à la fois un numéro

et un dossier pour le médecin, médicalisé à outrance, et un homme réclamant des informations sur les soins, les actions et décisions médicales le concernant. Le psychologue est sans aucun doute le meilleur relais pour réinstaller la subjectivité. Nos ateliers mettent en lumière que les préoccupations et discussions intéressent la vie entière, filiale, familiale et que la subjectivité est le lieu même de coordination de ces temps, fussent-ils vécus dramatiquement. Une intervenante en atelier s'exprimait ainsi : « je parle librement de ma mort à mes enfants et petits-enfants, celle de leur grand-père qui est aussi mon mari décédé, et l'un de mes petits-fils m'a dit qu'il aimerait bien (il a quatorze ans) lui aussi écrire ce qu'il voudrait » (C.M., 08 mars 2021). La participante consignait que parler de la mort prend du temps, ne se déclare pas en un jour, mais s'installe. Certaines familles y parviennent : retenons que la mort reste décidément une affaire généalogique. La mort se partage. Elle n'est pas, répétons-le, en soi, traumatique.

CONCLUSION

La crise pandémique, nous saisissant entre l'urgence et la planification, a l'intérêt d'un électrochoc pour réfléchir *la mort* à l'hôpital, et, *via* l'intervention des psychologues hospitaliers, envisager de penser sa mise en mots. Elle a l'extrême avantage de contraindre la société à visualiser les histoires de vies (Fournier, 2010), pour rendre au sujet son aptitude au réalisme : la mort, ça existe. La mort, nous pouvons en parler. Se saisir de la suggestion législative de rédiger des directives anticipées permet alors d'oser des actions pédagogiques auprès des patients et leurs familles. Les psychologues œuvrant dans les services hospitaliers représentent une corporation qui nous semble être à la bonne place pour, considérant l'alternative législative palliative actuelle, réserver à la thématique de la mort un espace nouveau. Une étude pilote signale la frilosité des médecins qui craignent le conflit de valeur entre soins palliatifs et recherche (Balard et al., 2020). Pourtant, la recherche vise à épauler différemment, à renouveler, à améliorer ce qui est déjà réussi par les équipes palliatives. Récemment repérée, la difficulté à collecter des données sur la mort entrave l'élan de formation aux trajectoires du *mourir* et du *deuil* (Laflamme, 2020). Relier

6. Institut du Cerveau et de la Moëlle Épine, Hôpital Pitié-Salpêtrière, 47 bd de l'Hôpital, 75013 Paris

l'avant-scène du mourir, *via* ses directives anticipées, à l'après, *post-mortem* espace du *deuil*, est probablement à développer. Former au mourir renoue avec les humanités médicales (Lefèvre et al.,

2020) : nos ateliers incitent à entreprendre sereinement cette clinique généalogique avec les psychologues et neuropsychologues hospitaliers intéressés à la question.

Références

- Alric, J. (2021). La mort ne s'affronte pas... ! Dans D. Peyrat-Apicella et S. Gautier (dir.), *Psychologie et soins palliatifs* (p. 115-123). Éditions In Press.
- Auriac-Slusarczyk, E. et Lassalas, C. (2020). Les directives anticipées dans la loi 2016. De l'intime à l'éthique soignante, comment dépasser les traumatismes? *Études sur la mort*, 154(1), 89-103. <https://doi.org/10.3917/eslm.154.0105>
- Auriac-Slusarczyk, E. et Lassalas, C. (2019, 24-25 octobre). Un corpus d'écrits en santé : les directives anticipées. Quel type de formation didactique proposer aux médecins versus aux citoyens? [Communication orale]. 2^{èmes} journées d'étude du réseau « Corpus sur objectifs spécifiques », Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, France. <https://facdeslangues.univ-lyon3.fr/cel-journee-d-etude-les-corpus-ecrits-et-oraux-pour-approcher-les-domaines-specialises-droit-sante-etc-vers-une-linguistique-d-intervention>
- Azoulay, E., Metnitz, B., Sprung, C. L., Timsit, J.-F., Lemaire, F., Bauer, P., Schlemmer, B., Moreno, R., Metnitz, P. et SAPS 3 investigators (2009). End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Medicine*, 35(4), 623-630. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1310-6>
- Balard, F., Moulin, P. et Schrecker, C. (2020). Finir sa vie, hâter sa mort au grand âge. *Gérontologie*, 3(42), 9-28. <https://doi.org/10.3917/g1.163.0009>
- Coleman, A. M. (2013). Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians attitude toward advance directives. *The American journal of hospice & palliative care*, 30(7), 696-706. <https://doi.org/10.1177/1049909112464544>
- Do, M. et Bissières, C. (2018). L'observance à l'épreuve du soin éducatif : la posture de patient réflexif en question. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation*, 39, 71-88. <https://doi.org/10.4000/dse.2262>
- Fournier, V. (2010). *Le bazar bioéthique. Quand les histoires de vie bouleversent la morale publique*. Robert Laffont.
- Galichet, F. (2020). *Qu'est-ce qu'une vie accomplie?* Odile Jacob.
- Garric, N., Pugnière-Saavedra, F. et Rochaix, V. (2020). Construction langagière de la figure de l'aidant du malade d'Alzheimer : dénominations et mise en mots interdiscursive dans les pratiques, *Corela*, 18(1). <https://doi.org/10.4000/corela.11302>
- Herbland, A., Goldberg, M., Garric, N. et Lesieur, O. (2017). Thank you letters from patients in an intensive care unit: From the expression of gratitude to an applied ethic of care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.05.007>
- Jagut, A., Silvestre-Beccarel, G. et Langlais, M. (2014). De l'observation à la pratique professionnelle : regards croisés sur le chemin de la formation. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 3, 61-67.
- Jean-Dit-Pannel, R. et Thomas, F. (2019) Machines de vie, machines de mort : la famille à l'épreuve des soins machinisés, *Perspectives Psy*, 58(3), 207-213. <https://doi.org/10.1051/pps/2019583207>
- Kamieniak, J. (2008). Mort et travail de pensée chez Sigmund Freud. *Le Coq-héron*, 195(4), 75-90. <https://doi.org/10.3917/cohe.195.0075>
- Klipfel, A. (2017). Chapitre 7. La technicisation de la chirurgie représente-t-elle un danger? Entre regret et perspectives d'avenir. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 28(2), 131-143. <https://doi.org/10.3917/jib.282.0131>
- Laflamme, D. (2020). Les trajectoires du mourir et du deuil. *Frontières*, 32(1). <https://doi.org/10.7202/1072748ar>
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., Barnoud, D., Bleichner, G., Bruel, C., Choukroun, G., Curtis, J. R., Fioux, F., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Georges, H., Goldgran-

- Toledano, D., Jourdain, M., Loubert, G., Reignier, J., Saidi, F., ... Azoulay, E. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *The New England journal of medicine*, 356(5), 469-478. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446>
- Lebrun, J.-P. (2014). *Soins palliatifs: le dernier manteau*. Érès.
- Lebrun, J.-P. et Malinconi, N. (2015). *L'altérité est dans la langue*. Érès.
- Lefèvre, C., Thoreau, F. et Zimmer, A. (2020). *Les humanités médicales. L'engagement des sciences humaines et sociales en médecine*. Doin Éditions.
- Legrand, E. et Mino, J.-C. (2016). Les cadres de la décision de sédation en fin de vie au domicile: le point de vue des médecins de soins palliatifs. *Anthropologie et Santé*, 12. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2072>
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) (2005, 23 avril). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) (2016, 3 février). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT0000031970253/>
- Mark, N. M., Rayner, S. G., Lee, N. J. et Curtis, J. R. (2015). Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive care medicine*, 41(9), 1572-1585. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3810-5>
- Mimouni, A. et Scelles, R. (2019). Complexité du vécu des proches de patients en éveil de comas: chaos et créativité. *Perspectives Psy*, 58(3), 220-230. <https://doi.org/10.1051/ppspsy/2019583p220>
- Mino, J.-C. et Lert, F. (2003). Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile. *Sciences Sociales et Santé*, 21(1), 36-64. <https://doi.org/10.3406/sosan.2003.1577>
- Moreau, N. (2016). Mini-SEA: évaluation de la démence fronto-temporale, par Maxime-Louis Bertoux. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 4, 45-48.
- Nicolas-Vullierme, L., Cheynet de Beaupré, A. et De Saint-Affrique, D. (2018). De l'opportunité d'une nouvelle loi sur la fin de vie? *Médecine & Droit*, 152, 105-111. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2018.05.002>
- Raffard, S. (2018). L'alliance thérapeutique: modèles, enjeux et perspectives en neuropsychologie clinique. Supplément: L'Échelle de Réalisation d'Objectif en Réhabilitation, adaptation française du Goal Attainment Scaling in Rehab (Turner-Stokes), guide pratique. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 5, 4-18.
- Sagot, V. et Bonin, J. (2019). Apprendre à délibérer en soins palliatifs aujourd'hui. *Revue Education, Santé, Sociétés*, 5(2), 149-164.
- Silveira, M. J., Kim, S. Y. et Langa, K. M. (2010). Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *New England Journal of Medicine*, 362(13), 1211-1218. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0907901>
- Smirdec, M., Jourdain, M., Guastella, V., Lambert, C., Richard, J. C., Argaud, L., ... et Lautrette, A. (2020). Impact of advance directives on the variability between intensivists in the decisions to forgo life-sustaining treatment. *Critical Care*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03402-7>
- Spranzi, M. (2018). *Le travail de l'éthique. Décision clinique et intuitions morales*. Mardaga.
- Spranzi, M. (2013, 29 octobre). *Décider et faire: le « savoir-comment-faire » entre sagesse pratique, habilité et éthique du care*. Implications philosophiques. <https://www.implications-philosophiques.org/decider-et-faire-1/>
- Sprung, C. L., Woodcock, T., Sjøkvist, P., Ricou, B., Bulow, H. H., Lippert, A., Maia, P., Cohen, S., Baras, M., Hovilehto, S., Ledoux, D., Phelan, D., Wennberg, E. et Schobersberger, W. (2008). Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. *Intensive care medicine*, 34(2), 271-277. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0927-1>
- Tessier, L. (2020). COVID, la mort en FaceTime. *L'Homme*, 234-235, 33-50. <https://doi.org/10.4000/lhomme.37072>
- Tordjman, S. (2019). Du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique. *Perspectives Psy*, 58(4), 287-292. <https://doi.org/10.1051/ppspsy/201954287>

Van Lander, A. (2020). La détresse psychique. Dans D. Peyrat-Apicella et S. Gautier (dir.), *Psychologie et soins palliatifs* (p. 81-91). Éditions In Press.

Verbugt, J. et Caron, R. (2019). Le soin aux disparus. Un voyage dans les coulisses des professionnels sur la scène de la mort. *Études sur la mort*, 151, 85-102. <https://doi.org/10.3917/eslm.151.0085>

Vermersch, M. et Cazin, D. (2012). L'atrophie corticale postérieure : synthèse. *Les Cahiers de Neuropsychologie*, 1, 9-15.

Vichard, H. (2013). Premier CNNC : quelle résonance avec ma pratique en gériatrie? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 2, 8-13.

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 neuro-dégénératives. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 6, 12-17.

White, D. B., Ernecoff, N., Buddadhumaruk, P., Hong, S., Weissfeld, L., Curtis, J. R., Luce, J. M. et Lo, B. (2016). Prevalence of and Factors Related to Discordance About Prognosis Between Physicians and Surrogate Decision Makers of Critically Ill Patients. *Journal of the American Medical Association, JAMA*, 315(19), 2086-2094. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5351>

Création estudiantine d'une plateforme-ressource à destination du grand public durant la crise COVID-19: retour d'expérience.

Student creation of a resource platform for the general public during the COVID-19 crisis: feedback.

JESSICA MARTINO

Étudiante Master Psychologie Clinique
Intégrative et Vieillessement,
promotion 2018-2020
Psychologue-Psychothérapeute
Département d'enseignement
et de recherche en médecine générale,
Université Côte d'Azur.

SÉBASTIEN FERRANDEZ

Étudiant Master Psychologie Clinique
Intégrative et Vieillessement,
promotion 2018-2020
Psychologue-Psychothérapeute
Doctorant
Université Côte d'Azur, CoBTeK, France.
EUR HEALTHY, Écosystèmes
des sciences de la santé.

ALISSANDRE GIROD

Étudiante Master Psychologie Clinique
Intégrative et Vieillessement,
promotion 2018-2020
Psychologue
CHU de Nice – Hôpital Cimiez – pôle RAV,
Université Côte d'Azur

XAVIER CORVELEYN

Psychologue
Maître de Conférences en psychologie – Habilité à diriger
des recherches
Co-responsable du Master Psychologie Clinique Intégrative
et Vieillessement
Université Côte d'Azur, LAPCOS, France
EUR HEALTHY, Écosystèmes des sciences de la santé
MSHS Sud-Est – Maison des Sciences de l'Homme
et de la Société Sud-Est

Contact

xavier.corveleyn@univ-cotedazur.fr

Mots-clés

- COVID-19
- Soutien psychologique
- Initiative étudiante
- Psychologie intégrative
- Positionnement éthique

Keyword

- Covid-19
- Psychological support
- Student initiative
- Integrative psychology
- Ethical positioning

Conflits d'intérêts

Xavier Corveleyn déclare un lien d'intérêt avec l'EUR HEALTHY, écosystèmes des sciences de la santé dont il est membre du Conseil d'Orientation Scientifique et Pédagogique et membre du bureau à la date de soumission de l'article.

Pour citer cet article

Martino, J., Ferrandez, S., Girod, A. et Corveleyn, X. (2022). Création estudiantine d'une plateforme-ressource à destination du grand public durant la crise COVID-19: retour d'expérience. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 57-66.

Résumé

Face à la situation de pandémie de la Covid-19 survenue en mars 2020, une promotion d'étudiants en psychologie de l'Université Côte d'Azur a pris l'initiative de créer une plateforme de ressources psychologiques en ligne. Ce retour d'expérience fait état des voies d'actions considérées par les étudiants et des étapes de construction d'un site à destination du grand public et des soignants. Les atouts d'une psychologie intégrative décloisonnée y sont introduits comme constituants du support réflexif et méthodologique en soutien à la réalisation du projet. L'article décrit les différentes considérations des étudiants dans l'objectif de créer une plateforme fiable et sécurisée pour les usagers, notamment par leurs démarches de sélection des outils diffusés et de recherche de soutien des équipes pédagogiques. La gestion de projet, la mise en pratique des enseignements, la résolution des difficultés rencontrées, ou encore les aspects légaux et éthiques des actions étudiantes sont abordés. La transition du statut d'étudiant à celui de jeune professionnel est également questionnée, en particulier via le développement de valeurs intrinsèques et du positionnement professionnel et personnel des jeunes psychologues. Enfin, la nécessité d'une approche holistique est avancée, sous-jacente aux collaborations pluridisciplinaires de l'université de demain, par l'évolution de la plateforme, désormais portée par l'École Universitaire de Recherche (EUR) HEALTHY de l'Université Côte d'Azur.

Abstract

With the Covid-19 pandemic situation that occurred in March 2020, a group of psychology students from Côte d'Azur University took the initiative to create an online psychological resources platform. This experience feedback describes the courses of action chosen by the students, and the steps of construction of a website for the general public and caregivers. The assets of a decompartmentalized integrative psychology are introduced as parts of the reflective and methodological support behind the realization of the project. The article describes the various considerations of the students with the aim of creating a reliable and secure platform for users, in particular through the procedures for selecting the given tools and seeking support from teaching teams. Project management,

putting lessons into practice, problem-solving, and the legal and ethical aspects of student actions are discussed. The transition from the status of student to that of young professional is also questioned, in particular through the development of intrinsic values and the professional and personal positioning of young psychologists. Finally, the need for a holistic approach is advanced, underlying the multidisciplinary collaborations of the university of tomorrow, by the evolution of the platform, now carried by the University School of Research HEALTHY of the Côte d'Azur University.

INTRODUCTION

Dès la mi-mars 2020, et comme dans de nombreux pays, les étudiants français ont vu leurs cours et leurs stages annulés à la suite de la pandémie de COVID-19. Notre promotion de master 2, à trois mois de l'obtention du titre nécessaire à l'exercice professionnel (loi 85-772 du 25 Juillet 1985), a dû s'adapter, notamment face aux incertitudes concernant le report des stages professionnalisants, et de fait, à la validation des examens. Les craintes, quant à l'obtention du diplôme, consécration de cinq années d'études validées, étaient justifiées par l'investissement dans le travail et les sacrifices indirects y étant associés. Néanmoins, l'intervention des sociétés représentatives de la psychologie, des psychologues et des enseignants-chercheurs (AEPU, FFPP, OFPN, SFP, SNFP, entre autres) ont rapidement transmis des lignes de conduite, en particulier concernant la validation des heures de stage. L'Université Côte d'Azur et l'École Universitaire de Recherche (EUR) HEALTHY, Eco-systèmes des Sciences de la Santé rattachée à notre parcours, ont apporté l'aide technique et administrative à l'équipe pédagogique pour le maintien des examens, dont la plupart se sont effectués en ligne, sur la plateforme Moodle®. Parallèlement à ces inquiétudes, un second défi a rapidement émergé de nos discussions étudiantes : apporter notre aide de façon concrète à la population et aux professionnels de santé face à cette situation exceptionnelle, qui semblait nécessiter des ajustements à des besoins jusqu'alors méconnus. En effet, cette crise sanitaire a été inédite pour nos concitoyens, et nous n'en connaissions que peu les conséquences, notamment psychologiques (Brooks et al., 2020 ; Liu et al., 2020). Malgré l'ex-

périence accumulée par les stages effectués, les enseignements reçus, et les besoins criants du terrain, opérationnaliser ce besoin d'engagement s'est trouvé limité par l'arrêt des stages et la situation de confinement. Les réseaux de professionnels et les institutions se sont organisés en comités éparses pour faire face aux diverses facettes que cette crise revêtait, avec les moyens qui étaient les leurs en ces circonstances, et dans les cadres administratifs et juridiques les régissant. Notre position d'étudiants en psychologie a également soulevé un questionnement éthique supplémentaire : comment assurer la responsabilité de nos actes ? Il nous a été incontournable d'inclure cette réflexion, à la fois éthique et légale, dans l'élaboration des actions menées, qu'elle concerne des interventions concrètes dans les structures, les contenus qui seraient potentiellement diffusés au grand public, le respect des droits des usagers, ou encore notre propre protection juridique.

Face aux conséquences sociales et psychologiques de la crise, nos échanges ont vu fleurir des idées, soutenues par les théories, concepts, méthodes et outils étudiés. Le caractère intégratif de notre master nous a fourni de précieuses clés dans différentes dimensions (cognitives, thymiques, psychiatriques, sociales...) et populations (enfants, adolescents, personnes isolées, personnes âgées...), nous permettant ainsi de déployer une capacité d'adaptation nécessaire pour s'ajuster aux contraintes. Mais, comment mettre à profit les enseignements intégratifs qui nous avaient été dispensés, dans l'équilibre de l'équation d'une crise sanitaire aux variables inconnues ? Comment nous positionner en qualité d'étudiants non diplômés, tout en apportant une aide concrète ? L'une des réponses à ces questions, dont nous vous propo-

sons de partager les réflexions et la construction par notre promotion, est celle de l'élaboration de la plateforme de ressources psychologiques en ligne : <http://coronaction.univ-cotedazur.fr/>

CORONACTION.UNIV-COTE DAZUR.FR: UNE INITIATIVE ÉTUDIANTE À DESTINATION DU GRAND PUBLIC

À l'issue de la licence en psychologie abordant chacun de ses paradigmes généraux, les étudiants s'orientent vers le master de leur choix. Comparativement aux pays anglo-saxons notamment, et ce, depuis de nombreuses années (Drouard, 1982), la France accuse un certain retard dans les modèles théoriques, les pratiques psychothérapeutiques en sciences humaines et sociales (Tarquinio et Bouchard, 2019), et sur les approches *evidence-based* (Durieux et al., 2017). Cependant, elle tend progressivement à le rattraper. En 2018, l'Université Côte d'Azur a ouvert les portes du master mention Psychologie, parcours Psychologie Clinique Intégrative et Vieillesse, sous l'impulsion et les volontés progressistes de M. André Quaderi, Professeur des Universités en Psychologie Clinique, Psychologue et Psychothérapeute EMDR, et de M. Xavier Corveleyn, Maître de Conférences en Psychologie Clinique Intégrative et Psychologue Clinicien. Nous étions nombreux à attendre son lancement, déconcertés par des rivalités intra- et inter-disciplinaires observées lors des enseignements en licence. En effet, le monde de la psychologie regroupe plusieurs approches (psychanalytique, neuropsychologique, cognitive, comportementaliste, développementale...) dont les ancrages théoriques et méthodologiques sont parfois divergents. Le système institutionnel, basé sur ces sous-constituants, avive ces tensions et rivalités. Les désaccords entre certaines approches tiennent pour objets les pathologies (autisme, schizophrénie, névroses...), leur compréhension du fonctionnement psychique, ou encore les applications et visées thérapeutiques. En tant qu'étudiants, nous assistions bien souvent à ces critiques, parfois virulentes, malgré le fait qu'un objectif de taille semblait amplement partagé : accompagner au

mieux les personnes en difficulté. Ces conflits trouvaient, à notre sens, un terrain d'entente à travers le terme « intégrative ». Définie comme « l'assemblage de divers éléments, qu'ils soient théoriques ou pratiques, dans le but de former un tout original et pragmatique » (Bachelard et al., 2011, p. 485), l'approche intégrative en psychologie clinique se place dans une approche *evidence-based*, questionnant l'efficacité des modèles en psychologie, notamment en contexte thérapeutique, sans considérer quelques obédiences, et sur un fond d'adaptabilité permanente aux difficultés rapportées par les patients. Cette formation s'inscrit à mi-chemin entre le *Scientist-Practitioner Model* et le *Practitioner-Scholar Model* (Vlaeyen et al., 2020), soit une articulation entre la méthodologie de la recherche en psychologie clinique et les applications propres à chaque spécialité de la psychologie. Les *designs* expérimentaux à cas unique (SCED) illustrent cette démarche, offrant notamment la possibilité aux étudiants et psychologues de conduire leurs propres recherches en garantissant une rigueur scientifique nécessaire aux avancées validées (Gana et Broc, 2019).

La double spécialité en vieillissement et en psychologie clinique intégrative nous a donné la possibilité d'adapter les outils au contexte par un cheminement pratico-pratique. En effet, l'approche de la population âgée demande une considération des plus holistiques de la personne (pluripathologies, troubles liés au vieillissement, longue expérience de vie, comorbidités, situations familiales complexes, etc.), et celle proposée par la clinique intégrative vise une adaptation globale et dynamique, le tout s'insérant dans une démarche *evidence-based*. Forts de ces perspectives complémentaires, nous avons été en mesure d'entamer des discussions sur les outils fonctionnels et auto-attribués que nous pouvions proposer en soutien à la population fragilisée.



