



Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique

RETOUR SUR LE 5^{ème} CONGRÈS NATIONAL DE NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE



LA NEUROPSYCHOLOGIE DE DEMAIN : ÉVOLUTIONS ET INNOVATIONS

COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

VIRGINIE GOUTTE

Rédactrice en chef

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Pôle Personnes Âgées, Centre Hospitalier
des Quatre Villes (Saint-Cloud, Sèvres, 92)
Docteure en neuropsychologie
Chercheure associée, EA 4468 Maladie d'Alzheimer,
Université Paris Cité, F-75013 Paris, France
(Institut de Psychologie)
Chargée d'enseignement
Université Paris 8 - Institut d'Enseignement
à Distance et Université Paris Cité

KRISTELL POTHIER

Directrice de publication

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Maîtresse de conférences en Psychologie
Département de Psychologie –
Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (PAVeA),
Université de Tours (37)

MARINE HUDDLESTONE

Secrétaire

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

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
Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière,
APHP, Paris (75) – Urgences Cérébro-Vasculaires

GAËLLE SILVESTRE-BECCAREL

Responsable d'articles

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

MARGAUX GUETTON

Traductrice

Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Hospices Civils de Beaune (21) –
Consultation Mémoire et Accueil de Jour gériatrique

Couverture

Comité d'Édition et de Rédaction

INTRODUCTION

Éditorial	5
-----------	---

PRATIQUE CLINIQUE

La neuropsychologie ludique : comment intégrer les jeux de société modernes à nos pratiques Amélie PONCHEL	6
Utilité clinique d'une batterie de tests exécutifs dans la lésion cérébrale acquise et la schizophrénie Sophie BAYARD, Cécile CARLOS NIEL, Clarisse MADIOUNI, Carla MACHADO, Laëtitia LAURENT, Grégoire WAUQUIEZ, Emily SANREY, Lise MALVY, Chloé NAUDIN, Stéphanie RAMEZ et Stéphane RAFFARD	14
Place du psychologue-neuropsychologue dans l'inclusion/adaptation scolaire Gérald BUSSY, Margot RASCLE, Florine COUSSEAU et Lisa BIFFAUD	23
La pratique du psychologue spécialisé en neuropsychologie au sein d'un Centre de Référence des Maladies Vectorielles liées aux Tiques Camille HOU et Solène PATRAT-DELON	31
Éducation Thérapeutique au Patient : place de la neuropsychologie Emilie MUSSET	37
Éducation thérapeutique du patient « covid long » ; pourquoi et comment commencer ? Catherine LE BRAS	45

TABLE RONDE

Intervision neuropsychologique : De l'agitation à l'innovation ! Maïté CIMEN, Marion FERON, Marina PIVETTE et Noémie ROUDIL	53
--	----

UNIVERSITÉ

Présentation de deux guides : l'un à destination des étudiants et l'autre à destination des tuteurs de stage Delphine BÉRARD, Guillaume PÉRODEAU, Anthony BACQUÉ et Virginie GOUTTE	60
Des solutions pour les stéréotypes chez les neuropsychologues ? L'exemple du TDAH et du HPI Kévin-Marc VALERY, Stéphanie AUBERTIN et Maëva ROULIN	66

Éditorial

LE COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

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

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Goutte, V., Pothier, K., Huddleston, M., Guetton, M., Jehel, L., Radiguer, F. et Silvestre-Beccarel, G. (2024). Éditorial. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 5.

La neuropsychologie de demain est déjà en marche !

Comme nous l'a montré le dernier Congrès National de Neuropsychologie Clinique, la pratique des psychologues spécialisés en neuropsychologie a beaucoup évolué depuis ses débuts. Initialement axée sur le bilan cognitif avec une perspective localisationniste, elle a progressivement évolué pour tendre vers une approche intégrative centrée sur la personne. Les domaines d'intervention des neuropsychologues se sont étendus également pour englober aujourd'hui le champ des pathologies psychiatriques et pédiatriques, et ont progressé dans les milieux du soin, mais aussi dans les lieux de vie (domicile, établissements socio-éducatifs, médico-sociaux, etc.). La neuropsychologie en cabinet libéral s'est également beaucoup développée.

Aujourd'hui, la pratique neuropsychologique évolue, elle cherche à intégrer des innovations technologiques dans l'évaluation tout comme dans l'accompagnement (jeux de société, nouveaux outils d'évaluation, intervision, application etc.), ainsi que de nouvelles approches thérapeutiques (éducation thérapeutique, etc.). Le 5^{ème} Congrès National de Neuropsychologie Clinique a donc souhaité mettre en avant ces innovations et ce sont ces nouvelles approches que nous souhaitons rendre accessible au plus grand nombre d'entre vous à travers ce nouveau numéro des Cahiers.

Un grand merci aux intervenants de nous avoir fait parvenir leurs articles pour diffuser leurs travaux sous ce format.

Pour que vive la neuropsychologie clinique !

La neuropsychologie ludique : comment intégrer les jeux de société modernes à nos pratiques

The playful neuropsychology : how to integrate modern board games into our practices

Amélie PONCHEL

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
GHU Paris, Psychiatrie & Neurosciences

Pour citer cet article

Ponchel, A. (2024). La neuropsychologie ludique : comment intégrer les jeux de société modernes à nos pratiques. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 6-13.

Contact

amelie.ponchel@gmail.com

Mots-clés

- Jeux de société
- Divertissement
- Cognition
- Interactions sociales
- Mécaniques

Keywords

- Board games
- Entertainment
- Cognition
- Social interactions
- Mechanics

Conflits d'intérêts

L'auteure déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Résumé

Les jeux de société sont actuellement très populaires et un secteur important du divertissement, avec plus de 1500 jeux publiés en 2022 en France. Autrefois réservés aux enfants, les jeux de société attirent désormais un large public, y compris dans des contextes professionnels et cliniques. En neuropsychologie, ils sont utilisés pour évaluer les capacités cognitives, stimuler la cognition, les interactions sociales et le bien-être. La littérature scientifique souligne les effets bénéfiques des jeux sur la cognition et la santé mentale, bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour évaluer pleinement leur efficacité. Les jeux de société modernes se distinguent des jeux traditionnels par leur complexité, leur stratégie et leurs mécaniques innovantes. Ils offrent une variété d'expériences ludiques, de la compétition à la coopération, et sollicitent diverses compétences cognitives et sociales. Les professionnels peuvent utiliser des outils de classification et des ressources pour sélectionner des jeux adaptés à différents besoins. Des initiatives récentes soutiennent la recherche scientifique sur les jeux de société, y compris leur adaptation pour les personnes présentant des troubles cognitifs. En conclusion, les jeux de société modernes sont des outils polyvalents qui méritent une attention croissante dans divers domaines, de l'éducation à la santé mentale.

Abstract

Board games are currently very popular and a significant sector of entertainment, with over 1500 games published in France in 2022. Once reserved to children, board games now attract a wide audience, including in professional and clinical contexts. In neuropsychology, they are used to assess cogni-

tive abilities, stimulate cognition, social interactions, and well-being. Scientific literature highlights the beneficial effects of games on cognition and mental health, although further research is needed to fully evaluate their effectiveness. Modern board games differ from traditional games in their complexity, strategy, and innovative mechanics. They offer a variety of playful experiences, from competition to cooperation, and engage various cognitive and social skills. Professionals can use classification tools and resources to select games tailored to different needs. Recent initiatives support scientific research on board games, including their adaptation for people with cognitive impairments. In conclusion, modern board games are versatile tools deserving increased attention in various fields, from education to mental health.

En 2021, le marché français des jeux de société (JDS) a généré 360 millions d'euros, en croissance constante depuis 15-20 ans, avec une offre de plus en plus variée, marquée par la sortie de près de 1500 nouveaux jeux en 2022 (Morin, 2023). Ainsi, le JDS devient un secteur de divertissement majeur, s'étendant au-delà du public enfantin dans la culture des loisirs. Son impact dépasse même le cadre personnel, s'intégrant dans des contextes professionnels et cliniques, comme en témoigne cette présentation réalisée au CNNC 5.

QUE SONT LES JDS MODERNES ?

Les JDS sont définis comme « un ensemble de pratiques ludiques se déroulant le plus souvent autour d'une table et qui supposent l'usage de règles et d'un matériel dédié et adapté » (Berry, 2001, p. 25). Ils offrent une liberté d'action volontaire et gratuite (non productive), destinée au plaisir, sans conséquence en cas d'échec. Ils se distinguent des *serious games* (jeux sérieux) et des jeux éducatifs à visée d'apprentissage ou d'information. Ils impliquent un aspect fictif et de simulation, avec des règles définies et une issue incertaine. Contrairement aux jeux vidéo, ils reposent principalement sur un support analogique.

Les JDS traditionnels englobent les classiques comme les échecs, les petits chevaux, le poker, et les franchises établies telles que Monopoly®, Cluedo® ou Trivial Pursuit®. Les JDS mo-

dernes, apparus depuis la fin des années 1990, incluent Catan®, Jungle Speed® ou Les Loups-Garous de Thiercellieux®. Outre leur date de sortie plus récente, leur *game design* (la façon dont ils sont conçus) diffère significativement. Moins dépendants du hasard que le Jeu de l'Oie, ils combinent stratégie et aléatoire de manière plus subtile. Les parties sont plus dynamiques, offrant des mécaniques innovantes et variées, contrairement à des jeux comme Monopoly® réputés pour leur longueur. Esthétiquement, ils privilégient les thèmes modernes, immergent les joueurs dans des univers riches tels que les pirates, l'espace ou l'Égypte antique, favorisant ainsi les récits et l'expérience immersive plutôt que purement abstraite.

COMMENT UTILISER LES JDS EN NEUROPSYCHOLOGIE ?

Les JDS fournissent un terrain d'expression des capacités tout en étant moins anxiogènes que les tests traditionnels. Ils simplifient les problèmes réels tout en restant stimulants. En complément des évaluations neuropsychologiques standards, ils peuvent offrir une alternative intéressante mieux acceptée que des épreuves standardisées. Les JDS sont utilisés pour la remédiation cognitive, la stimulation cognitive, les interactions sociales et le travail de la métacognition. Dans les lieux de vie comme les structures médico-sociales, ils sont appréciés comme une activité de loisir procurant du bien-être.



*Les JDS fournissent un terrain d'expression des capacités
tout en étant moins anxiogènes que les tests traditionnels.
Ils simplifient les problèmes réels tout en restant stimulants.*



QUE DIT LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE SUR LES JDS MODERNES ?

Les études sur les échecs en psychologie – très nombreuses – mettent en avant leurs bénéfices sur l'intelligence, la spatialité et la planification (Franklin et al., 2020). La question clé est la généralisation de ces bienfaits à d'autres activités et à des pratiquants moins experts. Les jeux vidéo, bien que largement étudiés, se différencient des JDS par leur nature numérique, offrant une stimulation différente requérant des réactions en temps réel et des décisions rapides. Ils soulèvent ainsi des perspectives distinctes en recherche psychologique.

La recherche montre l'importance des loisirs, notamment les JDS, dans la réserve cognitive, réduisant le risque de maladies neuro-évolutives (Akbaraly et al., 2009 ; Verghese et al., 2003). Une étude longitudinale sur plus de 3600 participants de plus de 65 ans en France révèle une réduction de 15 % du risque de démence chez les pratiquants de JDS, avec moins de baisse du score au MMSE et de dépression incidente (Dartigues et al., 2013). De plus, la pratique des JDS est associée à une prévalence réduite du *Mild Cognitive Impairment* (MCI) chez les plus de 70 ans (Krell-Roesch et al., 2017). Les mécanismes sous-jacents à ces effets restent à clarifier, que ce soit le fait d'être actif, la stimulation de la communication, des interactions sociales ou une combinaison de facteurs.

La recherche sur l'utilisation des JDS modernes en remédiation cognitive est limitée, mais prometteuse. Une étude taïwanaise a montré une amélioration des scores à la MoCA chez des personnes de plus de 65 ans sans démence après un programme de JDS (90 min / semaine pendant 12 semaines) (Ching-Teng et al., 2019). Une autre étude a observé une amélioration des fluences verbales chez des participants de plus de 65 ans d'un programme de JDS (4 h / semaine pendant 5 semaines), bien que le groupe témoin ait également montré le même bénéfice après la réalisation d'exercices cognitifs papier-crayon



(Estrada-Plana et al., 2021). De plus, un programme d'apprentissage de JDS modernes (1h30 / semaine pendant 10 semaines) chez six patientes atteintes de la maladie d'Alzheimer a augmenté leur sentiment d'accomplissement et encouragé les comportements d'entraide entre les participantes (Miltiades et Thatcher, 2019a, 2019b). Ces résultats suggèrent le potentiel des JDS dans le maintien de la santé cognitive des personnes âgées, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces observations.

Des études ont montré une légère amélioration de la mémoire de travail verbale et du comportement chez des enfants atteints de TDAH (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) après un programme de JDS modernes hebdomadaires (60 min / semaine pendant 5 semaines) (Estrada-Plana et al., 2019). Dans le domaine de l'addictologie, une thèse non publiée a révélé des améliorations de la MoCA, du sentiment de plaisir et d'intégration dans le groupe chez des adultes en sevrage alcoolique après trois sessions de JDS (Régner, 2018). Ces résultats suggèrent que les JDS pourraient avoir un potentiel thérapeutique dans ces contextes cliniques.

Chez des sujets sains, d'autres travaux ont montré un bénéfice sur l'intelligence fluide et la créativité après 26 heures de pratique chez des joueurs novices et expérimentés (n=10 ; Bartolucci et al., 2019). Chez des enfants de 6 à 13 ans, une amélioration exécutive a été observée après un entraînement d'une heure par semaine pendant deux mois (n=339 ; Vita-Barrull et al., 2022a). Les JDS pourraient également bénéficier à la cognition sociale, avec des améliorations des capacités verbales, relationnelles et émotionnelles chez des enfants d'école primaire (Torkoglu, 2019), ainsi que de la pensée critique, de l'empathie et des capacités socio-émotionnelles chez des étudiants (Rosa et al., 2021a, 2021b).

Les JDS sont également utilisés comme outils psychoéducatifs pour enseigner les fonctions cognitives, développer de nouvelles stratégies et les tester dans des activités quotidiennes. Dans ce contexte, les JDS sont adaptés à des objectifs thérapeutiques, avec une modification des règles et un rôle essentiel du thérapeute dans l'accompagnement des stratégies en passant par des modalités ludiques. Une étude en cours, nommée

« JeuMETACOGITE », évalue cette approche chez des élèves de primaire (9-10 ans) au Québec, utilisant un programme d'auto-régulation métacognitive avec des JDS (Pelletier, 2021). Les approches métacognitives semblent prometteuses, avec une explication de ce qu'il se passe avant, pendant et après le jeu.

 *Les JDS sont adaptés à des objectifs thérapeutiques, avec une modification des règles et un rôle essentiel du thérapeute dans l'accompagnement des stratégies en passant par des modalités ludiques.* 

Cependant, l'efficacité réelle des JDS modernes comme intervention complémentaire reste à prouver, avec des études limitées par la taille des échantillons, des questions sur la généralisation des bénéfices et un manque de groupes contrôles actifs et donc de mesure des effets placebo. De plus, la durée et les types de jeux ne sont pas encore pleinement explorés dans la recherche.

 *L'efficacité réelle des JDS modernes comme intervention complémentaire reste à prouver.* 

QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DU JDS EN TANT QU'OUTIL THÉRAPEUTIQUE ?

Malgré le manque d'études publiées, les JDS pourraient être des outils thérapeutiques uniques. L'expérience d'immersion, connue sous le nom de *flow*, décrite par le psychologue américain Csikszentmihalyi (prononcez « Chick-Sent-Me-High ») en 1975, peut être comparable à l'engagement profond ressenti dans les JDS. Il s'agit d'un « état psychologique atteint par une personne lorsqu'elle est complètement plongée dans une activité et qu'elle se trouve dans un état maximal de concentration, de plein engagement et de satisfaction dans son accomplissement » (Duarte et Bru, 2021 ; p. 100). Cela fait écho à la sensation éprouvée par le joueur qui « se prend au jeu ». Ce *flow* est un état de concentration intense et de satisfaction totale dans une activité, pouvant induire une distorsion de la perception

du temps quand la personne est totalement absorbée dans l'instant présent. Bien que largement associé à des activités comme la musique ou le sport, cet état pourrait également concerner les JDS, offrant ainsi un potentiel thérapeutique intéressant à explorer.

Les JDS déclenchent des effets psychologiques, sociaux et émotionnels, offrant une expérience active propice à l'apprentissage par l'interaction et l'expérimentation. Ils sont multisensoriels, motivent par des récompenses et stimulent la compétition et la surprise. Les JDS génèrent des émotions positives (convivialité, bien-être, amusement et plaisir) et des souvenirs agréables, encouragent l'activité physique et favorisent les interactions de groupe, facilitant la communication, l'échange d'expériences et l'apprentissage collaboratif. En somme, ils offrent une expérience ludique complète, stimulante et enrichissante sur le plan cognitif, social et émotionnel, contribuant ainsi au bien-être et à la convivialité des participants et encourageant à persévérer, à être créatif, à mobiliser ses ressources.

QUELLES CARACTÉRISTIQUES DES JDS PRENDRE EN COMPTE ?

Lorsqu'on explore la variété de JDS disponibles, le choix peut sembler écrasant. Certains aspects impactent la complexité des jeux et sont à prendre en compte, surtout lorsqu'on envisage de les utiliser avec des personnes présentant des difficultés cognitives. Certaines caractéristiques sont mises en avant par les éditeurs sur les boîtes de JDS : la durée, le nombre de joueurs et l'âge. La durée varie de 5 minutes à plusieurs heures. Le nombre de joueurs peut aller de 1 à plus de 10, bien que le nombre idéal pour que le jeu soit le plus agréable ne corresponde pas toujours à celui indiqué sur la boîte. L'âge recommandé, en tant que borne minimale ou période conseillée, est particulièrement important pour les enfants, en fonction de leurs capacités de lecture, de développement stratégique et des thèmes abordés. Il reste toutefois dépendant de l'expérience de chacun dans le jeu et ne prend pas en compte les éventuelles difficultés cognitives ou trajectoires neurodéveloppementales particulières.

La complexité des JDS est aussi reflétée dans leur catégorisation en jeux « familiaux », « initiés »

ou « experts », en fonction du temps de jeu et de la complexité des règles et des mécanismes.

Les règles de jeu sont également essentielles et peuvent être déterminantes pour l'expérience de jeu. Apprendre de nouvelles règles de jeu peut être laborieux pour tous, mais particulièrement ardu voire rédhibitoire pour ceux avec des difficultés cognitives (difficultés de compréhension ou de mémorisation par exemple). Les livrets de règles accompagnés de vidéos explicatives peuvent faciliter l'apprentissage, tout comme la manipulation directe du matériel. Évaluer la complexité d'un jeu avant de le proposer est essentiel, en tenant compte des mécaniques utilisées et des contraintes cognitives, sensorielles et motrices. Le site www.boardgamegeek.com indique pour chaque JDS la complexité évaluée par les joueurs (« *weight* », de 1 = jeu léger à 5 = jeu complexe), aidant ainsi à choisir ceux adaptés aux patients. Certains jeux offrent des règles de base auxquelles s'ajoutent des règles supplémentaires, permettant une progression adaptée. Si nécessaire, les règles peuvent être simplifiées puis progressivement complexifiées par des « adaptations maison ». Les explications des règles de jeu sont similaires à celles des exercices de remédiation cognitive, nécessitant une hiérarchisation des informations : but du jeu, déroulement d'un tour, exemples et entraînement.

En résumé, pour rendre l'apprentissage des jeux plus accessible, il est crucial de fournir des supports adaptés, d'évaluer leur complexité et de les choisir en fonction des capacités cognitives des joueurs et des besoins spécifiques. De plus, l'adaptation progressive des règles peut favoriser une meilleure compréhension et une expérience de jeu enrichissante pour tous.

COMMENT COMPRENDRE LES MÉCANIQUES DES JDS ?

Les magasins spécialisés proposent une gamme variée de JDS incluant des jeux de plateau (*board games*), de cartes, de tuiles, d'ambiance, à deux joueurs, de rôle et de figurines. Des classifications, comme le système ESAR (voir <https://systeme-esar.org/>), ont été réalisées pour indexer les collections de jeux et jouets des ludothèques, en se basant sur des théories telles que celle de Piaget. Cependant, la classification des JDS reste complexe et controversée.

La mécanique d'un JDS « décrit une capacité des joueurs, un type d'interaction entre eux ou le comportement spécifique d'un ou plusieurs éléments de jeu » (Rotenberg, 2015, p. 32). Elle peut influencer la complexité d'un JDS, surtout lorsque plusieurs mécaniques se combinent. Ces mécaniques peuvent être liées au matériel, aux interactions entre joueurs ou aux compétences requises.

MÉCANIQUES LIÉES AU MATÉRIEL DU JEU

La gestion d'un grand nombre d'éléments de jeu accroît la complexité ainsi que le temps de préparation et de rangement. Ces éléments matériels impliquent différents mécanismes. Le dé produit un résultat aléatoire. Les cartes peuvent être cachées ou révélées, comportant diverses informations et lisibilités. Le plateau, qui représente l'aire de jeu, varie en complexité et en informativité. Le sablier impose une limite de temps. La diversité du matériel inclut pions, jetons et ressources, contribuant à la richesse des expériences ludiques et à leur complexité.

MÉCANIQUES LIÉES AUX INTERACTIONS ENTRE LES JOUEURS

Le rythme des jeux varie selon l'ordre des tours, le nombre d'actions à réaliser, les relations entre joueurs et les interactions, le jeu pouvant se faire en équipe, avec de la négociation ou encore avec des pouvoirs asymétriques entre les joueurs. Historiquement compétitifs, les JDS peuvent désormais être coopératifs, comme Just One® ou Similo®. Ils demandent de la coordination pour des objectifs communs, favorisant l'écoute et la solidarité et sont plus adaptés à des niveaux de compétence divers. Les jeux à communication limitée sollicitent l'inhibition et la théorie de l'esprit. Ils réduisent les possibilités des joueurs à discuter ouvertement entre eux en passant par des supports de communication contraints. Citons par exemple Concept®, où la déduction de l'item cible passe par des icônes représentant des concepts abstraits. Certains jeux se déroulent en simultané, avec une notion de rapidité (ex : Dobble®) ou des choix de cartes concomitants (ex : Sushi Go !®). D'autres sont en « tour par tour », chacun attendant son tour selon diverses modalités (ordre horaire, anti-horaire, le plus avancé ou en retard sur une piste). Ces diverses dynamiques

offrent une variété d'expériences ludiques, adaptées à différents styles de jeu et niveaux de compétence.

MÉCANIQUES LIÉES AUX COMPÉTENCES DES JOUEURS

Les JDS peuvent requérir des compétences artistiques telles que le mime, le dessin, la narration ou le chant. Certains jeux exigent de la mise en scène, comme *Time's Up*®. D'autres favorisent la narration, comme *Story cubes*® ou *Dixit*®, incitant à des récits liés au jeu.

Les capacités psychomotrices ou visuo-motrices sont sollicitées dans des jeux comme *Jungle Speed*®, *Bazar Bizarre*® ou *Crazy Cups*®, mettant en jeu l'observation, la dextérité et la coordination. Cela requiert des facultés d'analyse en lien avec des informations recueillies par les sens (souvent la vue).

Certains JDS exigent la mémorisation d'informations diverses (*Trio*®), le bluff – manipuler des informations cachées en induisant les adversaires en erreur – (*Skull*®), la déduction (*Code Names*®) ou les connaissances générales (*Time-Line*®).

COMMENT ACCÉDER À DES RESSOURCES UTILES ?

Face à la diversité des JDS, explorez les ressources locales telles que les ludothèques et bars à jeux, ainsi que les festivals à travers la France.