(...) *l'approche de la population âgée demande une considération des plus holistiques de la personne (pluripathologies, troubles liés au vieillissement, longue expérience de vie, comorbidités, situations familiales complexes, etc.), et celle proposée par la clinique intégrative vise une adaptation globale et dynamique (...).*



L'AUTONOMIE, PILIER DE TRANSITION VERS LE MONDE PROFESSIONNEL

Si les apports théoriques et les mises en situation constituent la majeure partie des enseignements universitaires en psychologie, les 500 heures de stage obligatoires à l'obtention du titre de psychologue restent à elles seules l'expérience concrète de l'application de ces théories. Pourtant, l'enrichissement clinique, le développement des compétences, et l'élargissement des champs de réflexions (Le Meur, 2014) sont des apports indispensables à la construction d'une identité professionnelle en accord avec le code de déontologie des psychologues, et plus largement avec les droits de l'Homme et du Citoyen. Or, nous étions en stage lorsque les mesures sanitaires annoncées sont entrées en application. Les rythmes de fonctionnement des établissements médico-sociaux ont été impactés, et des besoins induits par la pandémie et les restrictions sanitaires ont émergé. Pour en citer quelques exemples, nous avons relevé une augmentation des demandes de soutien des soignants, des patients, des résidents et de leurs proches face aux émotions et bouleversements psychologiques. Impact d'autant plus important que les structures médico-sociales accueillent des personnes présentant des fragilités ou des antécédents psychologiques ou psychiatriques. De nouvelles et diverses demandes se sont également manifestées dans la population, telles que l'aide à la gestion des émotions et de l'anxiété dans une situation de confinement, le soutien aux parents de jeunes enfants, le contact social dans les cas d'isolement extrême de certains concitoyens, et plus particulièrement la population âgée (conditions de confinement difficilement supportées, peur de mourir, réactions face aux personnes atteintes de la COVID-19, ou travaillant auprès de personnes l'ayant contractée...). Déterminés à être force de proposition face aux problématiques rencontrées par nos structures d'accueil et tuteurs, nous avons pris connaissance, entre autres, de la revue systématique de Brooks et al. (2020) explicitant les effets psychologiques né-

gatifs à court et long termes de la situation de confinement sur les populations. Nous avons également bénéficié de nombreux retours de proches soignants évoquant leurs difficultés. Malheureusement, cet enthousiasme fut réfréné alors que l'Université nous informait, le dimanche 15 mars au soir, que nous n'étions plus autorisés à nous déplacer sur nos lieux de stage (Figure 1). La frustration de ne pas participer à ce combat a alors initié des réflexions individuelles, que nous avons partagées les heures suivant cette annonce.

Dans un premier temps, les réseaux sociaux ont permis de voir émerger différentes initiatives de professionnels en santé mentale, comme des consultations à distance, guides de confinement, partages de documents-ressources, création de capsules, ou encore des bandes dessinées didactiques (AFTCC, 2021). Nous avons d'abord tenté de les rejoindre, mais nos propositions se sont trouvées dispersées dans la profusion d'un travail d'urgence nécessaire, alourdissant la charge de travail des spécialistes, et alimentant parfois même les débats sur la place légitime des étudiants non diplômés dans cette lutte. En effet, notre statut ne permettait pas aux professionnels de s'appuyer sur nous sans supervision. Chacun de nous a alors tenté de mobiliser son réseau professionnel naissant, proposant notre soutien où il serait estimé productif : CCAS, SAMU, CUMP, tuteurs de stage, Croix Rouge Française, hôpitaux... Autant de vaines tentatives au regard de la situation de confinement, des règles et priorités imprécises de chacun de ces acteurs. Dans l'incapacité de mettre en pratique nos apprentissages, ce nouveau défi nous a poussé à créer notre propre vecteur de soutien, lequel s'est d'abord porté vers la création d'une page Facebook. Toutefois, nous craignions qu'elle ne soit perçue comme étant peu fiable. Nous avons donc cherché un moyen de créer un site, avec le minimum de connaissances en programmation informatique, et ce à moindre coût. Après quelques prospections, la plateforme de création de sites en ligne WIX® fut retenue. Nous avons alors l'idée générale du contenu et le vecteur de diffusion ; il nous fallait désormais nous assurer de notre bon droit à la mettre en œuvre.

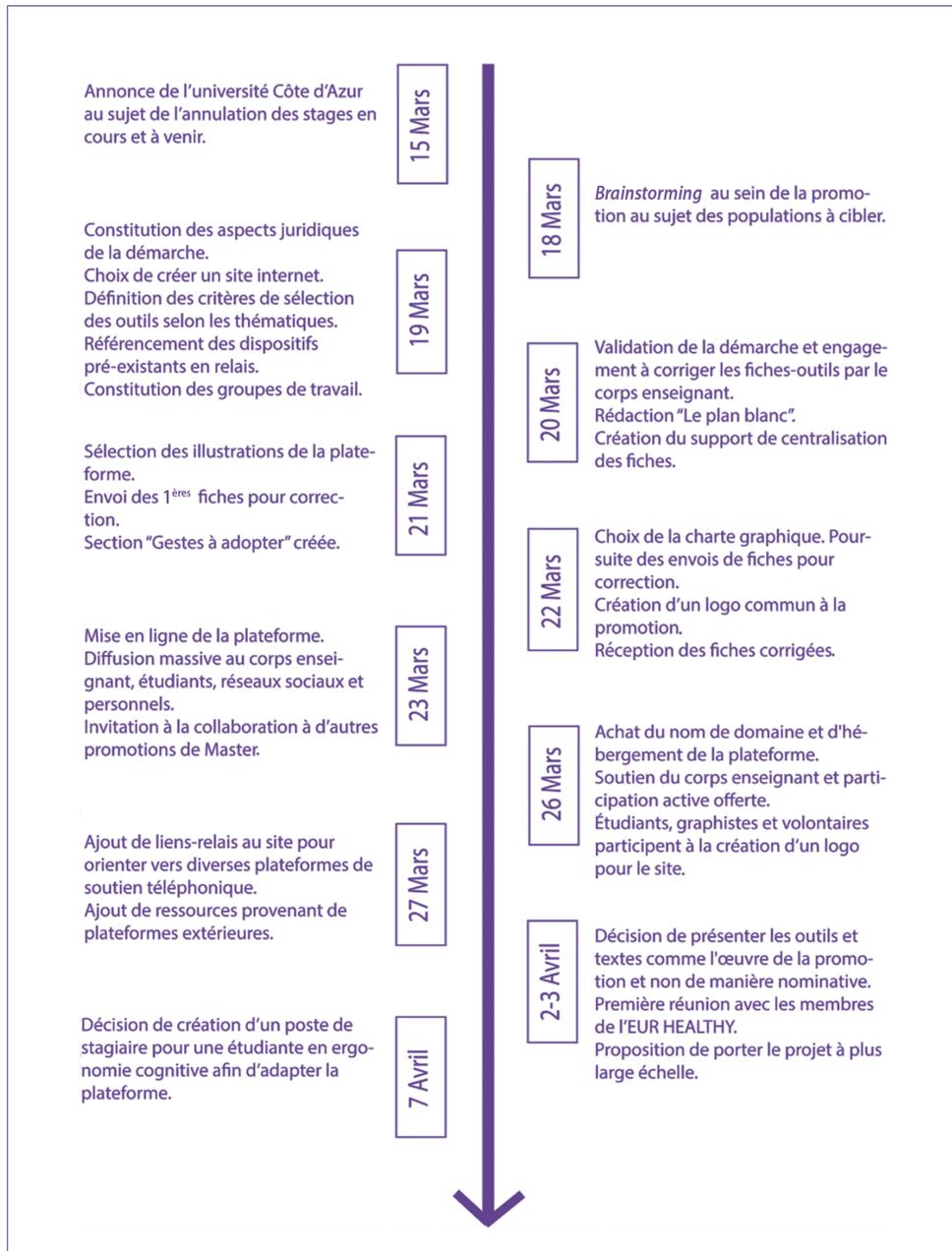


Figure 1 : Frise chronologique retraçant les étapes de la création de la plateforme

GENÈSE DE LA PLATEFORME CORONACTIION.UNIV-COTE DAZUR.FR

Pour ce faire, nous avons contacté nos directeurs de master afin de leur soumettre notre initiative. Elle fut accueillie avec intérêt, et l'approbation de sa poursuite se devait de faire un consciencieux détour par la mobilisation de textes officiels indiquant les aspects légaux en vigueur avant toute autre action. Un document de

référence précisant nos droits et devoirs a été rédigé, soulignant notre encadrement par des enseignants-chercheurs et psychologues rattachés à l'Université Côte d'Azur, et s'appuyant sur divers articles de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, du Conseil National de l'Ordre des Médecins, quelques décrets du Code de la Santé Publique, et du code de Déontologie des Psychologues. Nous y avons clarifié notre démarche visant à proposer une plateforme de soutien aux différentes populations. Notre objectif secondaire a été d'alléger la charge de travail

des professionnels de santé mentale en poste par ces actions préventives. La reconnaissance des limites de nos statuts et compétences, des répercussions potentielles des outils diffusés, la protection des données, ainsi que l'absence de conflits d'intérêts y ont été explicitement stipulées. Considérant ces réglementations, notre soutien ne pouvait prendre la forme de téléconsultation, mais celle de télé-conseil sur support médiatique, technique ayant fait l'objet de recherches scientifiques validées (Mallen et al., 2005), et adaptée au vu du contexte. Après relecture et validation du texte par nos professeurs, nous devions nous assurer qu'ils seraient dans la possibilité d'en faire autant pour les outils que nous souhaitions mettre en ligne. Nous avons donc contacté les différents enseignants de l'équipe pédagogique en fonction de leur domaine et spécialités. La plupart fut enthousiaste de nous venir en aide, nous donnant des retours dans des temps records, considérant leur charge de travail du moment.

Parallèlement, nous avons lancé une discussion au sujet des thématiques et des populations à cibler, pour ensuite convenir des outils à proposer en fonction des effets désirables et indésirables rapportés par la littérature scientifique. La majorité des exercices que nous avons identifiés était issue du courant cognitivo-comportementaliste, dont l'approche pragmatique et l'efficacité sont validés par la recherche empirique (Cottraux, 2011). Néanmoins, nous avons écarté certains outils lorsqu'ils présentaient des contre-indications, comme ce fut le cas de l'hypnose (Bioy et al., 2013). Une catégorisation des thématiques nous a ensuite permis de les articuler selon une organisation davantage structurée : gestion du stress, difficultés relationnelles, situation de handicap, s'occuper en confinement, autour de l'enfant, à destination des soignants, les gestes-barrières, trouver les bonnes informations, contacts et liens utiles. Des étudiants volontaires ont pris en charge la traçabilité chronologique de la situation sanitaire, de nos activités, démarches, la logistique du site lui-même, et du recoupement des bases théoriques afin que nous soyons en mesure de justifier et d'argumenter la diffusion de chacun des ressources et outils abordés. Des groupes de travail comprenant en moyenne quatre personnes ont été établis, se répartissant les thématiques, centralisant les activités, démarches collaboratives en tous genres et documents nécessaires à la conception de fiches-ressources sur un ser-

vice de stockage et de partage de fichiers. D'autres ont rassemblé des photographies illustratives dans le respect des réglementations. Cette autonomie a toutefois été difficile à coordonner, puisqu'il nous a fallu trouver un équilibre qualitatif et quantitatif entre les apports des diverses disciplines et populations abordées, le tout se trouvant déstabilisé par des perceptions individuelles et rythmes de travail intra- et intergroupes différents. Néanmoins, chacune des divergences et difficultés rapportées a été soumise à décision collective par vote, du contenu de la plateforme à son logo. L'exercice de vulgarisation s'est également avéré plus fastidieux que nous l'avions pensé. Les corrections apportées par nos enseignants ont constitué un apprentissage clinique précieux à notre future pratique de psychologue-psychothérapeute. Enfin, notre manque de compétences en ergonomie, conceptualisation graphique et informatique nous a amené à demander un soutien logistique à d'autres filières universitaires, spécialisées dans ce domaine.

PLURIDISCIPLINARITÉ ET MULTIPLICITÉ DES APPROCHES

Nous avons considéré que l'appréhension holistique et humaniste de la personne trouve avantage à collaborer avec une multitude d'approches et spécialités médicales, humaines, et sociales. Par conséquent, l'étape suivante consistait à développer des partenariats intra et interdisciplinaires, afin d'élargir les apports et modalités des ressources proposées par la plateforme. Un soutien pédagogique et académique s'est également manifesté par l'engagement d'enseignants et de leurs étudiants en Neuropsychologie, Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychiatrie, Psychologie Sociale, Psychologie du Développement, Psychologie Clinique et Vulnérabilités et Développement du Psychotraumatisme. Pour solidifier nos démarches, nous avons dû nommer un représentant universitairement reconnu, ayant davantage d'expérience que nous, et susceptible d'occasionner des collaborations par le biais d'un réseau dont aucun de nous ne disposait. La semaine suivante, l'EUR HEALTHY, Ecosystème des Sciences de la Santé, a manifesté son souhait de faire de cette plateforme une ressource officielle, en conviant des universitaires en Santé Publique et Sciences du sport à enrichir le projet.



(...) développer des partenariats intra et interdisciplinaires, afin d'élargir les apports et modalités des ressources proposées par la plateforme.

Progressivement, les contacts pris au début du confinement pour agir concrètement sur le terrain ont commencé à aboutir, et la majorité d'entre nous s'était portée volontaire aux côtés de la Maison d'Aide aux Victimes de Nice (MAV) : un partenariat entre la Mairie de Nice et l'Université Côte d'Azur avait développé une ligne téléphonique de soutien et relais pour les personnes en situation de détresse psychologique, et pour laquelle les étudiants en fin de 2^{ème} année de master tenaient des permanences sous la supervision de psychologues chevronnés. Nous avons poursuivi les dossiers universitaires conditionnant l'obtention de notre diplôme, et avons reçu différents appels à participation aux actions de soutien des professionnels partenaires. Cette diversité de tâches et missions nous a permis d'enrichir cette fin d'année si particulière. Aussi, la tournure que prenait ce projet a répondu à nos attentes d'apprentissage, nous offrant ainsi une transition riche en émotions vers le monde professionnel, et révélant un sens concret aux valeurs que nous associons au métier de psychologue. Ces valeurs, gravitant autour des concepts de bienveillance, d'altruisme, d'accueil inconditionnel ou encore d'humanisme et de partage, prônées au sein de l'apprentissage universitaire, prennent tout leur sens et toute leur importance au contact de la réalité. Car, sans ces valeurs intrinsèques, comment parvenir à se rendre accessible aux patients, à identifier et comprendre un besoin ? Comment se sentir suffisamment solide, à partir de la base de nos apprentissages et connaissances en psychologie, récents, en construction, manquant d'expérience ? Comment remettre en question habilement tout ce qui peut l'être, et s'adapter, de manière générale ? Ces valeurs, identifiées comme inhérentes à notre métier à venir, ont pu être éprouvées par ce contexte, et les apprentissages découlant de cette expérience inédite se rapportent indirectement à leur mise en application. La psychologie clinique intégrative, sous-tendue par son approche scientifique, nous a permis de transposer des outils et démarches adaptés aux circonstances, qui exigeaient rapidité

et efficacité. Cette expérience nous a également donné l'opportunité de tirer parti d'une situation initialement contraignante en nous permettant de mener à bien un projet d'envergure en autonomie totale, tout en bénéficiant de l'expertise et de la supervision d'enseignants-chercheurs et de psychologues expérimentés.



La psychologie clinique intégrative, sous-tendue par son approche scientifique, nous a permis de transposer des outils et démarches adaptés aux circonstances, qui exigeaient rapidité et efficacité.



CONCLUSION

Spontanément initié, ce projet a transcendé le plan académique du master. Sa reconnaissance par l'EUR HEALTHY, institution représentant les filières universitaires rattachées à la santé dans la volonté de trans et d'interdisciplinarité, a confirmé notre inscription dans une démarche praticien-scientifique de qualité, à l'approche intégrative, et a signé le départ de nos vies professionnelles. En effet, à ce jour, il a été proposé que la plateforme soit hébergée par l'Université Côte d'Azur (<http://coronaction.univ-cotedazur.fr/>) afin de devenir une ressource officielle à long terme, et dont les thématiques seraient enrichies, dépassant sa visée initiale. Un Comité de Pilotage a été créé, constitué d'enseignants-chercheurs, de psychologues et d'étudiants, dans l'intention de procéder à ce transfert et d'élargir les partenariats à venir, notamment auprès du Service de Santé Universitaire de Nice.

Cette expérience, au-delà de son contexte inédit et de son apport en approfondissement des compétences, nous a apporté la possibilité de découvrir des aspects jusqu'alors inconnus du monde professionnel. Ce passage implicite et atypique du statut académique d'étudiant à l'expérience d'une initiative quasi-autonome, sollicite une réflexion complexe quant à l'identité professionnelle. Le positionnement du professionnel en santé mentale, nous l'avons vu, s'acquiert dans la pratique immersive. Cette démarche illustre l'enjeu de choisir consciencieusement un cursus universitaire de qualité pour mener à bien de telles initiatives. Elle souligne également l'importance d'une réflexion sur ses aspirations profondes, ses valeurs et motivations intrinsèques et sous-

jaçentes à l'engagement vers un objectif commun : participer avec discernement à la promotion de la santé et du bien-être de la population.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier la codirection du Parcours Psychologie Clinique Intégrative et Vieillessement (Pr. André Quadéri ; M. Xavier Corveleyn, MCF-HDR en Psychologie). L'ensemble des membres enseignants-chercheurs, des psychologues et membres de l'équipe pédagogique du Parcours Psychologie Clinique Intégrative et Vieillessement pour leur soutien et contribution multiples (Pr. Sylvane Faure, Mme Christine Bo-

nardi (MCF), Mme Andréa Soubelet (MCF-HDR), Dr Denis Soriano (Gérontologue), Mme Prune Leroy (Psychologue-Psychothérapeute), Mme Roxane Bartoletti (Psychologue-Psychothérapeute, Doctorante en Psychologie). Nous souhaitons particulièrement remercier le Dr. Jérôme Palazzolo pour tout son soutien à différents niveaux : corrections, apports législatifs, soutien social et ses renforcements positifs à toute épreuve. Mme Hélène Wehrlen ainsi que M. Pierre Théroüanne (MCF en Psychologie de l'ergonomie) pour leurs apports en ergonomie du site. La direction et les membres de l'EUR HEALTHY, écosystèmes des sciences de la santé (Pr. Anne Vuillemin, Pr. Pascal Staccini (PU-PH) et Pr. Serge Colson).

Références

- AFTCC. (2020, 17 mars). *Coronavirus: Petit guide pour les psychologues dans la gestion de la pandémie*. <https://www.aftcc.org/coronavirus-petit-guide-pour-les-psychologues-dans-la-gestion-de-la-pandemie>
- Bachelard, M., Bioy, A. et Bénony, H. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. *Annales Médico-psychologiques*, 169(8), 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.018>
- Bioy, A., Crocq, L. et Bachelart, M. (2013). Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(9), 658-661. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.08.001>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (5^e éd.). Elsevier Masson.
- Durieux, N., Étienne, A.-M. et Willems, S. (2017). Introduction à l'evidence-based practice en psychologie. *Le Journal des psychologues*, 345(3), 16-20. <https://doi.org/10.3917/jdp.345.0016>
- Drouard, A. (1982). Réflexion sur une chronologie : Le développement des sciences humaines et sociales en France de 1945 à la fin des années soixante. *Revue Française de Sociologie*, 23(1), 55-85. <https://doi.org/10.2307/3320851>
- Gana, K., Gallé-Tessonneau, M. et Broc, G. (2019). Le protocole individuel en psychologie : Tutoriel à l'usage des psychologues praticiens. *Pratiques Psychologiques*, 25(2), 153-167. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.002>
- Iribarnegaray, L. (2020, 31 mars). Psychologues et patients s'adaptent aux exigences du confinement. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/31/psychologues-et-patients-s-adaptent-aux-exigences-du-confinement_6035055_3224.html
- Le Meur, A. (2014). Le stage en psychologie : point de vue d'une étudiante de master 2 de neuropsychologie. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 3, 16-22.
- Liu, D., Ren, Y., Yan, F., Li, Y., Xu, X., Yu, X., Qu, W., Wang, Z., Tian, B., Yang, F., Yao, Y., Tan, Y., Jiang, R. et Tan, S. (2020). Psychological Impact and Predisposing Factors of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on General Public in China. *Lancet Psychiatry*. Prépublication. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3551415>
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., Rochlen, A. B. et Day, S. X. (2005). Online Counseling. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 819-871. <https://doi.org/10.1177/0011000005278624>

Tarquinio, C. et Bouchard, J.-P. (2019). Psychologues et psychothérapies : innovation dans la recherche académique, la formation et la consultation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(2), 182-190. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.12.0060003-4487>

Vlaeyen, J. W. S., Wicksell, R. K., Simons, L. E., Gentili, C., De, T. K., Tate, R. L., Vohra, S., Punja, S., Linton, S. J., Sniehotta, F. F. et Onghena, P. (2020). From Boulder to Stockholm in 70 Years: Single Case Experimental Designs in Clinical Research. *The Psychological Record*, 70(4), 659-670. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00402-5>

Regard sur les interactions en consultation neuropsychologique

A look at the interactions in neuropsychological consultation

Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie

Morgane LANGLAIS

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie

Amandine BESNARD

Psychologue spécialisée en
neuropsychologie

Contact

GAËLLE SILVESTRE-BECCAREL

gaelle.silvestre@chu-rennes.fr

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

Mots-clés

- Pratique Clinique
- Méta-réflexion
- Neuropsychologue
- Hôpital de Jour Gériatrique
- Menaces

Keywords

- *Clinical practice*
- *Meta-reflection*
- *Neuropsychologist*
- *Geriatric Day Hospital*
- *Threats*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Silvestre-Beccarel, G., Langlais, M. et Besnard, A. (2022). Regard sur les interactions en consultation neuropsychologique. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 67-78.

Résumé

Dans la continuité d'une démarche engagée d'analyse de pratique, nous menons un travail qui consiste à regarder de plus près le déroulé d'une consultation neuropsychologique. Cette consultation est intégrée dans un Hôpital de Jour (HDJ) Gériatrique associé à une Consultation Mémoire. Notre pratique y est questionnée au regard des connaissances sur la menace des stéréotypes dans le vieillissement, mais aussi de ce qu'elle induit chez le patient. Nous observons les interactions dans 19 entretiens patient – neuropsychologue enregistrés lors d'une journée d'HDJ Gériatrique. Une analyse structurelle nous permet d'abord de mettre en forme les différentes organisations retrouvées dans les consultations, les initiations de contenus et de bilans. Dans la transcription et l'articulation des échanges, nous recueillons ensuite des attentes et représentations des patients en interrogeant les risques qu'elles peuvent induire sur l'évaluation à venir. Ces éléments nourrissent une réflexion critique de notre démarche en consultation et nous ramènent à la complexité de notre positionnement professionnel.

Abstract

In the continuity of an approach of practice analysis, we are conducting a work which consists in taking a closer look at the course of a neuropsychological consultation. This consultation is part of a Geriatric Day Hospital (DH) associated with

a Memory Consultation. Our practice is questioned there with regard to our knowledge of the threat of stereotypes in aging, but also of what it induces in the patient. We observe interactions in 19 patient-neuropsychologist interviews recorded during a Geriatric DH day. A structural analysis allows us first to put into shape the different organizations found in the consultations, the initiations of content and assessment. In the transcription and articulation of the exchanges, we then collect the expectations and representations of the patients by questioning the risks that they may induce on the future assessment. These elements nourish a critical reflection of our consultation process and bring us back to the complexity of our professional positioning.

CONTEXTE DE NOTRE TRAVAIL

Les consultations mémoire ont été un lieu par lequel la pratique des neuropsychologues s'est particulièrement développée ces dernières décennies. Le bilan neuropsychologique est vu comme un examen déterminant du diagnostic médical, et en cela, il est tentant de venir l'inscrire comme « examen complémentaire » au même titre que le bilan biologique ou l'imagerie cérébrale¹. Le neuropsychologue y est alors désigné comme un professionnel formé à la passation des tests nécessaires à l'établissement du diagnostic². Les recommandations de bonnes pratiques pour ce type d'examen s'orientent principalement sur le choix des tests, au regard de leur sensibilité à détecter précocement un trouble cognitif.



Mais, ce qui se joue dans la relation, dans l'interaction entre le clinicien et le patient, chacun animé par des représentations et des attentes, nous pousse à nous questionner sur nos pratiques et notre approche au-delà de ces propositions.



1. Guide du parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée, 2018 HAS visible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf

2. CIRCULAIRE N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Visible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-11/ste_20110011_0100_0053.pdf

La terminologie est assez hétérogène pour désigner cette rencontre avec le neuropsychologue, renvoyant aux différentes représentations que ce dernier peut susciter. Ces dernières années, les neuropsychologues montrent une volonté de décrire leurs pratiques cliniques dans ce champ des maladies neurodégénératives par des travaux visant à mieux définir leurs missions, leur cadre de travail, et ce que représente en réel, cette évaluation neuropsychologique (CBPNM, 2018 ; Vichard et al., 2019). Il y a par là un besoin, une envie de se réapproprié une pratique qui a été beaucoup décrite par d'autres. Ces travaux collectifs ont toutefois montré qu'une définition n'allait pas de soi, et qu'un consensus n'est pas une mince affaire.

Le regard de psychologue sait combien la pratique du bilan psychologique doit s'inscrire dans un cadre éthique et déontologique ; en cela l'évaluation neuropsychologique ne doit pas faire exception. L'éthique y est souvent placée autour de l'importance d'une anamnèse exhaustive (Van der Linden, 2006) et d'une évaluation rigoureuse s'appuyant sur des tests validés (Hahn et Guichart-Gomez, 2020 ; Thomas-Antérion et Barbeau, 2012). Mais, ce qui se joue dans la relation, dans l'interaction entre le clinicien et le patient, chacun animé par des représentations et des attentes, nous pousse à nous questionner sur nos pratiques et notre approche au-delà de ces propositions.

À Rennes, notre démarche s'enrichit par des échanges entre collègues (intervision et supervision), par des travaux de communication, par l'encadrement de stagiaires et par des formations.

C'est d'ailleurs lors d'une formation que le concept de menace des stéréotypes est venu questionner voire remettre en question notre pratique quotidienne. Le stéréotype regroupe un ensemble de connaissances créant une image mentale qui représente un certain groupe d'individus (Lippmann, 1922). Les stéréotypes liés à l'âge sont très présents dans notre société, et rattachés à des représentations plus souvent négatives, comme le fait de perdre la mémoire avec l'âge. Ces stéréotypes ont des effets sur le comportement des individus envers les personnes âgées, mais aussi sur les personnes âgées elles-mêmes. Cela est notamment décrit par cette menace des stéréotypes qui représente la peur d'un individu que son propre comportement puisse confirmer ou puisse être interprété en termes de stéréotypes négatifs associés à son propre groupe (Steele, 1997). L'activation de cette menace peut conduire par exemple une personne âgée à confirmer le stéréotype qu'en vieillissant nous perdons la mémoire en obtenant effectivement de moins bonnes performances à un test de mémoire (Marquet et al., 2016). Cette menace s'exprime à différents niveaux en consultation mémoire que nous pouvons illustrer ainsi (Silvestre – Beccarel et al., 2019) : 1) menace explicite : rappeler au patient qu'il vient pour des troubles de la mémoire, 2) modérément explicite : patient indique que sa mémoire diminue avec l'âge ou 3) menace implicite : indiquer que nous allons faire des tests de mémoire. La prise de conscience de cet impact des stéréotypes, et l'enjeu clinique que cela constitue, ont alors bâti un point d'ancrage dans l'analyse de notre pratique.

Il nous est donc apparu pertinent de regarder dans le détail ce qui se passe durant ces évaluations neuropsychologiques, afin d'analyser la dynamique des interactions entre le professionnel et le patient. L'objectif est également d'identifier les échanges verbaux (verbatim) renvoyant à une menace. Dans le métier de psychologue, l'analyse des pratiques professionnelles se cantonne encore beaucoup dans un cadre individuel (Décaudain et Ghiglione, 2016). Il est à présent le moment pour nous de participer à la réflexion clinique d'une profession (Langlais et al., 2016) en déroulant nos analyses dans un écrit partagé avec nos pairs.

MÉTHODOLOGIE

Dans une analyse de la pratique d'une consultation neuropsychologique, nous regardons la distribution des interactions et cherchons à identifier ce qui peut constituer des menaces pour le patient et ses savoir-faire, dans la situation réelle d'évaluation personnelle. Nous construisons une grille de recueil (Tableau 1) à la suite des enregistrements sur la base de principes méthodologiques sociologiques en observation directe (Peretz, 2004).

Cette grille a pour objectif de regarder : 1) l'organisation des séances pour dégager une structure commune aux entretiens, 2) les sujets abordés et leur chronologie pour renseigner sur la dynamique des interactions, et 3) les termes employés pour commencer à regarder comment la mémoire est abordée. Nous écoutons ultérieurement les entretiens en recueillant les informations dans cette grille.

Les participants sont les patients observés dans leur parcours de soins habituel. À l'issue d'une consultation gériatrique, ils viennent pour la première fois en Hôpital de Jour Gériatrique (HDJ), dans une journée qui inclut une consultation neuropsychologique. Les patients-participants sont âgés de plus de 70 ans et présentent un score à l'échelle d'évaluation cognitive globale MMSE (Derouesné et al., 1999) supérieur à 20.

Chaque patient-participant est rencontré par une des deux neuropsychologues du service. Nous utilisons une procédure de double accord issue de la psychologie sociale (Bouchard et Cyr, 2005). Au début de la rencontre, nous expliquons au patient que nous sommes actuellement dans une démarche de recherche sur l'analyse des pratiques du neuropsychologue. Nous demandons au patient-participant de signer un formulaire de consentement pour un enregistrement audio de l'entretien. Si le patient exprime son accord, nous débutons l'enregistrement et l'entretien. À la fin de l'entretien, nous informons des objectifs plus précis de la recherche, repris dans une lettre d'information pour la participation à une recherche en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. Suite à la lecture de cette lettre d'information, si le patient exprime un refus de l'exploitation des données recueillies (enregistrement de l'entretien), nous détruisons immédiatement les données devant lui. Les enre-

Durées				
De la rencontre	Entretien pré-bilan	Bilan psychométrique	Interruption du bilan	Entretien post-bilan
Exemple : 56 min	20	29	4	7

Discours du patient		
Spontané ; si non, cela veut dire que l'entretien est engagé par le neuropsychologue	Médical : le patient aborde un sujet somatique ou sa mémoire (précisé)	Sujets personnels
Exemple : oui	Pertes d'équilibre	Généalogie et activités de plaisirs

Bilan (psychométrie)				
Termes pour introduire le bilan	Accord patient	Termes pour terminer le bilan	Ressentis post-bilan	Commentaires = éléments abordés après le bilan
Exemple : J'ai plusieurs exercices à vous proposer	D'accord	Diversions vers ressentis dans la vie quotidienne Est-ce que vous avez des questions sur ce que nous avons fait ensemble	Je me sens rassuré	Mémoire abordée après des éléments sur environnement de vie et histoire de vie puis revient sur le motif de consultation

Tableau 1 : Grille d'analyse des entretiens patient - neuropsychologue et exemple de relevés dans l'écoute d'un entretien

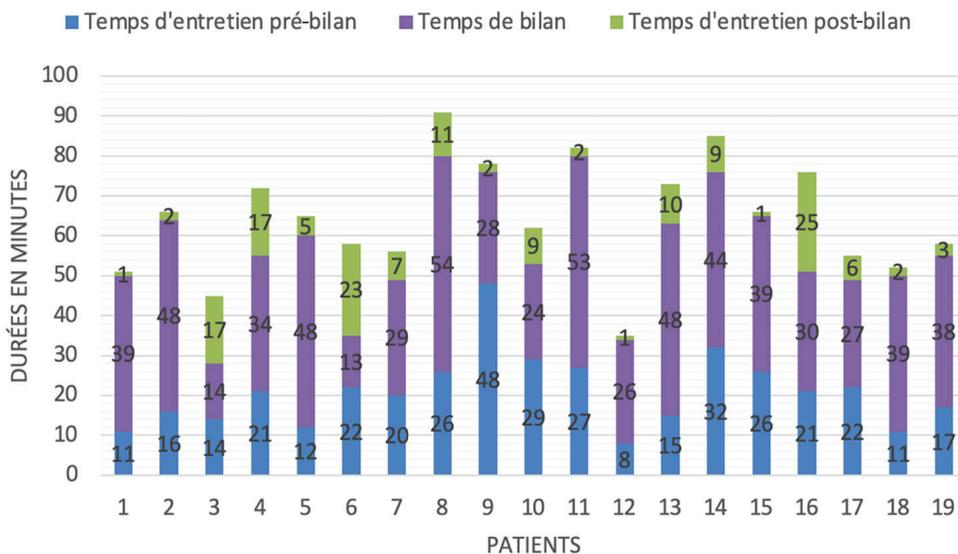


Figure 1 : Répartitions des temps dans les consultations neuropsychologiques

gistrements audios ne contiennent pas les noms des patients-participants. Ils sont directement codés en début et fin d'enregistrement.

L'ensemble de cette procédure a fait l'objet d'un projet soumis et validé par le Comité d'Éthique d'Établissement.

LA CONSULTATION NEURO-PSYCHOLOGIQUE

LES TEMPS

Les durées de consultations varient entre 34 et 91 minutes avec une moyenne de 65.2 minutes. Plus spécifiquement, les durées 1) d'entretien pré-bilan varient entre 8 et 48 minutes avec une moyenne de 21.3 minutes, 2) de bilan psychométrique entre 13 et 54 minutes avec une moyenne de 35.5 minutes, 3) d'entretien post-bilan entre 1 et 23 minutes avec une moyenne de 8 minutes (Figure 1).

Le temps réservé à la consultation neuropsychologique au sein de l'HDJ gériatrique est de 90 minutes. Une seule consultation dure ce temps et la durée moyenne est inférieure. Les temps de consultation sont donc courts par rapport à ce qui est prévu pour la consultation par les recommandations et représentations de bonnes pratiques (CBPNM, 2018). Ces observations nous font entrer dans la réalité clinique d'un HDJ Gériatrique qui favorise une disparité des temps de consultation pour des raisons : 1) logistiques : les rendez-vous s'enchaînent et différentes variables provoquent des réajustements de temps (retards, ajouts de rendez-vous...), 2) inhérentes aux patients (fatigue, collaboration...), et 3) liées à notre pratique clinique puisque nous tenons à proposer un entretien aux accompagnants familiaux sur le créneau de rendez-vous patient – neuropsychologue.

La répartition des temps à l'intérieur des consultations ne présente pas d'homogénéité, mais le temps d'entretien post-bilan est souvent court voire très court ce que nous discuterons dans l'analyse des entretiens.

LE DÉROULEMENT

Les consultations se déroulent chacune en trois temps : 1) un entretien qui inclut la discussion du contexte de la rencontre, 2) un bilan qui inclut sa présentation, le recueil de l'accord du patient, la réalisation et la sortie de bilan, et 3) un échange à la suite du bilan qui aborde la consultation médicale de synthèse des résultats de la journée d'HDJ (Figure 2).

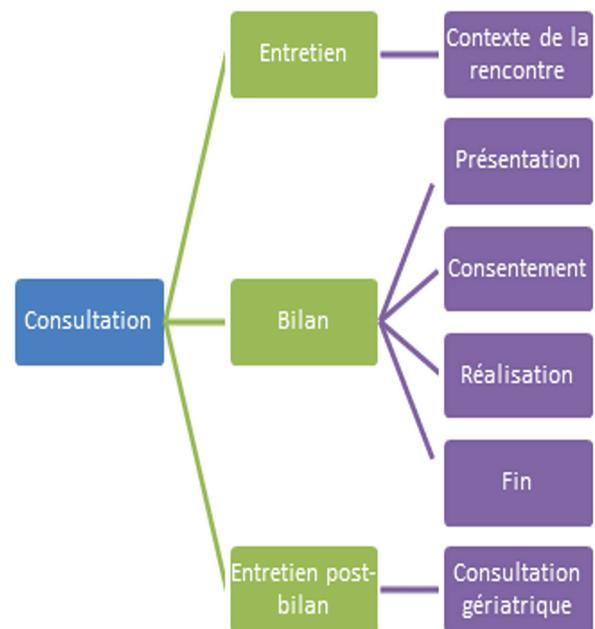


Figure 2 : Schéma des éléments observés dans les consultations

Malgré des durées hétérogènes, il se dégage une structure commune à toutes les rencontres autour de la chronologie et des outils employés que sont l'entretien et le bilan, mais aussi de sujets situationnels que sont la présentation du contexte et l'ouverture sur la consultation gériatrique. Ces éléments peuvent être considérés comme représentants de l'identité du neuropsychologue en consultation mémoire. Dans chaque temps, il demeure un espace pour des interactions qui s'articulent entre rencontre du sujet et maintien du contexte de consultation mémoire. Nous nous exerçons ici à une analyse du contenu et de la dynamique de ces interactions en dehors du temps d'évaluation psychométrique qui présente de nombreux enjeux spécifiques requérant une analyse à part entière.

L'ENTRETIEN

ENGAGEMENT DU PSYCHOLOGUE DANS L'ENTRETIEN

Notre engagement dans l'entretien se fait toujours avec la question « Comment allez-vous ? ». À l'issue de cette question, 12 patients répondent d'abord par un état puis enchaînent sur des éléments personnels à propos de leur environnement de vie, des éléments généalogiques et d'histoire de vie « Ça dépend des jours, parfois je suis fatiguée parce que j'ai une grande maison » (patient-participant ASR). Les autres patients expriment une plainte ou des dysfonctionnements somatiques « ma vue se brouille » (patient-participant JCPR) et 4 abordent leur mémoire. Ils évoquent alors davantage des ressentis de modifications de la mémoire que des éléments autobiographiques ou des épisodes « la mémoire a bien changé » (patient-participant HTR).

La structure de l'entretien reste semi-dirigée. Nous accueillons les sujets choisis par le patient avec des questions vers des éléments signifiants « Vous peignez à l'aquarelle ? », des informations sur la famille ou sur l'histoire de vie professionnelle « Vous avez fait toute votre carrière dans la même entreprise ? ». Nous exprimons plusieurs valorisations « et vous avez toujours réussi à vous adapter dans vos déménagements ? ».

Dans cette journée d'hospitalisation prescrite par un médecin, le contrat implicite autour de la rencontre avec le neuropsychologue est d'évoquer les problèmes de mémoire et de participer à des tests pour les évaluer. Ce contrat est véhiculé par les professionnels qui annoncent cette rencontre : « Vous allez voir la neuropsychologue pour passer des tests de mémoire ». En se détournant de cet attendu, avec la question ouverte « Comment allez-vous ? », nous souhaitons avancer une invitation à la rencontre, voir comment le patient se saisit de ce rendez-vous avec un neuropsychologue. Nous désirons présenter au patient une situation dans laquelle il peut se sentir autorisé à aborder ses états ou ses attentes. Les patients semblent se saisir de cette proposition de rencontre puisqu'ils initient des éléments de présentation personnelle, dans leurs relations avec leurs activités, leur famille et leur environnement. Même les patients qui se saisissent plus directement du contexte autour de plaintes, s'investis-

sent secondairement dans les échanges orientés vers ces éléments personnels.

Ces paroles illustrent que le patient choisi la thématique d'entrée dans l'entretien ; elle nous amène à aller davantage à la rencontre de la personne au-delà de son statut de patient (conformément à la démarche du psychologue³). Par-là, nous espérons détacher le patient de ce qui est attendu (parler de la mémoire) et des représentations associées (ex. diminution de la mémoire avec l'âge). Nous tentons d'annuler une menace explicite qui induit un risque de déficit cognitif pouvant influencer les performances (Stephan et al., 2016), en soutenant l'évocation de ressources personnelles et de souvenirs en mémoire dans un contexte d'écoute et d'échanges.

ENGAGEMENT PAR LE PATIENT

Lorsque le patient s'engage spontanément dans la consultation, c'est avec un commentaire sur l'environnement du bureau, sur l'extérieur, sur la personne du neuropsychologue « Vous travaillez ici depuis longtemps ? » (patient-participant FVR) ou bien, dans la formulation d'un état mental de fatigue (en rapport avec les entretiens précédents dans sa journée d'HDJ). S'ensuivent des échanges sur ces éléments, puis nous formulons des questions en rapport avec le commentaire qui guident vers des éléments personnels du patient « – Vous êtes tranquille ici – Oui on a de la chance, est-ce que c'est tranquille aussi là où vous habitez ? ». Ensuite, nous posons la question « Comment allez-vous ? ».

L'initiative spontanée des patients s'oriente davantage vers des éléments de l'environnement immédiat. Nous répondons à la proposition de débiter la rencontre autour de ces éléments communs et parfois de présentation sur notre propre personne. En initiant des échanges hors cadre, qui ne font pas rentrer dans une démarche d'entretien, le patient exerce une forme de diversion de la journée de bilan. En exprimant un ressenti de fatigue dans cette journée, il vient même nous avertir d'un état peu conciliable avec l'investissement dans la poursuite d'un bilan. La nature de ces échanges d'ordre conversationnel nous fait entrevoir que

3. Fiche métier psychologue rédigée sur le site du Ministère de la Santé et des Sports, et visible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=17>

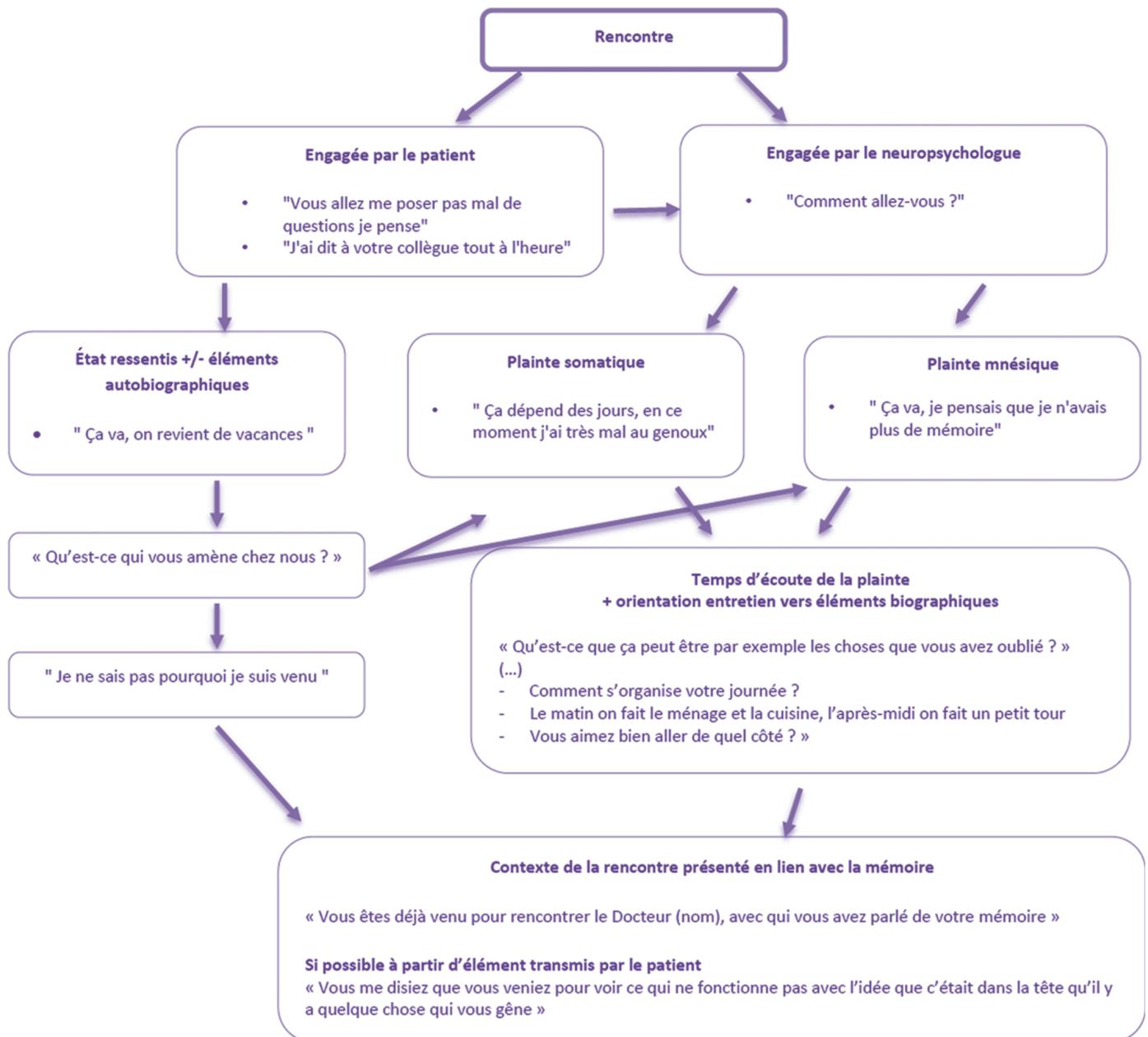


Figure 3 : Schéma des différentes structures d'entretien en fonction des dynamiques d'interactions

c'est la question « Comment allez-vous ? » qui pose un cadre d'entretien et semble autoriser les patients à entrer dans une parole plus personnelle.

PRÉSENTATION DU CONTEXTE

Nous resituons toujours le contexte de consultation dans l'entretien, mais dans des différences de formes et d'organisation (Figure 3).

Lorsque le patient exprime directement une plainte cognitive avec des conséquences dans les activités quotidiennes « Je ne peux plus faire »

(patient-participant JHR), nous digressons vers le contexte notamment avec la question : « Est-ce que c'est pour cela que vous venez nous voir ? ». Les échanges autour du motif de consultation se font alors dans un enchaînement direct.

Lorsque le patient vient à évoquer dans le déroulé de l'entretien une plainte mnésique et la consultation médicale « J'ai la mémoire qui flanche, j'ai d'ailleurs vu un Docteur pour cela » (patient-participant FTR), nous recueillons cette plainte et l'invitons à développer autour de questions en termes de sentiment « C'est vous qui trouvez que

votre mémoire flanche?», de représentation « Qu'est-ce qui vous fait dire que votre mémoire n'est plus comme avant? », ou de limite « Est-ce que votre mémoire vous gêne pour ce que vous voulez faire? ». Puis, l'entretien se poursuit vers un autre sujet évoquant des ressources, avant d'aborder le contexte de consultation en reprenant ce qui a été évoqué autour de la mémoire par le patient « Tout à l'heure, vous m'avez dit que vous trouviez que votre mémoire avait changé, nous nous voyons pour regarder cela ».

Lorsqu'aucun élément semblant concerner le contexte de consultation n'est relevé dans l'entretien, nous proposons une formulation d'abord ouverte « Qu'est-ce qui vous amène chez nous? ». Les patients peuvent alors 1) soit exprimer une plainte mnésique « J'oublie tout » (patient-participant MGR), mettre leur venue en HDJ en complément de la consultation gériatrique précédente « j'ai vu un Docteur l'autre jour ici et j'ai été convoqué » (patient-participant MER); le contexte est ici énoncé par le patient; 2) soit répondre ne pas savoir ou énoncer une raison de santé. Nous pouvons alors expliquer au patient « Vous venez pour un bilan de santé plus global qu'avec le médecin traitant et nous, nous nous rencontrons pour la mémoire, la concentration ». À deux patients qui ne placent pas le contexte de consultation autour de la mémoire, nous indiquons plus directement « Vous êtes déjà venu une fois dans ce lieu pour rencontrer un médecin à propos de votre mémoire et nous nous rencontrons, à sa demande, pour continuer à regarder votre mémoire ». Puis, nous formulons une question autour de la mémoire « Et comment trouvez-vous votre mémoire? ».