Des sites spécialisés comme *Board Game Geek* (BGG) offrent une mine d'informations à travers la plus grande base de données concernant le JDS sur www.boardgamegeek.com

Des professionnels ont mis en place des classifications basées sur les fonctions cognitives sollicitées par les jeux, avec des guides disponibles en ligne. Par exemple, Pelletier (2022) propose la « Classification OptiJeu » sur www.optineurones.com. Arqué et Argiot (2023), avec le soutien de l'éditeur Blue Orange, proposent un guide pour les enseignants nommé « Jeu de société et apprentissage ». Des psychologues spécialisés en neuropsychologie Lorrains ont également présenté lors du *Before* du CNNC un

guide (prochainement disponible) qui s'adresse à un public senior (Besozzi et Meyer, 2023).

Une étude de consensus propose une classification de 27 JDS modernes pour solliciter des domaines cognitifs spécifiques (Vita-Barrull et al., 2022b).

Enfin, notons qu'*Asmodee Research* et *Innovation Factory* soutiennent le projet *Game in Lab* depuis 2018, notamment avec un soutien à la recherche sur le JDS. Depuis 2022, on peut relever le développement de jeux adaptés aux troubles cognitifs dans la gamme *Access+*® - en partenariat avec des professionnels de santé. Des JDS connus du grand public tels que *Dobble*®, *Cortex challenge*® et *TimeLine*® ont été retravaillés et adaptés en termes de matériel, règles et difficulté.

CONCLUSION

Les JDS ont évolué au fil des ans pour devenir bien plus que de simples divertissements. Leur impact s'étend désormais à des domaines variés, de la neuropsychologie à la santé cognitive en passant par l'éducation et la thérapie. À travers une gamme diversifiée de mécaniques, de thèmes et de formats, les JDS offrent une expérience ludique complète, stimulant à la fois les capacités cognitives, sociales et émotionnelles des joueurs. Pourtant, malgré les progrès réalisés dans la recherche sur l'utilisation des JDS à des fins thérapeutiques ou éducatives, de nombreuses questions restent en suspens. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents aux effets bénéfiques des JDS sur la santé cognitive. Il est également crucial d'explorer davantage les possibilités offertes par ces supports dans des contextes cliniques spécifiques. Par ailleurs, l'accessibilité des JDS doit continuer à être améliorée pour inclure un public diversifié, y compris les personnes ayant des besoins cognitifs spécifiques. Des initiatives telles que le développement de jeux adaptés aux troubles cognitifs sont encourageantes, mais il reste encore beaucoup à faire pour garantir que les JDS puissent bénéficier à tous. Le potentiel des JDS modernes reste à explorer, et il appartient à la fois aux chercheurs, aux praticiens et aux passionnés de continuer à les étudier et à les exploiter pleinement pour ouvrir de nouvelles perspectives.

Références

- Akbaraly, T.-N., Portet, F., Fustiiononi, S., Dartigues, J.-F., Artero, S., Rouaud, O., Touchon, J., Ritchie, K. et Berr, C. (2009). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. Results from the three-city study. *Neurology*, 73(11), 854-861. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181b7849b>
- Arqué, C. et Argiot, P.-H. (2023). *Jeu de société et apprentissage*. En ligne : <https://indd.adobe.com/view/49e7969c-3e1d-4270-a621-cddd2aa3c381>
- Bartolucci, M., Mattioli, F. et Batini, F. (2019). Do board games make people smarter? Two initial exploratory studies. *International Journal of Game-Based Learning*, 9(4), 1-14. <https://doi.org/10.4018/IJGBL.2019100101>
- Berry, V. (2001). Que sait-on des jeux de société « modernes » ? *Le jeu de société : pratiques, produits et industries*, 14. <https://doi.org/10.4000/sdj.2796>
- Besozzi, A. et Meyer, M. (2023). *Stimulez votre cognition avec les jeux de société*. Document non publié.
- Ching-Teng, Y. (2019). Effect of board game activities on cognitive function improvement among older adults in adult day care centers. *Social work in health care*, 58(9), 825-838. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1656143>
- Dartigues, J.-F., Foubert-Samier, A., Le Goff, M., Viltard, M., Amieva, H., Orgogozo, J.-M., Barberger-Gateau, P. et Helmer, C. (2013). Playing board games, cognitive decline and dementia: a French population-based cohort study. *BMJ open*, 3(8), e002998. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002998>
- Duarte, A. et Bru, S. (2021). Outil 32. La théorie du flow. Dans A. Duarte et S. Bru (Dir.), *La boîte à outils de la gamification* (p. 100-101). Dunod.
- Estrada-Plana, V., Esquerda, M., Mangues, R., March-Llanes, J. et Moya-Higueras, J. (2019). A Pilot Study of the Efficacy of a Cognitive Training Based on Board Games in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Games for health journal*, 8(4), 265-274. <https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0051>
- Estrada-Plana, V., Montanera, R., Ibarz-Estruga, A., March-Llanes, J., Vita-Barrull, N., Guzmán, N., Ros-Morente, A., Ayesa Arriola, R. et Moya-Higueras, J. (2021). Cognitive training with modern board and card games in healthy older adults: two randomized controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(6), 839-850. <https://doi.org/10.1002/gps.5484>
- Franklin, G. L., Pereira, B. N. G. V., Lima, N. S. C., Germiniani, F. M. B., Camargo, C. H. F., Caramelli, P. et Teive, H. A. G. (2020). Neurology, psychiatry and the chess game: a narrative review. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 78(3), 169-175. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20190187>
- Miltiades, H. B. et Thatcher, W. G. (2019a). Individuals with Alzheimer's learn to play a tile placement game: Results of a pilot study: Innovative practice. *Dementia*, 18(2), 802-807. <https://doi.org/10.1177/1471301216675989>
- Krell-Roesch, J., Vemuri, P., Pink, A., Roberts, R. O., Stokin, G. B., Mielke, M. M., Christianson, T. J., Knopman, D. S., Petersen, R. C., Kremers, W. K. et Geda, Y. E. (2017). Association Between Mentally Stimulating Activities in Late Life and the Outcome of Incident Mild Cognitive Impairment, With an Analysis of the APOE ε4 Genotype. *JAMA neurology*, 74(3), 332-338. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2016.3822>
- Miltiades, H. B. et Thatcher, W. G. (2019b). Social engagement during game play in persons with Alzheimer's: Innovative practice. *Dementia*, 18(2), 808-813. <https://doi.org/10.1177/1471301216687920>
- Morin, B. (2023). *Jeux de société : zoom sur un marché qui pèse plus de 300 millions d'euros en France*. Europe 1. En ligne : <https://www.europe1.fr/economie/jeux-de-societe-un-marche-en-pleine-expansion-qui-pese-plus-de-300-millions-deuros-en-france-4159176>
- Pelletier, A. (2021). *Évaluer en milieu scolaire les effets du programme JeuMETACOGITE sur l'exercice de l'auto-régulation d'élèves du primaire (9-10 ans) par une approche métacognitive utilisant le jeu de société*. En ligne : <https://www.game-in-lab.org/projets/projet-jeumetacogite/>
- Pelletier, A. (2022). *Classification OptiJeu, pédagogie par le jeu*. En ligne : https://www.optineurones.com/files/ugd/191509_ac24af234f2f44aab1c1f8415a3f2be7.pdf

Régnier, M. (2018). *Impact des jeux de société sur l'aspect cognitif de patients en addictologie*. Thèse soutenue le 17 avril 2018 à Amiens. En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02057310/file/Morgane%20R%C3%A9gnier.%20Th%C3%A8se%20d%27exercice%20m%C3%A9decine%28UPJV%29.pdf>

Rosa, M., Gordo, S., Sousa, M. et Pocinho, R. (2021a). Empathy, creativity, and feelings using a modern board game : a learning experience valued by physiotherapy students. *TEEM'21*, 610-615. <https://doi.org/10.1145/3486011.3486525>

Rosa, M., Gordo, S., Sousa, M. et Pocinho, R. (2021b). Critical thinking, empathy and problem solving using a modern board game : a learning experience valued by physical therapy students. *TEEM'21*, 624-628. <https://doi.org/10.1145/3486011.3486526>

Rotenberg, M. (2015). *Les jeux de société : essai sur la production d'un outil d'analyse autour des mécaniques de jeu*. Mémoire soutenu le 30 octobre 2015. En ligne : https://www.ville-jeux.com/IMG/pdf/m2_-_mecaniques_des_jeux_de_societe.pdf

Turkoglu, B. (2019). The effect of educational board games training programme on the social skill development of the fourth graders. *Elementary Education Online*, 18(3), 1326-1344. <https://doi.org/10.17051/ilkonline.2019.612180>

Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M. et Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England journal of medicine*, 348(25), 2508–2516. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa022252>

Vita-Barrull, N., Guzman, N., Estrada-Plana, V., March-Llanes, J., Mayoral, M. et Moya-Higueras, J. (2022a). Impact on executive dysfunctions of gamification and nongamification in playing board games in children at risk of social exclusion. *Games for health journal*, 11(1), 46-57. <https://doi.org/10.1089/g4h.2021.0034>

Vita-Barrull, N., March-Llanes, J., Guzmán, N., Estrada-Plana, V., Mayoral, M., Moya-Higueras, J. et Conectar Jugando Experts Committee (2022b). The Cognitive Processes Behind Commercialized Board Games for Intervening in Mental Health and Education : A Committee of Experts. *Games for health journal*, 11(6), 414-424. <https://doi.org/10.1089/g4h.2022.0109>

Utilité clinique d'une batterie de tests exécutifs dans la lésion cérébrale acquise et la schizophrénie

Clinical utility of an executive tests battery in acquired brain injury and schizophrenia

Sophie BAYARD

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Maître de Conférence, Université Paul Valéry Montpellier 3, EPSYLON EA 4556, F34000, Montpellier, France

Cécile CARLOS NIEL

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Centre Hospitalier de Béziers, Béziers, France

Clarisse MADIOUNI

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie et docteure en psychologie, Université Paul Valéry Montpellier 3, EPSYLON EA 4556, F34000, Montpellier, France

Carla MACHADO

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Département de neurologie et CERVCO, Hôpital Lariboisière, Paris, France

Laëtitia LAURENT

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Clinique INICEA Les Grands Chênes, 40-52 Rue Stéhélin, 33021 Bordeaux, Nouvelle-Aquitaine, France

Grégoire WAUQUIEZ

Psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie, Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, F21000, Dijon, France

Emily SANREY

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Unité Pathologies Cérébrales Résistantes, CHU Montpellier, F34000, Montpellier, France

Lise MALVY

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Hôpital Bicêtre, AP-HP, Médecine Interne et Immunologie Clinique, Le Kremlin-Bicêtre, France

Chloé NAUDIN

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Paris, France
Institut Médical de Serris, Serris, France.
Hôpital Le Vésinet, Le Vésinet, France

Stéphanie RAMEZ

Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, Hôpital Le Vésinet, Le Vésinet, France

Stéphane RAFFARD

Psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie, Professeur des Universités, Université Paul Valéry Montpellier 3, EPSYLON EA 4556, F34000, Montpellier, France
Service de psychiatrie adulte, CHU Montpellier

Contact

sophie.bayard@univ-montp3.fr

Mots-clés

- Fonctions exécutives
- Lésion cérébrale acquise
- Normes
- Schizophrénie

Keywords

- *Executive functions*
- *Acquired brain injury*
- *Standards*
- *Schizophrenia*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Bayard, S., Carlos Niel, C., Madiouni, C., Machado, C., Laurent, L., Wauquiez, G., Sanrey, E., Malvy, L., Naudin, C., Ramez, S. et Raffard, S. (2024). Utilité clinique d'une batterie de tests exécutifs dans la lésion cérébrale acquise et la schizophrénie. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 14-22.

Résumé

Notre objectif était d'établir l'utilité clinique d'une batterie de tests exécutifs récemment normalisée (Bayard et al., 2023) dans la lésion cérébrale acquise et la schizophrénie. La relation entre les normes de cette batterie et le fonctionnement exécutif auto-rapporté en vie quotidienne a également été explorée. Les outils suivants ont été administrés à cinquante-six participants présentant une lésion cérébrale acquise et à quarante participants atteints de schizophrénie : Mémoire des chiffres, *Trail Making Test*, *Color Word Interference Test* et le Test des fluences verbales. Dans les deux groupes, les performances aux tests exécutifs variaient de scores moyens à exceptionnellement inférieurs à la moyenne. Nos résultats suggèrent que les données normatives de cette batterie de tests exécutifs ont un potentiel intéressant pour caractériser les troubles exécutifs tant dans les lésions cérébrales acquises que dans la schizophrénie.

Abstract

Our goal was to establish the clinical value of a recently standardized executive test battery (Bayard et al., 2023) in acquired brain injury and schizophrenia. The relationship between the norms of this battery and self-reported executive functioning in daily life was also explored. The following tools were administered to fifty-six participants with acquired brain injury and forty participants with schizophrenia: Digit Span,

Trail Making Test, Color Word Interference Test and the Verbal Fluency Test. In both groups, executive test performance ranged from average to exceptionally below average scores. Our results suggest that normative data from this battery of executive tests have interesting potential to characterize executive disorders in both acquired brain injury and schizophrenia.

INTRODUCTION

Les comparaisons de groupes ont bien documenté la baisse des performances exécutives chez des individus atteints de diverses conditions cliniques par rapport à des témoins appariés (Mitrushina, 2005 ; Sherman et al., 2020). L'étude de l'utilité clinique des données normatives est cruciale pour interpréter correctement un profil neuropsychologique en tant que composante clé du statut fonctionnel des individus. Les tests avec des performances variées peuvent offrir aux neuropsychologues des marqueurs potentiels pour établir des profils et orienter la rééducation. De même, des tests révélant un profil homogène chez des groupes de patients spécifiques peuvent servir de marqueurs diagnostiques solides pour une altération neuropsychologique spécifique. Malgré cela, l'analyse individuelle des profils de patients basée sur des données normatives est rarement documentée dans la littérature. Cependant, cette analyse peut éclairer le clinicien sur la manière dont un test devrait être utilisé en pratique (Bayard et al., 2017 ; Raffard et Bayard, 2012).



L'analyse individuelle des profils de patients basée sur des données normatives est rarement documentée dans la littérature.



Nous avons récemment établi des données normatives pour une batterie standard de tests neuropsychologiques exécutifs comprenant quatre tests couramment utilisés dans l'évaluation neuropsychologique en France (GREFEX, 2001) auprès d'adultes âgés de 18 à 65 ans (Bayard et al., 2023). L'objectif principal de cette étude était d'établir l'utilité clinique de cette batterie dans deux populations cliniques présentant des

altérations exécutives bien documentées, à savoir les lésions cérébrales acquises (LCA) et la schizophrénie.

MÉTHODE

PARTICIPANTS

Participants avec un diagnostic de schizophrénie. Quarante personnes ayant un diagnostic de schizophrénie (American Psychiatric Association, 2013) ont été recrutées. Les critères d'inclusion pour les patients étaient : (a) avoir entre 18 et 65 ans, (b) un diagnostic de schizophrénie selon le DSM-5, et (c) le français comme langue maternelle. Les critères d'exclusion étaient : (a) une maladie neurologique connue, (b) des antécédents de troubles de l'apprentissage/trouble du développement, ou (c) une consommation de substances au cours du dernier mois (autres que le cannabis ou le tabac). Les patients étaient dans une phase stable de leur maladie. La sévérité des symptômes a été évaluée à l'aide de l'échelle des symptômes positifs et négatifs (*Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS*) (Kay et al., 1987).

Participants atteints d'une lésion cérébrale acquise. Cinquante-six personnes présentant une LCA ont été incluses dans l'étude. Les critères d'inclusion pour ces participants étaient les suivants : (a) âge compris entre 18 et 65 ans, (b) diagnostic de LCA, et (c) le français comme langue maternelle. Les critères d'exclusion étaient : (a) trouble auditif ou visuel connu, (b) négligence unilatérale, (c) trouble moteur des membres supérieurs empêchant une prise correcte d'un crayon, (d) antécédents de troubles de l'apprentissage ou de troubles du développement, (e) abus de substances au cours du dernier mois (autres que le cannabis ou le tabac),

(f) antécédents de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques du spectre bipolaire.

TESTS EXÉCUTIFS

Le subtest *Mémoire des chiffres* de la WAIS-IV (Wechsler, 2001), le *Trail Making Test* (TMT) (Reitan et Wolfson, 1985) le *Color-Word Interference Test* (CWIT) (Delis et al., 2001) et le Test des fluences verbales (Lettre P et Animaux) (GREFEX, 2001) ont été administrés dans un ordre fixe et cotés selon la procédure décrite dans l'étude normative de Bayard et collaborateurs (Bayard et al., 2023). Une Moyenne générale de la batterie (en anglais, *Overall Test Battery Mean*, OTBM) a également été calculée à partir de ces variables (Iverson et al., 2020).

ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Jamovi (The jamovi project, 2024). Afin d'établir les profils individuels des participants, les scores bruts aux tests ont été transformés en notes standardisées selon les normes développées par les auteurs. Sur la base des labels des performances aux tests proposés par l'*American Academy of Clinical Neuropsychology*, la décision psychométrique pouvait soit être un score inférieur à la moyenne, soit un score exceptionnellement inférieur à la moyenne (Guilmette et al., 2020). Ces labels ont été appliqués aux variables suivantes : Mémoire des Chiffres (score total), TMT (score de contraste pour le temps et/ou le nombre d'erreurs), CWIT (score de contraste pour le temps et/ou le nombre d'erreurs), le Test des fluences verbales (nombre de bonnes réponses et/ou nombre de ruptures de règle/répétitions), et l'OTBM. Enfin, les analyses corrélationnelles ont été réalisées afin de tester des interrelations entre les performances aux tests exécutifs. Ces analyses ont intégré les scores *T* de Mémoire des chiffres, du score de contraste pour le temps du TMT, du score de contraste pour le temps du CWIT, le nombre de bonnes réponses pour les conditions P et Animaux du Test des fluences verbales. L'OTBM a également été exprimé en score *T*. Le niveau de significativité a été fixé à $\leq .05$, test bilatéral.

PROCÉDURE

Tous les participants ont reçu une explication complète de l'étude et de ses objectifs avant de donner leur consentement éclairé. Les quatre tests exécutifs ont été administrés en soins courants par des psychologues cliniciens spécialisés en neuropsychologie, membres de l'Organisation Française des Psychologues Spécialisés en Neuropsychologie (<https://ofpn.fr/>). Les participants avec un diagnostic de schizophrénie ont été recrutés dans le Service Universitaire de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier. Les participants avec une LCA ont été recrutés dans huit consultations neurologiques réparties sur le territoire français. Cette étude a été menée conformément aux normes éthiques décrites par la loi sur la recherche médicale impliquant des sujets humains (WMO) et a été approuvée par le comité d'éthique institutionnel de l'université (IRB ID : IRB00013307).

RÉSULTATS

Le Tableau 1 renseigne les données démographiques, cliniques ainsi que les résultats aux tests exécutifs.

PERFORMANCES EXÉCUTIVES

Lésion cérébrale acquise ($N = 56$). Trente-deux participants ont subi une lésion cérébrale non traumatique secondaire à un accident vasculaire cérébral et treize participants ont subi une lésion cérébrale traumatique consécutive à un accident de la circulation ou une chute. Quatre participants avaient une tumeur cérébrale, trois avaient subi une anoxie suite à un arrêt cardiaque, deux avaient une méningite et deux avaient une encéphalite.

Comme illustré dans la Figure 1A, en LCA, la plus faible proportion de participants avec un score inférieur à la moyenne était observée pour Mémoire des chiffres (38%), alors que la plus importante proportion l'était pour le CWIT (71%). La même configuration de résultats était observée pour la proportion de participants avec un score exceptionnellement inférieur à la moyenne ; i.e. Mémoire des chiffres 18% *versus* CWIT, 50%. En ce qui concerne l'OTBM, la proportion de participants

	Schizophrénie	Lésion cérébrale acquise
	N = 40	N = 56
Données démographiques et cliniques		
Âge	33.3 ± 9.1 [18-57]	50.7 ± 11.6 [20-65]
Femmes, %	40%	47%
Années d'études	13.1 ± 3 [7-20]	12 ± 3.6 [7-20]
Catégories socio-professionnelles		
Étudiant	12.8%	6.1%
Travailleur	7.7%	40.8%
Retraité	–	12.2%
Sans emploi	20.5%	18.3%
Travailleur en situation de handicap	59%	22.6%
Tests exécutifs		
Trail Making Test		
TMT-B erreurs	0 [0-15]	0 [0-14]
Score de contraste	77.6 ± 59 [13-197]	84.2 ± 48.7 [25-203]
Color/Word Interference		
Inhibition erreurs	1 [0-7]	1.5 [0-24]
Scores de contraste	35.6 ± 12.5 [17-77]	48 ± 30.8 [18-150]
Mémoire des chiffres		
Score total	23.5 ± 5.2 [12-32]	21.6 ± 6.3 [8-35]
Test des fluences verbales		
Lettre P nombre de bonnes réponses	18.5 ± 7.5 [5-36]	16.1 ± 7.1 [3-36]
Lettre P répétitions/ruptures de règle	0 [0-2]	0 [0-8]
Animaux nombre de bonnes réponses	25.8 ± 9 [10-48]	23.3 ± 7.1 [10-37]
Animaux répétitions/ruptures de règle	0 [0-4]	0 [0-4]
Overall test battery mean	37.6 ± 6.8 [22-52]	38.7 ± 8.1 [18-60]

Moyenne ± écart-type [minimum-maximum] ou médiane [minimum-maximum].

Tableau 1. Données descriptives des variables démographiques et résultats aux tests exécutifs.

avec un score inférieur ou exceptionnellement inférieur à la moyenne était respectivement de 54% et 27%. Les deux-tiers des participants avec une LCA (59%) avaient entre 3 et 5 scores inférieurs à la moyenne, alors que cette proportion était de 25% pour les scores inférieurs exceptionnellement rares.

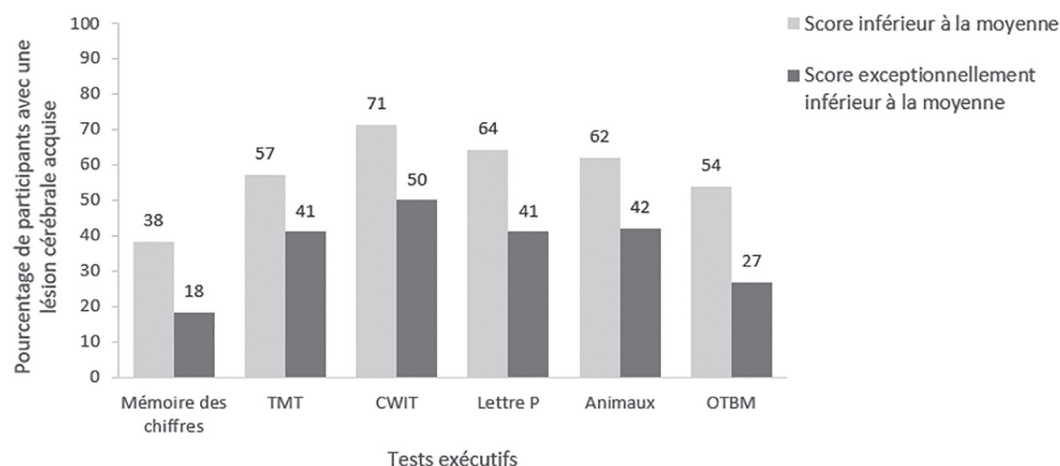
Schizophrénie (N = 40). Tous les participants avec un diagnostic de schizophrénie étaient des patients non-hospitalisés. Tous prenaient un traitement antipsychotique. La durée moyenne de la

maladie était de 12.2 ± 10.2 ans. Le niveau moyen de symptômes positifs et négatifs mesuré avec la PANSS était respectivement de 12.5 ± 6.4 et 14.4 ± 5.7.