Autant que possible, nous nous appuyons sur des éléments produits dans l'entretien pour faire rejoindre les attentes et problématiques exprimées par le patient avec ce que nous lui proposons dans la présentation du contexte puis du motif de consultation. Quand aucun propos en lien avec ce contexte n'est porté spontanément, nous venons interroger directement les attentes afin de voir comment le patient se représente le motif d'hospitalisation sur une journée et de pouvoir l'évoquer en cohérence. Enfin, nous questionnons son fonctionnement cognitif et plus précisément ses capacités mnésiques. Par cette interrogation directe, nous favorisons un niveau de menace explicite, qui peut faire diminuer les performances mnésiques évaluées par la suite

(Marquet et al., 2019). Pour autant, nos missions de neuropsychologue en consultation mémoire nous conduisent à poser le contexte de consultation (Code de Déontologie⁴). En partant d'un travail autour du choix des termes, poser nous-mêmes le contexte plutôt que d'interroger le patient sur sa mémoire nous permettrait de mieux agir sur les représentations activées (Rahhal et al., 2001). Ce travail pourra se penser sur la base de la présentation du métier de neuropsychologue ou du fonctionnement de la mémoire par laquelle nous irions peut-être jusqu'à introduire des stéréotypes positifs? Il faudra alors porter attention sur le risque d'activer des représentations sur ce que nous attendons du patient et sur des attentes personnelles en termes de performances.

BILAN

PRÉSENTATION DU BILAN

La présentation du bilan inclut les termes « test » ou « exercice » en tentant de faire lien avec le motif de consultation évoqué auparavant : « Je vais vous proposer des exercices (ou des tests) pour voir comment votre mémoire fonctionne ». Lorsque le bilan est proposé en termes d'exercices, le mot « ensemble » revient régulièrement « Ensemble, on va faire quelques exercices ». Ensuite, nous expliquons des différences dans le matériel proposé : soit sur le degré de difficultés « Il y a des exercices plus difficiles que d'autres », soit sur le contenu « J'ai des exercices différents. Il y en a peut-être qui ne vont pas vous convenir, parce qu'il y a toujours des choses qu'on aime, des choses qu'on n'aime pas. Si c'est le cas, vous me le dites et je vous proposerais un autre exercice qui permette de répondre à vos questions ».

Les alternances dans l'emploi des mots « tests »; « exercices » laissent entrevoir notre malaise à passer d'une position d'écoute à celle d'évaluation. L'association du terme « ensemble » peut chercher à atténuer cette transition en signifiant une continuité de ce qui s'est fait jusqu'à présent à travers les interactions menées. Nous assumons ces mots et le positionnement qui en

4. Code de Déontologie des Psychologues (Actualisation en février 2012 du Code de Déontologie des Psychologues de mars 1996) visible sur : <http://www.code-dedeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>

découle puisque nous cherchons à comprendre les modifications de fonctionnement pour mieux appréhender et aider ce que le sujet vit autour de ses modifications. Notre évaluation a pour objectif d'identifier les ressources et les fragilités dans une démarche intégrant les éléments cognitifs tout autant que personnels, sociaux et relationnels. Par ailleurs, la sémantique du mot « exercice » éloigne comme nous le souhaitons, d'une notion d'évaluation menaçante (menace implicite) pour les compétences cognitives observées. Mais, il s'agit alors moins de répondre à une évaluation au caractère normatif. Nous nous éloignons ainsi des attentes des autres professionnels et des recommandations (HAS, 2011⁵). C'est cette non-conformité qui nous paraît moins assumée et susciter quelques malaises dans nos choix de vocabulaire.

Dans la présentation du matériel psychométrique, les formulations tendent vers une autorisation à ne pas « réussir » : soit en préparant à la difficulté, soit en insistant sur les différences interindividuelles des patients. Par-là, l'erreur et le manque de réponse sont suggérés comme possibles, voire même comme une normalité sans que ce soit lié à du pathologique. Nous nous interrogeons alors sur la pertinence d'être plus explicite dans cette intention sans pour autant risquer de susciter un amoindrissement de l'implication du patient.

RECUEIL DE L'ACCORD DU PATIENT

La question de l'accord du patient est toujours posée explicitement après la proposition de bilan : « Est-ce que vous êtes d'accord ? » « Est-ce qu'on peut faire des exercices ? » « Est-ce que je peux vous proposer des tests... ». Tous les patients ont accepté le bilan.

La démarche de recueil de l'accord s'inscrit dans le respect de l'Article 9 du Code de Déontologie : « Avant toute intervention, le psychologue s'assure du consentement libre et éclairé de ceux qui le consultent ou participent à une évaluation (...). Il a donc l'obligation de les informer de façon claire et intelligible des objectifs, des modalités et des limites de son intervention, et des éventuels destinataires de ses conclusions ».

5. Le cahier des charges des consultations mémoire (Circulaire N°DGOS/DGS /DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011)

Cependant, dans nos consultations, les enjeux des tests sont présentés comme une observation d'un fonctionnement et ce qui le gêne, mais pas comme une évaluation en rapport avec un diagnostic médical. En cela, nous priorisons notre position de psychologue à la rencontre du sujet sur l'intégration du contexte global de la rencontre autour d'une recherche de maladie. Comme précédemment, cette position nous place dans un inconfort entre notre devoir d'informer le patient pour recueillir un consentement éclairé et notre volonté d'agir sur une anxiété de situation et des représentations négatives menaçantes pour les performances cognitives évaluées (Regnier et al., 2012; Sindi et al., 2013). Pour concilier les deux, nous pourrions nous inspirer de la procédure de double consentement utilisée pour l'enregistrement des entretiens en reposant la question de l'accord directement, au moment d'évoquer la transmission des résultats au médecin prescripteur de l'HDJ dans l'entretien post-bilan. En cela, nous rejoindrions l'Article 17 du Code de Déontologie « La transmission à un tiers requiert l'assentiment de l'intéressé ou une information préalable de celui-ci ». Cette proposition nous paraît d'autant plus appropriée que dans les entretiens observés, tous les patients-participants acceptent la proposition de bilan alors même qu'ils ne reconnaissent pas tous le contexte de consultation ou une gêne cognitive. Leur laissons-nous véritablement le choix ? Un effet de contexte (« puisque je suis là » (patient-participant RBR)), les temps significatifs d'entretien (en moyenne 21.3 minutes) et leur déroulé mené par l'écoute ne peuvent-ils pas créer une relation de confiance évoluant jusqu'à une adhésion à la proposition ? La question se justifie d'autant plus que nous nous adressons à des personnes présentant des perturbations cognitives non encore identifiées et pouvant donc subir ces influences. Pour autant, les patients semblent s'appliquer dans le bilan à travers les temps de bilans (en moyenne 35.5 minutes), mais la qualité de l'investissement nécessite une analyse plus complète de marqueurs (ex : nombre de diversions, d'épreuves passées et terminées).

SORTIE DU BILAN

La fin du bilan psychométrique est soit marquée explicitement « On va s'arrêter là », soit plus implicite avec la question « Comment vous sen-

tez-vous?» à laquelle plusieurs patients répondent par un sentiment de fatigue.

En énonçant directement la fin du bilan, nous exprimons la clôture d'une étape de notre rencontre. En interrogeant à nouveau directement le patient notamment autour de ses ressentis, faisant écho au « Comment allez-vous? » du début, nous l'invitons à nouveau à s'exprimer après un temps où il répond à des consignes. Tout en ouvrant sur un temps d'échanges et donc sur une nouvelle situation d'entretien, c'est aussi une manière de vérifier le vécu du bilan, et les activations qu'il a pu susciter.

ENTRETIEN POST-BILAN

APRÈS LE BILAN

Dans tous les entretiens qui suivent le bilan psychométrique, la question du ressenti est donc posée et nous demandons aussi au patient s'il a des questions sur ce qui a été fait. Lorsque le patient investit ce temps autour de questions sur ce qui s'est passé, il parle en termes de « performances », de « difficultés » et peut exprimer des gênes rencontrées dans le quotidien (ce qu'il n'avait parfois pas fait auparavant) « je me rends compte que j'ai besoin de plus de temps pour faire les choses » (patient-participant YLR); « j'oublie beaucoup, c'est surtout ce qu'on me dit. L'autre jour, mon mari m'a demandé ce que ma fille voulait au téléphone, je ne savais plus » (patient-participant FBR). Il questionne aussi l'évolution possible en termes de maladie ou de perte d'indépendance « Vous venez d'évaluer la mémoire, là ça va, mais est-ce que ça peut se dégrader? » (patient-participant CRF); « Je ne me souviens pas de tout. C'est comme l'autre jour quand je me suis sentie déphasée, ça me fait peur. – parce que vous vous êtes sentie gênée? – ça peut être l'Alzheimer? » (patient-participant FTR). En l'absence de question de la part du patient, nous pouvons présenter un retour « Ce qu'on voit dans les exercices c'est que vous arrivez très bien à vous concentrer, mais que ça peut être difficile d'enregistrer de nouvelles informations ». Les retours formulent les ressources « Vous arrivez à raconter, cette mémoire-là fonctionne », puis ce qui est plus fragile « difficultés pour repérer des informations dans l'espace ». C'est dans ce temps que nous initions parfois des présentations de

dispositifs d'accompagnements. Dans les entretiens post-bilan plus longs, nous observons un échange qui porte davantage sur une régulation des signes d'anxiété présents et l'autre sur des mises en pratique de techniques d'adaptations dans une situation proche de celle dans lequel le patient ressent des problèmes.

Les termes employés par les patients nous rappellent que le bilan de par sa nature de tests, vient activer des notions de mesures et de valeurs dont les enjeux et les conséquences sont toujours à considérer dans nos propositions d'évaluation. Le contenu des entretiens vient aussi illustrer un rôle du bilan dans son versant mise en situation, qui provoque l'évocation de situations problématiques. Ces informations sont utiles à l'évaluation neuropsychologique et ouvrent sur des questionnements du patient. Les éléments recensés dans ce temps s'associent à des représentations négatives des capacités voire de pathologies et des ressentis associés tels que l'anxiété. Activer de telles représentations nécessite un temps spécifique d'écoute et d'échanges. Le bilan est donc suivi d'un temps de retour intégré dans les bonnes pratiques (CBPNM, 2018); retour sur ce qu'il a induit chez le patient et retour de ce que nous avons observé même si nous ne transmettons pas des résultats complets. Cependant, dans les entretiens enregistrés, nous observons des temps très courts dans la distribution des consultations étudiées (Figure 2). Nous nous retrouvons alors dans une position de transmetteur d'informations sur ce qui s'est passé, ne permettant pas d'espace d'échanges. Pourquoi ne prenons-nous pas ce temps? Sans doute, laissant beaucoup de place aux élaborations du patient, nous nous heurtons aux impératifs du déroulement de la journée autour d'horaires stricts dans l'enchaînement des rendez-vous (avec l'accompagnant du patient puis avec le patient suivant). Aussi, la fatigue exprimée par le patient à la sortie du bilan peut engendrer une diminution de ressources pour investir un nouveau temps d'entretien. Mais surtout, jusqu'à présent, nos réflexions se sont davantage portées sur les temps d'accueil, de présentation et de passation du bilan. C'est en observant ici ce qui s'y joue que nous réalisons véritablement l'importance de ce temps qui suit le bilan alors même que des représentations négatives peuvent avoir été provoquées par notre bilan. Il nous apparaît maintenant impératif de parvenir à réserver un temps post-bilan per-

mettant des échanges. Cette démarche peut nous conduire à repenser une organisation plus stricte du premier entretien ou travailler davantage sur les outils psychométriques.

FIN DE RENCONTRE

Nous signalons que les résultats du bilan vont être transmis au médecin que le patient a rencontré dans le service et qu'ils seront rediscutés avec lui « Il va me falloir un peu de temps pour analyser tout ça, c'est pour cela que vous aurez les résultats dans un deuxième temps avec le médecin gériatre (nom cité) ».

Ce temps clôture la rencontre en ouvrant sur la suite, toujours en lien avec l'Article 9 du Code de Déontologie. Il permet de souligner que le travail effectué va être considéré et inclut dans la démarche de soin. C'est ici que nous pourrions ajouter un recueil d'accord explicite en reprenant des éléments discutés autour de la mémoire.

CONCLUSION

Les observations d'entretien témoignent pour le neuropsychologue, d'un exercice de jonglage entre plusieurs réalités. Celle du « neuropsychologue – évaluateur – testeur » répondant aux recommandations et aux attentes, est ébréchée dès la lecture des durées de consultation et de bilan. Ne possédant pas le temps nécessaire pour évaluer l'ensemble des fonctions cognitives, nous nous autorisons à repenser la pratique. Nous y avons priorisé la réalité du patient avec une évocation d'informations et de ressentis personnels entendus comme des éléments de présentation dans une articulation d'écoute et d'échanges. Dans la réalité du « neuropsychologue – clinicien », nous tentons ici de saisir ce qui se joue pour le patient installant les bases de la rencontre, cherchant l'émergence d'une demande ou d'une problématique singulière. Si le cadre se pose ainsi, favorisant la rencontre et la crédibilité (Brossard,

2013), il est difficile d'harmoniser ces trois réalités au moment d'aborder le contexte et ses enjeux incontournables. Nous y énonçons des concepts de mémoire et d'évaluation que nous percevons comme menaçants pour chacune des réalités ce qui nous amènent dans un jeu de défenses mutuelles. Cependant, nous souhaitons continuer d'intégrer ces trois réalités dans notre pratique, en maintenant l'initiation du cadre commun jusqu'au bout de nos propositions et de la rencontre. Ainsi, nous cherchons à présenter le bilan en définissant le contexte en cohérence avec les attentes et représentations du patient. De même, les retours sur le bilan se pensent dans un espace pour discuter ce qui est observé en réponse à l'évolution des représentations et des ressentis du patient.

Cette analyse nous place donc dans une continuité de réflexion sur nos pratiques. Cette réflexion comme la pratique sont complexes en ce qu'elles intègrent le contexte et ses attentes, les valeurs du métier et la singularité de la rencontre ainsi que de nouvelles connaissances. L'enregistrement de nos entretiens avec les patients nous fait entrer dans un nouveau cadre d'analyse de pratique. S'écouter est un exercice qui tend vers la critique. Cette écoute, associée à une observation des déroulés et interactions nourrie une analyse constructive au sens qui nous mène à penser des ajustements et des articulations de nos outils (entretien et psychométrie) pour continuer à asseoir notre démarche clinique. Dans la poursuite de notre travail, elle nous génère deux envies : (1) regarder les interactions dans une observation directe par un tiers pour considérer les représentations et attentes de chacun (patient et neuropsychologue) et comment elles s'influencent mutuellement, (2) regarder de manière objective, mais dans une méthodologie qui amène un moindre chamboulement de la clinique, si et comment des représentations menaçantes sur la mémoire et l'âge sont activées, et peuvent venir influencer les performances des patients.

Références

- Brossard, B. (2013). Jouer sa crédibilité en consultation mémoire, Les personnes âgées face à l'évaluation cognitive. *Sociologie*, 1(4), 1-17. <https://doi.org/10.3917/SOCIO.041.0001>
- Bouchard, S. et Cyr, C. (2005). *Recherche Psychosociale : Pour Harmoniser Recherche et Pratique* (2^e éd.). Presse Universitaire du Québec.

- Collectif Breton des Psychologues Neuropsychologues exerçant en Consultation Mémoire (CBPNM). (2018). *Le neuropsychologue en consultation mémoire*. Psychologie et Vieillesse.
- Décaudain, M. et Ghiglione, R. (2016). *Les métiers de la psychologie* (3^e éd.). Dunod.
- Derouesné, C., Poitreneau, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B. et Laurent, B. (1999). Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation cognitive des patients par le clinicien. Version française consensuelle. *La Presse Médicale*, 28(21), 1141-1148. <https://doi.org/PM-06-1999-28-21-0755-4982-101019-ART87>
- Hahn Barma, V. et Guichart-Gomez E. (2020). *Guide de diagnostic neuropsychologique* (2^e éd.). De Boeck Supérieur.
- Langlais, M., Silvestre-Beccarel, G., Le Du, C. et Somme, D. (2016). *Neuro-psycho-gérontologue : ké-sa-ko ?* [Communication orale]. 48^{èmes} journées de gérontologie de la Société de Gérontologie de l'Ouest et du Centre, Saint Malo. <https://b1e8567fab.testurl.ws/sgoc/les-nouveaux-metiers-de-la-gerontologie-73>
- Lippmann, W. (1922). *Stereotypes. Public Opinion and the Press*. Mcmillan Publishing Co.
- Marquet, M., Missotten, P. et Adam, S. (2016). Âgisme et surestimation des difficultés cognitives des personnes âgées : une revue de la question. *Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 14(2), 177-186 <https://doi.org/10.1684/pnv.2016.0609>
- Marquet, M., Missotten, P., Dardenne, B. et Adam, S. (2019). Interactions between stereotype threat, subjective aging, and memory in older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 26(1), 121-143. <https://doi.org/10.1080/13825585.2017.1413166>
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie. L'observation* (2^e éd.). La Découverte.
- Rahhal, T. A., Hasher, L. et Colombe, S. J. (2001). Instructional manipulations and age differences in memory : now you see them, now you don't. *Psychology and Aging*. 16(4), 697-706. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.16.4.697>
- Régner, I., Mazerolle, M., Alescio-Lautier, B., Clarys, D., Michel, B., Paccalin, M., Piolino, P., Rigalleau, F., Sambuchi, N. et Huguet, P. (2016). Aging Stereotypes Must be Taken Into Account for the Diagnosis of Prodromal and Early Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 30(1), 77-79. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000129>
- Silvestre-Beccarel, G., Langlais, M., Adam, S. et Somme, D. (2019, 24-25 mai). *Menace des stéréotypes : la complexité de la pratique neuropsychologique est-elle un frein pour la recherche Clinique ?* [Communication orale]. 51^{ème} journées de Gérontologie de l'Ouest et du Centre, Rennes, France. <https://sgoc.fr/-2019-rennes->
- Sindi, S., Fiocco, A. J., Juster, R.-P., Pruessner, J. et Lupien, S. J. (2013). When we test, do we stress? Impact of the testing environment on cortisol secretion and memory performance in older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1388-1396. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.12.004>
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air : How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American psychologist*, 52(6), 613-629. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.52.6.613>
- Stephan, Y., Sutin, A. R., Caudroit, J. et Terracciano, A. (2016). Subjective Age and Changes in Memory in Older Adults. *The Journals of Gerontology : Series B*, 71(4), 675-683. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv010>
- Thomas-Antérion, C. et Barbeau, E. (2012). Ethique et tests neuropsychologiques. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement*, 10(4), 445-452. <https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0372>
- Van der Linden, M. (2006). Neuropsychologie clinique : objectifs, principes et méthodes. *Neurologie*, 3(3), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S0246-0378\(06\)26717-4](https://doi.org/10.1016/S0246-0378(06)26717-4)
- 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, 12-17.

Neuropsychologie sociale : limites et défis de l'approche actuelle

Social neuropsychology: limits and challenges of the current approach

François QUESQUE

Psychologue
Docteur en Psychologie,
Chercheur postdoctoral
Lille Neuroscience & Cognition, Université de Lille,
CHU de Lille, France. Centre National de Référence
des Malformations et Maladies Congénitales du Cervelet,
Département de Neurologie Pédiatrique, CHU de Lille,
France.

Maxime BERTOUX

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
Docteur en Psychologie,
Chargé de recherche à l'Inserm ; Lille Neuroscience &
Cognition, Université de Lille, CHU de Lille, France.

Contact

François QUESQUE

francois.quesque@gmail.com

CMRR, Service de Neurologie,
Hôpital Roger Salengro,
1 rue Emile Laine, 59000 LILLE, France.
Téléphone : +33320445962
Fax : +33320445961

Mots-clés

- Cognition sociale
- Théorie de l'esprit
- Émotion

Keywords

- *Social cognition*
- *Theory of mind*
- *Emotion*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec le manuscrit. Maxime BERTOUX tient à préciser qu'il est l'auteur de la mini-SEA et qu'il reçoit, à ce titre, des droits d'auteur

Pour citer cet article

Quesque, F. et Bertoux, M. (2022). Neuropsychologie sociale : limites et défis de l'approche actuelle. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 79-93.

Résumé

À travers cet article, nous détaillons la façon dont est conceptualisée et opérationnalisée la cognition sociale. Encore relativement jeune du point de vue de l'évaluation neuropsychologique, cette dimension cognitive supposée a bénéficié d'un essor important ces 20 dernières années. Pourtant, les clinicien·ne·s rapportent se sentir démuni·e·s dans son évaluation et les théoricien·ne·s sont confronté·e·s à des contradictions conceptuelles. Enfin, tou·te·s sont concerné·e·s par des limites structurelles. Après avoir fait état de l'intérêt grandissant pour l'évaluation de ces capacités cognitives, nous détaillons les limites et grands défis associés à ce champ de recherche. Nous faisons état des différentes conceptions « sous-entendues » à travers les principales approches, modèles ou tests actuels et soulignons des inconsistances majeures existantes entre elles, bien que celles-ci se côtoient et sont bien souvent articulées dans une approche largement intégrative. Enfin, nous mettons en lumière les défis fondamentaux qui s'imposent aux spécialistes de ce champ d'étude et, par extension, les enjeux à relever pour améliorer les pratiques cliniques.

Abstract

Through this article, we detail the way in which social cognition is conceptualized and operationalized. Still relatively young from the point of view of neuropsychological assessment, this supposed cognitive dimension has enjoyed significant growth over the past 20 years. Yet clinicians report feeling helpless in its assessment and theorists face conceptual contradictions. Finally, all are concerned by structural limits. After reporting on the growing interest in the assessment of these cognitive abilities, we detail the limitations and major challenges associated with this field of research. We report on the different “implied” conceptions through the main approaches, models or current tests and underline major inconsistencies existing between them, although these coexist and are often articulated in a largely integrative approach. Finally, we highlight the fundamental challenges facing specialists in this field of study and, by extension, the issues to be taken up in order to improve clinical practices

UN INTÉRÊT GRANDISSANT POUR LA COGNITION SOCIALE EN NEUROPSYCHOLOGIE

L'exploration de la cognition sociale a été traditionnellement négligée dans l'évaluation neuropsychologique. Cette exploration est pourtant essentielle puisqu'elle vise à quantifier les capacités à interagir avec les autres, ou à identifier les difficultés à le faire. L'essor que la cognition sociale connaît de nos jours en neuropsychologie a été initié il y a bientôt trente ans, mais des disparités nettes subsistent selon les champs d'applications ou les populations concernées (celles-ci sont illustrées en Figure 1).

Nous observons par exemple une constante augmentation du volume de publication traitant de la cognition sociale en psychiatrie. Nous remarquons toutefois que c'est autour de la schizophrénie que se concentrent la majorité des travaux, même si cet avantage tend à se réduire avec le temps. Du côté des troubles neurodéveloppementaux, l'autisme reste le contexte préférentiel de l'étude de la cognition sociale. Dans le champ des maladies neurodégénératives, le volume de publications apparaît en constante augmentation, tout comme cela semble être le cas – plus modestement néanmoins – pour les déficits neurologiques soudains (accidents vasculaires cérébraux, traumatismes crâniens).

Dans ce contexte où l'accroissement des recherches semble en lien avec l'ampleur des difficultés comportementales retrouvées chez les patient-e-s, la cognition sociale fait officiellement son entrée dans le DSM V en 2013 comme l'un des domaines principaux de la cognition et, en parallèle, de nombreux outils d'évaluation francophones voient le jour (e.g. BCS, Ehrlé, 2015; BICS, Achim et al., 2012; CLACOS, Peyroux et al., 2019; EVACO, Roux et al., 2016; mini-SEA, Bertoux, 2012; PECS-B, Etchepare et al., 2020; TOM-15, Desgranges et al., 2012). Malgré cette percée importante en termes de production scientifique et de développement d'outils, ce champ peine toujours à s'imposer en neuropsychologie, comme l'illustre sur la Figure 1, la comparaison avec la quantité de travaux relatifs aux « fonctions exécutives » pour la maladie d'Alzheimer¹, bien supérieurs en nombre.