En schizophrénie, la plus faible proportion de participants avec un score inférieur à la moyenne était observée pour Mémoire des chiffres (33%), alors que la plus importante proportion l'était pour le CWIT (82%) (Figure 1B). La même configuration de résultats était observée pour la proportion de participants avec un score exceptionnellement



A



B

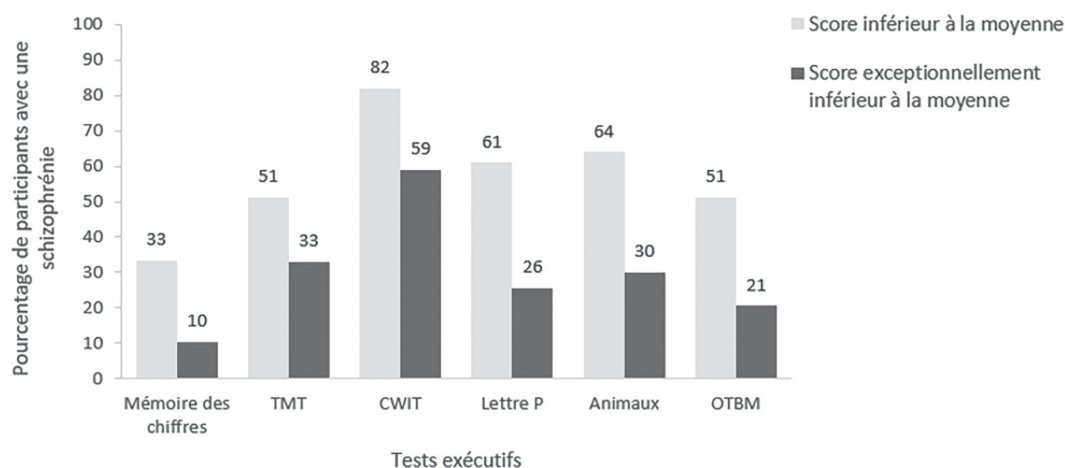


Figure 1. Pourcentage de participants avec un score inférieur à la moyenne ou exceptionnellement inférieur à la moyenne selon les groupes et les tests exécutifs.

inférieur à la moyenne ; i.e. Mémoire des chiffres 10% *versus* CWIT, 59%. En ce qui concerne l'OTBM, la proportion de participants avec un score inférieur ou exceptionnellement inférieur à la moyenne était respectivement de 51% et 21%. Un peu plus de la moitié des participants avec un diagnostic de schizophrénie avaient entre 3 et 5 scores inférieurs à la moyenne (56%), alors que cette proportion était de 23% pour les scores inférieurs exceptionnellement rares. Enfin, aucune association n'a été retrouvée entre les tests exécutifs et la sévérité des symptômes positifs et négatifs évaluée avec la PANSS.

Sur l'échantillon total, nous avons documenté une association de taille modérée entre le CWIT et le TMT ($r = 0.42$, $p < 0.001$), et entre le CWIT et

Mémoire des chiffres ($r = 0.41$, $p < 0.001$). Le TMT était également largement corrélé à Mémoire des chiffres ($r = 0.60$, $p < 0.001$). Aucune association n'a été retrouvée entre les résultats au Test des fluences verbales et les autres tests exécutifs. En plus de ces analyses corrélationnelles, des tests de comparaison de coefficients de corrélation ont été effectués. Ceux-ci ont documenté que les différences des coefficients entre le CWIT, le TMT et Mémoire des chiffres n'étaient pas significatives (tous les $ps > 0.07$). Ces comparaisons étaient significatives lorsqu'elles impliquaient la comparaison entre le Test des fluences verbales et les autres tests exécutifs (tous les $ps < 0.001$).

Des corrélations de petite à large taille d'effet ont été notées entre l'OTBM et les tests exécutifs

(CWIT, $r = 0.68$, $p < 0.001$; TMT, $r = 0.80$, $p < 0.001$; Mémoire des chiffres, $r = 0.75$, $p < 0.001$; Test des fluences verbales, $r = 0.28$, $p < 0.009$).

Le même type d'associations a été documenté au sein des deux populations cliniques. Dans la LCA, des corrélations positives et modérées ont été retrouvées entre le CWIT et le TMT ($r = 0.55$, $p < 0.001$), ainsi qu'entre le CWIT et Mémoire des chiffres ($r = 0.58$, $p < 0.001$). Le TMT était largement corrélé avec Mémoire des chiffres ($r = 0.60$, $p < 0.001$). En schizophrénie, le TMT était modérément à largement associé avec le CWIT ($r = 0.30$, $p = 0.07$) et Mémoire des chiffres ($r = 0.64$, $p < 0.001$). Une association modérée a été notée entre le CWIT et Mémoire des chiffres ($r = 0.35$, $p = 0.03$). Dans les deux groupes, aucune relation n'a été documentée entre le Test des fluences verbales et les autres tests exécutifs.

DISCUSSION

Cette étude visait à déterminer l'utilité clinique de normes récemment développées pour quatre tests exécutifs couramment utilisés en clinique en France (Bayard et al., 2023). Les principaux résultats de l'étude mettent en avant : l'existence d'une hétérogénéité des performances exécutives chez les patients porteurs d'une LCA ou d'un diagnostic de schizophrénie ; des associations modérées à importantes entre les performances aux tests exécutifs.



*Les principaux résultats de l'étude mettent en avant :
l'existence d'une hétérogénéité des performances exécutives
chez les patients porteurs d'une LCA ou d'un diagnostic
de schizophrénie*



Dans chaque groupe de participants, l'étendue des performances aux tests exécutifs pouvaient être considérée de la moyenne à exceptionnellement inférieurs à la moyenne après l'application des normes. Ces résultats sont conformes à la littérature décrivant classiquement cette hétérogénéité en LCA et en schizo-

phrénie (Goldberg, 2017 ; Tyburski et al., 2021). Dans les deux groupes, l'OTBM semble représenter un score composite intéressant. À l'exception du Test des fluences verbales, nous avons documenté une bonne validité convergente entre les performances standardisées du CWIT, du TMT et de Mémoire des chiffres. Le Test des fluences verbales était le moins associé à l'OTBM par rapport aux autres tests.

La nature exécutive du Test des fluences verbales est très controversée dans la littérature. Plusieurs études ayant appliqué l'analyse factorielle suggèrent que l'échec à ce test peut être autant lié à une diminution de la vitesse de traitement de l'information qu'à une altération de la production d'éléments lexicaux (pour une revue, voir Sherman et al., 2020). Des analyses supplémentaires que nous avons réalisées semblent être en faveur de l'hypothèse de la vitesse de traitement. En effet, dans notre échantillon, le temps pour la réalisation de la condition dénomination des couleurs du CWIT était modérément corrélé aux scores de la fluence verbale (Animaux : $r = 0.41$, $p < 0.001$; Lettre P : $r = 0.40$, $p < 0.001$).

Certaines limitations se dégagent de cette étude. Nos deux tailles d'échantillon étaient relativement petites. Nous devons donc rester prudents quant à la généralisation de nos résultats. Les participants avec un diagnostic de schizophrénie étaient dans une phase stable et chronique du trouble mental. Toutefois, il ne semble pas qu'un déclin cognitif survienne après un premier épisode psychotique (pour une méta-analyse, voir Watson et al., 2022). Par conséquent, nos normes peuvent également être utilisées avec des patients en phase précoce de schizophrénie. Enfin, il serait pertinent à l'avenir d'explorer l'utilité clinique des données normatives actuelles dans des populations de patients plus homogènes sur le plan du diagnostic.

En conclusion, nos résultats suggèrent que les données normatives que nous avons développées pour quatre tests exécutifs couramment utilisés en évaluation neuropsychologique en France ont un potentiel intéressant pour caractériser les troubles exécutifs tant dans la LCA que dans la schizophrénie.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bayard, S., Madiouni, C., Carlos Niel, C., Cornu, C., Moulin, A. et Raffard, S. (2023). French adult normative data for a Standard Executive Neuropsychological Test Battery. *Archives of Clinical Neuropsychology*, acad062. <https://doi.org/10.1093/arclin/acad062>
- Bayard, S., Moroni, C., Gély-Nargeot, M.-C., Rossignol-Arifi, A., Kamara, E. et Raffard, S. (2017). French Version of the Hayling Sentence Completion Test, Part II: Clinical Utility in Schizophrenia and Parkinson's Disease. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32(5), 592–597. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx011>
- Bryant, A. M., Kerr, Z. Y., Walton, S. R., Barr, W. B., Guskiewicz, K. M., McCrea, M. A. et Brett, B. L. (2022). Investigating the association between subjective and objective performance-based cognitive function among former collegiate football players. *The Clinical Neuropsychologist*, 37(3), 595–616. <https://doi.org/10.1080/13854046.2022.2083021>
- Chaytor, N. et Schmitter-Edgecombe, M. (2003). The Ecological Validity of Neuropsychological Tests: A Review of the Literature on Everyday Cognitive Skills. *Neuropsychology Review*, 13(4), 181–197. <https://doi.org/10.1023/B:NERV.0000009483.91468.fb>
- Delis, D. C., Kaplan, E. et Kramer, J. H. (2001). *Delis-Kaplan executive function system: D-KEFS*. Pearson.
- Donders, J., Oh, Y. I. et Gable, J. (2015). Self- and Informant Ratings of Executive Functioning After Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(6), E30–E39. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000120>
- Gioia, G. A. (2014). *BRIEF: Inventaire d'Évaluation Comportementale des Fonctions Exécutives*. Hogrefe.
- Giovannetti, T., Mis, R., Hackett, K., Simone, S. M. et Ungrady, M. B. (2021). The goal-control model: An integrated neuropsychological framework to explain impaired performance of everyday activities. *Neuropsychology*, 35(1), 3–18. <https://doi.org/10.1037/neu0000714>
- Goldberg, E. (Ed.). (2017). *Executive functions in health and disease*. Elsevier/Academic Press.
- GREFEX. (2001). L'évaluation des fonctions exécutives en pratique clinique: Groupe de réflexion sur l'évaluation des fonctions exécutives (GREFEX). *Revue de Neuropsychologie*, 11, 384–434.
- Guilmette, T. J., Sweet, J. J., Hebben, N., Koltai, D., Mahone, E. M., Spiegler, B. J., Stucky, K., Westerveld, M. et Conference Participants. (2020). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores. *The Clinical Neuropsychologist*, 34(3), 437–453. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1722244>
- Iverson, G. L., Karr, J. E., Terry, D. P., Garcia-Barrera, M. A., Holdnack, J. A., Ivins, B. J. et Silverberg, N. D. (2020). Developing an Executive Functioning Composite Score for Research and Clinical Trials. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(3), 312–325. <https://doi.org/10.1093/arclin/acz070>
- Kay, S. R., Fiszbein, A. et Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Mitrushina, M. N. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment* (2^e éd.). Oxford University Press.
- Olsson, A.-K., Hjärthag, F. et Helldin, L. (2019). Overestimated function in patients with schizophrenia: A possible risk factor for inadequate support? *Schizophrenia Research*, 206, 194–199. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.11.027>
- Raffard, S. et Bayard, S. (2012). Understanding the executive functioning heterogeneity in schizophrenia. *Brain and Cognition*, 79(1), 60–69. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.01.008>
- Raffard, S., Lebrun, C., Bayard, S., Macgregor, A. et Capdevielle, D. (2020). Self-Awareness Deficits of Cognitive Impairment in Individuals With Schizophrenia. Really? *Frontiers in Psychiatry*, 11, 731. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00731>
- Reitan, R. M. et Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan neuropsychological test battery: Theory and clinical interpretation*. Neuropsychology Press.

Sherman, E. M. S., Tan, J. E. et Hrabok, M. (2020). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, tests, norms, and commentary* (4^e éd.). Oxford University Press.

Suchy, Y. (2016). *Executive functioning: A comprehensive guide for clinical practice*. Oxford University Press.

The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Récupéré depuis <http://www.jamovi.org>

Tomaszewski Farias, S., Gravano, J., Weakley, A., Schmitter-Edgecombe, M., Harvey, D., Mungas, D., Chan, M. et Giovannetti, T. (2020). The Everyday Compensation (EComp) Questionnaire : Construct Validity and Associations with Diagnosis and Longitudinal Change in Cognition and Everyday Function in Older Adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26(3), 303-313. <https://doi.org/10.1017/S135561771900119X>

Tyburski, E., Mak, M., Sokołowski, A., Starkowska, A., Karabanowicz, E., Kerestey, M., Lebiecka, Z., Preś, J., Sagan, L., Samochowiec, J. et Jansari, A. S. (2021). Executive Dysfunctions in Schizophrenia : A Critical Review of Traditional, Ecological, and Virtual Reality Assessments. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 2782. <https://doi.org/10.3390/jcm10132782>

Watson, A. J., Harrison, L., Preti, A., Wykes, T. et Cella, M. (2022). Cognitive trajectories following onset of psychosis : A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 221(6), 714–721. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.131>

Wechsler, D. (2011). *WAIS-IV, Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes* (4^e éd.). ECPA.

Place du psychologue-neuropsychologue dans l'inclusion/adaptation scolaire

The role of the psychologist-neuropsychologist in school inclusion

Gérald BUSSY

Docteur en Neuropsychologie
Psychologue-Neuropsychologue Pédiatrique
Cabinet CANOPEE, 28 avenue Jean Monnet
42330 Saint Galmier

Margot RASCLE

Psychologue-Neuropsychologue de l'enfant
Cabinet CANOPEE, 28 avenue Jean Monnet
42330 Saint Galmier

Florine COUSSEAU

Psychologue-Neuropsychologue
Cabinet CANOPEE, 28 avenue Jean Monnet
42330 Saint Galmier

Lisa BIFFAUD

Psychologue clinicienne spécialisée
en Neuropsychologie de l'enfant
Cabinet CANOPEE, 28 avenue Jean Monnet
42330 Saint Galmier

Contact

neuropsychologue.bussy@gmail.com

Mots-clés

- Enfants
- Inclusion
- Neuropsychologue
- Évaluation
- Remédiation

Keywords

- Children
- Inclusion
- Neuropsychologist
- Assessment
- Rehabilitation

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Bussy, G., Rascle, M., Cousseau, F. et Biffaud, L. (2024). Place du psychologue-neuropsychologue dans l'inclusion/adaptation scolaire. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 23-30.

Résumé

L'inclusion scolaire est une demande de plus en plus forte de la part des familles. Pour cela, il est nécessaire que de nombreux moyens soient mis en place afin d'aider l'enfant et l'école à s'harmoniser. Nous proposons une vision pragmatique et non plus dogmatique de l'inclusion scolaire ayant pour but les progrès et l'atteinte des objectifs de vie future de l'enfant. L'inclusion scolaire doit donc devenir un moyen et non plus un objectif en soi. Ainsi, nous proposons quatre axes d'interventions possibles pour le psychologue-neuropsychologue afin de soutenir cette inclusion : l'évaluation, les aménagements pédagogiques adaptés, la psychoéducation/information, et la rééducation cognitive. Ces quatre axes, s'ils sont coordonnés aux autres professionnels autour des objectifs des familles, devraient conduire à améliorer les apprentissages scolaires et comportementaux de l'enfant pour son plein épanouissement.

Abstract

Inclusive education is an increasingly strong demand from families. To do this, it is necessary that many means be put in place to help the child and the school to harmonize. We propose a pragmatic and no longer dogmatic vision of school inclusion with the aim of progress and the achievement of the child's future life goals. Inclusive education must therefore become a means and no longer an objective in itself. Thus, we propose four possible areas of intervention for the psychologist-neuropsychologist in order to support this inclusion : assessment, adapted pedagogical accommodations, psycho-education/information, and cognitive rehabilitation. These four axes, if coordinated with other professionals around the objectives of the families, should lead to improving the child's academic and behavioral learning for his or her full development.

INTRODUCTION

Selon le ministère de l'Éducation Nationale (site internet, décembre 2023), « l'école inclusive vise à assurer une scolarisation de qualité pour tous les élèves de la maternelle au lycée par la prise en compte de leurs singularités et de leurs besoins éducatifs particuliers ». La scolarisation « est complétée par des actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales coordonnées dans le cadre d'un projet personnalisé prévu à l'article L112-2 », Code de l'Éducation article L112-1.

Au travers de ces définitions se dessinent les axes d'intervention des psychologues spécialisés en neuropsychologie (PSN) dans le cadre de la compensation des handicaps des élèves scolarisés ou non scolarisés.

Toutefois, avant de définir ces grands axes de travail, nous souhaitons faire une mise au point des concepts idéologique et terminologique qui se rejoignent et sous-tendent les axes d'intervention. Le *point idéologique* renvoie au constat que « l'école inclusive » ne doit pas être dogmatique, mais pratique. Cela signifie que l'idée de l'inclusion ne doit pas être portée comme un étendard qui défend coûte que coûte une idée, aussi louable soit-elle, au détriment du bien-être de l'enfant. En effet, on observe parfois une obstination à vouloir inclure l'enfant sans prendre en compte ses besoins et ses compétences, ce qui compte alors est uniquement son droit, en l'oc-

currence le droit à une scolarité ordinaire. Or, parfois, cette scolarité dite ordinaire n'est pas possible en raison des aptitudes inhérentes de l'enfant ou bien des problématiques liées à l'école elle-même (classe surchargée, absence d'AESH (accompagnants des élèves en situation de handicap), classe multiniveaux). Ainsi, la réalité doit être prise en compte par l'ensemble des adultes (parents, enseignants, rééducateurs) dans le choix des options proposées à l'enfant, afin de mettre en place les actions nécessaires au bon développement et à la bonne progression de l'élève. Cela amène également un autre point fondamental de notre argumentaire, à savoir la confusion entre un moyen et un objectif. L'école « inclusive » ne doit pas être vue comme un objectif (vision dogmatique) à atteindre, mais plus comme un moyen (vision pragmatique) pour atteindre des objectifs que sont la progression de l'élève, l'obtention de diplômes, certificats ou aptitudes lui permettant d'avoir ultérieurement un travail, une habitation, des loisirs. Selon nous, les seuls objectifs à atteindre sont l'autonomie future et l'autodétermination de l'enfant. Tous ces objectifs peuvent s'atteindre de différentes façons et l'école « inclusive » ordinaire est un moyen d'y parvenir parmi d'autres. Si cela est possible, l'école « inclusive » ordinaire peut être un moyen d'atteindre ces deux objectifs ; et si cela ne l'est pas, alors les adultes doivent trouver d'autres moyens pour y parvenir. Cette vision pratique permet de ne pas opposer l'école ordinaire – qui serait vue comme la voie royale – aux établisse-

ments spécialisés qui seraient et sont encore trop souvent perçus comme des voies annexes de dernier recours. De plus, les nouveaux dispositifs hybrides comme les DIME (Dispositifs Instituts médico-éducatifs), qui permettent de combiner les bénéfices de l'école ordinaire et des établissements spécialisés, semblent être un avenir prometteur pour l'atteinte des objectifs de vie de l'élève.

Le *point terminologique* de notre introduction repose sur le terme « inclusif ». En effet, le terme d'inclusion sous-entendrait le fait qu'il y ait des exclus – les élèves en situation de handicap, dans le cas qui nous occupe ici – qui doivent entrer dans un schéma préformé, à savoir l'école ordinaire, qui ne leur serait pas destinée originellement et donc pas adaptée en l'état. Cela ne fait que renforcer les difficultés de l'élève et de l'école qui ne parviennent pas à s'adapter. Cela ne va pas sans rappeler la fameuse expression « tenter de faire rentrer des ronds dans des carrés ».

Ainsi, pour définir ultérieurement notre rôle de PSN, nous préférons proposer le terme *d'école adaptée et adaptative*, qui est donc le terme que nous utiliserons dans la suite de cet article. Ce terme semble davantage convenir, étant en lien avec la dimension bidirectionnelle des axes de modification et d'amélioration que nous proposons. L'école adaptée et adaptative propose deux directions pour atteindre un équilibre, équilibre qui dans notre situation renvoie aux objectifs à atteindre (Figure 1). D'une part, il existe une di-

rection s'appuyant sur les modifications à apporter au système de l'École ; et d'autre part, nous retrouvons une direction s'appuyant sur les rééducations proposées à l'enfant. En d'autres termes, l'école adaptée s'adapte à l'enfant ; et dans l'école adaptative, il s'agit de l'enfant qui s'adapte à l'école, en partie grâce à l'école qui met tout en œuvre pour que l'enfant soit adapté.

Le PSN trouve ainsi sa place pour agir au travers des deux plateaux de la balance : aider l'enfant en comprenant et modifiant le cas échéant ses aptitudes comportementales et cognitives, et modifier son environnement en fonction de son propre profil. Nous proposons de réduire l'action du PSN à la remédiation, en entendant par ce terme toutes les interventions professionnelles du PSN qui ont pour objectif de proposer des axes d'amélioration d'une situation handicapante, qui dans notre situation s'apparente à la scolarité. La remédiation neuropsychologique se définit comme le « processus par lequel un individu [...] travaille avec des équipes professionnelles pour atteindre un bien-être physique, psychologique, social, maximum » (Wilson et Betteridge, 2020, p. 1).

La remédiation se subdivise en plusieurs temps de l'accompagnement neuropsychologique : l'évaluation, les aménagements de l'environnement, l'information/formation et la rééducation neurocognitive. Ces quatre temps soutiennent l'approche holistique ou bio-psycho-sociale défendue par Wilson et Betteridge (2020). Cette ap-

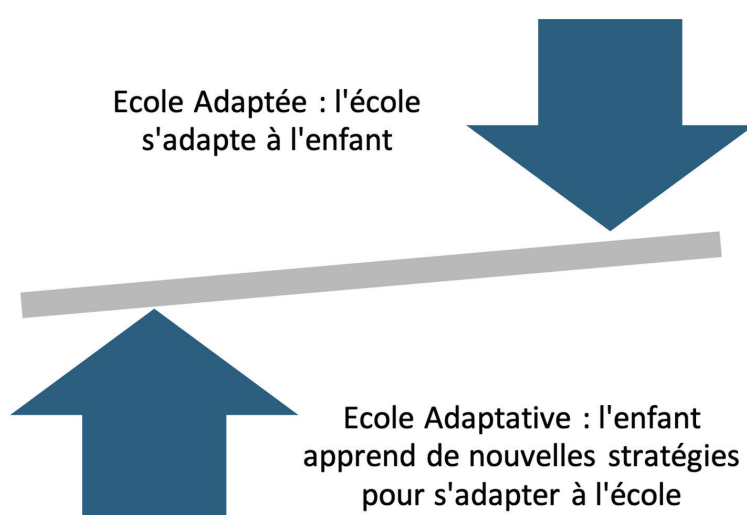


Figure 1. École adaptée et école adaptative

proche considère les aspects cognitifs, conatifs, émotionnels et environnementaux pour chaque remédiation mise en place. Elle inscrit la remédiation dans un contexte de vie à prendre en considération pour s'appuyer dessus et le faire évoluer en même temps.

AXE 1 : L'ÉVALUATION

L'évaluation neuropsychologique est une base dans la pratique professionnelle d'un PSN. L'objectif d'une évaluation est de mettre en exergue les éventuels troubles d'un enfant qui expliqueraient au mieux la plainte et les difficultés rencontrées dans son quotidien, ainsi que les fonctions cognitives préservées.

L'objectif d'une évaluation est de mettre en exergue les éventuels troubles d'un enfant qui expliqueraient au mieux la plainte et les difficultés rencontrées dans son quotidien, ainsi que les fonctions cognitives préservées

Une évaluation débute nécessairement par une anamnèse la plus exhaustive possible, ce qui permet de formuler des hypothèses explicatives des difficultés de l'enfant. L'anamnèse est un entretien semi-directif en présence de l'enfant et de son entourage. Elle s'inscrit dans un contexte de diagnostic différentiel. Cela signifie que toutes les hypothèses doivent être gardées à l'esprit et explorées tout au long de l'évaluation à l'aide des bilans cognitifs et des observations cliniques. L'évaluation supporte deux temps différents : l'évaluation dite diagnostique et l'évaluation fonctionnelle.

L'évaluation diagnostique est une évaluation visant à soutenir le diagnostic médical qui fait référence aux critères du DSM-5 TR (American Psychiatric Association, 2023). Cette évaluation met en évidence le(les) trouble(s) rencontré(s) par l'enfant à partir de tests ciblés et de questionnaires. L'ensemble de ces évaluations standardisées apportent un éclairage tant quantitatif que qualitatif du profil de l'enfant. Par exemple, dans le cadre d'un Trouble du Développement Intellectuel (TDI), l'évaluation diagnostique proposée par un PSN repose sur la passation d'un test QI (Quotient Intellectuel) adapté à l'âge chronologique de

l'enfant ainsi que sur l'évaluation de son fonctionnement adaptatif réalisé à l'aide du questionnaire *Vineland Adaptive Behavior Scale* (2^e édition ; Sparrow et al., 2015). Les PSN doivent maîtriser les outils utilisés pour répondre à ces questions, et notamment connaître les limites de ceux-ci. Il semble de ce fait nécessaire que le PSN ne s'arrête pas aux données chiffrées et qu'il doive prendre en considération les aspects environnementaux, physiques et psychoaffectifs de l'enfant, qu'il aura relevés lors de l'anamnèse. En effet, une faible performance à un test peut être expliquée par la présence d'un trouble cognitif, mais également par d'autres facteurs. À titre d'exemple, un trouble attentionnel pourrait s'expliquer par un trouble neurodéveloppemental, un trouble du sommeil ou par un événement traumatique.

L'évaluation fonctionnelle a pour objectif, quant à elle, de montrer les potentiels autres troubles cognitifs d'un patient ainsi que de définir son profil lui permettant d'acquérir de nouvelles compétences (ici, nous évoquerons le potentiel d'apprentissage scolaire spécifiquement). C'est ainsi qu'un enfant pourra être soumis à une évaluation de ses capacités attentionnelles, exécutives, mnésiques, gnosiques et visuelles. Par exemple, pour un enfant avec un diagnostic de Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDA/H), il est nécessaire d'évaluer plus précisément ses différentes capacités attentionnelles et exécutives afin de cerner ses compétences-ressources et ses faiblesses, car le diagnostic seul de TDA/H ne le permet pas. Or, c'est bien à partir de ce profil que sont proposés des aménagements et des rééducations cognitives. Prenons l'exemple d'un enfant qui ne parvient pas à maintenir sa concentration très longtemps lorsqu'il est en classe, ce qui altère ses apprentissages fondamentaux. Différentes atteintes cognitives peuvent être à l'origine de cette difficulté : un trouble de l'attention soutenue ou un trouble de l'inhibition ne lui permettant pas d'inhiber les éléments distracteurs de son environnement. Selon la difficulté retrouvée, l'aménagement n'est pas identique et pourrait ne pas être efficace s'il n'est pas adapté. Si l'origine se situe au niveau d'un défaut de l'inhibition, alors il conviendra d'isoler l'enfant à l'aide d'un casque anti-bruit et/ou un paravent pour limiter les perceptions auditives ou visuelles des distracteurs. Ces aménagements se révéleraient totalement inefficaces dans le cadre d'un trouble de l'attention soutenue.

AXE 2: LES AMÉNAGEMENTS

Les aménagements – pédagogiques dans le cadre de la scolarité – sont un point fondamental de l'approche holistique neuropsychologique. En effet, les modifications opérées dans l'environnement de l'enfant ont pour objectif de réduire les difficultés générées par les apprentissages eux-mêmes. Ils doivent se mettre en place en fonction de l'évaluation et doivent être spécifiques à chaque enfant, évolutifs et modulables. Les aménagements peuvent prendre différentes formes, il peut s'agir d'outils et de matériels à utiliser (coussin à picots, élastique, casque anti-bruit, fidget, etc.), mais aussi de conseils donnés (réaliser des pauses régulières par exemple, aider à limiter l'impulsivité, etc.), voire à l'ajustement de l'organisation et de l'agencement (autoriser à travailler debout, être avec un camarade tuteur, etc.).

La spécificité et la modularité des aménagements sont déterminées par le profil cognitif, conatif, émotionnel et environnemental de l'enfant. Les aménagements ne peuvent donc pas être appliqués sans prendre en compte tous ces aspects. Cette étape est relativement longue et doit permettre un ajustement des conseils au profil complet de l'enfant/élève. Il convient de choisir parmi un panel d'aménagements disponibles ceux qui sont envisageables et réalisables dans sa classe, et les modifier pour s'adapter à la réalité singulière de sa classe.



La spécificité et la modularité des aménagements sont déterminées par le profil cognitif, conatif, émotionnel et environnemental de l'enfant



L'évolution des aménagements est également un point fondamental de la modularité de ces aménagements dans le temps. En effet, au fur et à mesure des années, l'enfant change d'environnement (classe, établissement scolaire), et ses aptitudes évoluent également. Ainsi, les aménagements mis en place avec succès dans un environnement A ne sont potentiellement plus adaptés à l'environnement B. Par ailleurs, les aptitudes de l'élève ont généralement progressé, mais pas nécessairement aussi vite que la demande de la part de son environnement. De ce fait, un élève peut être de plus en plus en échec

scolaire et nécessiter des aménagements plus conséquents, malgré une progression de ses compétences et acquis. Il conviendra de prendre en considération tous ces aspects pour faire évoluer les aménagements pédagogiques au fur et à mesure de la scolarité de l'élève.

AXE 3: L'INFORMATION/FORMATION

Ce troisième axe souligne l'importance de la transmission des données obtenues grâce à l'évaluation à l'enfant, aux parents, et aux personnels des établissements scolaires (enseignants, AESH, personnels de cantine et du péri-scolaire, agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM)). Ces données « brutes » permettent de mettre en exergue un profil singulier avec des points forts et des points faibles. Elles doivent être traduites en termes simples et compréhensibles par tous afin de présenter les troubles et leurs retentissements dans la scolarité actuelle. Ce temps de psychoéducation est nécessaire pour l'enfant qui doit comprendre ses points forts sur lesquels il peut s'appuyer pour pallier ses difficultés. Avec le temps, il apprendra à vivre avec, à compenser à l'aide de stratégies mises en place et à éviter les situations d'échec. Ce temps d'information permet également de dédouaner la famille qui, souvent, se sent responsable des difficultés de leur enfant. Il n'est pas utile de cacher certaines réalités qui pourraient être culpabilisantes (anomalies génétiques, syndrome d'alcoolisation fœtale), mais bien d'expliquer les faits tels qu'ils sont présentement et de proposer les différents axes de prise en charge. Enfin, comme évoqué précédemment, l'information dispensée aux professionnels qui accompagnent l'enfant au quotidien dans ses apprentissages est nécessaire. En effet, il est primordial qu'ils adaptent leurs méthodes de travail aux aptitudes de l'enfant. Pour cela, ils doivent partager, avec les professionnels de la rééducation, les systèmes facilitateurs pour l'enfant.



Il n'est pas utile de cacher certaines réalités qui pourraient être culpabilisantes (anomalies génétiques, syndrome d'alcoolisation fœtale), mais bien d'expliquer les faits tels qu'ils sont présentement et de proposer les différents axes de prise en charge



Un point informatif aux camarades de l'élève peut être pensé dans certains cas, lorsque cela est nécessaire. Cela peut permettre une meilleure compréhension du comportement de l'élève, et ainsi de meilleures relations avec ses pairs, qui peuvent également avoir un effet sur sa scolarité.

En aparté, nous mettons en garde quant aux prévisions sur le devenir et la trajectoire développementale suivie par l'enfant. Certains professionnels se risquent à donner aux parents des projections sur le potentiel et les limites atteignables par l'enfant en fonction des données recueillies. Gardons à l'esprit que nul ne peut prédire le devenir d'un enfant.

Le point concernant la formation est un rôle annexe pour le PSN, car tous les PSN ne peuvent, pour différentes raisons, participer à la formation des autres professionnels et à la transmission de leurs connaissances. Toutefois, cela peut se faire à différentes échelles : formation locale des professionnels des écoles, journées thématiques organisées par des associations de parents, ou encore colloques nationaux ou internationaux de professionnels.

AXE 4: LA RÉÉDUCATION NEUROCOGNITIVE

Le dernier axe de la remédiation neurocognitive concerne directement la rééducation. La remédiation neuropsychologique doit s'inscrire dans le cadre de l'*Evidence Based Practice* (EBP) qui repose sur trois principes clés : a) les compétences du professionnel dans le champ d'intervention, b) les données issues de la littérature scientifique, et c) les caractéristiques et attentes du patient.

a) Les compétences du PSN reposent sur le concept de *Practice Based Experience* : 1) l'expérience personnelle du praticien dans le domaine de la rééducation neurocognitive, 2) sa capacité à avoir une pratique réflexive donc à tirer des conclusions de son expérience afin d'extraire des connaissances cliniques et théoriques de sa pratique, et 3) l'importance qu'il donne à l'évaluation de sa pratique en relevant ce qui a fonctionné ou non dans chaque séance de sa prise en soin.

b) Le PSN doit régulièrement remettre à jour ses connaissances théoriques. Pour cela, il est recommandé d'utiliser des données scientifiques récentes et à haute valeur comme les revues systématiques ou les méta-analyses. Comme nous le soulignons dans le guide méthodologique REVAMP (Bussy et Biffaud, 2024), il faut tout de même faire « attention aux conclusions de ces études qui apparaissent comme des *gold standard* » (p. 35). En effet, dans le domaine de la recherche scientifique sur les rééducations neurocognitives, nous soulevons des biais majeurs que sont le choix des participants et le choix des outils de remédiation, et surtout la non-adaptation des outils aux profils singuliers des participants des études de groupes.

En effet, dans la majorité des études scientifiques, les participants sont choisis sur leurs pathologies (Dyslexie, TDA/H, Trouble du Spectre Autistique (TSA), Trisomie 21...) et non sur leurs troubles cognitifs, et plus précisément sur le trouble cognitif qui sera cible de rééducation. Or, au sein d'un même Trouble Neurodéveloppemental, les profils cognitifs sont protéiformes, tant en termes de nature des troubles (exemple : trouble de l'ordre sériel de la MCT verbale) que de leur intensité (troubles massifs versus troubles légers). Certains participants présenteront réellement le déficit cognitif qui fera l'objet de la rééducation de l'étude et d'autres participants ne le présenteront pas ; certains participants auront des troubles très marqués et d'autres moins prégnants ; certains participants auront d'autres troubles co-occurents qui modifieront la prise en soin. Or, dans les études, ces profils cognitifs sont « gommés » au profit de l'étiologie. Ainsi, une grande disparité de profils dans une même étude ne peut pas conduire à des résultats probants, et cela doit être gardé à l'esprit de tout clinicien qui recherche des données probantes.

Le second point que nous soulignons est le fait que, dans la majorité des études, le choix des outils de rééducation est identique pour tous les participants et ce quels que soient donc leurs profils cognitifs, leurs troubles et leur intensité. Il n'est jamais proposé une rééducation personnalisée, ce qui est pourtant fait en pratique clinique, et même recommandé par l'EBP. Cela ne peut

de ce fait conduire qu'à des analyses statistiques biaisées.

En résumé, dans de nombreuses études, le même protocole de rééducation est utilisé avec les mêmes exercices et la même temporalité pour des personnes qui ne présentent pas les mêmes troubles. Il ne s'agit pas ici de dire que les études de groupe sont à bannir, mais de souligner l'importance de garder un regard critique. Nous invitons les professionnels à la plus grande prudence dans l'analyse des données scientifiques disponibles. Il est parfois nécessaire de croiser les données des études de groupe avec des études de cas unique notamment les études SCED (*Single Case Experimental Design*).

- c) Les caractéristiques du patient reposent sur son profil complet, sujet de l'évaluation fonctionnelle que nous avons définie précédemment.

Les attentes du patient doivent être la base de la prise en soin. C'est à partir des attentes et objectifs concrets définis par la famille ou éventuellement par le patient lui-même que se construisent les prises en soin. Ainsi, à partir de la traduction des attentes et objectifs en termes cognitifs, les professionnels de santé

doivent élaborer des remédiations et mettre tout en œuvre pour les atteindre, à travers par exemple l'utilisation de la métacognition ou de la mise en place d'outils-stratégies compensatoires. Les objectifs doivent se décliner dans les différents corps de métiers (Figure 2) afin que chacun puisse contribuer à les atteindre. Cela permet d'orienter les prises en soin.

CONCLUSION

De nombreuses études démontrent l'intérêt des rééducations des fonctions cognitives, notamment si elles sont couplées à des aménagements pédagogiques adaptés et des séances de psychoéducation. Nous sommes convaincus de la pertinence de cette approche bio-psycho-sociale de l'accompagnement neuropsychologique chez les enfants présentant des difficultés scolaires. Nous soutenons l'idée d'une école adaptée et adaptative permettant de faire se rejoindre l'école et l'élève. Cette approche permettra de ne plus opposer l'école ordinaire aux établissements spécialisés même s'ils doivent encore progresser dans l'accompagnement scolaire des enfants ac-

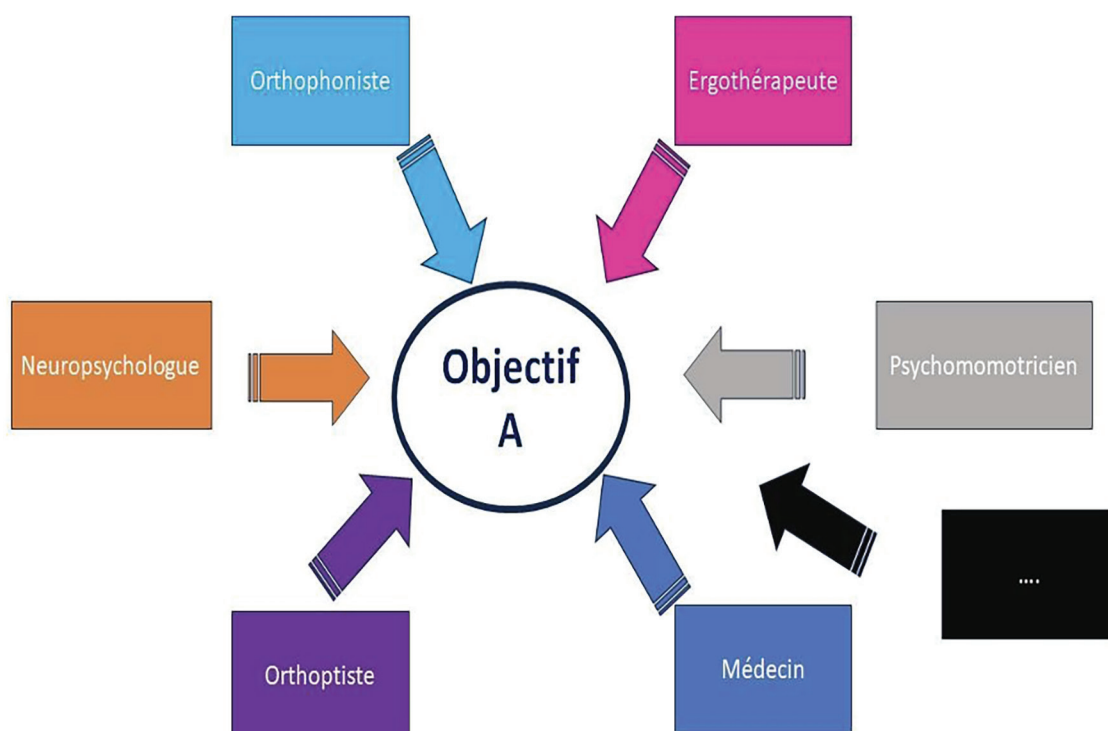


Figure 2. Distribution pluridisciplinaire des objectifs de rééducation métacognitive

cueillis. Ainsi, « l'École avec un Grand E » renvoie non plus seulement à l'école ordinaire, mais également à la scolarité au sein des établissements spécialisés qui devrait être plus soutenue, plus systématique et proposée à un plus grand nombre d'enfants, avec plus d'heures d'enseignement. Tout cela étant bien évidemment à déterminer en fonction des objectifs préétablis dans le projet de

chaque élève. Le vocable « élève » devrait par ailleurs être préféré à celui de « jeune » ou « usager » au sein des établissements spécialisés afin de mettre en exergue la scolarité proposée. L'école adaptée et adaptative devrait permettre à chaque enfant de s'épanouir en prenant en compte les aspects conatifs, cognitifs et émotionnels.

Références

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bussy, G. et Biffaud, L. (2024). *(R)EVAMP. Guide méthodologique pour la remédiation cognitive pédiatrique*. Log'IQ Editions.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. et Balla, D. A. (2015). *Echelle d'évaluation du comportement adaptatif de Vineland* (2^e éd.). ECPA.
- Wilson, B. A. et Betteridge, S. (2020). *Essentials of Neuropsychological Rehabilitation*. Guilford Press.

La pratique du psychologue spécialisé en neuropsychologie au sein d'un Centre de Référence des Maladies Vectorielles liées aux Tiques

The practice of the psychologist specializing in neuropsychology within a Reference Center for Vector Diseases linked to Ticks

Camille HOU

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre de Référence
des Maladies Vectorielles à Tiques,
Service des Maladies Infectieuses,
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes

Solène PATRAT-DELON

Infectiologue
Centre de Référence
des Maladies Vectorielles à Tiques,
Service des Maladies Infectieuses,
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes

Contact

camille.hou@chu-rennes.fr

Mots-clés

- Plainte cognitive subjective
- Maladie de Lyme
- Trouble fonctionnel
- Éducation thérapeutique
- Biais cognitif

Keywords

- *Subjective cognitive complaint*
- *Lyme disease*
- *Functional disorder*
- *Functional disorders*
- *Cognitive biases*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Hou, C. et Patrat-Delon, S. (2024). La pratique du psychologue spécialisé en neuropsychologie au sein d'un Centre de Référence des Maladies Vectorielles liées aux Tiques. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 31-36.

Résumé

Les Centres de Référence des Maladies Vectorielles liées aux Tiques (CRMVT) accueillent tous les patients présentant des symptômes attribués à une borréliose de Lyme ou une autre maladie liée aux tiques. Ils se doivent de proposer des parcours de soins de qualité, accessibles à tous, que le diagnostic final soit une maladie vectorielle liée aux tiques ou un diagnostic différentiel.

Alors que les plaintes cognitives sont fréquentes, le Centre de Référence du Grand Ouest est le seul à proposer une prise en charge neuropsychologique. La question de la prise en charge neuropsychologique est toutefois complexe. Un écart important est souvent constaté entre les plaintes cognitives exprimées par les patients et les résultats de l'évaluation psychométrique.

Cet article présente les intérêts et les limites de la prise en charge neuropsychologique dans ce contexte. Il ouvre par ailleurs sur des perspectives de prise en charge des plaintes cognitives subjectives ; l'objectif étant d'améliorer la qualité de vie en diminuant la charge émotionnelle associée.



Abstract

Tick-borne diseases reference centers (TBD-RC) welcome all patients with symptoms attributed to Lyme borreliosis or any other tick-borne disease. They must offer high quality care paths accessible to every patient, regardless of the final diagnosis, should it be a tick-borne disease or a differential diagnosis.

While cognitive complaints are common, the Grand Ouest TBD-RC is the only one to offer neuropsychological care. However, the issue of neuropsychological care is complex. There is often a significant discrepancy between the cognitive complaints expressed by patients and the results of psychometric assessment.

This article outlines the advantages and limitations of neuropsychological management in this context. It also outlines perspectives for the management of subjective cognitive complaints, with the aim of improving quality of life by reducing the associated emotional distress.

INTRODUCTION

Les Centres de Référence des Maladies Vectorielles liées aux tiques reçoivent les patients pour lesquels une maladie de Lyme ou une maladie liée aux tiques est suspectée. L'une des missions de ces centres est d'établir un diagnostic et de proposer une prise en charge adaptée à des patients pour lesquels les parcours de soins ont souvent été complexes (Patrat-Delon et al., 2023).

Les plaintes exprimées par les patients peuvent être associées à un diagnostic de borréliose de Lyme et/ou à d'autres diagnostics, notamment de troubles fonctionnels et de *Post-treatment Lyme Disease Syndrome* (PTLDS). Les symptômes sont dits fonctionnels lorsqu'aucune explication n'est identifiée en termes de lésion tissulaire ou de physiopathologie (Cathébras, 2006). Des études sont actuellement en cours pour mieux comprendre les syndromes post-infectieux tel que le PTLDS (Vrijmoeth et al., 2023).

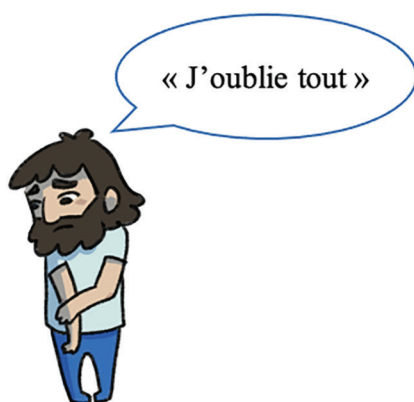
Les plaintes cognitives sont fréquentes parmi les symptômes décrits par les patients : 17,4% rapportent des troubles de mémoire et 16,5% des troubles d'attention (Raffetin et al., 2022). Leurs répercussions peuvent être importantes notam-

ment dans le maintien à l'emploi. Pourtant, le Centre de Référence du Grand Ouest est le seul à proposer une prise en charge spécifique. La question de la prise en charge neuropsychologique est toutefois complexe. Un écart important est souvent constaté entre les plaintes cognitives exprimées par les patients et les résultats de l'évaluation psychométrique (Figure 1). Les résultats sont souvent normaux malgré une évaluation psychométrique exhaustive.

1. OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE NEUROPSYCHOLOGIQUE

La consultation neuropsychologique permet avant tout de prendre en compte la plainte cognitive exprimée par les patients. Elle permet aussi de contribuer au diagnostic, en s'assurant de l'absence d'anomalie significative nécessitant un avis neurologique. Surtout, elle a pour but de participer à la réduction de la gêne fonctionnelle. Ce dernier objectif est notamment soutenu par la restitution systématique des résultats de l'évaluation neuropsychologique. Cette restitution est essentielle puisqu'elle permet de :

- valider la plainte cognitive des patients quels que soient les résultats,



Profil des notes standard MEM-IV

Mémoire Auditive				Mémoire Visuelle				Mémoire Visuelle de Travail	
ML I	ML II	MC I	MC II	DE I	DE II	RV I	RV II	AS	MS
11	13	12	10	12	9	12	12	11	10
19	18	17	16	15	14	13	12	11	10
9	8	7	6	5	4	3	2	1	

Plainte cognitive subjective

Résultats de l'évaluation psychométrique

Figure 1. Écart entre la plainte cognitive subjective et les résultats de l'évaluation psychométrique avant une prise en charge spécifique

- évoquer les points faibles et les points forts du fonctionnement cognitif,
- échanger sur les stratégies mises en place au quotidien,
- évoquer les limites de l'évaluation neuropsychologique,
- ouvrir l'échange sur l'écart observé entre la plainte cognitive et les résultats de l'évaluation.

2. PRENDRE EN CHARGE UNE PLAINTE COGNITIVE SUBJECTIVE ?

Quelle que soit l'importance de la plainte, en l'absence de trouble cognitif objectivé, il n'est pas justifié de proposer une réadaptation cognitive basée sur des stratégies de rétablissement. La seule restitution des résultats de l'évaluation ne semble toutefois pas suffisante pour réduire l'impact fonctionnel. Elle s'oppose à la perception que les patients ont de leur fonctionnement cognitif. De ce fait, les modifications de leur perception après la restitution des résultats sont faibles. Le modèle de traitement de l'information de Beck permet de l'expliquer (Beck, 2011).

Le traitement de l'information est influencé par nos croyances, c'est-à-dire par les idées que nous avons sur soi, les autres et le monde (ex. : « Je suis malade. J'ai des troubles cognitifs. »). Les informations qui confirment nos croyances sont traitées et renforcent nos croyances (ex. : « J'ai eu

des difficultés à me souvenir d'une conversation. »). Au contraire, les informations qui ne confirment pas nos croyances sont minimisées ou écartées. Certaines sont interprétées et transformées pour confirmer nos croyances et les renforcer (ex. : « Les résultats de l'évaluation psychométrique sont normaux mais j'aurais été meilleur avant. »). D'autres ne sont simplement pas traitées (ex. : « J'ai retracé l'intégralité de mon parcours médical avec précision. ») (Figure 2). Les biais cognitifs sont universels et automatiques. Ils nous permettent de raisonner plus rapidement et facilement. Ils biaisent toutefois notre perception et notre raisonnement. Ainsi, le biais de confirmation nous amène par exemple à privilégier les informations qui confortent nos croyances et à discréditer les autres.