Cet intérêt relativement récent pour la cognition sociale du point de vue de la recherche en neuropsychologie a eu un impact relatif sur les

1. Le nombre de publication se rapportant aux fonctions exécutives n'est spécifié que pour la maladie d'Alzheimer par soucis de clarté. Le même ordre de grandeur est toutefois observable pour les autres contextes cliniques mentionnés ici, sauf en psychiatrie où nous observons une progressive homogénéisation des productions avec le temps, et pour le champ de l'autisme pour lequel la cognition sociale est première en termes de volume.

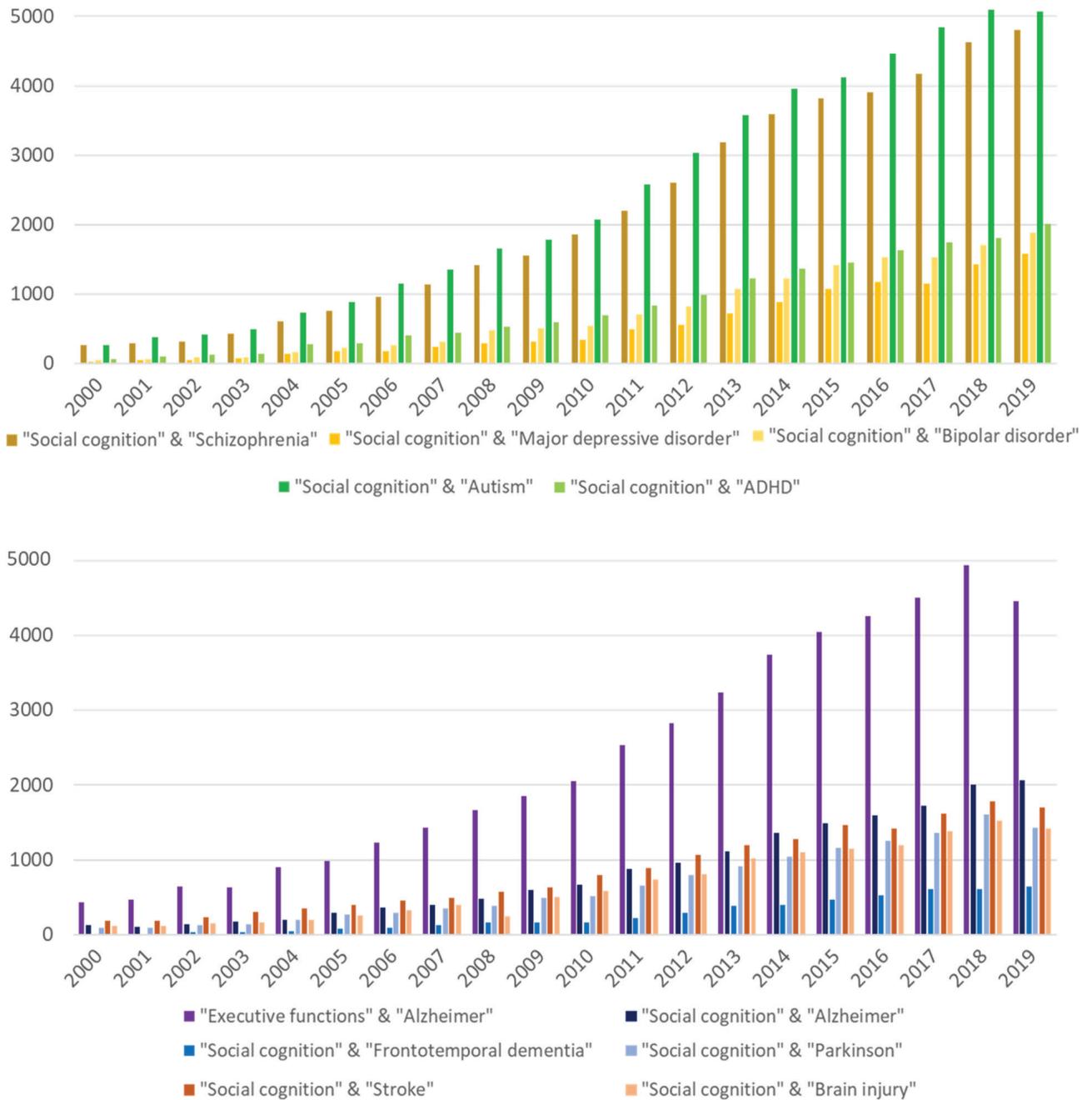


Figure 1 : Évolution temporelle du nombre de publications scientifiques faisant référence à la « cognition sociale » pour différentes populations cliniques

HAUT : En Jaune sont représentées, du plus foncé au plus clair : le nombre de publications référant aux termes « cognition sociale et schizophrénie », « cognition sociale et dépression », « cognition sociale et trouble bipolaire » ; En vert : « cognition sociale et autisme », « cognition sociale et trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ».

BAS : En bleu sont représentées, du plus foncé au plus clair : le nombre de publications référant aux termes « cognition sociale et maladie d'Alzheimer », « cognition sociale et dégénérescence lobaire fronto-temporale », « cognition sociale et maladie de Parkinson » ; En orange : « cognition sociale et AVC », « cognition sociale et traumatisme crânien ». À titre de comparaison, le nombre de publications référant aux termes « fonction exécutives et maladie d'Alzheimer » est illustré en violet. Le nombre de références est estimé via Google Scholar. Cette figure est pensée comme une illustration et ne se veut pas exhaustive.

pratiques cliniques actuelles. Dans une enquête nationale conduite en 2019, le premier test de cognition sociale, la mini-SEA, pointe à la 25^e place

en termes de pourcentage d'utilisation par les neuropsychologues français·e-s (20 % déclarent l'utiliser), loin derrière le test de Stroop ou le RL/

RI-16 (>75% d'utilisation) (Branco-Lopes et al., 2019). Lors d'une enquête plus récente, (Quesque et al., en préparation), environ 40 % des neuropsychologues français·e·s témoignaient en 2020 ne pas avoir bénéficié d'un enseignement spécifique relatif à la cognition sociale durant leurs études. Chez les plus jeunes d'entre eux ou elles (diplômé·e·s de moins de 5 ans), cette proportion tombe aux alentours de 20 %, ce qui suggère que les enseignements suivent les tendances de la recherche. Cette apparente avancée du point de vue de la formation semble néanmoins ne pas répondre aux attentes des clinicien·ne·s puisqu'une large majorité se déclare relativement peu (voire « pas du tout ») confiante lors de l'évaluation ou la rééducation de la cognition sociale dans cette enquête (un retour qui contraste avec ce qui est rapporté pour la mémoire ou les fonctions exécutives). Par ailleurs, 99 % des sondé·e·s déclaraient souhaiter bénéficier davantage d'informations.

À travers le présent article, nous nous essaierons à décrire l'hétérogénéité de ce champ de recherche et à expliquer celle-ci par une perspective historique et une analyse conceptuelle et méthodologique. Nous évoquerons quelques grandes limites au développement de la recherche et de la pratique dans le domaine de la cognition sociale et discuterons des principaux défis à relever pour permettre le développement de meilleures pratiques cliniques et fondamentales dans les années à venir. Nous espérons ainsi offrir certaines clés aux praticien·ne·s désireux·ses de prendre un peu de recul sur la thématique.

TOUR D'HORIZON D'UN CONSTRUIT INCONSISTANT

UNE DIFFICILE DÉFINITION DE LA COGNITION SOCIALE

Lors de la récente enquête nationale évoquée dans la partie précédente, nous avons demandé aux clinicien·ne·s ce qu'évoquait spontanément pour elles ou eux « la cognition sociale ». Il leur était possible de répondre de façon littérale ou par une simple énumération de termes, de tests ou d'auteur·ice·s. Une analyse de contenu a permis de prendre conscience du fait que seuls deux concepts apparaissaient dans plus de 50 % des réponses : « Théorie de l'esprit » et « Émotions ». Ainsi, pour la majorité des praticien·ne·s, ex-

pert·e·s en neuropsychologie, la cognition sociale se résume le plus souvent à ces deux entités lorsqu'elles et ils doivent spontanément la définir. Pourtant, les interactions sociales ne sauraient se réduire à ces deux processus.

Nous supposons que cette représentation restreinte est en grande partie associée aux tests disponibles et aux investigations réalisées en recherche en neuropsychologie, qui se focalisent dans leur vaste majorité sur ces deux fonctions (Cotter et al., 2018). Cependant, si cette définition de la cognition sociale, obtenue chez les professionnel·le·s, peut s'avérer extrêmement réductrice et négliger de ce fait une part importante des concepts couverts par les termes « cognition sociale » dans la littérature scientifique, nous reconnaissons qu'il est difficile d'en trouver une définition claire dans la littérature même. Il nous apparaît que cette absence de clarté générale sur la définition de ce qu'est la cognition sociale peut s'expliquer principalement par une confusion entre « approche théorique » et « construit psychologique ». Dit autrement, le même terme est utilisé à la fois pour désigner un champ d'étude (le « quoi », une partie de la littérature se focalisant sur les interactions entre individus) et son explication (le « comment », les processus psychologiques supposés spécialisés dans l'exécution des comportements sociaux). Nous allons développer ce point dans la partie suivante à travers une courte perspective historique, volontairement centrée sur la psychologie sociale et la neuropsychologie.

UNE HISTOIRE PLURIELLE À L'ORIGINE D'UNE CONFUSION CONCEPTUELLE

Retracer l'histoire de la cognition sociale nécessiterait un réel travail historique et d'épistémologie que nous ne pouvons faire ici étant donné la multitude et la complexité des différentes conceptions formulées. Nous nous bornerons donc à discuter de la coexistence de différentes conceptions en psychologie sociale et en neuropsychologie. Si la psychologie sociale a été à l'origine du concept de cognition sociale, notons toutefois que d'autres disciplines peuvent revendiquer des contributions clés dans sa naissance ou son développement. La sociologie initia par exemple les travaux sur l'ajustement aux rôles sociaux dès les années 1940. Citons également la primatologie

de Premack et Woodruff, explorant la « théorie de l'esprit », ou encore la psychologie expérimentale qui conceptualisa l'empathie dans son acception moderne, en 1948.

La psychologie sociale est historiquement dédiée à l'étude de l'influence des conditions sociales (environnement, interactions entre agents, appartenance à un groupe, présence d'un pair, etc.) sur les comportements individuels. Dans ce cadre général, l'un des pionnier·e·s de la discipline, Kurt Lewin, impulsa un intérêt pour les représentations subjectives que développe l'individu au sujet de son environnement social (Lewin, 1951). Dès lors, il fut considéré qu'une compréhension exhaustive du comportement d'une personne était déterminée non plus uniquement par (1) les caractéristiques de la situation dans laquelle elle se trouvait, mais également par (2) ses interprétations et motivations associées. Selon cette approche, lorsque considérées isolément, ni la situation, ni les interprétations, ne permet de prédire le comportement avec fiabilité. Une approche « cognitiviste » de la psychologie sociale s'est alors développée, cherchant à expliquer l'effet du contexte par des mécanismes psychologiques non directement observables (Fiske et Taylor, 1991). La cognition sociale comme objet d'étude émergea, définie alors comme l'étude des représentations et intentions associées à un environnement social (et à *soi* au sein cet environnement).

Mais, ce qui se joue dans la relation, dans l'interaction entre le clinicien et le patient, chacun animé par des représentations et des attentes, nous pousse à nous questionner sur nos pratiques et notre approche au-delà de ces propositions.

Susan Fiske et Shelley Taylor (1991), dans leur ouvrage de référence sur le sujet, discutent de la cognition sociale comme d'une spécification de la cognition appliquée au traitement d'une information particulière : les individus. Les autrices discutent de la particularité des stimuli sociaux dans les traitements cognitifs. Dans ce cadre, la cognition sociale n'est pas la simple transposition de ce que la psychologie expérimentale nous a appris de la cognition (les études reposant souvent sur des stimuli minimalistes comme des chiffres, des couleurs, des lettres). Pour Fiske et

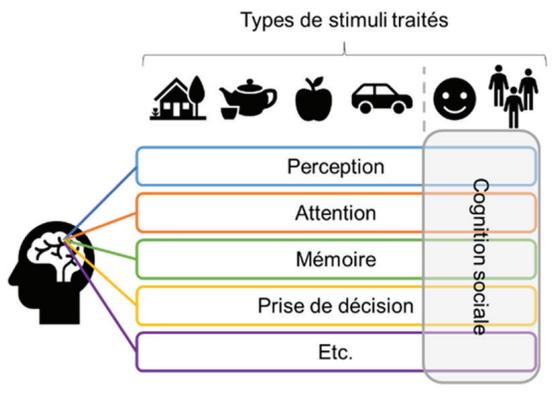
Taylor (1991), les individus (par opposition aux objets) influencent intentionnellement leur environnement ; vous perçoivent en retour (si bien que toute cognition sociale est mutuelle) ; ou encore, sont susceptibles de changer suite à notre évaluation. De même, l'attribution de caractéristiques psychologiques nécessite l'inférence de représentations non directement perceptibles et dont la véracité ne peut être vérifiée que difficilement. En résumé, la cognition sociale constitue dans ce contexte un terme générique pour décrire les différentes formes de cognitions et d'intentions à propos d'autres individus, ou de groupes, en relation avec soi, que ce soit concernant leurs représentations mentales ou leurs comportements (De Jaegher et al., 2010). Cette définition est aujourd'hui toujours utilisée par les représentant·e·s de la psychologie sociale s'intéressant aux questions de formation d'impression, d'attitudes et de stéréotypes (e.g. Amodio, 2019).

Du côté de la psychologie clinique et de la neuropsychologie, le terme « cognition sociale » émerge initialement dans une approche développementale, dans les années 80. Partant de l'observation du comportement des enfants, les auteur·ice·s cherchent à identifier les capacités cognitives qui leur permettent de se représenter les actions, les intentions ou les émotions d'autrui (e.g. Shantz, 1983 ; Wimmer et Perner, 1983²). Par extension, ces travaux influencent le champ clinique, notamment dans l'autisme. Une poignée d'études clefs (e.g. Baron-Cohen et al., 1985) fait alors basculer le champ entier de l'autisme dans l'étude des capacités d'inférences des états mentaux (Leekam et al., 2016), en développant l'idée que ce développement atypique est caractérisé par une dysfonction spécifique de facultés cognitives tournées vers les interactions sociales. Avec cette hypothèse se diffuse donc la notion que la cognition sociale est un domaine cognitif spécifique, au même titre que la mémoire.

Cet attrait pour les capacités impliquées dans les interactions sociales s'accélère ensuite à la fin des années 90 sous l'impulsion des travaux de neuroscientifiques célèbres comme Antonio Damasio (Damasio, 1994) ou Ralph

2. Il est à noter qu'historiquement, nombre de ces études aujourd'hui considérées comme princeps, étaient conduites en l'absence de toute référence à « la cognition sociale », ce n'est qu'ensuite, qu'elles furent regroupées par d'autres comme exemplaires typiques de ce domaine.

• **Vision historique de la « psychologie sociale »**



• **Vision classique des « neurosciences »**

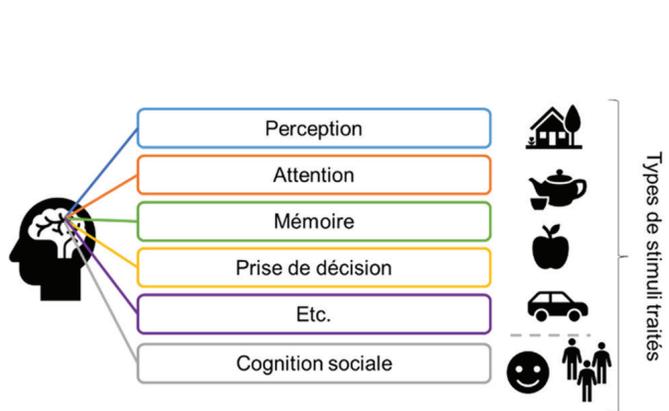


Figure 2 : Représentations des deux usages majeurs des termes « cognition sociale »

À gauche : la cognition sociale constitue une spécification de la cognition appliquée au traitement d'une personne ou d'un groupe.
 À droite : la cognition sociale constitue une fonction cognitive distincte, responsable des interactions avec un individu ou un groupe.
 La seconde conception est couramment utilisée en neuropsychologie ou en neurosciences cliniques, alors que celle du volet de gauche est utilisée en psychologie sociale.

Adolphs (Adolphs et al., 2005), qui, par leurs cas cliniques (EVR et SM respectivement, mais surtout la popularité donnée par le premier à Phineas Gage) et leurs démonstrations expérimentales, insistent sur les corrélations clinico-anatomiques entre fonctions et régions cérébrales. L'enjeu n'est alors plus seulement de comprendre la cognition, mais aussi d'identifier les régions du cerveau qui composent « le cerveau social ». À l'idée de considérer la cognition sociale comme un domaine cognitif bien délimité s'associe alors la tendance à vouloir identifier son support neural spécifique. La pensée qu'il existe un noyau (*core*) de processus sous-tendant la cognition sociale se traduit alors par des hypothèses anatomiques. Le cortex orbito-frontal, l'amygdale ou la jonction temporo-pariétale sont mentionnées comme des régions cérébrales incontournables à la cognition sociale.

Dans cette lignée, le champ des neurones miroirs a vraisemblablement provoqué un engouement supplémentaire vers cette conception « encapsulée » de la cognition sociale. Ces neurones ont la particularité d'être actifs non seulement lors de l'exécution d'une action spécifique, mais aussi lors de l'observation de la même action chez une autre personne (voir cependant Uithol et al., 2011, pour une critique de ces propriétés). Cette propriété particulière offrait alors un support neural de premier choix pour expliquer la capacité des humains à se mettre à la place d'autrui, par un phénomène de résonance dans

leurs propres neurones. Dans ce contexte, il fut tentant pour différent·e·s théoricien·e·s d'affirmer avoir identifié la base neurale de la « cognition sociale » (e.g. Gallese et al., 2004), la résumant à la compréhension des actions et des émotions d'autrui. Pour beaucoup, le terme de cognition sociale s'est ainsi mis à renvoyer à « une capacité » particulière, et le système miroir est encore fréquemment mentionné comme en constituant le principal support (Van Overwalle, 2009) en dépit des nombreuses critiques qui ont pu être formulées (voir Decroix et al., 2021, pour une discussion exhaustive de « pourquoi les neurones miroirs ne peuvent pas constituer le support de la représentation des états mentaux d'autrui »).

Pour résumer, et comme nous l'illustrons par la Figure 2, si la psychologie sociale considère la cognition sociale comme une expression sociale ou contextualisée de la cognition, en neuropsychologie, la cognition sociale est davantage perçue comme un ensemble de processus qui permettent la compréhension des autres et les interactions avec autrui (e.g. Gallotti et Frith, 2013).

UN DOMAINE INDÉPENDANT ?

La question « la cognition sociale est-elle un domaine cognitif indépendant? », génère autant de réponses que d'auteur·ice·s. Amener une réponse reviendrait presque à choisir entre l'ap-

proche prônée par la psychologie sociale (qui répondrait plutôt non) et celle prônée par la neuropsychologie (qui répondrait plutôt oui). Plus généralement, cette question nous fait réfléchir sur l'indépendance et la supposée spécificité des mécanismes cognitifs, et sur l'importance que nous accordons à cette indépendance.

Par exemple, si les approches traditionnelles de la neuropsychologie reconnaissent une forme de spécificité dans le fonctionnement cognitif et neural de la mémoire épisodique (que nous considérons à tort comme quasi exclusivement dépendant des fonctions hippocampiques), pourquoi ne serait-ce pas le cas de la cognition sociale? Mais dans ce cas, que faire de notre capacité à nous rappeler des autres personnes, une capacité éminemment mnésique, mais tout autant sociale (pour un riche débat sur le sujet, voir Mahr et Csibra, 2018). Dans la même veine, puisqu'elles dépendent le plus souvent d'une estimation probabiliste rapide et implicite, basée sur l'expérience, notre capacité à inférer les états mentaux d'autrui est-elle distincte de notre capacité à prédire une sensation sur la base d'un contexte physique particulier (Ondobaka et al., 2017)? Dans un registre légèrement différent, parce qu'il existe une similarité forte entre notre capacité à distinguer des visages humains et des objets dont nous sommes expert·e·s (Tarr et Gauthier, 2000), dans quelle catégorie (sociale ou non) classer le gyrus fusiforme (appelé *Fusiform Face Area*) préférentiellement mobilisé dans ces deux tâches?

La complexité supposée des mécanismes mobilisés, ou bien leur diversité, permet sans doute à certain·e·s de dire qu'un ensemble de fonctions forme un domaine cognitif. Reconnaître, en pratique comme en recherche clinique, qu'au moins deux fonctions clefs (mentalisation et reconnaissance des émotions) semblent indispensables aux interactions sociales optimales, facilite ce regroupement taxonomique au sein d'un domaine. Mais, nous demander uniquement si, oui ou non, la cognition sociale est un domaine cognitif à part entière nous fait négliger la possibilité que ce soit la cognition humaine dans sa globalité qui puisse être « sociale », simplement parce qu'elle l'est prédominairement. Notons également que contrairement à la croyance bien ancrée que la science est neutre, elle n'est jamais indépendante des différents contextes philosophiques, culturels,

politiques et historiques humains qui se succèdent et que ces derniers ont ici probablement joué un rôle en donnant une moindre importance ou une moindre autonomie à un concept plutôt qu'à un autre (sur la négligence du « social » en psychologie, lire par exemple Greenwood et al., 2000).

Quel que soit le nombre final de processus considérés comme *essentiels* de la cognition sociale, il nous apparaît que leur inclusion est davantage motivée par une intuition théorique (i.e. il est supposé que ces capacités soient essentielles) et sémantique (i.e. des liens entre certaines de ces capacités sont faits arbitrairement) plutôt que par la démonstration d'un rôle causal de ces capacités au bon déroulement des interactions sociales. À titre d'exemple, certaines études ont pu mettre en évidence un lien entre la capacité à inférer les états mentaux d'autrui et la manifestation de conduites à problèmes chez de jeunes enfants (e.g. Capage et Watson, 2001). De façon intéressante cependant, il s'avère que cette relation semble disparaître lorsque nous tenons compte du QI verbal des enfants (Carter Leno et al., 2020), ce dernier étant pourtant classiquement considéré comme indépendant de la cognition sociale. Est-il cependant pertinent de dissocier le langage – une activité destinée à la communication, et dont l'essence même est sociale – de la cognition sociale, tel que nous le faisons traditionnellement? À elle seule, cette dissociation historique de la neuropsychologie illustre le caractère arbitraire des regroupements effectués traditionnellement.

Mais est-il si important de statuer sur l'indépendance de la cognition sociale? Que la réponse à cette question soit affirmative ou non, le fait que le DSM V ait tranché en faveur de cette indépendance a, selon nous, le mérite d'opérationnaliser les choses sur le plan clinique en permettant d'arrêter de négliger ces fonctions essentielles à la vie humaine. En accordant à la cognition sociale un statut de « domaine principal », le DSM lui confère une importance similaire à celle donnée à la mémoire, au langage, aux fonctions exécutives, à l'attention et au fonctionnement visuo-praxique. À ce titre, nous pensons que cette approche est nécessaire dans une perspective pragmatique, pour que changent les enseignements et les pratiques.