Par ailleurs, il apparaît difficile d'aborder l'écart observé entre la plainte cognitive et les résultats de l'évaluation. Un risque de rupture d'alliance thérapeutique est présent et invite le clinicien à la prudence. Celui-ci semble d'autant plus important chez les patients reçus qui témoignent fréquemment d'un vécu difficile associé à leur parcours de soins avec un sentiment de non-reconnaissance et d'abandon (Forestier et al., 2018). Il est fréquent que les parcours de soins des patients soient longs et que les résultats des explorations menées jusque-là soient négatifs, malgré les symptômes ressentis (Raffetin et al., 2022). Il est par ailleurs fréquent qu'un lien de causalité linéaire soit évoqué entre leurs plaintes

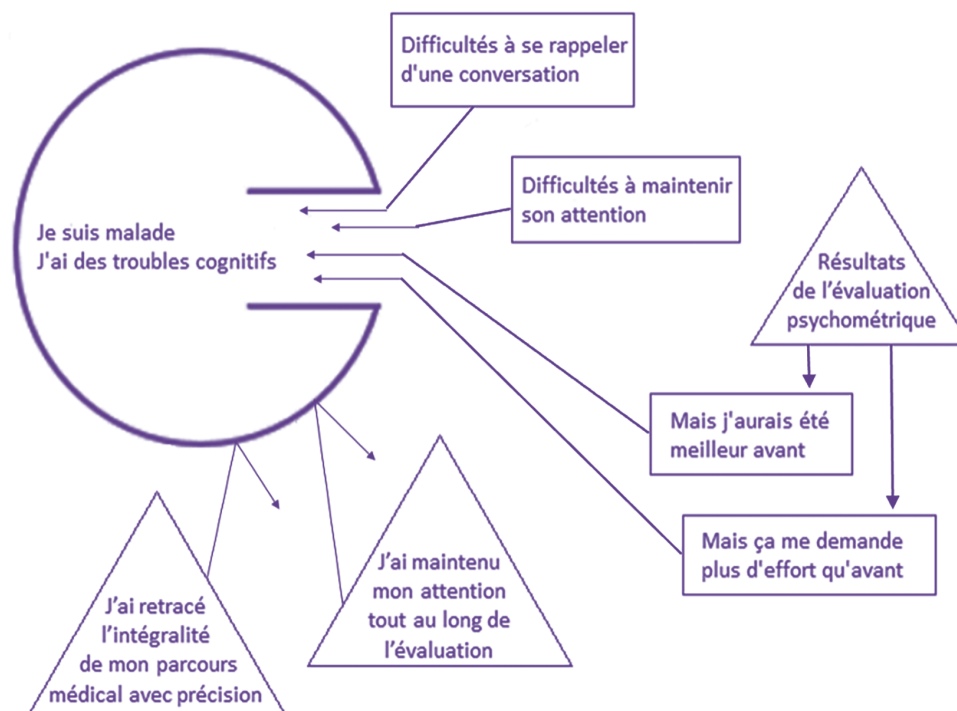


Figure 2. Traduction et adaptation du modèle de traitement de l'information de Beck (Beck, 2011)

et d'éventuels problèmes psychologiques aux dépens d'une approche circulaire où les facteurs psychologiques jouent un rôle parmi les autres facteurs (Cathebras, 2006). Pour favoriser le maintien de l'alliance thérapeutique, le psychologue peut s'appuyer sur des techniques d'entretien tels que les 4R (recontextualiser, reformuler, résumer et renforcer) et veiller à éviter les pièges relationnels (ex. : vouloir convaincre, aller trop vite) (Cungi, 2016).

3. LES PERSPECTIVES

Pour veiller à maintenir l'alliance thérapeutique, il est essentiel de partir de la position des patients, c'est-à-dire de leur plainte cognitive. Il apparaît ainsi pertinent de commencer par apporter des éléments de psychoéducation sur la neuropsychologie de la vie quotidienne. Il s'agit de donner de l'information aux patients sur leur fonctionnement cognitif, notamment sur les processus cognitifs impliqués dans leur quotidien afin de les aider à faire face à leurs difficultés. La psychoéducation est une méthode thérapeutique validée avec des objectifs définis (Bonsack, 2015). Elle permet d'apporter des connaissances aux patients afin de les aider à avoir une meilleure compréhens-

sion de leur situation. Elle favorise l'intégration et ainsi le sentiment de continuité personnelle. Elle permet par ailleurs d'aider les patients à développer leurs capacités d'adaptation. La psychoéducation contribue ainsi à augmenter le sentiment de contrôle et d'auto-efficacité.



Il apparaît ainsi pertinent de commencer par apporter des éléments de psychoéducation sur la neuropsychologie de la vie quotidienne.



Un des objectifs de la prise en charge neuropsychologique est par ailleurs de réduire l'écart observé entre la plainte cognitive et les résultats de l'évaluation en assouplissant les croyances des patients sur leur fonctionnement cognitif : partir de « J'oublie tout » pour aller vers « J'oublie certaines choses » (Figure 3). L'objectif final étant de réduire la charge émotionnelle associée à la croyance initiale. Pour cela, il peut, là aussi, être intéressant d'apporter des éléments de psychoéducation aux patients sur les biais de traitement de l'information et de les initier à leur observation au quotidien. Le travail d'auto-observation, en amenant à la conscience, permet d'ores et déjà d'initier

un travail de restructuration cognitive (Rusinek, 2006).

La psychoéducation contribue ainsi à augmenter le sentiment de contrôle et d'auto-efficacité.

Nous avons récemment mis en place un programme d'éducation thérapeutique du patient au sein de notre Centre de Référence. Des séances de groupe dédiées à la prise en charge neuropsychologique sont proposées :

- Une séance intitulée « Neuropsychologie de la vie quotidienne » ; les objectifs de cette séance sont de valider les plaintes cognitives des patients et d'apporter des éléments de psychoéducation sur le fonctionnement cognitif et les stratégies d'optimisation.
- Une séance intitulée « Et si notre cerveau nous jouait des tours : les biais de pensées » ; les objectifs sont de prendre conscience des biais de pensées et des liens entre les pensées, émotions et comportements.

D'autres thématiques de séances ont été identifiées avec les patients et sont proposées au sein du programme (ex. : fatigue, douleur, activité physique adaptée). Notre équipe travaille en étroite

collaboration avec les patients afin de les aider à développer leurs capacités d'adaptation pour mieux faire face à leurs symptômes et ainsi améliorer leur qualité de vie.

CONCLUSION

La prise en charge neuropsychologique proposée au sein du CRMVT du Grand Ouest contribue à améliorer la prise en soin des patients. Elle permet de considérer les plaintes cognitives exprimées et de proposer un accompagnement. Les propositions de prises en charge traditionnelles ne sont pas adaptées au vu de l'écart observé entre les plaintes cognitives et les résultats de l'évaluation. Ces spécificités neuropsychologiques nous amènent à faire preuve de créativité et à proposer de nouvelles interventions. Des éléments de psychoéducation peuvent être apportés sur la neuropsychologie de la vie quotidienne, pour aider les patients à composer au mieux avec leurs difficultés. Un travail sur les biais de pensées et les liens entre les pensées et les émotions apparaît par ailleurs pertinent pour diminuer la charge émotionnelle associée à la plainte cognitive. La prise en charge neuropsychologique participe par ailleurs à renforcer l'alliance thérapeutique et l'adhésion au parcours de soins. Elle s'intègre dans une prise en soin globale de la personne portée par une équipe pluridisciplinaire.

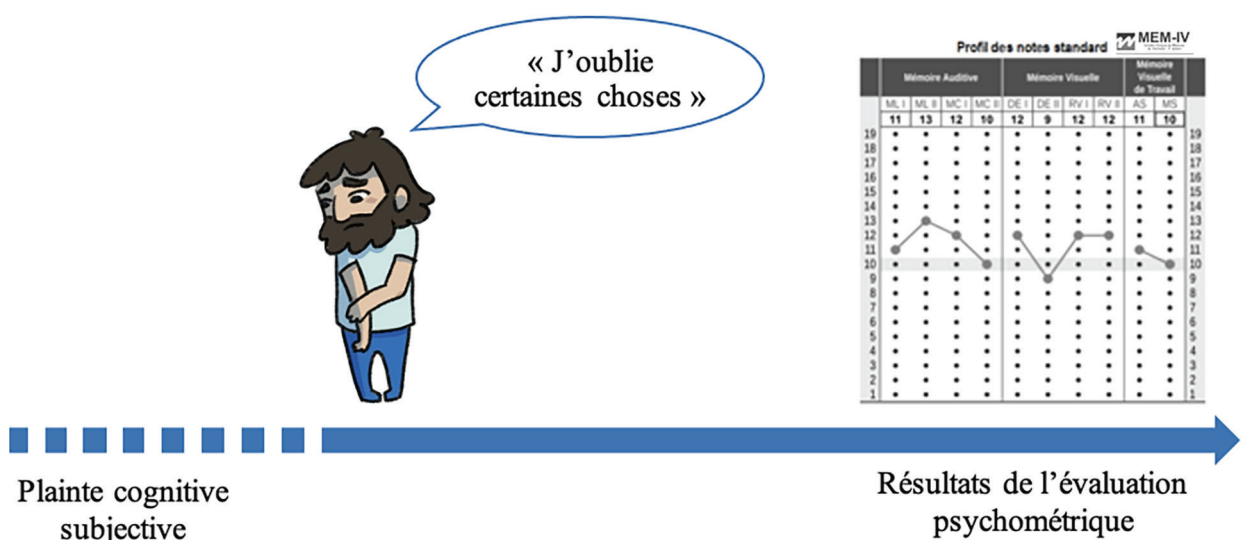


Figure 3. Écart entre la plainte cognitive subjective et les résultats de l'évaluation psychométrique après une prise en charge spécifique

Références

- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavioral Therapy. Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Bonsack, C., Rexhaj, S. et Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Cathébras, P. (2006). *Troubles fonctionnels et somatisation : comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*. Masson.
- Cungi, C. (2016). *L'alliance thérapeutique*. Retz.
- Forestier, E., Gonnet, F., Revil-Signorat, A. et Zipper, A.-C. (2018). Cheminement diagnostique et vécu des patients se pensant atteints de « maladie de Lyme chronique ». *La revue de médecine interne*, 39(12), 912-917. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.04.002>
- Patrat-Delon, S., Raffetin, A. et Baux, E. (2023). Centres de référence des maladies vectorielles liées aux tiques : activités et perspectives. *Médecine et Maladies Infectieuses formation*, 2(4), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2023.08.002>
- Raffetin, A., Schemoul, J., Chadour, A., Nguala, A., Caraux-Paz, P., Paoletti, G., Belkacem, A., Medina, F., Fabre, C., Gallien, S., Vignier, N. et Madec, Y. (2022). Multidisciplinary management of suspected lyme borreliosis. *Microorganism*, 10(3), 607. <https://doi.org/10.3390/microorganisms10030607>
- Rusinek, S. (2006). *Soigner les schémas de pensée : une approche de la restructuration cognitive*. Dunod.
- Vrijmoeth, H. D., Ursinus, J., Harms, M. G., Tulen, A. D., Baarsma, M. E., Van de Schoor, F., Gauw, S. A., Zomer, T. P., Vermeeren, Y. M., Ferreira, J. A., Sprong, H., Kremer, K., Knoop, H., Joosten, L. A. B., Kullberg, B. J., Hovius, J. W. et Van den Wijngaard, C. C. (2023). Determinants of persistent symptoms after treatment for Lyme borreliosis: a prospective observational cohort study. *eBioMedicine*, 98, 104825. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2023.104825>

Éducation Thérapeutique au Patient: place de la neuropsychologie

Psychoeducational Intervention: the role of neuropsychology

Emilie MUSSET

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre Hospitalier Universitaire,
Lille (59), France

Pour citer cet article

Musset, E. (2024). Education Thérapeutique au Patient: place de la neuropsychologie. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 37-44.

Contact

emilie.musset@chu-lille.fr

Mots-clés

- ETP
- Compétences
- Fonctionnement cognitif
- Pédagogie
- Facilitation

Keywords

- *Psychoeducational Intervention*
- *Skills*
- *Cognitive dimensions*
- *Pedagogy*
- *Facilitation*

Conflits d'intérêts

L'auteure déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Résumé

L'Éducation Thérapeutique au Patient (ETP) vise à l'acquisition ou au maintien de compétences d'auto-soins et d'adaptation permettant à toutes personnes concernées par une affection de longue durée ainsi qu'à ses proches, d'atteindre une qualité de vie satisfaisante (Haute Autorité de Santé [HAS], 2007).

Dans la pratique des soins de réhabilitation psychosociale (RPS) orientée rétablissement, l'ETP est considérée comme un outil spécifique d'accompagnement (Franck, 2021). L'ETP, ou la psychoéducation développée au format de l'ETP, porte trois dimensions spécifiques: psychologique, pédagogique, cognitivo-comportementale (Favrod et Bonsack, 2008). L'intrication des dimensions psychologiques, comportementales et cognitives fait écho aux champs d'intervention des psychologues spécialisés en neuropsychologie (PSN). De plus, les modèles développés en neuropsychologie et en sciences cognitives permettent d'envisager des stratégies pédagogiques facilitant les apprentissages pour des personnes vivant avec des fragilités cognitives.

Partant de ces éléments, il apparaît que la participation des PSN dans les programmes d'ETP permettrait de potentialiser cet outil de soin qu'est l'ETP, en considérant l'apport de la vision globale et intégrative centrée sur la personne en interaction avec son environnement des professionnels de la neuropsychologie, ainsi que leur sensibilité aux techniques de facilitation du fonctionnement cognitif. La participation des PSN peut intervenir à différentes étapes de l'ETP, et notamment dès la conception du programme, en proposant des techniques pédagogiques et/ou d'animations facilitatrices, prenant en compte le fonctionnement cognitif.

Cet article a pour objectif de sensibiliser le lecteur aux spécificités de l'ETP et de diffuser l'intérêt de la pluridisciplinarité dans cet accompagnement, ouvrant notamment le champ d'intervention des PSN à cette pratique récente.

Abstract

Psychoeducational Intervention (PI) aims to acquire or maintain self-care and adaptation skills allowing all people affected by a long-term illness, as well as their caregivers, to reach a satisfying quality of life (HAS, 2007).

In the practice of recovery-oriented psychosocial rehabilitation (RPS), PI is considered as a specific support intervention (Franck, 2021). PI has three specific dimensions : psychological ; pedagogic ; behavioral and cognitive (Favrod and Bonsack, 2008). The psychological, behavioral and cognitive dimensions tally the various fields of intervention of psychologists specializing in neuropsychology (PSN). In addition, the models developed in neuropsychology and cognitive sciences make it possible to consider pedagogical strategies that facilitate learning for people living with cognitive fragilities.

Based on these elements, it appears that the participation of PSN in PI programs would make it possible to potentiate this intervention that is PI, by considering the contribution of the global and integrative vision centered on the person in interaction with its environment of neuropsychology professionals, as well as their sensitivity to techniques for facilitating cognitive functioning. The participation of PSN can take place at different stages of the PI, in particular from the design of the program by proposing pedagogical and/or facilitating animation techniques considering cognitive functioning.

This article aims to raise participants' awareness of the specificities of PI and to disseminate the interest of multidisciplinary in this support, in particular opening the field of intervention of PSN to this recent practice.

ETP: DÉFINITION ET RAPIDE HISTORIQUE

L'ETP est le terme retenu par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007, reprenant la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (1998), pour désigner toute intervention qui « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au

mieux leur vie avec une maladie chronique » (p.19). L'ETP comprend un ensemble d'activités pédagogiques visant à développer une meilleure connaissance de soi et de son trouble, ainsi que des compétences d'auto-soins et d'adaptation psychosociale dans le but d'aboutir à une meilleure qualité de vie. Cet accompagnement se doit d'être accessible à toutes les personnes vivant avec un trouble chronique impactant le quo-



tidien, quels que soient leur âge et leurs situations de vie.

La HAS précise que l'ETP s'intègre dans le parcours de soins des personnes, qu'elle peut être proposée à différents moments du parcours (post-diagnostic, période de transition enfance-adolescence ou adolescence-vie adulte ou encore parcours scolaire-parcours universitaire-parcours professionnel). Elle diffère d'un cours magistral de par la nécessité d'une formation spécifique de 40h pour les intervenants afin de devenir praticien en ETP, et de répondre au cahier des charges de la HAS. En effet, les praticiens en ETP doivent pouvoir mettre en œuvre dans leur programme des techniques d'apprentissage et pédagogiques intégrées dans une démarche éducative, nécessaire à la prise en compte du vécu des participants. Enfin, chaque programme d'ETP est déclaré auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont dépend l'établissement porteur du programme.

Apparues dans les années 1920, suite au développement des premiers médicaments contre le diabète, les pratiques d'ETP de cette époque ressemblaient à une formation du patient à son problème de santé (Grimaldi, 2017). La posture des professionnels de santé était « sachante », la personne concernée par le problème de santé devait appliquer les conseils donnés, dans une posture passive. Dans les années 1970, le développement des associations de patients revendiquant l'absence de décision sans les concerter (pour un historique des mouvements des droits des personnes en situation de handicap et notamment du mouvement *Nothing about us without us*, voir l'ouvrage de Charlton, 1998) entraînent l'émergence d'une pédagogie humaniste dans les interventions d'ETP, utilisant des techniques d'apprentissage constructivistes, partant des représentations des personnes concernées et visant à les modifier par le partage d'expériences entre pairs vivant avec des problèmes de santé similaires. Plus récemment, dans les années 2000, l'ETP s'est formalisée en démarche éducative, encadrée par la charte de la HAS (2007), et vise le développement de compétences d'auto-soins et d'adaptation psychosociale, individualisées par la définition préalable d'objectifs personnalisés.

L'ETP EN PSYCHIATRIE AUJOURD'HUI: UN OUTIL DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE (RPS)

En RPS, il existe des accompagnements psychoéducatifs, souvent pensés au format d'un programme d'ETP, à la différence que ceux-ci ne sont pas déclarés à l'ARS. Historiquement d'ailleurs, en psychiatrie, la psychoéducation a précédé le développement de l'ETP et avait pour objectif de transmettre aux personnes concernées par un trouble psychique et/ou à leurs proches aidants, une information claire sur le trouble ainsi que des compétences pour faire face à son impact au quotidien. Aujourd'hui, la psychoéducation et l'ETP visent également le développement du sentiment de pouvoir d'agir, basées sur une valorisation du savoir expérientiel (Bonsack et al., 2015). Psychoéducation et ETP sont envisagées comme piliers des soins spécifiques de la RPS (Franck, 2021), et, du fait d'un accès à une meilleure connaissance de soi, elles peuvent participer aux étapes de redéfinition de soi propre au parcours de rétablissement des personnes vivant avec un trouble psychique. L'ETP et la psychoéducation en RPS cherchent à solliciter les processus d'autoréflexivité (auto-observation) et de partage de savoirs expérientiels entre pairs, afin de développer une lecture individuelle de ses besoins et des ressources à disposition. Très souvent en RPS, les groupes d'ETP sont construits et animés par et avec un.e pair-aidant.e favorisant le partage d'expérience ainsi que la transmission d'espoir vers le rétablissement.

 *L'ETP et la psychoéducation en RPS cherchent à solliciter les processus d'autoréflexivité (auto-observation) et de partage de savoirs expérientiels entre pairs, afin de développer une lecture individuelle de ses besoins et des ressources à disposition* 

Dans le domaine de la psychiatrie, de nombreuses revues d'articles soulignent l'efficacité des programmes de psychoéducation ou d'ETP, notamment sur le nombre de ré-hospitalisations ou de rechutes à plus ou moins long terme (pour revue voir Petitjean, 2018). Toutefois, les études

mêlent souvent les programmes familiaux et les programmes s'adressant aux usagers ; de plus, les critères d'efficacité ne semblent pas recouper les objectifs des accompagnements psychoéducatifs : en effet, peu d'évaluations questionnent l'acquisition de compétences dans les domaines subjectifs de la qualité de vie, du sentiment d'autodétermination ou encore le sentiment d'efficacité personnelle (Hardy Baylé et al., 2015).



Dans le domaine de la psychiatrie, de nombreuses revues d'articles soulignent l'efficacité des programmes de psychoéducation ou d'ETP, notamment sur le nombre de ré-hospitalisations ou de rechutes à plus ou moins long terme



L'ETP et la psychoéducation impliquent trois dimensions selon Favrod et Bonsack (2008) :

- La première est une dimension psychologique, et prend en compte les processus dynamiques qui font suite à l'annonce d'un diagnostic de trouble psychique, ainsi que les facteurs subjectifs en lien avec le rétablissement ;
- La seconde est une dimension cognitivo-comportementale et concerne la sollicitation des ressources internes pour le développement de nouvelles compétences d'habiletés sociales et de résolution de problèmes ;
- Enfin, la troisième est une dimension pédagogique, elle fait référence aux techniques et aux outils pédagogiques et d'animation mises en place pour favoriser le maintien et le développement de compétences, notamment dans le contexte spécifique d'un trouble potentiellement associé à des fragilités cognitives.

Ces trois dimensions font à mon sens écho à la pratique des PSN portant une approche intégrative développée par Martial Van der Linden (2018). Dans cet article, le professeur Van der Linden incite les PSN à développer des accompagnements individualisés, prenant en compte plusieurs dimensions de la vie de la personne (personnelle, sociale...), intégrant et soutenant le processus de réappropriation de soi. L'ETP semble correspondre à cette définition d'accompagnement non

limité à la résorption de symptômes cognitifs, mais centré sur la personne et son environnement.



(...) le professeur Van der Linden incite les PSN à développer des accompagnements individualisés, prenant en compte plusieurs dimensions de la vie de la personne (personnelle, sociale...), intégrant et soutenant le processus de réappropriation de soi



À partir de ces recommandations de pratiques, les PSN peuvent se questionner sur leur place dans le développement de l'ETP. Leur connaissance et leur approche spécifique des populations à risque de présenter des fragilités cognitives semblent une valeur ajoutée pour le développement de l'ETP auprès de ces populations. Deux arguments soulignant la pertinence de l'expertise de la neuropsychologie à différentes étapes de la démarche éducative sont développés par la suite, de l'écriture du programme à l'animation des séances.

PLACE DE LA NEUROPSYCHOLOGIE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE L'ETP

1) COGNITION = SUPPORT AU DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

L'ETP a pour objectif d'accompagner la personne dans le maintien et/ou le développement de compétences d'auto-soins et d'adaptation psychosociales. Les compétences psychosociales peuvent être d'ordre cognitif, émotionnel et social (Santé Publique France, 2022). Le développement de ces compétences s'appuie sur des processus cognitifs, tels que les compétences langagières et les fonctions exécutives, et nécessite la présence d'un environnement favorable pour les développer.

2) NEUROPSYCHOLOGIE ET PÉDAGOGIE

Dans les services d'intervention des PSN, la question de la présence de fragilités cognitives est fréquente. De par sa formation, le professionnel de la neuropsychologie maîtrise la question

des modèles théoriques des processus d'apprentissage et peut anticiper les possibles répercussions fonctionnelles de fragilités cognitives sur les mécanismes en jeu dans l'acquisition de compétences. En mobilisant cette approche lors de la rédaction des programmes d'ETP, le ou la PSN peut proposer des approches pédagogiques soutenant les apprentissages, facilitant les échanges et limitant ainsi la gêne fonctionnelle pour les personnes participant au groupe d'ETP. Reprenant le modèle de Samier et Jacques (2016), concernant la pédagogie, apprendre est une combinaison de facteurs environnementaux, de fonctions cognitives, de facteurs émotionnels et affectifs, et de modalités pédagogiques, dont les PSN ont conscience dans leur pratique.