Cette approche prônée par le DSM pourrait s'avérer particulièrement nécessaire en France,

où la neuropsychologie reste une discipline structurellement très influencée par la neurologie française et ses concepts, en particulier lorsqu'elle est exercée dans un contexte hospitalier. Cette influence s'observe notamment dans l'explication neurologique des comportements anormaux, pour lesquels l'accent sera mis préférentiellement sur les dysfonctions exécutives et non sur la cognition sociale. Dans la neurologie française, nous pouvons ainsi observer l'importance du concept de « syndrome frontal » et souligner sa discrète, mais persistante, influence dans l'interprétation des comportements anormaux (sociaux ou non) retrouvés dans certaines populations cliniques neurologiques (Migliaccio et al., 2020). Le syndrome frontal s'envisageant principalement comme une dérégulation des fonctions exécutives, dans une heuristique où le frontal est associé à l'exécutif et *vice-versa*, les dysfonctions de la cognition sociale s'interprètent même encore parfois comme des défaillances des processus exécutifs (Godefroy et al., 2018). Au GRECO (Groupe de Réflexion sur les Evaluations COgnitives), qui garde une place prépondérante dans l'orientation des pratiques neuropsychologiques en France, le projet d'établissement de normes pour les épreuves de la mini-SEA (Bertoux et al., 2012) et de l'IRI (Davis, 1983) se nomme ainsi GREFEX 2 (groupe de réflexion sur « l'évaluation des fonctions exécutives »). Ce nom, tout comme la nomenclature que le GREFEX 2 défend, ne nous paraît pas adapté à l'état de l'art des connais-

sances en neuropsychologie, linguistique, neurosciences sociales ou en psychologie sociale. Si identifier les raisons de ce décalage reste hors du cadre de cet article, il peut toutefois être noté que le dernier bureau du GRECO était majoritairement composé de médecins (10 au total, pour 2 psychologues et 1 orthophoniste). C'est ici une particularité française au regard des équivalents internationaux. Sans nier l'utilité historique de ce groupe, ce décalage s'avère d'autant plus saillant que le thème étudié soit né et se soit développé en dehors de la pratique et des connaissances médicales, comme c'est le cas de la cognition sociale. Nous ne remettons ici ni en cause la pertinence individuelle des intervenant-e-s, ni leur degré individuel d'expertise, mais nous interrogeons sur l'optimalité de la diffusion des dernières connaissances issues de la psychologie scientifique, la linguistique et des neurosciences sociales et affectives dans un groupe de fait essentiellement médical. Loin d'être une digression sur l'indépendance fragilisée de notre discipline, ce dernier passage illustre en quoi le savoir neuropsychologique peut lui-même être orienté par un contexte particulier (ici, un contexte très médical), loin d'être neutre, qui impacte notre formation, nos théories et nos pratiques. De notre point de vue, une réflexion épistémologique sur les conditions de production et de diffusion de nos savoirs et pratiques est indispensable pour permettre d'approcher l'organisation des grands domaines cognitifs.

ENCADRÉ 1. Social, cognitif, affectif...

Nous avons vu que, bien que la distinction entre cognition sociale et non sociale soit arbitraire, elle avait le mérite d'identifier un champ d'étude et de pratique encore négligé. Nous pourrions appliquer la même remarque à la « cognition affective ». Historiquement, nous avons – philosophes, psychologues, grand public – pris l'habitude de distinguer l'affectif du cognitif, ou, dit autrement, l'émotionnel de l'intellectuel. Cette distinction est, elle aussi, arbitraire : pourquoi les émotions seraient-elles contraires à la raison ? S'il est bien au-delà du sujet de cet article de définir ce qu'est la raison, et d'y discuter la place sous-estimée, mais pourtant prépondérante des émotions, nous pouvons néanmoins affirmer que lorsqu'il s'agit de prendre les bonnes décisions nous concernant, les émotions jouent un rôle clef. En guise d'exemple élémentaire, le comportement de fuite, dicté par la peur lors d'un danger imminent, a une utilité certaine dans un objectif de bien-être ou de survie. Plus généralement, les affects jouent un rôle prépondérant dans l'ensemble de notre fonctionnement cognitif. L'apprentissage, la mémoire, la motivation, la prise de décision, etc. sont des domaines cognitifs au sein desquels les affects ont une place évidente. Distinguer l'affectif et le cognitif n'a donc guère de sens sinon à vouloir mieux étudier spécifiquement (si cela est possible) les mécanismes de la « cognition affective ». Mais, la synthèse des connaissances est indispensable pour décrire au mieux la complexité du fonctionnement cognitif humain.

DES CONCEPTS NÉBULEUX : L'EXEMPLE DE LA THÉORIE DE L'ESPRIT

Que nous adoptions l'une ou l'autre vision de la cognition sociale, nous pouvons admettre l'existence de capacités cognitives plutôt spécifiques, ou qui s'expriment préférentiellement dans un contexte social. Il reste à définir les différents processus la composant, ceux permettant donc les interactions sociales. De nombreuses capacités ont pu être listées à travers le temps et les auteur·ice·s (Bertoux, 2016; Happé et al., 2017) et même s'il existe une variabilité selon les productions, certains construits sont systématiquement identifiés. La théorie de l'esprit, la reconnaissance des émotions, la connaissance des normes sociales, la pragmatique ou encore l'empathie sont parmi les fonctions fréquemment listées comme les incontournables du domaine (Achim et al., 2012; Etchepare et al., 2014). Pourtant, ces habiletés cognitives peuvent revêtir différentes appellations et définitions. Les fonctions cognitives couvertes par certains termes peuvent parfois même se chevaucher, ce qui rend la cognition sociale, en tant que domaine supposé, difficile à appréhender.

Ces différents constats, très limitants pour une bonne compréhension de ce qu'est la cognition sociale, s'illustrent parfaitement à travers l'exemple de la « théorie de l'esprit ». La capacité à attribuer des états mentaux à autrui (et à les distinguer de ses propres états mentaux), représente l'une des dimensions les plus étudiées de la cognition sociale. La littérature scientifique qui lui est consacrée souffre pourtant d'une incroyable inconsistance, rendant toute synthèse extrême-

ment périlleuse. D'après nous, cette inconsistance marquée trouve, entre autres, son origine dans la très grande hétérogénéité des termes utilisés pour qualifier cette capacité, parfois nommée théorie de l'esprit (*theory of mind*), parfois mentalisation (*mentalizing*), mais aussi lecture de pensées (*mindreading*), prise de perspective (*perspective-taking*), empathie (*empathy*), empathie cognitive (*cognitive empathy*), ou même prise de perspective empathique (*empathic perspective-taking*) selon les contextes théoriques. La plupart des tests cliniques cherchant à évaluer cette capacité parlent toutefois de théorie de l'esprit, encore que certain·e·s distinguent la théorie de l'esprit cognitive de la théorie de l'esprit affective. S'arrêter sur l'usage d'un terme général pourrait participer à un gain de clarté, mais l'hétérogénéité des mesures qui lui sont associées n'aide cependant pas à y voir clair.

Comme l'illustre la Figure 3, l'évaluation de la théorie de l'esprit pose un certain nombre de problèmes (Quesque et Rossetti, 2020). Si de nombreux tests existent pour évaluer cette capacité à inférer les états mentaux (e.g. RMET, Faux-pas, Attribution d'intention, Tom-15, etc.), les processus cognitifs véritablement mesurés par ceux-ci varient grandement d'un test à un autre (voir Figure 3, volet de droite). À l'inverse, certains tests, reposant sur des principes identiques (e.g. catégoriser des expressions faciales) sont parfois valorisés comme évaluant supposément des construits cognitifs différents, comme la reconnaissance d'émotions (visages d'Ekman, Ekman et Friesen, 1976) ou la théorie de l'esprit (REMT, Baron-Cohen et al., 2001), et cela en dépit d'arguments psychométriques les rapprochant sans ambiguïté (Etchepare et al., 2020).

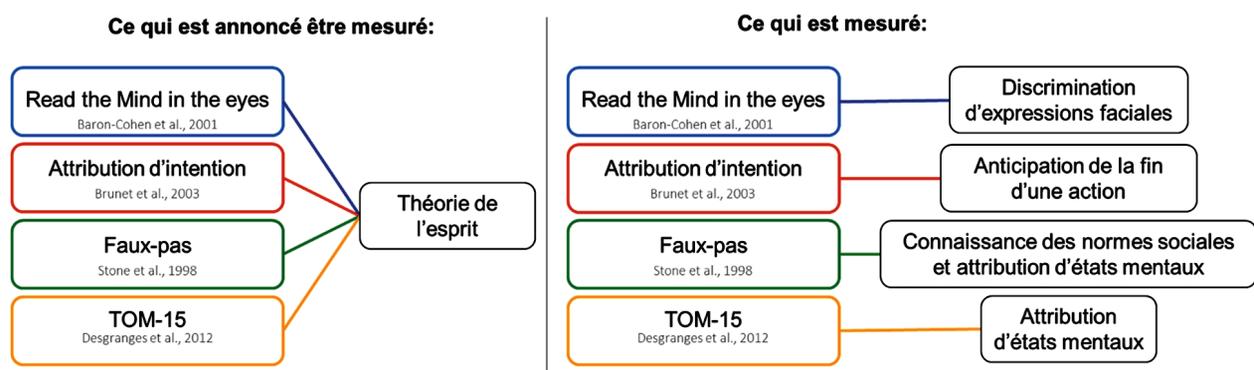


Figure 3 : Illustration de la variabilité des concepts psychologiques mesurés par des tests de cognition sociale supposés mesurer un même construit (ici, la théorie de l'esprit)

Nous avons choisi la théorie de l'esprit comme l'illustration de cette pluralité des terminologies, des concepts et des mesures développés quant à la cognition sociale. Le choix n'est pas anodin, car si la fonction « reine » du domaine est aussi complexe à appréhender, cela nous montre l'ampleur du travail restant à faire pour caractériser le domaine entier, ou des fonctions bien moins étudiées.

DES DÉFIS À RELEVER

À travers cet article, nous avons pu rendre compte de quelques limites importantes associées à l'étude et l'évaluation neuropsychologique de la cognition sociale. Si dépasser celles-ci nécessitera évidemment un effort important, nous considérons cependant que cet objectif peut être atteint par un investissement collectif de l'ensemble de la communauté.

Au niveau théorique, il s'avère fondamental de fournir un modèle de l'organisation de la cognition sociale. Comme nous l'avons souligné, les processus cognitifs considérés comme constitutifs de la cognition sociale sont aujourd'hui essentiellement déterminés par des intuitions théoriques et conceptuelles arbitraires. Ainsi, la démonstration que ces capacités sont nécessaires au bon déroulement des interactions sociales s'avérera une étape nécessaire.

Il apparaît également important de soutenir une approche théorique qui cesse de distinguer artificiellement les domaines cognitifs entre eux (de même que des dimensions supposément affectives ou cognitives au sein de ces domaines). Langage et cognition sociale ne sont pas souvent évalués ou étudiés par les mêmes personnes, mais leur distinction apparaît arbitraire en ce que ces deux domaines sont fondamentaux dans les interactions humaines et la vie sociale. Cette dernière remarque s'applique en fait à tous les domaines cognitifs. Par exemple, s'il est communément admis que les fonctions exécutives ou attentionnelles ont un rôle transversal dans la cognition, il faudra déterminer comment elles interagissent avec des processus peut être plus spécifiquement tournés vers la sphère sociale (pour une récente tentative, voir Bertoux et al., 2016). L'évaluation neuropsychologique, par la nécessité qu'elle a de considérer la pureté d'une

mesure cognitive comme un objectif ultime (bien qu'inatteignable), nous a fait oublier que dans la vie réelle, les domaines, fonctions ou processus cognitifs sont en interactions constantes et que les uns ne sont que peu (voire pas du tout) efficaces sans les autres. Cette notion d'interactions cognitives constantes devra primer lorsqu'il s'agira de comprendre comment les processus cognitifs s'articulent entre eux lors d'activités sociales (Bertoux et al., 2020; Laillier et al., 2019).

Enfin, fournir un modèle *data-driven* (déterminé par les données et non uniquement la théorie) de la cognition sociale impliquera potentiellement une remise en cause des mesures actuelles. Nous avons vu que certains tests (e.g. RMET) pouvaient être considérés comme des tests de catégorisation émotionnelle ou de théorie de l'esprit, selon l'approche préférée. Nous avons aussi rapidement discuté des appellations « affectif » et « cognitif ». Le fait qu'une mesure soit classiquement associée à un processus ne doit pas empêcher une analyse critique de cette association, ni, *in fine*, une remise en question de cette dernière. Pour cela, le développement d'un lexique commun à l'ensemble de la communauté, pour la qualification des processus cognitifs et capacités associées à la cognition sociale, apparaît être une étape essentielle (nous l'avons vu, l'hétérogénéité de la littérature actuelle rendant toute élaboration théorique périlleuse). Un tel projet, largement collaboratif, intégrant des chercheurs de nombreux pays dans une démarche de consensus terminologique, a vu le jour dernièrement (Quesque et al., en préparation). À terme, cette entreprise devrait mener à la redéfinition de certains termes afin de limiter la prolifération de synonymes (voir partie précédente sur les concepts nébuleux: l'exemple de la théorie de l'esprit), générant, en science, nécessairement de la confusion. A ce titre, « avoir une théorie de l'esprit » pourrait ainsi retrouver une définition plus fidèle à son origine historique (e.g. Premack et Woodruff, 1978) et consister en « la capacité à utiliser des théories (naïves, ou de sens commun, e.g. « les enfants ont peur du noir »; « quand il fait chaud, les gens veulent boire », etc.) sur la façon dont les individus se comportent, afin de prédire leurs comportements ».

Au niveau pratique, d'importantes avancées ont eu lieu ces dernières années. Adaptant des épreuves phares ou développant de nouveaux

tests, cette dernière décennie a vu l'apparition de plusieurs batteries de cognition sociale dans le paysage francophone. En France, la batterie expérimentale SEA (*Social cognition et Emotional Assessment*) puis sa version clinique, la mini-SEA, ont été publiées en 2012 (Bertoux et al., 2014). La dernière s'est depuis diffusée dans le monde entier et occupe la première place des batteries utilisées en France selon les enquêtes nationales (Branco-Lopes et al., 2019; Quesque et al., en préparation), et bénéficie, depuis peu, de normes françaises publiées (Quesque et al., 2020). Au Québec, la BICS (Batterie Intégrée de Cognition Sociale; Achmin et al., 2012) a vu le jour à la même période. Dernièrement, la palette des batteries neuropsychologiques focalisées sur la cognition sociale s'est enrichie avec le PECS-B (Protocole d'Évaluation de la Cognition Sociale de Bordeaux; Etchepare et al., 2020), le ClaCos (Consensus autour de la Cognition Sociale; Peyroux et al., 2019) et l'EVACO (Évaluation de la Cognition Sociale; Roux et al., 2016). N'oublions pas les tests individuels destinés à la pratique clinique: le TOM-15, test le plus utilisé selon notre enquête de 2020 (Desgranges et al., 2012), le test des faux pas dans sa version complète et originale, traduit et normé en 2010 (Boutantin et al., 2010) et bientôt le test des connaissances sociales (Duclos et al., 2018) pour ne citer qu'eux.

Collectivement, la communauté a donc comblé le manque d'épreuves cliniques. Néanmoins, nous pensons que la pleine amélioration des pratiques ne sera possible que par le développement d'une nouvelle génération de tests. Ceux-ci devront permettre une évaluation multidimensionnelle de la cognition sociale, dépassant les quelques fonctions habituellement évaluées. La neuropsychologie est une jeune discipline, mais elle manque déjà de modernité en ce qui concerne l'évaluation cognitive adulte (cette remarque ne concerne pas seulement le champ de la cognition sociale). Pour qu'elle se développe comme une discipline scientifique et clinique à part entière et éviter qu'elle sombre dans un archaïsme qui la pousse à s'appuyer sur des tests largement obsolètes, l'évaluation neuropsychologique doit se réinventer. La cognition humaine est, le plus souvent, une cognition sociale et affective. Nos activités quotidiennes sont majoritairement tournées vers la sphère sociale ou sont modulées par un contexte social ou affectif. Concevoir une neuropsychologie isolée de cette dimension est donc

une erreur. Ces dernières années, des chercheurs ont souligné l'importance de considérer l'individu lors d'interactions sociales où l'engagement émotionnel, motivationnel et intentionnel est réel. Cette stratégie dénote avec les tâches actuellement utilisées dans l'évaluation de la cognition sociale où l'individu testé est systématiquement extérieur à la situation décrite (il la contemple à la 3^{ème} personne). Pourtant, des données récentes suggèrent que la cognition est différente lorsque nous sommes engagé-e-s dans une interaction sociale et lorsque nous sommes testé-e-s en l'absence d'interactions réelles (Freundlieb et al., 2016). Pour ces raisons, nous soutenons que l'évaluation de la cognition sociale doit être pertinente et le plus écologique possible du point de vue de la personne évaluée.

Parmi les autres défis cliniques à relever, celui de la prise en compte des différences culturelles est également essentiel. Penser la cognition comme imperméable aux sociétés et aux cultures humaines est une erreur. Notre sémantique s'enrichit de connaissances et d'un référentiel propre au milieu dans lequel nous vivons, tout comme notre lexique. Dès lors, s'appuyer sur les mêmes tests ou les mêmes items pour évaluer la cognition à travers les cultures n'est pas une approche optimale, et peut être dommageable pour les personnes concernées par cette évaluation parfois inadaptée. Puisque notre cognition est contextualisée, l'évaluation neuropsychologique doit tenir compte de ce contexte. Cela est encore plus vrai pour la cognition sociale. Puisque d'importantes variations culturelles existent d'un pays à un autre lorsque nous utilisons les mêmes tests pour explorer la cognition sociale (Gounden et al., 2019; Quesque et al., soumis), nous ne devrions pas utiliser à Vancouver les mêmes items qu'à Osaka, qu'il s'agisse de visages exprimant une émotion ou de situations dans lesquelles nous devons détecter un faux pas. Les tests neuropsychologiques doivent donc s'adapter à différents groupes sociaux dont il faut délimiter les contours. Il ne s'agit bien entendu pas de suggérer qu'un groupe est meilleur qu'un autre, mais de souligner l'importance d'adapter les mesures, pour que notre évaluation reste pertinente et éthique. Saluons ici les initiatives françaises en cours à Paris, Saint-Denis (Réunion) ou Amiens qui visent à développer des tests plus adaptés aux populations rencontrées.

En recherche comme en clinique, nos efforts doivent être à la hauteur de l'ampleur des défis à relever. Seul·e·s, isolé·e·s dans nos laboratoires ou nos services, nous n'y arriveront pas. En 2021, il faut penser la recherche et la pratique autrement. Les larges quantités de données nécessaires pour établir un modèle *data-driven* de la cognition sociale impliquent une collectivisation des efforts. En mettant en commun nos données, nos hypothèses, nos visions, et en les confrontant, nous pourrions réaliser ce que nous ne pouvions faire individuellement, et obtenir des modèles plus fiables, qui prendront en considération davantage de variables. Cette réflexion a justifié l'utilisation de données issues de différents pays pour explorer de potentielles différences (de Souza et al., 2018) ou répliquer des résultats au sein de la même étude (Ramanan et al., 2017). C'est cette même nécessité de collectivisation des efforts qui a mené, en 2015, à la création de l'*International Network on Social Cognition Disorders* (<https://www.scann.fr/inscd>), réseau permettant le partage de données et de ressources à travers 21 centres issus de 13 pays dans le monde. Dans la même lignée, le groupe *Social et Affective Cognition* a vu le jour en 2020 au sein du *Neuropsychiatric International Consortium – Fronto Temporal Dementia*, pour permettre de formuler les meilleures recommandations dans le diagnostic différentiel entre la dégénérescence fronto-temporale et des maladies psychiatriques (van den Stock et al., 2021). Ces initiatives internationales doivent servir d'exemple à l'échelle nationale. Ainsi, la création du Laboratoire d'Étude Clinique de la Cognition Sociale, actuellement en projet en France, paraît salutaire pour s'organiser collectivement, produire des collaborations transdisciplinaires, atteindre un consensus théorique (ou enrichir les débats), et diffuser outils et savoirs de manière consensuelle.

Enfin, parce que nous étudions ou évaluons un domaine (ou un contexte cognitif) social, il paraît important de prendre davantage en considération les facteurs sociaux et sociologiques pouvant le moduler. Puisque le genre est une construction sociale, et qu'à ce titre, il renvoie à

des attentes comportementales et sociales stéréotypées, cette variable paraît être évidemment essentielle à considérer dans nos études ou notre pratique. Pour les mêmes raisons, le niveau des ressources, qu'elles soient psychologiques, culturelles, économiques ou sociales, pourrait avoir un impact significatif sur la cognition sociale ou sur ses mesures. Enfin, étant donné les conséquences délétères des événements traumatiques sur la cognition sociale (les troubles de la cognition sociale peuvent par exemple être très sévères dans le syndrome de stress post-traumatique (Cotter et al., 2018) ou après des situations d'adversité fortes dans l'enfance (Milojevich et al., 2021), nous appelons à ne pas négliger l'identification de ces derniers lors d'une anamnèse (bien qu'il s'agisse d'un sujet éminemment sensible et qu'il faille l'aborder avec douceur et prudence).

Dans cet article, nous avons dressé une liste de limites pratiques, conceptuelles, et structurales, que nous n'avons pas vues pointées auparavant. Elles s'ajoutent au constat fréquent d'un manque de formation, de tests et de normes dans le domaine de la cognition sociale. Avec pour chacun un pied dans le domaine de l'autre (psychologie sociale et neuropsychologie), notre duo d'auteurs illustre que la transdisciplinarité que nous prônons dans le domaine de la cognition sociale permet une réflexion plus élaborée et une hauteur de vue qui est nettement moins aisée lorsque nous restons enfermé dans notre champ de recherche ou de pratique. Ces prochaines années, notre équipe et d'autres, travaillerons à réduire ces limites et à relever les défis que nous listons. Selon nous, aborder cette entreprise collectivement mènera à des résultats bien plus riches et à échéance plus courte. Nous n'avons certes pas évoqué les difficultés de l'action collective : humaines, pratiques, éthiques et financières notamment, mais si les trois dernières sont inhérentes à tout projet de recherche, la première devrait être facilement atténuée dans un champ s'intéressant justement à ce qui nous permet d'interagir et de coopérer efficacement, pour le bien des patient·e·s.