Comme l'évoquaient Favrod et Bonsack dans un article de 2008, les répercussions fonctionnelles de fragilités neuropsychologiques dans le cadre de trouble psychique peuvent différer d'une personne à l'autre. En ETP, il est possible de recourir à des méthodes et des outils pédagogiques permettant de contourner les éventuelles particularités neuropsychologiques des participants. Les auteurs font des propositions d'aménagement comme par exemple pour contourner des difficultés mnésiques, il s'agirait de demander aux personnes d'utiliser leurs propres mots plutôt que d'obliger l'apprentissage de mots nouveaux et complexes. Un autre exemple, pour contourner cette fois la présence de fragilités attentionnelles, les auteurs conseillent notamment d'aménager la durée de la séance pour limiter l'impact des fluctuations attentionnelles.

Ces approches que l'on pourrait appeler facilitatrices sont connues des PSN. Les deux programmes présentés dans les paragraphes suivants sont des programmes développés dans notre établissement et ont intégré cette approche facilitatrice lors de la construction du contenu des séances.

a. Prise en compte du fonctionnement cognitif : exemple dans un programme à destination de personnes ayant vécu un premier épisode psychotique, ETPeP

Le programme ETPeP est un programme d'ETP unifamilial qui a été développé pour être proposé à tout moment du parcours de personnes entre 12 et 35 ans ayant vécu un premier épisode psychotique. En construisant ce pro-

gramme, nous avons envisagé la possibilité qu'il puisse être proposé alors même que la phase aigüe de l'épisode, vecteur de potentiel troubles cognitifs, n'est pas terminée. Ainsi, la durée de la séance a été pensée pour une heure ; un support visuel (diaporama) fil rouge permet de soutenir les propos échangés, et présente des encarts personnalisables à remplir avec la personne et ses proches au fur et à mesure (voir Figure 1).

De plus, nous avons intégré des icônes associées à des ressentis spécifiques, qui permettent un indigage pour la récupération mnésique au fur et à mesure de l'avancée des séances. Ce programme est constitué de 6 séances, modulables selon les disponibilités et les possibilités fonctionnelles de la personne concernée et de ses proches.

b. Prise en compte du fonctionnement cognitif : exemple dans un programme à destination de personnes vivant avec un trouble de l'humeur, ETP flash

Le format flash de l'ETP pour les personnes vivant avec des troubles de l'humeur a été développé en prenant en compte le fonctionnement cognitif des personnes concernées. Ce programme est proposé en groupe de 5 personnes maximum, parfois dès le temps de l'hospitalisation après un diagnostic.

Le format des séances est d'une heure avec un déroulé similaire sur les 4 premières séances : un *brainstorming* est organisé à chaque début de séance, afin de s'assurer de partir des représentations des personnes, socle indispensable pour soutenir son attention et sa motivation. Les animateurs des séances ont pour mission de centrer leurs interventions sur les ressentis des personnes et d'éviter d'utiliser des termes techniques. Il s'agit également lors de l'animation des séances de faciliter le partage d'expérience afin de valoriser l'expertise des personnes concernées.

Pour soutenir l'accès aux ressentis et les processus d'élaboration, des supports de témoignage (Figure 2) ont été également construits, à l'image de ceux développés dans le dispositif TIPP (Traitement et Intervention dans la Phase Précoce des troubles psychotiques ; Conus et al., 2010).



Plusieurs types de symptômes peuvent se voir lors d'un épisode psychotique aigu :

1. troubles cognitifs
 2. phénomènes de perception modifiée
 3. idées de centralité
 4. biais de raisonnement
 5. idées particulières fixes
- Vous vous retr

 - Troubles co
 - Perception (audition)
 - Idées de ce
 - Biais de rais
 - Idées partici

Vous vous retrouviez dans:

- Troubles cognitifs
- Perception modifiée (audition)
- Idées de centralité
- Biais de raisonnement
- Idées particulières fixes



Vous venez de traverser un
accident de santé...

Pour moi :

- « ... »

Pour les professionnels
de santé :

- Episode psychotique aigu

PARTIE 1

Figure 1 : Diapositives extraites du programme ETPeP, programme unifamilial à destination de personnes concernées par un épisode psychotique. Plusieurs diapositives présentent des encarts personnalisables.

Sur la diapositive de droite, l'encart permet de se mettre d'accord sur le vocabulaire à emprunter ; la diapositive de gauche permet de reprendre en séance 3 les informations personnalisées évoquées en séance 2 concernant les ressentis et symptômes identifiés par la personne comme en lien avec son épisode psychotique.



Figure 2 : Exemples de fiches témoignages utilisées dans le cadre de l'ETP flash concernant les personnes vivant avec un trouble de l'humeur. Ces fiches sont utilisées comme médiateur dans les échanges. Chaque personne du groupe en choisit une selon le thème de la séance, la lit puis la partage au groupe. Cette étape permet de varier les modalités attentionnelles et de solliciter les processus de synthèse et de métacognition (lien avec sa propre expérience), tout en facilitant le partage entre pairs.

À la fin de chaque séance, un temps de résumé par mots clés en évocation libre est proposé ainsi que l'inscription des informations dans un carnet de bord, dans le but de soutenir la mémorisation des informations et la possibilité de s'y référer à distance pour appropriation.

DISCUSSION

Malgré une terminologie qui fait débat (voir pour exemple le rapport du Pr Baghdadli pour la mise en œuvre de programme d'ETP pour les personnes avec trouble du spectre de l'autisme

et leur famille, 2020), la pratique de l'ETP ne se limite pas à un transfert d'informations et vise le développement de compétences permettant aux personnes d'accéder à une qualité de vie optimale autodéterminée, à travers notamment le partage d'expériences entre pairs. L'efficacité de l'ETP dans les domaines somatiques et psychiatriques est aujourd'hui reconnue (Simonsmeier et al., 2021). Toutefois, comme le soulignait le rapport de preuve en santé mentale (Hardy Baylé et al., 2015), les critères d'efficacité des actions de psychoéducation ou d'ETP en psychiatrie ne couvrent pas pour le moment tous les déterminants du handicap psychique. C'est pourtant en ayant ce modèle en tête que la pratique en ETP pourra cibler la qualité de vie et les processus d'autodétermination des personnes concernées. Certaines études commencent à se développer et soulignent par exemple une diminution de l'autostigmatisation après des interventions psychoéducatives ou d'ETP dans le contexte des troubles psychiques (Alonso et al., 2019). Ce champ de recherche semble devoir être élargi afin de rendre concordants les objectifs de l'ETP et les critères d'efficacité.

CONCLUSION

La pratique clinique des PSN s'oriente souvent vers des populations vivant avec un problème de santé chronique, rendant les professionnels sensibles aux processus psychologiques sous-jacents à une annonce diagnostique et aux éventuelles répercussions fonctionnelles de ce trouble. La pratique de la neuropsychologie prend également en compte le fonctionnement cognitif des personnes et a su développer des approches facilitatrices pour limiter l'impact fonctionnel de certains freins cognitifs. Enfin, dans une vision globale et intégrative centrée sur la personne, la ou le PSN adopte des postures de soins orientés rétablissement soutenant l'autodétermination des personnes. Ces spécificités dans la pratique clinique de la neuropsychologie sont compatibles avec la pratique en ETP. C'est pourquoi il apparaît pertinent d'encourager la participation des PSN dans les programmes d'ETP, à chaque étape, de l'élaboration des séances jusqu'à leur animation.

Références

- Alonso, M., Guillén, A. I. et Muñoz, M. (2019). Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: A systematic review. *The Spanish journal of psychology*, 22, E27. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Bonsack, C., Rexhaj, S. et Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Charlton, J. (1998). *Nothing About Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment*. University of California Press.
- Conus, P., Polari, A. et Bonsack, C. (2010). Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques: objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. *L'information psychiatrique*, 86(2), 145-151. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0591>
- Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. (2020). *Mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique pour les personnes avec trouble du spectre de l'autisme et leur famille*. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/276192.pdf>
- Favrod, J. et Bonsack, C. (2008, mars). Qu'est-ce que la psychoéducation? *Santé Mentale* (126), 26-32.
- Franck, N. (2021). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), 953-958. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.002>
- Grimaldi, A. (2017). Si l'histoire de l'éducation thérapeutique au patient m'était contée... *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(3), 307-318. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30072-X](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30072-X)
- Hardy-Baylé, M. C., Franck, N., Morin, L., Pachoud, B., Passerieux, C., Roux, P., Urbach, M. et Younes, N. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Centre de Preuves en psychiatrie et santé

mentale. https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_par_cours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf

Haute Autorité de Santé. (2007). *Recommandations – Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Petitjean, F. (2018). Principes et efficacité de la psychoéducation. Dans N. Franck (dir.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (p.485-492). Elsevier Masson.

Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. (1998). *Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S.* <https://iris.who.int/handle/10665/345371>

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

Santé publique France. (2022). *Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>

Samier, R. et Jacques, S. (2016). *Pédagogie et neuropsychologie : quelles stratégies pour les enseignants*. <https://www.firah.org/upload/notices3/2016/livret-pedagogie-et-neuropsychologie-2016.pdf>

Simonsmeier, B. A., Flaig, M., Simacek, T. et Schneider, M. (2022). What sixty years of research says about the effectiveness of patient education on health : a second order meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(3), 450-474. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1967184>

Éducation thérapeutique du patient « covid long » ; pourquoi et comment commencer ?

Therapeutic education of the “long covid” patient; why and how to start?

CATHERINE LE BRAS

Psychologue spécialisée en
neuropsychologie
Centre Hospitalier de Beauvais,
Pôle de prévention et d'éducation du patient,
Avenue Léon Blum, 60000 Beauvais

Contact

c.lebras@ch-beauvais.fr

Conflits d'intérêts

L'auteure déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Le Bras, C. (2024). Éducation thérapeutique du patient « covid long » ; pourquoi et comment commencer ? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 45-52.

Résumé

Parmi les séquelles persistantes de la covid ou « covid long », les troubles cognitifs paraissent particulièrement fréquents et résistants à long terme. Les performances de 63 patients « covid long » ayant bénéficié d'une évaluation neuropsychologique sont décrites. Aux troubles de mémoire, des fonctions exécutives et d'attention s'ajoutent pour un nombre non négligeable de malades des difficultés de dénomination et de visuo-construction. Ces malades sont issus d'une cohorte de 126 patients accompagnés dans le cadre du premier programme d'éducation thérapeutique du patient porté par le Centre Hospitalier de Beauvais. La construction du programme, les thématiques retenues, la participation, les bénéfices et les limites de cet accompagnement sont brièvement exposés. L'éducation thérapeutique paraît extrêmement appropriée pour proposer aux malades covid long un accompagnement humain, respectueux de leurs difficultés et promoteur d'une meilleure qualité de vie.

Mots-clés

- Covid long
- Neuropsychologie
- Troubles cognitifs
- Éducation thérapeutique
- Accompagnement

Keywords

- Patient education
- « long covid »
- Neuropsychological assessment

Abstract

Among the persistent symptoms of covid or "long covid", cognitive disorders appear particularly frequent and resistant in the follow-up. The performances of 63 "long covid" patients who benefited from a neuropsychological evaluation are described; in addition to memory, executive and attentional disorders, a significant part of our patients encounter difficulties with naming and visuoconstruction. These patients come from a cohort of 126 patients supported as part of the first therapeutic patient education program carried out by the Beauvais Hospital Center; construction of the program, selected topics, participation, benefits and limits of this support are briefly reported. Therapeutic education seems extremely appropriate to offer long Covid patients human support, respectful of their difficulties and promoting a better quality of life.

Le « covid long » ou affection post-Covid-19 désigne selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des symptômes (épuisement, essoufflement, dysfonctionnement cognitif, douleurs...) perdurant au moins 3 mois après l'infection, qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic (Covars, 2023¹). La prévalence du covid long est estimée en France à 4% en population adulte soit plus de deux millions de personnes (Santé Publique France, 2022²); les malades peinent régulièrement à obtenir une reconnaissance de leur statut et des prises en soins adaptées.

Nous présenterons les résultats aux épreuves cognitives de 63 malades atteints de covid long et indemnes de pathologies neurologiques, développementales ou psychiatriques préexistantes. Ils sont issus d'une cohorte de 126 malades intégrés au programme d'éducation thérapeutique « covid long » mis en place au Centre Hospitalier de Beauvais (60) depuis juin 2021 dont

nous détaillerons l'organisation générale, les bénéfices et les limites.

ÉVALUATION ET PLAINTES COGNITIVES DES MALADES « COVID LONG » EN CONSULTATION GÉNÉRALE

De nombreuses études (Ceban et al., 2021; Lopez-Leon et al., 2021) mettent en avant les difficultés cognitives des malades « covid long »; elles touchent en particulier l'attention, les fonctions exécutives, la mémoire épisodique et le langage. Ces études sont malheureusement souvent basées sur des données déclaratives (auto-questionnaires) ou des épreuves rapides (MoCA échelles rapides d'efficacité cognitive...). Dans ses fiches thématiques, la Haute Autorité de Santé (HAS, 2021-2023³) recommande un bilan neuropsychologique complet dès que la plainte mnésique s'accompagne d'un score à la MoCA inférieur à 26. Les patients non gériatriques et de bon niveau socio-éducatif réalisent régulièrement cette épreuve sans encombre, mais éprouvent

1. Visible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/avis-du-covars-du-7-novembre-2023---syndrome-post-covid-29943.pdf>

2. Visible sur: [Prévalence du COVID long dans la population adulte générale selon différentes définitions et selon les caractéristiques de l'infection et sociodémographique. Une enquête nationale par sondage aléatoire à l'automne 2022. \(santepubliquefrance.fr\)](#)

3. Visible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge

de grandes difficultés dans les tâches à forte charge exécutive dans leur vie professionnelle comme quotidienne. Ils courent le risque de ne pas être dépistés et reconnus.

Nous avons proposé aux malades qui ressentent une détérioration cognitive au quotidien de réaliser un bilan neuropsychologique complet. Ces malades répondaient aux critères OMS de covid long et intégraient notre programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Sur les 112 patients intégrés dans le parcours ETP, 49 ont été exclus, car ils présentaient des antécédents neurologiques (AVC, traumatisme crânien, cancers dont deux leucémies, maladie de Lyme, drépanocytose, fibromyalgie), psychiatriques (anxiété, dépression, stress post-traumatique) ou neurodéveloppementaux (dyslexie), ou une forme réanimatoire en aigu de leur covid. Les 63 patients restants (52 Femmes/11 Hommes) avaient un âge moyen de 50.3 ans (min 23, max 80, écart-type = 10.3); 22 avaient un niveau éducatif inférieur au Bac, 21 avaient un niveau supérieur ou égal à Bac+5.

Les patients ont été évalués avec une batterie de tests usuels en consultation neuropsychologique générale (MMS, RL/RI-16 ou CVLT, DMS-48, copie et rappel de la figure de Rey, DO 80, TMT A et B, empans de chiffres endroit et envers, WCST, fluences verbales P, M, Animaux sur 1 minute, séquences graphiques, Stroop 45 sec, D2). Une MADRS (*Montgomery and Asberg Depression Scale*) complétait l'évaluation de l'humeur (les patients avaient parallèlement un entretien prolongé recensant leurs antécédents psychiatriques). Les profils cognitifs sont extrêmement variés, d'une normalité apparente à une constellation de performances déficitaires. Cela nous permet de remettre en question différentes hypothèses mises en avant pour la compréhension des séquelles persistantes de la covid :

1) LE LIEN ENTRE L'ÂGE DES MALADES ET L'ÉCHEC DANS LES TESTS COGNITIFS.

Les performances pathologiques ne sont pas le fait des seules personnes les plus âgées de notre échantillon. Les patients les plus âgés ont assez systématiquement échoué au test de mémoire épisodique, mais des patients jeunes (moins de 40 ans) et sans antécédents obtenaient eux aussi des scores pathologiques.

2) LE LIEN ENTRE LES TROUBLES COGNITIFS ET LES SCORES DE DÉPRESSION.

Les patients dépressifs (n°14, 26, 34, 55) n'avaient pas forcément plus de scores pathologiques dans les épreuves cognitives; les patients normo-thymiques (n°4, 57) avaient des troubles cognitifs marqués.

3) LA RESTRICTION DES PERTURBATIONS COGNITIVES AUX SEULES SPHÈRES ATTENTIONNELLES, EXÉCUTIVES ET MNÉSQUES.

Les patients « covid long » obtenaient également des scores pathologiques dans une épreuve simple de langage (dénomination d'images (DO 80); n=17 pour un score < 78) et visuo-constructives (copie de la figure de Rey; n=31 pour le type IV) alors que notre population était jeune et de niveau socio-éducatif favorable.

4) LA SENSIBILITÉ DES TESTS COGNITIFS DE CONSULTATION USUELLE.

De nombreux patients (n°3, 6, 10, 15, 25, 29, 32, 42, 43, 52, 53) n'obtenaient que des performances déficitaires isolées alors que leur plainte cognitive était importante, justifiant la recherche de soutien psychologique, d'examens complémentaires et de rééducation, et empêchant une reprise du travail.

En parallèle des scores qualitatifs (ex : persévérations en mémoire épisodique verbale, type de copie à la figure de Rey, temps de latence dans la réalisation des épreuves alors que leurs temps de réalisation étaient corrects, quantification de l'effort fourni par l'évaluation...), la réalisation d'évaluations plus écologiques – voire *in situ* sur des reprises du travail accompagnées – pourrait contribuer à mieux rendre compte des difficultés cognitives rencontrées.



L'expérience que nous avons acquise au contact des malades covid long nous montre que le bilan neuropsychologique de routine ne détecte pas forcément les difficultés cognitives dont ils se plaignent



L'expérience que nous avons acquise au contact des malades « covid long » nous a montré que le bilan neuropsychologique de routine ne détectait pas forcément les difficultés cognitives dont ils se plaignaient et que des épreuves plus écologiques, voire des observations de terrain en particulier lors de la reprise du travail, seraient nécessaires pour mieux rendre compte des troubles. Par ailleurs, la durée de l'effort cognitif doit être tout particulièrement prise en compte dans le covid long. Beaucoup de nos malades étaient capables de se mobiliser sur le temps de la consultation (généralement deux heures), mais étaient aussi dans l'incapacité de poursuivre sur un temps plus long (ex : une journée de travail complète) et avouaient avoir dû se coucher en rentrant de l'examen (malaise post-effort cognitif parallèle aux fréquents malaises post-effort physique). Certains examens sont marqués par d'authentiques malaises post-effort nécessitant des pauses prolongées, voire une réinstallation physique (risque de chute de leur chaise d'examen).

RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE « COVID LONG » AU CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS (OISE)

Le Centre Hospitalier de Beauvais (CHB) a été particulièrement touché par la covid-19 au printemps 2020. La direction de l'établissement a encouragé la création d'un programme d'éducation thérapeutique du patient afin d'accompagner le rétablissement de ses agents et du public touché par des séquelles persistantes de la covid-19. La déclaration du programme à l'Agence Régionale de Santé (ARS) a été faite au printemps 2021 et les premiers patients ont été accueillis durant l'été. L'équipe du Pôle de Prévention et d'Éducation du Patient du CHB se compose d'un médecin (0,3 ETP), d'une infirmière (1 ETP), d'1 diététicienne (0,9 ETP), d'une psychologue (0,8 ETP) et d'une secrétaire (0,5 ETP). L'animation des séquences du programme « covid long » a également été confiée à une infirmière de la consultation douleur, une socio-esthéticienne, une

sophrologue et plus ponctuellement à d'autres psychologues du CHB.

Nous avons déterminé avec les premiers malades rencontrés les thématiques de nos ateliers ; celles-ci se sont enrichies progressivement au fil des connaissances sur la pathologie et des nouveaux besoins rapportés par les malades. Actuellement, le programme comporte 14 ateliers pour les malades, 1 groupe de parole pour les malades, 1 groupe de parole pour leurs proches adultes, 1 atelier pour leurs proches enfants (Figure 1). Les malades pouvaient également bénéficier d'entretiens individuels avec chaque membre de l'équipe. Le malade réalisait un bilan éducatif partagé et déterminait avec le professionnel rencontré les compétences qu'il souhaitait améliorer (ex : gérer la fatigue, compenser ses troubles cognitifs, mieux communiquer à propos de ses symptômes). Il s'inscrivait ensuite aux ateliers de leur choix sur des créneaux communiqués semestriellement pour les séquences de groupe et sur rendez-vous pour les séances réalisées en individuel. Nous encourageons la participation des proches dans les ateliers collectifs afin qu'ils prennent mieux conscience des spécificités de la maladie. Compte tenu de leur fatigabilité et de leurs troubles cognitifs, les malades avaient la possibilité de se réinscrire à un atelier s'ils avaient le sentiment de ne pas avoir réellement bénéficié de l'apport de leur première participation. La plupart des ateliers étaient déclinables en distanciel et sur des créneaux horaires permettant aux malades ayant repris le travail ou ayant des difficultés de transport de participer.

Entre juillet 2021 et décembre 2023 (Tableau 2), 126 patients ont intégré le programme ETP « covid long » du CH de Beauvais ; ils se sont vu proposer 234 créneaux d'ateliers dont seulement 122 ont été maintenus (nombreuses annulations – 52,1% – dues à des oublis, un état de santé dégradé...) pour un total de 455 participations. Les thématiques les plus fréquentées concernaient la connaissance de la maladie, la fatigue et les troubles cognitifs. Le suivi en éducation thérapeutique a permis de préciser certains aspects neurocognitifs (mémoire de la source, mémoire prospective, troubles de l'inhibition, sensation d'envahissement sensoriel...) et comporte-

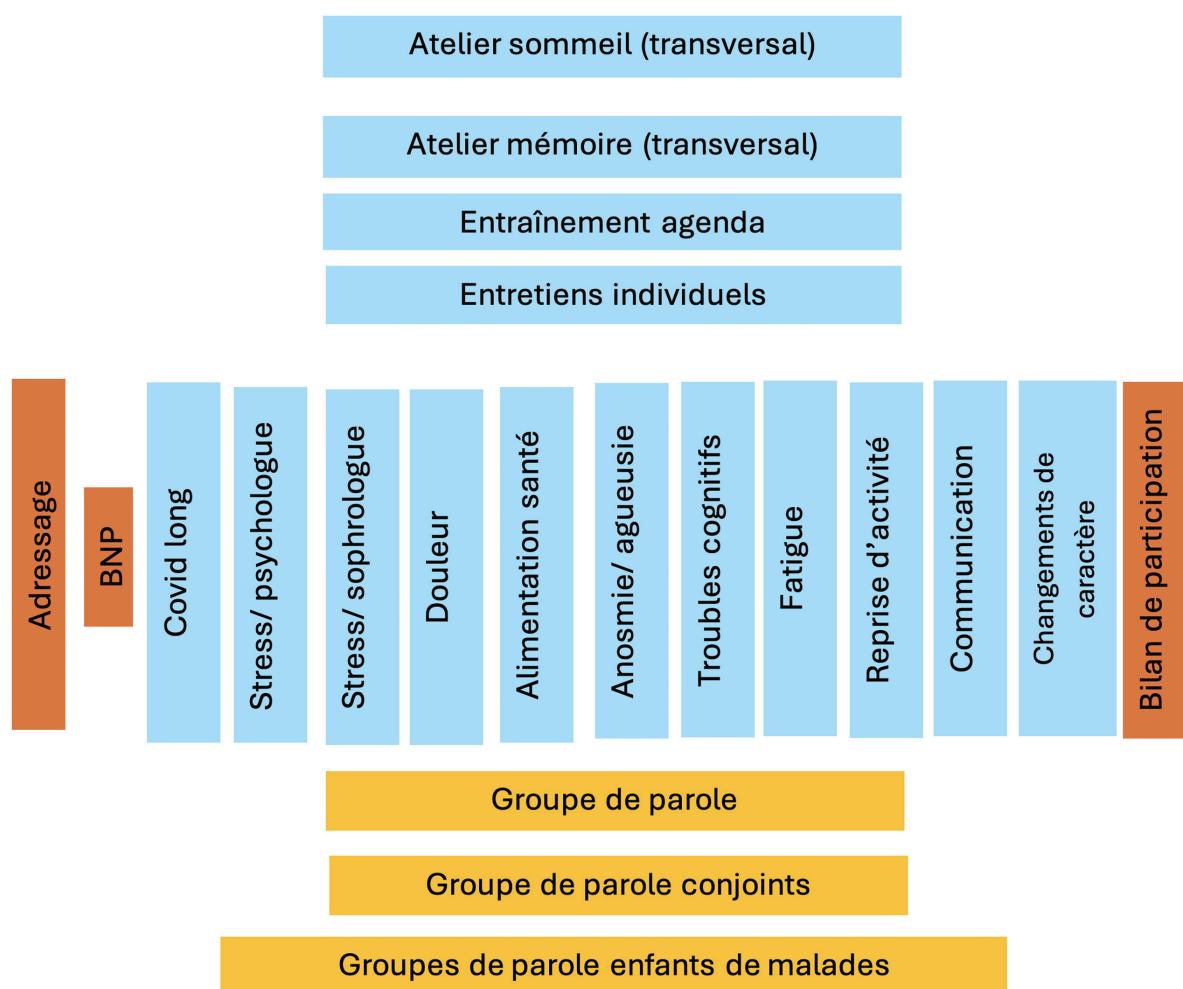


Figure 1 : Déroulé du programme ETP

mentaux (apathie, irritabilité...) du covid long, enrichissant considérablement les connaissances sur la maladie pour les professionnels du programme. La demande des malades a évolué de thématiques liées de la gestion des symptômes au quotidien à celles accompagnant le « rétablissement » (reprise de travail, communication à propos des symptômes persistants) dénotant une acceptation progressive de la maladie et de sa temporalité longue. Les groupes de parole pour les conjoints et les groupes d'information pour les enfants n'ont pas trouvé pour l'instant leur public malgré une demande exprimée. Un atelier a été

conçu à l'initiative d'une malade qui en assurait la co-animation (« Bujo » ou création d'un agenda individualisé). De nouveaux ateliers (« mémoire » et « sommeil ») viennent d'être proposés aux malades du programme « covid long » conjointement à ceux de nos autres programmes ETP (« facteurs de risque cardio-vasculaires », « préparation à la chirurgie bariatrique »). Ces ateliers, vécus comme des occasions d'apprentissage en santé, permettaient aux malades du covid long de mieux (faire) comprendre leurs spécificités et de se positionner dans des problématiques de santé partagées par d'autres maladies.

Tableau 2. Distribution des ateliers

Thématiques d'ateliers collectifs	Nombre d'ateliers dont distanciel z (nombre de participations)		
	2021	2022	2023
<i>Covid long parlons-en : connaissance de la maladie</i>	1(2)	11 dont 1z (33)	6 dont 1z (43)
<i>Fatigue</i>	2(9)	7(45)	8 dont 3z (29)
<i>Troubles cognitifs</i>	2(8)	8 dont 1z (33)	7 dont 1z (29)
<i>Stress en lien avec les symptômes persistants</i>	2(7)	2(4)	4(13)
<i>Gérer le stress avec la sophrologie</i>	4(12)	4(12)	3(13)
<i>Douleurs</i>	1(2)	5(17)	4(8)
<i>Socio-esthétique</i>	1(3)		
<i>Alimentation (agueusie/anosmie)</i>	1(4)	3(7)	
<i>Alimentation et santé</i>	1(4)	5(13)	2(8)
<i>APA</i>	1(4)		3(5)
<i>Communiquer à propos de ses symptômes</i>		2(5)	5 dont 2z (16)
<i>Reprise d'activités</i>		2(5)	5 dont 1z (20)
<i>Groupe de parole</i>		3(6)	7 dont 2z (22)
<i>Changement de caractère</i>			4 dont 1z (16)
<i>Bujo</i>			36/3 = 12(10)
<i>Groupe de parole conjoints</i>			0
<i>Groupe enfants 9-14 et 12/18</i>			0
<i>Nombre total d'ateliers (de participations)</i>	16 (56)	52 dont 2z (181)	70 dont 11z (232)
<i>Nombre moyen de participants par atelier</i>	3,5	3,5	3,3
<i>Nombre d'ateliers maintenus/nombre total d'ateliers proposés</i>	16/26 = 61,5%	52/77 = 67,5%	70/131 = 53,4%



Nous avons rencontré des freins au fonctionnement du programme :

- Sa mise en place s'est faite à moyens humains constants, accroissant significativement la charge de travail de l'équipe du pôle, d'autant que les rencontres avec les malades du covid long devaient tenir compte de leur besoin d'écoute exacerbé par des mois d'incommunicabilité ;
- Nous avons peu de dispositifs d'aval comportant des thérapeutes formés à la pathologie hormis les structures de rééducation fonctionnelle et certains malades éprouvaient des difficultés à quitter notre accompagnement ;
- L'orientation des malades vers notre programme supposait une communication qui malgré nos efforts (conférence grand public, articles de presse locale, communications dans les congrès, communication institutionnelle...) n'était pas assez efficace : les malades ne découvraient souvent qu'après des mois d'isolement et de souffrance notre accompagnement.

CONCLUSION

Le covid long est une maladie systémique, immunitaire, inflammatoire, vasculaire, neurologique, possiblement dégénérative, qui lance aux neuropsychologues cliniciens plusieurs défis : comprendre sa physiopathologie, la situer parmi les maladies existantes et comme confondante de troubles cognitifs liés à des maladies neurodégénératives classiques, ajuster leur protocole d'évaluation en tenant compte des limitations cliniques des malades (patients jeunes réclamant l'utilisation d'épreuves suffisamment difficiles,

fatigabilité à l'effort, inclusion de tâches auto-guidées...), prendre en compte le besoin intense d'écoute et d'accompagnement de malades qui pour beaucoup ont manqué de soins pendant les périodes diverses de confinement et parce que la maladie est régulièrement encore remise en question par leurs médecins et soignants, favoriser le rétablissement, la réinsertion professionnelle, le maintien des liens familiaux...

 *S'agissant d'une maladie relativement nouvelle et pour laquelle aucune thérapie curative n'est encore proposée, l'éducation thérapeutique paraît un mode d'approche souple, respectueux des fluctuations cliniques, entré sur le malade et ses préoccupations...* 

S'agissant d'une maladie relativement nouvelle et pour laquelle aucune thérapie curative n'est encore proposée, l'éducation thérapeutique paraît un mode d'approche souple, respectueux des fluctuations cliniques, centré sur le malade et ses préoccupations, orienté vers la qualité de vie et la reprise optimale d'une autonomie psychique.

Le programme du CH de Beauvais, premier programme d'ETP « covid long » mis en place sur le territoire français, révèle son utilité par la satisfaction de ses participants. Compte tenu de la souffrance psychique exprimée, de la résistance des troubles cognitifs au long cours, des remises en question que son étude soulève quant à l'origine infectieuse des neurodégénérescences, le covid long offre aux neuropsychologues une place de choix quant à sa connaissance, son évaluation, sa rééducation et son accompagnement psychologique.

Références

Ceban, F., Ling, S., Lui, L. M. W., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., Rodrigues, N. B., Subramaniapillai, M., Di Vincenzo, J. D., Cao, B., Lin, K., Mansur, R. B., Ho, R. C., Rosenblat, J. D., Miskowiak, K. W., Vinberg, M., Maletic, V. et McIntyre, R. S. (2022). Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 101, 93–135. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020>

Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A. et al. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11 (1), 16144 <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>

Intervision neuropsychologique : de l'agitation à l'innovation !

Neuropsychological intervision : From agitation to innovation !

Maité CIMEN

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Hôpital de jour et centre de proximité
de réhabilitation psychosociale l'Escale
62 boulevard de Strasbourg, 59100 Roubaix
EPSM de l'Agglomération lilloise

Marion FERON

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre Support de Remédiation Cognitive
et de Réhabilitation Psychosociale
CRISALID
CHI Clermont de l'Oise
2 rue des finets, 60600 Clermont de l'Oise

Marina PIVETTE

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
CMP adultes d'Haubourdin,
80 rue Auguste Potié, 59320 Haubourdin
Hôpital Fontan 1, Rue Henri Ghesquière,
59000 Lille
Centre Support Nord Hauts-de-France
de Remédiation Cognitive et Réhabilitation
Psychosociale (CSN2R), CHU de Lille

Noémie ROUDIL

Psychologue spécialisée en
neuropsychologie
Centre Support de Remédiation Cognitive
et de Réhabilitation Psychosociale
CRISALID,
CHI Clermont de l'Oise
2 rue des finets, 60600 Clermont de l'Oise

Contact

maite.cimen@ghtpsy-npdc.fr

Mots-clés

- Intervision
- Neuropsychologie
- Réhabilitation psychosociale
- Innovation
- Groupe

Keywords

- *Intervision*
- *Neuropsychology*
- *Psychosocial rehabilitation*
- *Innovation*
- *Group*

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêt

Pour citer cet article

Cimen, A., Feron, M., Pivette, M. et Roudil, N. (2024). Intervision neuropsychologique : De l'agitation à l'innovation ! *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 53-59.

Résumé

L'intervision en psychologie a été pensée et étudiée au travers de différents courants de pensée, de la psychanalyse aux théories de l'attachement en passant par le travail social et la psychologie sociale. Dans la région des Hauts-de-France,



nous sommes une trentaine de psychologues, spécialisés en neuropsychologie, réunis en intervision pour échanger sur notre pratique en psychiatrie et principalement en réhabilitation psychosociale (RPS). Constitués en sous-groupes de travail, nous explorons les sujets de la création d'outils, d'innovation de nos pratiques, de formation, de réflexion sur la posture professionnelle, d'investigation sur des profils cliniques spécifiques, de recherche, de diffusion de la pratique aux universités. Lors d'une table ronde au CNNC 2023, dans un souhait de diffusion et de partage, nous avons discuté l'apport du format groupal pour faire évoluer la pratique, les challenges de l'animation collaborative, la distinction entre soutien et innovation, et enfin, les pistes d'évaluation de l'efficacité d'un travail d'intervision. Les enrichissements de la salle sur des études, par exemple de psychologie sociale, nous invitent à réfléchir aux déterminants de la pérennité, de l'évolution et des projets de ce type de groupe.

Abstract

Intervision in psychology has been studied through different schools of thought, from psychoanalysis, to attachment theories, including social work and social psychology. In Hauts-de-France, we are about thirty psychologists, specialized in neuropsychology, discussing practice in psychiatry and mainly in psychosocial rehabilitation. Made of sub-working groups, we explore subjects such as creating tools, innovating, reflection on professional posture, investigation into specific clinical profiles, research and teaching at university. During CNNC 2023's round table, we discussed the contribution of the group format, the challenges of collaborative animation, the distinction between support and innovation, and finally the evaluation of its effectiveness. The contributions of our colleagues about social psychology studies invite us to reflect on the determinants of sustainability, evolution and projects of this type of group.

PARTIE 1 : PRÉSENTATION DE L'INTERVISION

APPORTS DE LA LITTÉRATURE

Sans l'ambition de l'exhaustivité d'une revue de littérature, nous souhaitons partager, ici, ce qui a pu faire écho, dans nos lectures, à ce que nous vivons dans ce regroupement en intervision de psychologues spécialisés en neuropsychologie, dans une pratique de réhabilitation psychosociale (RPS) (services de psychiatrie,

addictologie, etc.), dans la région des Hauts-de-France (HdF).

L'intervision est définie comme un dispositif de rencontres et d'échanges entre pairs. Elle a pour objectif un partage et une réflexion collective, respectueuse des pratiques et des expériences professionnelles, au travers de regards croisés et de bienveillance. Elle s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge psychologique. Cette élaboration est mutuelle et s'organise sur un mode non hiérar-

chique (Bouvard, 2020 ; Fédération Française des Psychologues et de Psychologie, 2018).



*L'intervision est définie comme un dispositif
de rencontres et d'échanges entre pairs.*

*Elle a pour objectif un partage et une réflexion collective,
respectueuse des pratiques et des expériences professionnelles,
au travers de regards croisés et de bienveillance*



Elle est à distinguer de la supervision qui, sous l'essor de la psychanalyse, voit le jour dans les années 1920 avec la notion de transfert vertical des connaissances, venant d'un expert surveillant la pratique de son confrère. Dans les années 1950, l'intérêt du groupe émerge avec la découverte de l'intersubjectivité et du contre-transfert. Les groupes de Balint ont alors réfléchi à la relation thérapeutique à plusieurs (Bouvard, 2020). Enfin, pour sortir d'un rapport de maître à élève, la supervision entre pairs a permis de mettre en avant les bénéfices de la co-construction dans une atmosphère bienveillante, qui, par la métaphorisation, permettrait la créativité (Urwand, 2002).

Alors, selon les cadres de référence et les modèles théoriques, les mouvements en action seront décrits de différentes manières. Les travailleurs sociaux parlent d'espace réflexif lors de situations complexes ou de sentiments d'impuissance. Les théories de l'attachement évoquent cet espace transitionnel bienveillant, en référence au *holding* de Winnicott et al. (1992), comme fonction de soutien et ainsi, permettant de soutenir les accompagnés. La psychanalyse parle de cet espace comme une enveloppe contenant au travers du moi-peau de Didier Anzieu (1973) dans lequel se dépose son vécu, ses expériences et se transforme en créatif (Kaës, 2001). La neuropsychologie propose que cet espace soit le lieu pour questionner l'acquisition de compétences et d'habiletés propres au domaine (Bodin et al., 2022 ; Stucky et al., 2010).

Pour stimuler la créativité des psychologues, les travaux de Carl Rogers (1954) évoquent plusieurs variables dont l'ouverture à l'expérience, la mise au travail, le centre interne à l'évaluation et l'habileté à jouer avec les concepts. Ces phénomènes seraient déterminants à l'efficacité du tra-

vail en groupe. Cette intelligence collective explore différentes dimensions d'une problématique, aiguille la décision, permet de construire une réflexion partagée en alliant liberté créatrice et efficacité collaborative au travers d'interactions multiples entre des membres de compétences différentes (Gréselle-Zaïbet, 2007).

CONTEXTE NATIONAL ET RÉGIONAL

La RPS représente un ensemble de procédés visant à accompagner la personne dans son processus de rétablissement personnel, c'est-à-dire dans les étapes qui lui permettront de vivre une vie pleinement satisfaisante, qui a du sens pour elle, malgré la problématique de santé (trouble psychique, neurodéveloppemental, etc.) (Bon, 2018).



*La RPS représente un ensemble de procédés visant
à accompagner la personne dans son processus
de rétablissement personnel, c'est-à-dire dans les étapes
qui lui permettront de vivre une vie pleinement satisfaisante,
qui a du sens pour elle, malgré la problématique de santé
(trouble psychique, neurodéveloppemental, etc.)*



Son objectif est de réduire ou prévenir l'apparition de situations de handicap psychique, en ciblant les troubles neuropsychologiques, les symptômes négatifs et les facteurs subjectifs (métacognition, *insight*, motivation, internalisation de la stigmatisation), reconnus comme déterminants principaux de ce handicap (Hardy-Bayle et al., 2015). Associée aux traitements médicamenteux, la RPS propose un ensemble de soins non médicamenteux, principalement la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique de la personne, la thérapie cognitive et comportementale, et l'entraînement aux habiletés sociales.

La posture des professionnels se caractérise par un rapport collaboratif, d'expert à expert. L'approche est motivationnelle, optimiste et réaliste, permettant de soutenir l'autodétermination (*l'empowerment*) en s'appuyant sur les ressources de la personne.

L'instruction DGOS de janvier 2019 permet de cadrer la structuration de ces soins. Elle a permis la labellisation, dans notre région, de centres

supports et de centres de proximité sous condition, entre autres, de postes de psychologues spécialisés en neuropsychologie dans ces structures (à ce jour, vingt-neuf centres).

Face à la nouveauté de cette pratique en psychiatrie et au sentiment d'illégitimité qu'elle peut sous-tendre, est né un besoin urgent d'échanger entre pairs. Le groupe d'intervision s'est créé ainsi, « par agitation » face à l'inquiétude. Partant d'une réunion à seize psychologues, nous en comptons aujourd'hui trente-deux.



Face à la nouveauté de cette pratique en psychiatrie et au sentiment d'illégitimité qu'elle peut sous-tendre, est né un besoin urgent d'échanger entre pairs. Le groupe d'intervision s'est créé ainsi, « par agitation » face à l'inquiétude. Partant d'une réunion à seize psychologues, nous en comptons aujourd'hui trente-deux



FONCTIONNEMENT ET STRUCTURE

Nos attentes initiales s'articulaient autour de l'échange de pratiques, la création d'outils, le lien aux universités, la compréhension des fonctionnements institutionnels, et globalement d'un rassemblement pour éviter l'isolement. De ce fait, sept groupes de travail se sont constitués (Tableau 1) :

Les sous-groupes de travail sont indépendants dans leur organisation. Puis, des plénières avec le groupe entier sont planifiées, à raison de trois fois par an (distanciel et présentiel), pour partager nos avancées respectives et questionner le cadre de notre fonctionnement.

PARTIE 2 : ÉCHANGEONS EN TABLE RONDE (CNNC, 2023)

Voici un résumé des questionnements et des échanges partagés :

LES GROUPES DE TRAVAIL SONT-ILS VRAIMENT PLUS EFFICACES QUE LE TRAVAIL INDIVIDUEL ?

Cette question, bien connue de la psychologie sociale, n'a jamais été résolue (Augustinova et al., 2013). En partant de notre expérience, nous avons constaté que le travail en groupe peut entraver l'efficacité par plusieurs facteurs propres à la dynamique de groupe : le *leadership* naturel de certains, le désinvestissement lié à un sentiment d'illégitimité, le déséquilibre de responsabilités et la disponibilité des membres, selon des contraintes personnelles.

Mais les groupes de travail offrent également plusieurs avantages. Étoffé par des visions diffé-

Thématiques	Objectifs
Formation	Répertorier les formations existantes en RPS et partager ses appréciations.
Université	Recenser les enseignements existants sur la RPS dans les universités des HdF et proposer des interventions auprès des étudiants en master de neuropsychologie.
Création	Créer des outils d'accompagnement trans-diagnostiques et des supports de vulgarisation de contenus scientifiques.
Innovation	Réfléchir et intégrer des outils pour réinventer la pratique neuropsychologique, par exemple l'évaluation et l'intervention en milieu écologique.
Populations spécifiques	Répertorier, recommander et diffuser des ressources sur la RPS spécifiques à certaines populations, telles que le trouble du spectre autistique, le trouble du déficit d'attention avec/sans hyperactivité, etc.
Posture	Réfléchir et comprendre les postures des professionnels au sein d'une équipe de RPS afin de proposer des pistes de solutions, vers la posture partenariale.
Recherche	Proposer des formations à la méthodologie scientifique au travers d'ateliers. Diffusion en congrès et publication.

Tableau 1 : Thématiques et objectifs des sous-groupes de l'intervision.

rentes et des critiques constructives, le *brainstorming* collectif peut permettre d'accéder à une réflexion plus riche. Le pédagogue Carl Rogers évoque la créativité, où le psychologue doit découvrir par lui-même, s'ouvrir à l'expérience et développer son esprit, sa curiosité (Daval, 2008). Au travers d'une expérience commune coopérative, chacun des membres met ses efforts à contribution afin d'atteindre des buts communs. Cette réflexion enrichie, associée au soutien de ses pairs, a facilité pour nous la naissance de projets concrets. L'expérience de divergences a permis la transférabilité des acquis dans les pratiques respectives. De cette manière, les pertes liées au groupe de travail semblent donc pouvoir être neutralisées par ses gains (Augustinova et al., 2013).

QUELS SONT LES CHALLENGES DE L'ANIMATION DE GROUPE COLLABORATIVE POUR ÉVITER UN ESSOUFFLEMENT ?

Le premier challenge que nous avons expérimenté est celui de la coordination organisationnelle. Il a fallu s'accorder sur la manière de choisir les dates, de trancher les thématiques, de déterminer les lieux et de soutenir notre communication. Ces décisions impliquent de respecter le choix des membres tout en garantissant l'avancée et l'entité du groupe. L'aide de la secrétaire d'un des centres supports a permis de faciliter les aspects administratifs, la concertation et, au besoin, le vote nous permettent les choix.

Le second challenge repose sur l'investissement et la participation des différents membres. Celle-ci peut fluctuer et ainsi nuire au travail de groupe. Nous avons choisi de laisser libre la place qu'occupe chacun dans le groupe, et nous n'avons pas défini de critères de présence aux plénières ou de participation aux groupes de travail. Nous nous sommes spontanément organisés en groupes restreints de travail, en plus de nos plénières. La variation des cadres et formats dans les groupes semble avoir déjà montré des intérêts sur l'engagement en observant les travaux de Roland Sefcick sur l'emboîtement des cadres (2016).

Enfin, le troisième challenge est celui de la posture, de la maintenir collaborative et horizontale, comme dans notre pratique en RPS. Chacun apporte son expertise propre, les psychologues qui travaillent dans les centres de proximité associés à un centre support n'adoptent pas une pos-

ture ascendante où ils diraient aux autres ce qu'il faut faire, en luttant contre le désir de rapidité ou de *leadership*.

L'INTERVISION EST-ELLE UN RÉEL OUTIL D'INNOVATION OU UN SIMPLE SOUTIEN ENTRE PAIRS ?

La réflexion sur notre pratique fait partie du métier et est nécessaire pour accompagner correctement les usagers. Le psychologue doit pouvoir garder sa posture propre au sein de l'équipe et le temps d'intervision fait partie du temps FIR (formation, information, recherche). Dans la fonction publique hospitalière, ce temps figure dans les activités du psychologue, au même titre que l'activité clinique auprès du patient et de l'institution. Consacrer du temps à la réflexion commune, au développement d'outils, à la recherche de nouveauté est essentiel pour une pratique clinique éclairée. Dans la RPS, le psychologue élabore autour du parcours de l'utilisateur au sein de sa structure. Le changement de posture et de stratégie d'accompagnement pour lutter contre la chronicisation et l'accommodation, permet à plus long terme un gain de temps pour les équipes, en permettant de diminuer le risque de rechutes et réduit le taux d'hospitalisation (Franck, 2018).

Cette intervision est un moyen de réunir le savoir de chacun afin de répertorier plus rapidement les outils existants. Cela permet, par la suite, et grâce aux échanges entre les membres du groupe d'intervision, de faire émerger des idées innovantes (création de programmes, mise en place de fiches, enseignements de RPS, projet d'une BD...).



Cette intervision est un moyen de réunir le savoir de chacun afin de répertorier plus rapidement les outils existants. Cela permet, par la suite, et grâce aux échanges entre les membres du groupe d'intervision, de faire émerger des idées innovantes (création de programmes, mise en place de fiches, enseignements de RPS, projet d'une BD...)



Par ailleurs, cette intervision permet aussi d'entretenir des rapports collaboratifs entre les psychologues qui travaillent dans le domaine de la RPS dans les HdF, ce qui favorise aussi les

échanges entre les structures et la diffusion des pratiques. D'après notre expérience, elle augmente le sentiment de légitimité dans les pratiques et permet d'oser prendre davantage d'initiatives. La fonction de soutien entre pairs paraît donc être un facteur favorisant l'innovation.

PEUT-ON VALIDER CET OUTIL AVEC DES DONNÉES PLUS OBJECTIVES OU LA CIBLE PRINCIPALE EST SUBJECTIVE ?