Références

- Achim, A. M., Ouellet, R., Roy, M.-A. et Jackson, P. L. (2012). Mentalizing in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 196(2-3), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.011>
- Adolphs, R., Gosselin, F., Buchanan, T. W., Tranel, D., Schyns, P. et Damasio, A. R. (2005). A mechanism for impaired fear recognition after amygdala damage. *Nature*, 433(7021), 68-72. <https://doi.org/10.1038/nature03086>
- Amodio, D. M. (2019). Social Cognition 2.0: An interactive memory systems account. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(1), 21-33. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.10.002>
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. et Frith, U. (1985). Does the autistic child have a « theory of mind » ? *Cognition*, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. et Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 241-251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
- Bertoux, M. (2016). *La Cognition Sociale*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale.
- Bertoux, M. L. (2014). *Mini SEA: Évaluation de la démence fronto-temporale*. De Boeck Supérieur.
- Bertoux, M., Delavest, M., de Souza, L. C., Funkiewiez, A., Lépine, J. P., Fossati, P., Dubois, B. et Sarazin, M. (2012). Social cognition and emotional assessment differentiates frontotemporal dementia from depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 83(4), 411-416. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2011-301849>
- Bertoux, M., Duclos, H., Caillaud, M., Segobin, S., Merck, C., de La Sayette, V., Belliard, S., Desgranges, B., Eustache, F. et Laisney, M. (2020). When affect overlaps with concept: emotion recognition in semantic variant of primary progressive aphasia. *Brain*, 143(12), 3850-3864. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa313>
- Bertoux, M., O'Callaghan, C., Dubois, B. et Hornberger, M. (2016). In two minds: executive functioning versus theory of mind in behavioural variant frontotemporal dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 87(3), 231-234. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-311643>
- Boutantin, J., Moroni, C., Demeneix, E., Marchand, E., Lys, H., Pasquier, F. et Delbeuck, X. (2010). *Normalisation du test des faux pas auprès d'une population adulte*. 34^e Journées de Printemps de la Société de Neuropsychologie de Langue Française, Lille, France.
- Branco-Lopes, A., Leal, G., Malvy, L., Wauquiez, G., Ponchel, A., Rivera, D. et Arango- Lasprilla, J. C. (2019). Neuropsychology in France. *Applied Neuropsychology: Adult*, 28(3), 328-339. <https://doi.org/10.1080/23279095.2019.1633329>
- Capage, L. et Watson, A. C. (2001). Individual differences in theory of mind, aggressive behaviour, and social skills in young children. *Early Education and Development*, 12, 613-628. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1204_7
- Carter Leno, V., Chandler, S., White, P., Yorke, I., Charman, T., Jones, C. R., Happé, F., Baird, G., Pickles, A. et Simonoff, E. (2020). Associations between theory of mind and conduct problems in autistic and nonautistic youth. *Autism Research*, 14(2), 276-288. <https://doi.org/10.1002/aur.2346>
- Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Looi, C. Y. et Barnett, J. H. (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker: a systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.014>
- Damasio, A. R. (1994). *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*. Odile Jacob.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- De Jaegher, H., Di Paolo, E. et Gallagher, S. (2010). Can social interaction constitute social cognition? *Trends in cognitive sciences*, 14(10), 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.009>
- de Souza, L. C., Bertoux, M., de Faria, Â. R. V., Corgosinho, L. T. S., de Almeida Prado, A. C., Barbosa, I. G., Caramelli, P., Enrico Colosimo, E. et Teixeira, A. L. (2018). The effects of gender, age, schooling, and cultu-

ral background on the identification of facial emotions: a transcultural study. *International Psychogeriatrics*, 30(12), 1861-1870. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000443>

Decroix, J., Rossetti, Y. et Quesque, F. (sous presse). Les neurones miroirs, hommes à tout faire des neurosciences: analyse critique des limites méthodologiques et théoriques. *L'année psychologique*.

Desgranges, B., Laisney, M., Bon, L., Duval, C., Mondou, A., Bejanin, A., Fliss, R., Beaunieux, H., Eustache, F. et Muckle, G. (2012). TOM-15: Une épreuve de fausses croyances pour évaluer la théorie de l'esprit cognitive. *Revue de neuropsychologie*, 4(3), 216-220. <https://doi.org/10.3917/rne.043.0216>

Duclos, H., Bejanin, A., Eustache, F., Desgranges, B. et Laisney, M. (2018). Role of context in affective theory of mind in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 119, 363-372. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.08.025>

Ekman, P. et Friesen, W. V. (1976). *Pictures of facial affect*. Consulting psychologists Press.

Ehrlé, N. (2015). Batterie de Cognition Sociale. Dans L. Huguenot-Diener, C. Thomas-Anterion et F. Sellal (dir.), *GREMOIRE 2. Tests et échelles des maladies neurologiques avec symptomatologie cognitive* (p. 119-120). De Boeck Supérieur et Solal.

Etchepare, A., Merceron, K., Amieva, H., Cady, F., Roux, S. et Prouteau, A. (2014). Évaluer la cognition sociale chez l'adulte: validation préliminaire du Protocole d'évaluation de la cognition sociale de Bordeaux (PECS-B). *Revue de neuropsychologie*, 6(2), 138-149. <https://doi.org/10.3917/rne.062.0138>

Etchepare, A., Roux, S., Destailats, J.-M., Cady, F., Fontanier, D., Couhet, G. et Prouteau, A. (2020). 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, Revue Psychiatrique*, 178(2), 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.06.011>

Fiske, S. T. et Taylor, S. E. (1991). *Social cognition*. Mcgraw-Hill Book Company.

Freundlieb, M., Kovács, Á. M. et Sebanz, N. (2016). When do humans spontaneously adopt another's visuospatial perspective? *Journal of experimental psychology: human perception and performance*, 42(3), 401-412. <https://doi.org/10.1037/xhp0000153>

Gallese, V., Keysers, C. et Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in cognitive sciences*, 8(9), 396-403. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.07.002>

Gallotti, M. et Frith, C. D. (2013). Social cognition in the we-mode. *Trends in cognitive sciences*, 17(4), 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.002>

Godefroy, O., Martinaud, O., Narme, P., Joseph, P.-A., Mosca, C., Lhommée, E., Meulemans, T., Czernecki, V., Bertola, C., Labauge, P., Verny, M., Bellmann, A., Azouvi, P., Bindschaedler, C., Bretault, E., Boutoleau-Bretonniere, C., Robert, P., Lenoir, H., Krier, M., Roussel, M., GREFEX study group. (2018). Dysexecutive disorders and their diagnosis: A position paper. *Cortex*, 109, 322-335. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2018.09.026>

Gounden, Y., Pérodeau, G. et Haudry-Gounden, S. (2019). Plaidoyer pour une neuropsychologie interculturelle en France. *Pratiques Psychologiques*, 25(1), 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.03.002>

Greenwood, J. D. (2000). Individualism and the social in early American social psychology. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 36(4), 443-455. [https://doi.org/10.1002/1520-6696\(200023\)36:4<443::aid-jhbs9>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/1520-6696(200023)36:4<443::aid-jhbs9>3.0.co;2-n)

Happé, F., Cook, J. L. et Bird, G. (2017). The structure of social cognition: In (ter) dependence of sociocognitive processes. *Annual review of psychology*, 68, 243-267. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044046>

Laillier, R., Viard, A., Caillaud, M., Duclos, H., Bejanin, A., de La Sayette, V., Eustache, F., Desgranges, B. et Laisney, M. (2019). Neurocognitive determinants of theory of mind across the adult lifespan. *Brain and cognition*, 136, 103588. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2019.103588>

Leekam, S. (2016). Social cognitive impairment and autism: what are we trying to explain? *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 371(1686), 20150082. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0082>

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. Harper.

- Mahr, J. B. et Csibra, G. (2018). Why do we remember? The communicative function of episodic memory. *The Behavioral and Brain Sciences*, 41, E1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17000012>
- Migliaccio, R., Tanguy, D., Bouzigues, A., Sezer, I., Dubois, B., Le Ber, I., Batrancourt, B., Godefroy, V. et Levy, R. (2020). Cognitive and behavioural inhibition deficits in neurodegenerative dementias. *Cortex*, 131, 265-283. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2020.08.001>
- Milojevich, H. M., Lindquist, K. A. et Sheridan, M. A. (2021). Adversity and Emotional Functioning. *Affective Science*, 2, 324-344. <https://doi.org/10.1007/s42761-021-00054-w>
- Ondobaka, S., Kilner, J. et Friston, K. (2017). The role of interoceptive inference in theory of mind. *Brain and cognition*, 112, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2015.08.002>
- Peyroux, E., Prost, Z., Danset-Alexandre, C., Brenugat-Herne, L., Carteau-Martin, I., Gaudelus, B., Jantac, C., Attali, D., Amado, I., Graux, J., Houy-Durand, E., Plasse, J. et Franck, N. (2019). From “under” to “over” social cognition in schizophrenia: Is there distinct 16 profiles of impairments according to negative and positive symptoms? *Schizophrenia Research: Cognition*, 15, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2018.10.001>
- Premack, D. et Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Quesque, F., Coutrot, A., Cox, S., Baez, S., Cardona, C. J., Mulet-Perreault, H., Flanagan, E. C., Neely-Prado, A., Clarens, F., Cassimiro, L., Salech, G. M., Kemp, J., Botzung, A., Philippi, N., Cosseddu, M., Trujillo, C., Grisales, J. S., Fittipaldi, S., Guimet, N. M., ... et Bertoux, M. (soumis). Does culture shapes our understanding of others' thoughts and emotions? An investigation across 12 countries.
- Quesque, F., Michalon, S., Blanc, F. et Bertoux, M. (2020). Validation de la mini-SEA dans une population française variée: données de référence pour la pratique clinique. *Revue de neuropsychologie*, 12(4), 367-375. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0609>
- Quesque, F. et Rossetti, Y. (2020). What do theory of mind tasks actually measure? Theory and practice. *Perspectives on Psychological Science*, 15(2), 384-396. <https://doi.org/10.1177/1745691619896607>
- Ramanan, S., de Souza, L. C., Moreau, N., Sarazin, M., Teixeira, A. L., Allen, Z., Guimarães, H. C., Caramelli, P., Dubois, B., Hornberger, M. et Bertoux, M. (2017). Determinants of theory of mind performance in Alzheimer's disease: a data-mining study. *Cortex*, 88, 8-18. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.11.014>
- Roux, P., Urbach, M., Fonteneau, S., Aouizerate, B., Berna, F., Brunel, L., Capdevielle, D., Chereau, I., Danion, J., Dorey, J., Dubertret, C., Dubreucq, J., Faget, C., Gabayet, F., Llorca, P. M., Mallet, J., Misdrahi, D., Rey, R., Richieri, R., ... et FACE-SCZ-Group. (2016). The EVACO Project: A new battery for assessing social cognition disorders and related psychiatric disability in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33(S1), S78-S78. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.022>
- Shantz, C. U. (1983). Social cognition. Dans J.H. Flavell et E. Markman (dir.), *Handbook of child psychology: cognitive development* (p. 495-555). Wiley.
- Tarr, M. J. et Gauthier, I. (2000). FFA: a flexible fusiform area for subordinate-level visual processing automatized by expertise. *Nature neuroscience*, 3(8), 764-769. <https://doi.org/10.1038/77666>
- Uithol, S., van Rooij, I., Bekkering, H. et Haselager, P. (2011). What do mirror neurons mirror? *Philosophical Psychology*, 24(5), 607-623. <https://doi.org/10.1080/09515089.2011.562604>
- Van den Stock, J., Bertoux, M., Diehl-Schmid, J., Piguët, O., Rankin, K. P., Ducharme, S., Pijnenburg, Y. et Kumfor, F. (sous presse). Social and affective cognition workgroup of the Neuropsychiatric International Consortium on FTD. *Neuropsychology Review*.
- Van Overwalle, F. (2009). Social cognition and the brain: a meta-analysis. *Human brain mapping*, 30(3), 829-858. <https://doi.org/10.1002/hbm.20547>
- Wimmer, H. et Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(83\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0010-0277(83)90004-5)

La pratique du bilan psychologique : entre théorie et pratique clinique

The practice of psychological exam: between theory and clinical practice

Yazid HADDAR

Psychologue spécialisé en neuropsychologie (I.M.Pro, SESSAD. Pro et en activité libérale),
Formateur IRTS (Haut de France)
Ex-chargé d'enseignement,
Université Catholique de Lille.

Sonia OUALI

Docteure en psychologie,
Psychologue du développement,
Psychothérapeute (activité libérale à Toulouse)
Chargée d'enseignement et formatrice.

Contact

Yazid HADDAR

haddar@neuropsychologuelille.fr

72 rue Racine
59650 Villeneuve d'Ascq

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec le manuscrit.

Pour citer cet article

Haddar, Y. et Ouali, S. (2022). La pratique du bilan psychologique : entre théorie et pratique clinique. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 8, pp. 94-103.

Résumé

Dans un contexte sociétal où le « psy » s'invite dans tous les domaines et tous les contextes socio-économiques et culturels, nous avons choisi de nous focaliser sur l'une des spécificités de la pratique du psychologue, à savoir l'évaluation au travers du bilan psychologique. Cet article a pour principal objectif de montrer le fossé qui peut exister entre la théorie et la mise en pratique de l'évaluation psychologique sur le terrain, et les conséquences délétères d'une mauvaise connaissance du bilan psychologique pour le patient. Il s'agira ici de soulever certains questionnements et d'y apporter, à notre échelle, quelques réponses.

Mots-clés

- Pratique psychologique
- Bilan psychologique
- Évaluation
- Cours universitaire

Keywords

- *Psychological practice*
- *Psychological exam*
- *Assessment*
- *University course*

Abstract

In a societal context where the « shrink » is invited in all fields and all socio-economic and cultural contexts, we have chosen to focus on one of the specificities of the practice of the psychologist, namely the assessment through psychological exam. The main objective of this article is to show the gap that may exist between the theory and practice of psychological assessment on the field, and the deleterious consequences of poor knowledge of the psychological exam for the patient. This will allow us to raise particular questions and we will provide, at our level, some answers.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la psychologie s'est très largement démocratisée. De plus en plus de personnes consultent des psychologues. Les émissions de télévision font davantage appel à leur expertise et de nombreuses revues leur consacrent une rubrique dans laquelle les lecteurs ont la possibilité de leur faire part des difficultés qu'ils peuvent avoir. Selon une enquête TNS Sofres (échantillon de 1003 personnes âgées de 18 ans et plus) réalisée pour le journal *Psychologies Magazine* en 2013, près d'un français sur quatre aurait déjà consulté, au cours de sa vie, un psychiatre, un psychologue ou un psychanalyste (Cordonnier, 2013). Faire appel à un psychologue n'est donc plus un tabou, et des spécialisations ont éclos, permettant ainsi de répondre au mieux à une demande croissante et variée, tant par le public qui est amené à consulter, que par les problématiques à traiter. Le gouvernement français a également expérimenté, dans certains départements le remboursement de consultations psychologiques sous certaines conditions. Cette expérimentation a créé des interrogations chez les psychologues libéraux, non pas concernant la question de la gratuité des soins aux patients, mais davantage par les modalités imposées aux psychologues. Le communiqué de la Fédération Française des Psychologues et de la Psychologie (FFPP) daté du 24 janvier 2018, résume ces questionnements en quatre points : 1) la place accordée aux psychologues dans les comités de pilotage nationaux et régionaux, alors que l'essentiel des représentants appartient au corps médical ; 2) le passage obligatoire par le médecin évaluateur des territoires concernés ou limitrophes, qui alourdit la procédure et ne va pas dans le sens d'un accès facilité pour le patient ; 3) le passage par une prescription du médecin généraliste, car les psychologues ne sont pas des paramédicaux et ne travaillent pas sur prescription : le pouvoir professionnel des médecins en France a à nouveau prévalu, en s'octroyant la connaissance et la prise en charge de la souffrance et du fonctionnement psychologique ; 4) la question de la facturation : si le montant de la consultation du médecin évaluateur est « facturé comme une consultation complexe (46 euros) », celle du psychologue (32 euros) « ne peut faire l'objet de dépassement à la charge du jeune ou de ses tuteurs de l'autorité paren-

tales ». Nous savons que 32 euros la consultation, à laquelle s'ajoute le travail des comptes-rendus exigés, est insuffisant en termes de quantités d'heures effectuées pour réaliser un compte-rendu, qui nécessite plusieurs heures. En effet, cette expérimentation tend, entre autres, à imposer une base commune dans la façon de réaliser un bilan, en imposant par exemple le temps nécessaire pour le réaliser, temporalité qui ne peut être uniformisée.

Un autre exemple, dans le cadre de la contribution au diagnostic (Voyazopoulos, 2019) de l'autisme, le bilan d'évaluation psychologique peut varier de 8 à 10 heures. Le temps de l'évaluation d'une situation n'est pas égal pour tous, et agir au cas par cas doit alors primer à toute autre forme d'injonction, dans le cadre de la pratique clinique. De plus, l'évaluation ne peut pas être réduite à une fonction, comme les fonctions cognitives par exemple. Mais, il devrait intégrer l'ensemble des fonctions qui constituent une personne en interaction avec son environnement.

Dans les demandes formulées par les patients, nous assistons également depuis ces dernières années, à des besoins de diagnostics, parfois voulus par d'autres professionnels de santé, en vue de permettre un accompagnement thérapeutique approprié (pour les enfants, les adolescents et les adultes). Les commissions des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH) réclament souvent des bilans psychologiques afin de mieux apprécier les besoins de la personne en situation de handicap. D'ailleurs, l'arrêté du 16 avril 2019 confirme l'évolution de notre pratique à ce sujet. Ce texte de loi propose la généralisation du remboursement des bilans psychologiques de la petite enfance jusqu'à 20 ans. L'objectif est de dépister les jeunes présentant des troubles neurodéveloppementaux avec ou sans troubles associés afin de permettre un accompagnement précoce. Pour répondre à ces demandes, le psychologue, au-delà des observations et des entretiens cliniques, utilise des tests. Nous distinguons deux catégories de tests : les tests psychométriques et les tests projectifs. Les premiers sont des tests qui sont statistiquement standardisés. Ils se réfèrent à la clinique des symptômes, qui s'appuie elle-même sur les classifications du DSM et de la CIM (Bursztejn et al., 2012 ; Falissard, 2020). Les tests projectifs se réfèrent à la clinique psychanalytique et s'ap-



L'objectif du bilan psychologique est de contribuer au diagnostic ou de définir les potentialités et capacités du fonctionnement intellectuel, cognitif et affectif du patient et de vérifier les hypothèses préalablement établies ou d'en formuler de nouvelles. En outre, l'objectif de ce bilan psychologique est bien d'apporter au patient le meilleur accompagnement possible, tout en l'aidant à apprendre à mieux se connaître.



puient sur la CFTMEA-R (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent-R).

Nous disposons donc de plusieurs classifications nosographiques internationales, qui ne s'appuient pas sur les mêmes référentiels théoriques. Les plus connues sont le DSM V de l'*American Psychiatric Association* et la CIM 11 de l'OMS, qui permettent aux professionnels d'avoir un langage convergent pour désigner une maladie ou un handicap, et cela quel que soit leur pays d'exercice. Il existe d'autres classifications telles que la CFTMEA-R (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent-Révisée) en France, et la PDM-2 (*Psychodynamic Diagnostic Manual*, seconde version) aux États-Unis, ou encore la RDoc (*Research Domain Criteria*), qui est une classification du *National Institute of Mental Health* (NIMH), l'organisme de recherche en psychiatrie des États-Unis.

L'objectif du bilan psychologique est de contribuer au diagnostic ou de définir les potentialités et capacités du fonctionnement intellectuel, cognitif et affectif du patient, et de vérifier les hypothèses préalablement établies ou d'en formuler de nouvelles. En outre, l'objectif de ce bilan psychologique est bien d'apporter au patient le meilleur accompagnement possible, tout en l'aidant à apprendre à mieux se connaître. Cependant, le passage de la théorie (avec ses diversités référentielles au niveau clinique) à la pratique clinique telle qu'elle peut s'exercer en institution ou dans le cadre d'une activité en libéral, n'est pas assez clarifié. De plus, la sollicitation des psychologues, par d'autres professionnels soit pour « poser » ou « contribuer » à un diagnostic, exigent une responsabilité conséquente de notre part. C'est pourquoi il est important de s'orienter vers une méthode scientifiquement prouvée, pour réaliser des bilans psychologiques. Le passage du

DSM II, qui était largement dominé par les théories psychanalytiques, au DSM III, a été un début dans cette nécessité d'offrir une scientificité au diagnostic (Di Vittorio *et al.*, 2013).

La pratique du bilan psychologique est l'une des spécificités du psychologue qui est le seul à pouvoir en faire usage. Le bilan psychologique « sert à évaluer les capacités cognitives globales, le fonctionnement psychologique et/ou psychoaffectif, les capacités adaptatives et des troubles mentaux d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte, en intégrant les conditions d'apparition de ces troubles ainsi que de sa capacité d'adaptation à son environnement » (Haddar *et al.*, sous presse).

La pratique de la réalisation du bilan psychologique est encadrée, en France, par le Code de Déontologie des Psychologues (2012) qui lui consacre quelques articles. Par cet article, nous souhaitons exposer les limites de la réalisation, parfois nécessaire, du bilan psychologique afin de s'adapter à la nouvelle mutation de notre pratique. Nous tâcherons, afin que cet article ne soit pas qu'une énième critique aux points que nous évoquerons (Arbisio, 2003; Perdrix *et al.*, 2009; Voyazopoulos, 2020), de proposer des pistes, dans l'objectif, d'une part de permettre au psychologue d'être plus à l'aise avec ces outils précieux qui sont mis à sa disposition et qui font partie intégrante, en plus de l'entretien clinique, de sa pratique; d'autre part dans l'objectif d'offrir aux personnes accompagnées un travail de qualité, dans le respect de leur intégrité et de leur personne.



Par cet article, nous souhaitons exposer les limites de la réalisation, parfois nécessaire, du bilan psychologique afin de s'adapter à la nouvelle mutation de notre pratique.



BILAN PSYCHOLOGIQUE ET CADRE LÉGISLATIF

Nous l'avons vu, l'exercice du psychologue dans son acception la plus globale, est régi par le Code de Déontologie des Psychologues du 5 février 2012. Nous y faisons état de la pratique du psychologue dans différents domaines, notamment juridique. Il y présente sous forme d'articles,

la façon dont le psychologue doit travailler aussi bien seul, que lorsqu'il collabore avec d'autres professionnels. Ce Code, dans la façon dont il est construit, vise une bonne pratique de la psychologie et de ce fait à protéger le patient d'un mauvais exercice de celle-ci (principe numéro 2). La notion d'éthique est majeure, notamment lorsque le psychologue est amené à communiquer les résultats d'un compte-rendu de bilan, au patient lui-même ou à l'ensemble d'une équipe pluridisciplinaire. Le Code de Déontologie ne consacre que quatre articles à la pratique des tests et de l'examen psychologique : l'article 9 qui a trait au consentement et à l'information, l'article 12 relatif à la responsabilité des conclusions et des modalités de restitution, l'article 18 correspondant à l'utilisation de techniques validées scientifiquement, et l'article 19 qui propose de faire attention à ne pas tirer de conclusions hâtives concernant la problématique présente d'une personne, puisqu'une évaluation se déroule toujours à un moment t. Cependant, lorsque nous nous référons au Code de Déontologie, nous n'en savons encore que trop peu sur l'usage à faire des supports objectivables dans la pratique clinique.

Malgré les efforts du Code de Déontologie de vouloir poser certaines bases, en plus de la formation nécessaire à l'exercice de la profession de psychologue, il se pose la question du statut juridique de ce code. Le Code de Déontologie de 2012, n'ayant pas reçu la signature de toutes les organisations professionnelles de psychologues, se voit alors être non reconnu par tous. Qu'en est-il des situations où le Code ne fait pas partie intégrante d'un règlement intérieur ? En effet, l'une des grandes avancées a été de créer un titre de psychologue qui soit protégé, et dispensé par une qualification d'un niveau égal pour tous, ce qui permet aux seuls diplômés de faire usage de ce titre. Se faisant, l'utilisation des tests psychologiques est également faite par les personnes détentrices de ce titre. Mais, nous avons vu que ce n'était pas toujours le cas, si nous prenons l'exemple précis des psychologues scolaires qui n'avaient pas toujours le titre de psychologue et qui devaient uniquement, jusqu'à février 2017, justifier d'une expérience solide en tant que professeurs des écoles, d'une licence de psychologie, pour ensuite réaliser une année à l'université et passer un concours afin de devenir psychologue scolaire. Depuis le décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 portant disposi-

tions statutaires relatives aux psychologues de l'éducation nationale, nous parlons de Psychologue de l'Éducation Nationale (Psy-EN). Mais, ceci n'est pas toujours suffisant pour permettre l'utilisation de tests psychologiques, et nous développerons cet aspect dans notre troisième point. L'installation en libéral des nouveaux diplômés est aussi discutable. En effet, sans aucune expérience pratique, mis à part les stages effectués dans le cadre de leur cursus universitaire, leur manque d'expérience peut créer des dysfonctionnements conséquents surtout pour les personnes accompagnées sur les plans thérapeutique, diagnostic et d'orientation. De plus, plusieurs enseignants-chercheurs dans les facultés de psychologie n'ont qu'une approche théorique du bilan psychologique sans réelle pratique sur le terrain. Dans ce cadre-là, se pose la question de la transmission : comment apprendre ce qu'est concrètement un bilan psychologique à des étudiants sans en avoir soi-même une pratique suffisante ? Ou bien que des étudiants soient formés à la pratique de la psychothérapie par un psychothérapeute qui n'aurait que peu de connaissances pratiques du bilan psychologique. Cette question peut être posée pour d'autres corps de métiers où l'enseignant n'aurait qu'une approche théorique et non pratique de certains aspects de ladite profession (Crozon-Navelet, 2020). Au regard de ce contexte, aller au-delà de la simple et utile protection d'un titre professionnel, nous paraît alors plus que nécessaire.

Certains pays, comme le Canada ou encore l'Italie, ont depuis longtemps saisi cette nécessité et se sont muni d'un cadre juridique clair, au travers d'un Ordre des Psychologues, tel qu'il en existe dans d'autres professions, dans et en dehors du champ médical.

Le Syndicat National des Psychologues (SNP) est le premier organisme à avoir souligné la nécessité d'un Ordre des Psychologues en France (24 janvier 2018). Cet Ordre permettrait d'assurer la régulation déontologique de la profession avec ainsi une meilleure homogénéisation des pratiques. Il apporterait également aux psychologues, comme c'est le cas pour l'Ordre des médecins, des conseils juridiques personnalisés. Actuellement, il existe la Commission Nationale Consultative de Déontologie des Psychologues (CNCDP) qu'un patient ou un psychologue peut saisir afin d'obtenir une réponse à une question

d'ordre déontologique ou à un litige. Néanmoins, la commission remet uniquement des avis sur la base du Code de Déontologie et son rôle est purement consultatif. Un Ordre Des Psychologues, dans son action, irait beaucoup plus loin, en apportant notamment sur un plan administratif, un accompagnement à l'installation en libéral par exemple. Il aurait, au travers d'une instance disciplinaire, un rôle de protection à la fois à l'égard des professionnels et des patients. Enfin, et ceci nous amène à notre prochain point, la mise en place d'un Ordre offrirait une meilleure cohésion entre les psychologues issus de différents courants. Il s'agirait, non pas d'ôter à chacun ses spécificités en termes de pratique et de référentiel théorique, mais de trouver une certaine convergence dans la méthode de réalisation d'un bilan psychologique, dans la manière dont il est passé, interprété et restitué.

LA QUESTION DU CONSENSUS DANS LA PRATIQUE DU BILAN PSYCHOLOGIQUE

Les Recommandations Internationales sur l'Utilisation des Tests (traduites en français par Vrignaud, Castro et Mogenet, 2003) est un texte qui a été adopté en juin 1999 par le conseil de l'*International Test Commission* (Commission Internationale des Tests) et par le groupe de travail de l'*European Federation of Professional Psychologists Associations* (EFPPA) pour ensuite être officiellement publié à l'assemblée générale de l'*International Test Commission* le 24 juillet 2000 à Stockholm. L'objectif de la Commission Internationale des Tests au travers de ce texte est de promouvoir une meilleure utilisation des tests psychologiques et d'encourager les bonnes pratiques en matière d'évaluation. Il inclut notamment l'idée d'homogénéisation de la qualité des tests dans le but de pouvoir les utiliser dans des contextes différents. Cette idée d'homogénéisation est importante et est au cœur de notre réflexion. De nombreuses conférences de consensus ont également abondé dans le sens de cette homogénéisation dans la pratique du bilan psychologique, comme ce fut le cas en 2010 à Paris, pour ne citer que cet exemple (Ouali, 2013). Le dernier rapport d'Emmanuel et Schechter (2019), membres de l'Inspection Générale des Affaires So-

ciales (IGAS), publié en octobre 2019, abonde dans le même sens.

Mais qu'en est-il dans la pratique? Les psychologues qui sont amenés à pratiquer le bilan psychologique ont chacun leurs façons de faire, de procéder, mais aussi d'interpréter les tests et donc d'en faire une lecture singulière qui sera alors, conformément au Code de Déontologie, restituée au patient. Ces façons de faire sont propres à tout un chacun et sont également influencées par l'expérience que le psychologue possède du bilan, de son degré d'expertise dans un trouble ou une pathologie en particulier. Mais, sa manière de procéder dépend aussi intrinsèquement, et sans que le professionnel en ait forcément conscience, des référentiels théoriques sur lesquels il s'appuie. Et c'est sur cet aspect-là que nous allons nous attarder, puisqu'il permettra également de faire le lien avec notre dernier point.

En effet, la façon dont un trouble ou une pathologie est appréhendé, façonne inévitablement la manière dont le bilan est réalisé, ainsi que la façon dont il est restitué au patient. Ainsi, un psychologue qui se réfère aux théories psychanalytiques par exemple, et qui assoit ses propos sur la fonction symbolique du symptôme, ne formulera pas les mêmes préconisations d'accompagnement au patient qu'un autre psychologue qui axera son analyse sur le symptôme comme étant à la source d'un syndrome sur lequel les propositions d'accompagnement seront faites. En fait, la façon de mener un bilan psychologique est fortement impactée par l'idée de l'étiologie que le psychologue se fait d'un trouble ou d'une pathologie. La demande du patient est alors accueillie au travers de ce prisme particulier et conditionne tout le processus de réalisation du bilan psychologique.

De plus, nous avons brièvement évoqué la question des tests psychométriques et projectifs, et ces deux familles de tests font appel à des référentiels théoriques bien distincts. S'enfermer dans un référentiel théorique n'apparaît alors que peu pertinent quand nous souhaitons s'atteler à la lourde tâche du bilan psychologique, lourde car elle peut être justement lourde de conséquences pour le patient. Comment interpréter des tests qui nécessitent des connaissances transverses issus de divers domaines, comme la psychologie cognitive, la neuropsychologie, la psychologie

sociale, la psychologie du développement ou la psychopathologie, si nous nous attachons à les interpréter au travers d'un seul et unique prisme ?

Et c'est précisément dans ce cadre-là que se pose la nécessité d'homogénéisation, non seulement, dans l'usage que nous faisons des tests, mais également dans la façon de les interpréter (le sens clinique commun).

À ce propos, de nombreuses formations sont disponibles un peu partout. Elles ont tendance à davantage permettre un enrichissement théorique spécifique plutôt que de proposer une homogénéisation des pratiques communes. Et, il est vrai que se lancer dans une telle entreprise peut être risqué, puisque le psychologue doit également garder les particularités qu'il s'est forgées au fil de ses expériences.

Nous avons vu cela depuis maintenant une dizaine d'années avec les enfants présentant un trouble neurodéveloppemental comme l'autisme, où le référentiel clinique s'oppose entre le DSM V, qui le classe dans les troubles neurodéveloppementaux, et la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent-R (CFTMEA-R) qui le classe dans la catégorie « autisme et troubles psychotiques » avec la schizophrénie et les troubles de l'humeur. Sur le plan pratique, les outils diagnostics ne sont pas les mêmes, car d'une part, les tests qui s'appuient sur le référentiel du DSM sont référencés cliniquement sur l'expression des symptômes (la triade autistique : trouble de la communication, altération des interactions sociales et anomalies comportementales), et d'autre part, dans celui de la CFTMEA-R, les tests projectifs s'appuient souvent sur la fonction symbolique de la relation parent-enfant.

Au-delà du référentiel clinique, un enfant autiste peut également souffrir d'une maladie mentale. Ainsi, dissocier la maladie mentale du trouble est une nécessité qui permettrait d'adapter l'accompagnement du jeune patient dans sa vie quotidienne, mais également sur un plan scolaire et thérapeutique. Au niveau de l'accompagnement, la Haute Autorité de Santé (HAS) avait mis en avant l'utilisation des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) (Philip, 2014) à l'instar des thérapies de type psychanalytiques qui étaient jusqu'alors très largement utilisées, notamment dans les établissements psycho-éducatifs et de soins. Il avait alors été démontré que les techniques psycho-éducatives (ABA, TEACCH

etc.) étaient beaucoup plus efficaces pour aider les personnes autistes, que toutes autres types d'accompagnement (Thommen, 2013). Désormais, la Haute Autorité de Santé a réussi à instaurer une homogénéité dans les pratiques auprès de ce public (HAS/Anesm, 2012). En effet, l'objectif est de mettre fin à la divergence des diagnostics, car face à deux passations de tests, par exemple, une même personne peut recevoir deux diagnostics différents, en fonction du référentiel théorique du praticien. À ce propos, le cas de l'autisme est flagrant : un diagnostic d'une pathologie psychiatrique peut être posé alors que la personne présente un trouble du spectre autistique.

Cependant, la convergence de la méthode de réalisation d'un bilan psychologique devrait émaner des instances représentatives de notre corporation. Cela dit, l'objectif n'est évidemment pas de dénigrer un courant plutôt qu'un autre, mais de renforcer la cohérence des praticiens en imposant une méthodologie commune et surtout afin d'éviter à la personne évaluée d'avoir des diagnostics éparpillés, selon les penchants théoriques de chaque professionnel. En effet, l'humain est complexe et tous les domaines de la psychologie sont essentiels à une bonne compréhension de cette complexité. Mais, nous l'avons vu avec le précédent exemple, un référentiel théorique ne peut être utilisé de façon adéquate avec tous les troubles qui présentent des causes, des mécanismes et qui demandent des méthodes d'intervention et des accompagnements différents les uns des autres.

Au-delà de cette nécessaire homogénéisation des pratiques dans le bilan psychologique, le dernier aspect que nous souhaiterons aborder, concerne la formation des futurs psychologues, ceux qui n'exercent pas encore et qui font face à différents dilemmes, notamment cette question de l'homogénéisation d'une terminologie commune (Rapport IGAS, 2019).

LE BILAN PSYCHOLOGIQUE DANS LA FORMATION DES PSYCHOLOGUES

La formation des psychologues peut se réaliser dans un cadre universitaire ou bien en écoles comme c'est le cas par exemple de l'École des Psychologues Praticiens. Notre propos portera

sur ce que nous connaissons, à savoir la formation universitaire. Sans parti pris, nous aborderons deux points principaux qui peuvent s'appliquer à toutes, voire de nombreuses universités françaises.

Le premier point concerne l'organisation des études et principalement le cloisonnement au niveau du master. En effet, les étudiants doivent, dans leur projet professionnel, choisir un master spécifique, psychopathologie, neuropsychologie, psychologie de la santé ou une toute autre spécialisation. Ce mode de fonctionnement est pertinent dans le sens où l'étudiant peut se concentrer sur une spécialisation et l'approfondir, ce qui serait plus délicat s'il devait approfondir ses connaissances dans tous les champs de la psychologie. Cependant, lorsqu'il est question de procéder dans la pratique à des bilans psychologiques, nous avons vu que ce cloisonnement est peu efficace, voire dangereux (IGAS, 2019). Le bilan psychologique est justement ce qui, dans la pratique du psychologue, fait appel à tous les champs de la psychologie. Il est nécessaire d'appuyer ces faits-là et il est de la responsabilité des professeurs de montrer aux étudiants qu'il est primordial de s'intéresser à divers courants théoriques et champs disciplinaires. La curiosité, qui va au-delà même de mener à terme un cursus universitaire, est une caractéristique propre à tout un chacun qu'il convient de développer quand nous souhaitons réaliser des bilans psychologiques. Dans la pratique, l'hétérogénéité des patients avec lesquels nous sommes amenés à travailler nous pousse en quelque sorte à mener ce travail de recherche et à accroître notre curiosité.

Le second point que nous souhaitons aborder a trait aux stages durant le cursus universitaire des étudiants en psychologie. L'accès des étudiants n'étant pas soumis à un *numerus clausus*, comme c'est le cas dans les études de médecine, il en ressort chaque année un nombre exponentiel de psychologues sur le marché du travail. Mais avant cela, une proportion encore plus conséquente incluant les étudiants de la Licence au Master 2 se met à la recherche de stages. Les potentiels lieux de stages n'accueillant pas toujours des étudiants, il est difficile pour ces derniers de s'exercer à leur futur pratique et de pouvoir faire le pont avec les apports théoriques qui leur ont alors été enseignés afin que ces derniers fassent davantage sens pour eux.

Dans certaines universités, les demandes de conventions de stages sont gelées pour les étudiants de licence afin de laisser davantage le champ libre aux étudiants de master aux lieux de stages qui s'offrent à eux. Cette stratégie mise en place par ces universités n'est pas à blâmer et il se pose toutefois la question de la place de la pratique pour les futurs psychologues, notamment la pratique du bilan psychologique. En effet, tous les lieux de stages ne font pas usage de ces tests, ou que très peu, laissant davantage de place à la pratique de l'entretien clinique. Et, au regard de la complexité pour les étudiants de trouver un stage, certains acceptent une réponse positive parfois par défaut, sans avoir pu s'exercer dans la pratique du bilan psychologique avec toutes les étapes que cela comporte.

Actuellement, deux stages sont obligatoires dans les cinq années du cursus de psychologie, un en master 1 d'une durée de 200 heures et un second en master 2, d'une durée de 300 heures. Cependant, l'interprétation de la loi dépend des universités, car certaines universités demandent 500 heures en master 2 (Quaglino et Gely-Nargeot, 2014). Au total, c'est seulement 500 heures qui sont octroyés pour qu'un étudiant puisse s'exercer et ait un aperçu de son futur métier. Ceci est évidemment bien trop peu. Comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, le passage de la théorie à la pratique peut s'avérer difficile. Dans le cas de la passation des tests psychologiques, il est évident que dans les 500 heures requises pour obtenir le titre de psychologue, le nombre d'heures dédiées à la pratique de cette spécificité du psychologue est infime. En Belgique, le titre de psychologue est réglementé depuis le 8 novembre 1993 et l'exercice de la psychologie clinique est réglementé depuis 2016. Le psychologue clinicien est devenu un professionnel de santé dont l'exercice de ses fonctions, qui implique l'élaboration du diagnostic et la réalisation du bilan psychologique, est protégé par la loi. Afin de pouvoir exercer la psychologie clinique, le psychologue clinicien doit notamment être en possession d'un visa et d'un agrément. Ceux-ci sont délivrés après la réalisation d'une année supplémentaire post-master consacrée à un stage de professionnalisation de 1680h. Tous professionnels (y compris les psychologues non cliniciens...) qui se risqueraient à réaliser un acte relevant de la psychologie clinique (tel que la réalisation d'un bilan psychologique) sans être en possession de son

visa et de son agrément est passible de poursuites judiciaires (Psycholgencommissie / Commission des Psychologues, 2021).

Au Canada, comme aux États-Unis, les futurs psychologues doivent obligatoirement entreprendre un internat avant d'obtenir leur titre de docteur en psychologie. Cet internat est d'une durée de 1600 heures, il correspond donc à un an à plein temps ou deux ans à temps partiel, et offre une formation professionnelle axée sur les deux dimensions de l'évaluation et de l'intervention psychologiques. Cet internat rémunéré peut s'effectuer dans différents lieux (hôpitaux, écoles, centres pénitentiaires, etc.) accrédités par la Société Canadienne de Psychologie ou par l'Association Américaine de Psychologie. Sous la supervision d'un docteur en psychologie, les internes effectuent des diagnostics, des évaluations, des psychothérapies, des actions de sensibilisation et peuvent collaborer à des recherches scientifiques (IGAS, 2019).

Face à ces constats sur la place insuffisante qui est donnée à la pratique des étudiants en psychologie, une refonte du cursus avec par exemple la mise en place d'un internat, tel qu'il est proposé dans les chaires de psychologie au sein des universités canadiennes, paraît indispensable. D'une part, cela permettrait aux étudiants d'allier la théorie et la pratique sur des périodes assez longues qui donnent l'opportunité d'une prise de recul et d'une meilleure assimilation des connaissances. D'autre part, ça leur permettrait également d'être beaucoup plus à l'aise et opérationnels quand ils entreront sur le marché du travail (Schneider et al., 2013). Enfin, et c'est l'un des points sur lesquels nous insistons depuis le début, un système d'internat permettrait également, une fois le titre de psychologue

obtenu, d'apporter davantage de sécurité aux patients avec lesquels ils travailleront. Cette mesure devrait passer par la mise en place d'un numerus clausus nécessaire à un meilleur encadrement des étudiants. À ce propos, certaines universités ont déjà revu leur système de sélection en master 2 en le mettant en place dès la fin de la licence, au lieu de la fin du master 1 comme c'était le cas auparavant.

La passation d'un bilan psychologique nécessite la mobilisation de connaissances transverses qui vont bien au-delà d'un cloisonnement théorique, tel qu'il est mis en place dans les cursus universitaires. La nécessité d'une terminologie commune n'a pas pour but de mettre de côté les spécificités de chacun d'établir une pratique aseptisée. Son but est de pouvoir répondre aux demandes qui nous sont adressées et de rendre l'accompagnement du patient le plus adapté. Bien évidemment, la pratique du bilan psychologique est primordiale autant durant les études universitaires que tout au long de la pratique du psychologue. Celui-ci est amené à recevoir des enfants, des adolescents ou des adultes pour qui un bilan psychologique permettrait d'améliorer leurs conditions de vie par des aménagements et une prise en charge adéquats. De nombreuses tentatives sont faites par les associations de psychologues, par diverses instances, par des regroupements de psychologues lors de colloques, de conférences, afin d'aborder la question du bilan psychologique et de la nécessaire homogénéisation dont nous avons tant parlé (Vannetzel et Voyazopoulos, 2016). Ces informations ne parviennent pas toujours à tous. Alors, s'il est une chose qui nous paraît importante pour une bonne pratique du bilan psychologique, c'est aussi la formation tout au long de la vie.

Références

- Arbisio, C. (2013). *Le bilan psychologique avec l'enfant. Approche clinique du WISC-III* (2^e éd.). Dunod.
- Arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé. (2019, 27 avril). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038423672/>
- Bursztejn, C., Misès, R., Botbol, M., Coincon, Y., Durand, B., Garrabe, J. et Schmit, G. (2012). Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R 2012, correspondances et transcodages avec l'ICD 10. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(6), 414-418. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.05.578>

Chiland, C. (1989). *L'entretien clinique*. PUF.

Code de Déontologie des Psychologues (2012, 4 février). <https://www.codededeontologiedespsychologues.fr/IMG/pdf/Codededeontologiedespsychologues-fr-2.pdf>

Cordonnier, C. (2013, 29 août). Bien-être: un français sur quatre a déjà consulté un psy. *Topsanté* <https://www.topsante.com/forme-bien-etre/bien-dans-ma-peau/etre-plus-heureux/bien-etre-1-francais-sur-4-a-deja-consulte-un-psy-43341>

Crozon-Navelet, C. (2020). Profession psychologue: l'identité en question. *Le Journal des psychologues*, 6, 74-78. <https://doi.org/10.3917/jdp.378.0074>

Décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017. (2017, 2 février). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000033968083>

Di Vittorio, P., Minard, M. et Gonon, F. (2013). Les virages du DSM: enjeux scientifiques, économiques et politiques. *Hermès, La Revue*, 66, 85-92. <https://doi.org/10.4267/2042/51558>

Emmanueli, J. et Schechter, F. (2019, octobre). *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques: État des lieux et conditions d'évolution*. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r_.pdf

Falissard, B. (2020). Panorama des classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 68(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.01.001>

Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (2018, 24 janvier). *Les psychologues et le remboursement des actes: toute une histoire*. <https://ffpp.net/communiqué-les-psychologues-et-le-remboursement-des-actes-toute-une-histoire/>

Haddar, Y., Bordignon, T., Bastien, R. et Haelewyck, M.-C. (sous presse). L'évaluation psychologique des élèves, qui présentent un handicap intellectuel: De « l'examen » au « bilan ».

HAS / Anesm (2012, 8 mars). *Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent

Loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie. (2011, 8 mars). <https://vlex.ch/vid/bundesgesetz-uber-die-psychologieberufe-796196577>

Loi modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale (2014, 20 mai). https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-04-avril-2014_n2014022198.html

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2009, 19 juin). https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/14_%20loi%2021.pdf

Misès, R., Bursztejn, C., Botbol, M., Coincon, Y., Durand, B., Garrabe, J., Garret-Gloanec, N., Golse, B., Portelli, C., Raynaud, J.-P., Schmit, G. et Thevenot, J.-P. (2012). Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: la CFTMEA R 2012, correspondances et transcodages avec l'ICD 10. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(6), 414-418. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.05.578>; <https://s100.copyright.com/AppDispatchServlet?publisherName=ELS&contentID=S02222961712016558&orderBeanReset=true>

Ouali, S. (2013). *Effet d'une phase d'apprentissage sur la passation de la Figure Complexe de Rey: Application d'une évaluation dynamique auprès d'enfants d'âge scolaire en Algérie* [Thèse de Doctorat, Université de Toulouse]. <https://inpl.univ-tlse2.fr/accueil/theses-hdr/theses-soutenues/soutenance-de-these-sonia-ouali-effet-dune-phase-dapprentissage-sur-la-passation-de-la-figure-complexe-de-rey-application-dune-evaluation-dynamique-aupres-denfants-dage-scolaire-en-algerie>

Perdrix, S., Charvoz, L. et Rossier, J. (2009). Évaluation éthique en psychologie: une utilisation respectueuse des différents instruments psychométriques. *Psychoscope*, 30(3), 24-27.

Philip, C. (2014). Les recommandations de la HAS et la question de la scolarisation des élèves avec autisme. Dans D. Yvon (dir.), *A la découverte de l'autisme, des neurosciences à la vie en société* (p. 147-156). Dunod.

Quaglino, V. et Gély-Nargeot, M.-C. (2014). La formation clinique et les stages en neuropsychologie: le point de vue de responsables universitaires. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 3, 35-45.

Robineau, M.-J. (2018). La déontologie en Europe. *Fédérer*, 93, 11-14.

Schneider, B., Fritz, L. et Maire, H. (2013). L'insertion professionnelle des psychologues. Analyse croisée entre une synthèse d'enquêtes et une observation des offres d'emploi proposées sur le site de la FFPP. *Bulletin de Psychologie*, 523(1), 87-100. <https://doi.org/10.3917/bupsy.523.0087>

Thommen, E. (2013). Les recommandations de bonnes pratiques pour les personnes avec des troubles du spectre de l'autisme. *Revue Suisse de pédagogie spécialisée*, 1(7), 7-13.

Vannetzel, L. et Voyazopoulos, R. (2016, janvier). L'évaluation psychologique de l'enfant et de l'adolescent en situation de handicap. <https://appea.org/uploads/fichiers/2016/07/rapport-final.pdf>

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

Voyazopoulos, R. (2019). De l'usage du mot diagnostic en psychologie de l'enfant. *Bulletin de psychologie*, 1, 3-7. <https://doi.org/10.3917/bupsy.559.0003>

Voyazopoulos, R., Vannetzel, L. et Eynard, L. A. (2020). Recommandations pour la pratique de l'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant. Dans R. Voyazopoulos, L. Vannetzel et L.A. Eynard (Dir.), *L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures : Conférence de consensus* (2^e éd., p. 39-52). Dunod.

Vrignaud, P., Castro, D. et Mogenet, J.-L. (2003). Recommandations internationales sur l'utilisation des tests : version 2000. *Pratiques Psychologiques, numéro spécial hors-série*. https://www.intestcom.org/files/guide-line_test_use_french.pdf

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

Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique est votre revue. Elle existe grâce aux partages de vos expériences cliniques, connaissances, questionnements et réflexions. La publication d'un article est un projet enrichissant qui peut s'inscrire dans votre temps FIR (Formation, Information, Recherche) ou équivalents, et votre formation continue. C'est un projet qui favorise des démarches et des temps d'analyse et de réflexion, que vous pouvez aussi mener avec vos stagiaires, dans une dynamique collaborative, entre membres d'une association, etc.

Un article à soumettre, une remarque, une question, contactez-nous : cahiers@ofpn.fr

Retrouvez-nous également sur notre site Internet : www.cahiersdeneuropsychologieclinique.fr

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