Partant du constat que notre groupe d'intervision participe à l'amélioration des pratiques, nous avons souhaité en démontrer la plus-value. À l'instar de la modélisation de certains dynamiciens groupaux, nous avons utilisé des données plus objectives pour cela. Les lignes de base, utilisées en recherche et en pratique clinique, permettent d'objectiver et de quantifier des variables, mais également de servir de point de référence avant, pendant et/ou après une intervention (Milazzo, 2017). Pour constituer ces lignes de base, après de nombreux questionnements, nous avons proposé une étude préliminaire au travers d'échelles visuelles analogiques (de 0 à 10), explorant le sentiment d'efficacité personnelle, de légitimité, le niveau de connaissance du réseau, l'esprit critique, le sentiment de soutien par les pairs et la mise en place de nouveaux outils. Cette évaluation à temps zéro serait une base de comparaison pour des mesures répétées à distance. Des questions ouvertes permettent de

faire émerger des données qualitatives quant aux points forts et axes d'amélioration de ce groupe.

CONCLUSION

La préparation de cette communication nous a permis d'explicitier les bénéfices et les limites de notre intervision, presque intuitivement organisée. Le format et le cadre permettent de répondre aux attentes initiales du groupe (soutien, créativité, sentiment de légitimité). Nous évoluons sur la manière d'évaluer le niveau de satisfaction de ses membres. Cela nous permet de faire un retour sur nos limites (intégration des nouveaux arrivants, différences d'investissement, distance géographique) et d'en explorer les pistes d'amélioration. Lors de l'échange avec la salle, nous avons particulièrement été attentives à une proposition d'explorer les travaux de psychologie sociale qui listent les déterminants de l'efficacité d'une équipe. La pièce maîtresse en serait le but commun, les valeurs qui nous lient. De plus, la flexibilité de la structuration du groupe, en questionnant les processus cognitifs, affectifs et comportementaux, permettrait de combiner les ressources de chacun et de résoudre les tâches exigeantes (Kozlowski et al., 2005). Cette science émergente sur l'efficacité des équipes demande à être plus investiguée pour pouvoir la mettre en application dans notre expérience. Ainsi, peut-être pourrions-nous proposer la création d'un sous-groupe réfléchissant à ces thématiques (un méta-sous-groupe?).

Références

- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod
- Augustinova, M. et Oberlé, D. (2013). Chapitre 6. De quoi dépend l'efficacité d'un groupe de travail?. Dans M. Augustinova et D. Oberlé (Dir.), *Psychologie sociale du groupe au travail: Réfléchir, travailler et décider en groupe* (p.139-163). De Boeck Supérieur.
- Bodin, D., Stucky, K. J. et Bush, S. S. (2022). *Supervision in Neuropsychology: Practical, Ethical, and Theoretical Considerations*. Oxford University Press
- Bon, L. (2018). Réhabilitation psychosociale: outils thérapeutiques et offre de soin. *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, 16, 7-16. <https://doi.org/10.3917/psn.161.0007>
- Bouvard, G. (2020). L'intervision: lieu de créativité du psychologue clinicien. *Le Journal des psychologues*, 374, 45-48. <https://doi.org/10.3917/jdp.374.0045>
- Daval, R. (2008). Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. Approche Centrée sur la Personne. *Pratique et recherche*, 8, 5-20. <https://doi.org/10.3917/acp.008.0005>
- Franck, N. et Charrier, P. (2018). *Traité de RPS*. Elsevier Masson

- Gréselle-Zaïbet, O. (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas. *Management & Avenir*, 14, 41-59. <https://doi.org/10.3917/mav.014.0041>
- Hardy-Baylé, M. C. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Rapport du Centre de Preuves en psychiatrie et santé mentale. Récupéré de https://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf
- Kaës, R. (2001). L'analogie du groupe et du rêve : implications et développements. *Psychologie clinique et projective*, 7, 3-16. <https://doi.org/10.3917/pcp.007.0003>
- Kozlowski, S. W. et Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological science in the public interest*, 7(3), 77-124. <https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2006.00030.x>
- Milazzo, A. et Chauliac, F. (2017). Les lignes de base utilisées en thérapie par remédiation cognitive : Perspectives intégratives des pratiques cliniques actuelles. *Le Journal des psychologues*, 343, 62-67. <https://doi.org/10.3917/jdp.343.0062>
- Rogers, C. R. (1954). Toward a theory of creativity. *ETC: A review of general semantics*, 11(4), 249-260.
- Sefcick, R. (2016). *Pour penser la complexité humaine : essai de psychanalyse dynamique*. L'Harmattan.
- Stucky, K. J., Bush, S. et Donders, J. (2010). Providing effective supervision in clinical neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(5), 737-758. <https://doi.org/10.1080/13854046.2010.490788>
- Urwand, S. (2002). Le « groupe-analyse » pour des enfants autistes et psychotiques. *Enfances PSY*, 3, 54-62. <https://doi.org/10.3917/ep.019.0054>
- Winnicott, D. W., Michelin, M., Rosaz, L. et Spock, B. (1992). *Le bébé et sa mère*. Payot.

Présentation de deux guides : l'un à destination des étudiants et l'autre à destination des tuteurs de stage

Presentation of two guides: one for students and the other for supervisors

Delphine BÉRARD

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre Hospitalier de Dax Côte d'Argent
Pôle de Rétablissement et d'Insertion
en Santé Mentale, Dax

Guillaume PÉRODEAU

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
Hôpital de jour gériatrique
SMR
Centre Hospitalier de Jonzac, Jonzac
Chargé d'enseignement,
Université de Paris Nanterre,
master de neuropsychologie cognitive
à tous les âges de la vie, neurosciences
Chargé d'enseignement,
Université de Bordeaux,
master de neuropsychologie clinique

Anthony BACQUÉ

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
UERS Midi-Pyrénées, Toulouse
Chargé d'enseignement,
Université de Toulouse Jean Jaurès,
master de neuropsychologie clinique
de l'adulte
Chargé d'enseignement,
Institut National Universitaire
Jean-François Champollion d'Albi,
master de psychologie de la réadaptation

Virginie GOUTTE

Chercheuse associée, Université Paris Cité, Maladie d'Alzheimer,
F-75013 Paris, France
Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Consultation mémoire/Accueil de jour, Centre Hospitalier des Quatre
Villes, Sèvres, Saint-Cloud, France
Chargée d'enseignement,
Institut d'Enseignement à Distance, Université Paris 8, F-93200
Saint-Denis, France
Chargée d'enseignement, Université Paris Cité, Institut de Psychologie,
F-92100 Boulogne-Billancourt, France

Contact

guillaume.perodeau@gmail.com

Mots-clés

- Stage
- Étudiant
- Tuteur
- Neuropsychologie
- Alliance pédagogique

Keywords

- Internship
- Student
- Tutor
- Neuropsychology
- Educational alliance

Conflits d'intérêts

Virginie Goutte est Rédactrice en chef des *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*

Pour citer cet article

Bérard, D., Pérodeau, G., Bacqué, A et Goutte, V. (2024). Présentation de deux guides : l'un à destination des étudiants et l'autre à destination des tuteurs de stage. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 60-65.

Résumé

Ce travail s'inscrit dans la suite de la création du carnet de stage en neuropsychologie (Santiago, 2021). Nous avons souhaité créer deux guides : un pour aider les étudiants dans leur recherche de stage et un à destination des tuteurs de stage. Pour cela, deux groupes de travail ont été créés au sein de l'OFPN. L'objectif de ces deux groupes était de mettre à disposition des étudiants et tuteurs de stage un guide pour les accompagner, soit dans la recherche de stage pour les étudiants, soit dans l'encadrement pour les tuteurs. Nous avons également souhaité aborder la notion d'alliance pédagogique, alliance incontournable pour qu'un stage se réalise dans les meilleures conditions.

Abstract

This work follows on from the creation of the Carnet de stage in neuropsychology (Santiago, 2021). We wanted to create two guides : one to help students in their search for an internship, and one for tutors. To this end, two working groups were set up within OFPN. The aim of these two groups was to provide students and tutors with a guide to help them in their search for an internship, in the case of students, and in their supervision, in the case of tutors. We also wanted to introduce the notion of an educational alliance, which is essential if an internship is to take place under the best possible conditions.

INTRODUCTION



La question du stage est centrale pour tous les étudiants en neuropsychologie. Source d'anxiété pour la grande majorité d'entre eux (88% ; voir Ponchel et al, 2014), cette étape de la recherche est charnière puisqu'elle conditionne plus ou moins leur formation et leur avenir professionnel. S'enchaînent généralement de multiples candidatures écrites, des entretiens, des appels... bref les étudiants y investissent beaucoup d'énergie. Dans un sondage (Bérard, 2023 non

publié), sur 22 étudiants (de la L3 au M2), 20 ont demandé de l'aide dans leur recherche sur les structures à solliciter, comment faire la demande de stage, le contenu de la lettre de motivation et du CV, etc.

De l'autre côté, la question du stage est tout aussi centrale pour les tuteurs. En effet, le stage est une source d'apprentissage qui peut aider à maintenir ses connaissances théoriques à jour, à découvrir de nouvelles pratiques, etc. C'est une relation bilatérale, qu'il est important de développer et d'entretenir tout au long de cette période.



Pour autant, il n'existe pas à notre connaissance de formation spécifique ou de cours qui aborde l'encadrement d'un étudiant pendant son stage.

 *Ces guides offrent un support d'accompagnement et de réflexion sur la préparation du stage et son déroulement à la fois pour les étudiants et pour les tuteurs* 

L'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN) a pour mission de mener une réflexion autour des stages et de se soucier de leurs conditions. Ce présent article a pour but de présenter deux guides qui ont été élaborés par deux groupes de travail au sein de l'OFPN. Ces guides offrent un support d'accompagnement et de réflexion sur la préparation du stage et son déroulement à la fois pour les étudiants et pour les tuteurs. Le guide pour la recherche de stage répond à un besoin des étudiants de pouvoir accéder à un document auquel ils peuvent se référer pour les aider dans leur recherche de stage et même pendant leur stage. Le guide pour les tuteurs s'inscrit dans la continuité du carnet de stage en neuropsychologie diffusé il y a trois ans (Santiago, 2021), dans l'objectif d'homogénéiser les modalités d'encadrement du stage en neuropsychologie et de proposer des outils concrets.

Les guides sont construits de la manière suivante (Tableau 1) :

Étudiant	Référent
1) Aspects réglementaires 2) Modèle et terminologies	
3) La recherche de stage 4) Candidater pour un stage 5) Déroulement du stage	3) Compétences fondamentales pour l'encadrement du stage 4) Activités d'encadrement 5) FAQ

Tableau 1 : Organisation des chapitres selon le guide

Tout d'abord, le cadre réglementaire est posé afin que chacun puisse se tenir informé des lois qui régissent son activité (stage ou encadrement), et qu'il puisse avoir connaissance de ses droits et devoirs.

La seconde partie apporte des définitions sur les termes que nous pouvons retrouver sur des documents administratifs – comme la convention de stage – mais aussi d'apporter un modèle sur les compétences sollicitées au cours du stage ou les compétences fondamentales à son encadrement.

Les chapitres suivants vous seront présentés ci-après.

RECHERCHE D'UN STAGE

L'objectif du guide pour la recherche de stage est donc d'apporter une certaine chronologie des étapes importantes ; il accompagne l'étudiant sur les points à considérer avant de se lancer dans les candidatures. Tout d'abord, la présentation des différentes structures selon le public cible permet de mieux identifier les lieux de stage potentiels et de les faire correspondre au projet pédagogique et/ou professionnel. Il amène donc à réfléchir, en amont, à l'endroit où l'on souhaite développer ses compétences. En second lieu, la promotion de différents répertoires professionnels peut aider à réduire le temps de recherche sur la présence ou non d'un neuropsychologue dans la structure visée. Enfin, vient l'étape de la candidature (et de l'éventuel entretien). Il est souvent demandé une lettre de motivation et un CV ; c'est généralement un premier aperçu de ce que l'étudiant souhaite et attend de son stage. Les conseils élaborés dans ce guide ont été recensés auprès de membres de l'OFPN. Ils sont donc issus de l'expérience des professionnels qui reçoivent des demandes de stage. Il s'agit de proposer des éléments concrets sur ce qui est attendu pour une candidature (à faire / à ne pas faire).

Nous conviendrons qu'il est important que les étudiants puissent avoir ces clés pour mettre toutes les chances de leur côté. À l'instar de leurs efforts, il semble important de pouvoir répondre à leurs candidatures afin de les aider dans leur recherche. Certes, cela peut être chronophage selon les demandes, mais nous aidons à réduire le stress lié à l'absence de réponse et pouvons même contribuer à améliorer leurs candidatures.

La recherche de stage instaure les prémices relationnels entre le référent et l'étudiant. Cette relation pourra se développer dès l'entretien et se poursuivre tout au long du stage. Le guide étudiant

apporte dans sa dernière partie des pistes concernant les liens pédagogiques avant, pendant et après le stage avec l'encadrant. C'est une partie approfondie dans le guide du référent (voir infra).

ENCADREMENT D'UN STAGE

Le rôle d'encadrant de stage est d'aider l'étudiant dans le développement de ses compétences en réflexion éthique, déontologique, en neuropsychologie (évaluation et interventions thérapeutiques), dans la communication avec les patients et les collègues, ainsi que dans les domaines de la recherche, de la formation et de la connaissance du fonctionnement institutionnel. Ce rôle est complémentaire des apprentissages universitaires et peut être modulé en fonction du niveau d'études. Afin que l'acquisition et le développement des connaissances de l'étudiant se fassent le mieux possible, certaines compétences sont nécessaires. Nous pouvons citer l'importance du respect mutuel, de la bienveillance dans la relation pédagogique, d'être indulgent, de la valorisation, d'être sincère sur les compétences, de ne pas faire que des critiques négatives. Il est également utile de prendre le temps de proposer des *débriefings* après un patient, dans la semaine, afin de prendre en compte les points de vue et les ressentis de l'étudiant. Un stage doit avoir des objectifs, ils peuvent être construits en collaboration avec l'étudiant en étant basés sur la méthode SMART (Doran, 1981). Les objectifs doivent être :

- Spécifiques
- Mesurables
- Acceptables / Accessibles
- Réalistes
- Temporellement définis.

Par ailleurs, il est important de prendre en compte ses propres difficultés (institutionnelles, personnelles, etc...) pendant le stage, car cela va l'influencer. De plus, accueillir un étudiant, c'est aussi accepter la richesse d'être parfois remis en question dans sa pratique. Être tuteur implique d'être ouvert aux questionnements et aux améliorations.

Au début du stage, il peut être intéressant de faire visiter la structure, de présenter l'équipe ainsi que de définir des objectifs ensemble. Tout au long

du stage, nous accompagnons l'étudiant dans le développement de sa propre identité professionnelle à l'aide de la construction de l'alliance pédagogique.

ALLIANCE PÉDAGOGIQUE

En tant que psychologue, nous connaissons bien la relation thérapeutique. Nous la construisons avec l'ensemble de nos patients quelle que soit notre spécialité. Avec les étudiants en stage, nous développons non seulement une relation tuteur-étudiant, mais également une alliance : l'alliance pédagogique. C'est une notion assez récente dans la littérature (Legendre, 2005). La mettre en place et la prendre en compte permet une relation et une transmission du savoir plus efficace. Ce concept est peu abordé à l'université ou auprès des tuteurs de stage. C'est pourquoi, il nous semble important d'en parler afin qu'elle puisse être mieux prise en compte lors des stages et permettre un meilleur épanouissement des étudiants et des tuteurs. D'après Legendre (2005), l'alliance pédagogique est « l'ensemble des interactions du domaine cognitif, affectif et social entre apprenants et enseignants qui vise l'apprentissage et l'épanouissement de la personne » (cité dans Paquelin et Bois, 2021, p. 4). Telio et al. (2016) ajoutent à cette définition les notions de collaboration et de confiance mutuelle lors des interactions. Pour ces auteurs, une alliance pédagogique est définie comme « étant la compréhension mutuelle des buts ou des objectifs, de la façon de les atteindre, de la croyance mutuelle en la valeur de leur relation et de la confiance qui s'est établie dans cette relation » (cité dans Paquelin et Bois, 2021, p. 4). Ces notions de collaboration, de confiance, de respect et de communication sont importantes à prendre en compte lorsque nous accueillons un étudiant. D'après Côté et al. (2017), l'enjeu premier est de faire naître et de développer des interactions empathiques et respectueuses avec les apprenants à la recherche d'une compréhension mutuelle des objectifs, d'une entente sur les moyens pour les atteindre. Bien sûr, comme toute alliance, elle n'est pas stable. Elle va fluctuer dans le temps et devra être ajustée et pourquoi pas discutée avec l'étudiant.



*Ces notions de collaboration, de confiance, de respect
et de communication sont importantes à prendre en compte
lorsque nous accueillons un étudiant*



Accueillir un étudiant en stage soulève des questions pouvant impacter la relation étudiant/tuteur. Il n'existe pas de réponse définitive, celles-ci restent à l'appréciation de chaque encadrant et sont évoquées dans notre guide à destination des tuteurs afin d'ouvrir des pistes de réflexions. Vous êtes-vous demandés si vous deviez utiliser le tutoiement ou le vouvoiement avec votre stagiaire ? Si vous déjeuniez avec lui ou non ? D'un point de vue institutionnel, avez-vous réfléchi à sa place dans la pièce pour observer les bilans neuropsychologiques ? Quel est l'impact auprès des patients et des autres personnels de l'établissement du port de la blouse ou, au contraire, de l'absence de blouse ? Pensez-vous que, grâce à votre stagiaire, vous devez voir davantage de patients ? Autant de questions et de pistes de réflexion sur notre encadrement qui peuvent influencer sur l'alliance pédagogique.

VALIDATION DU STAGE

Malgré une bonne alliance pédagogique, un stage n'est pas toujours validé. Cette décision, bien que parfois nécessaire, n'est pas simple à prendre pour les cliniciens. Elle peut arriver pour de multiples raisons. Il nous semble important de s'autoriser à ne pas valider, ou bien d'interrompre un stage, en le faisant avec le plus de bienveillance possible pour l'étudiant et en discutant avec lui des raisons. Afin de l'anticiper, il est nécessaire de faire des points réguliers sur l'avancée et l'acquisition des compétences du stagiaire tout au long du stage. Le guide précise tout cela. Prendre la décision de ne pas valider le stage doit également être en lien avec l'université, les responsables de la formation ou de la régulation de stage. Il est possible de leur transmettre les avancées de l'étudiant ou d'échanger sur ce qui dysfonctionne afin de pouvoir anticiper, adapter, améliorer les choses avant la fin du stage ou préparer l'étudiant.

Transmettre à l'université quand tout va bien est aussi important. Il n'y a rien de plus agréable quand on travaille à l'université que de recevoir

des nouvelles des étudiants. Les référents universitaires ont besoin d'avoir des retours des tuteurs pour les aider et comprendre comment ils évoluent. Bien sûr, certaines universités font le premier pas, mais n'attendons pas, prenons le temps d'aller vers eux. La formation des étudiants sur le terrain passe par une bonne relation entre cliniciens et universitaires, l'une ne peut aller sans l'autre. Par ailleurs, il est important de prendre en compte aussi le contexte dans lequel évolue l'étudiant, car cela va impacter l'alliance pédagogique et potentiellement retentir sur la relation au patient : les craintes, stress, pressions pour les partiels, mémoires, jobs étudiants, soucis familiaux, etc. Être tuteur de stage, ce n'est pas être le psychologue de l'étudiant, mais c'est être psychologue avec l'étudiant, faire preuve de bienveillance, et prendre en compte l'ensemble du contexte dans lequel il étudie quand nous lui donnons des missions ou des objectifs.

L'alliance pédagogique, les liens avec l'université, la bienveillance sont importants. Pourtant, sommes-nous tous fait pour être tuteur de stage ? Accueillir, former peut faire partie des missions du psychologue (article 40 du code de déontologie), cependant savoir comment le faire n'est pas inné. Accueillir des étudiants est une richesse. Cela contribue à enrichir son savoir-être, de réfléchir sur soi, de se remettre en question et de découvrir le plaisir de transmettre son savoir. Il faut aussi s'autoriser à ne pas prendre d'étudiants si ce n'est pas le moment pour soi. Une pause est parfois nécessaire dans sa carrière afin de s'accorder quelque temps sans stagiaire.

Quant à ceux qui ne se sont encore jamais lancés dans l'aventure des stages, pourquoi ne pas essayer et découvrir ce que cela peut apporter à l'occasion d'un stage d'observation en licence ou d'un stage complémentaire de Master. Le fait de prendre en compte l'alliance pédagogique peut aider à ne pas rester sur une mauvaise expérience et permettre de réfléchir à comment améliorer cette alliance au cours du stage. En tout cas, nous pensons qu'il est important de ne pas se forcer à accueillir des étudiants



*La construction de ces deux guides a suscité des pistes
de réflexion et notamment la question de la formation
des tuteurs de stage*



si on ne le souhaite pas. Ce ne sera profitable, ni pour soi, ni pour l'étudiant. Par contre, pour tous ceux qui le souhaitent ou qui hésitent, sachez que c'est une richesse et que cela permet d'avancer dans la construction de ses propres savoir-être et savoir-faire de psychologue, voire de gagner du temps si le stagiaire est assez autonome.

Par exemple, en dernière année de Master, une option ou partie de cours pourrait préparer les étudiants à devenir tuteur de stage. Dans notre guide à destination des tuteurs de stage, nous évoquons la notion d'alliance pédagogique, cette notion pourrait également être abordée à l'université lors des supervisions de stage.

PERSPECTIVES

La construction de ces deux guides a suscité des pistes de réflexion et notamment la question de la formation des tuteurs de stage. En effet, il pourrait être envisagé de proposer des formations aux psychologues souhaitant devenir tuteur, mais également au cours du cursus universitaire.

MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE

Liens pour télécharger les guides : https://ofpn.fr/files/Guide_de_recherche_de_stage.pdf

https://ofpn.fr/files/Guide_pour_les_rAfArents_de_stage_en_neuropsychologie.pdf

Références

Bérard, D. (2023). Questionnaire sur la recherche de stage en neuropsychologie [ensemble de données inédit]. Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie.

Code de déontologie des psychologues. Code Français (2021). art. 40. <https://www.codededeontologie-despsychologues.fr/2021/05/20/code-de-deontologie-des-psychologues-2021/>

Côté, L., Breton, É., Boucher, D., Déry, É. et Roux, J.-F. (2017). L'alliance pédagogique en supervision clinique : une étude qualitative en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*, 18(4), 161-170. <https://doi.org/10.1051/pmed/2018017>

Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives. *Management Review*, 70, 35-36.

Paquelin, D. et Bois, C. (2021). De l'alliance thérapeutique à l'alliance pédagogique : l'essence d'une collaboration éducative. *Questions Vives*, 36, 1-19. <https://doi.org/10.4000/questionsvives.6374>

Ponchel, A., Amendola, R. et Radiguer, F. (2014). État des lieux des conditions et pratiques des stages en neuropsychologie en France. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 3 (Suppl.), S4-32.

Santiago, A. (2021). *Création d'un carnet de stage national en neuropsychologie (projet OFPN)* [communication orale]. Congrès National de Neuropsychologie Clinique 4ème édition, Rennes. https://www.cnncc.fr/wp-content/uploads/2021/04/Programme_CNCC4ok.pdf

Des solutions pour les stéréotypes chez les neuropsychologues? L'exemple du TDAH et du HPI

Solutions for stereotypes among neuropsychologists? the example of ADHD and HPI

Kévin-Marc VALERY

Docteur en psychologie
Psychologue clinicien spécialisé
en neuropsychologie
Université Bordeaux, LabPsy, EA 4139,
F-33000 Bordeaux, France
Association proSpairs, 33400 Talence, France

Stéphanie AUBERTIN

Psychologue clinicienne spécialisée
en neuropsychologie
Cabinet libéral, 13014 Marseille, France

Maëva ROULIN

Psychologue clinicienne spécialisée
en neuropsychologie
Centre Genepsy,
26100 Romans-en-Isère, France

Contact

kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr

Mots-clés

- Neuropsychologue
- Stigmatisation
- Stéréotype
- Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité
- Haut Potentiel Intellectuel

Keywords

- Neuropsychologist
- Stigmatization
- Stereotype
- Attention Deficit Disorder with/without Hyperactivity
- High Intellectual Potential

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt

Pour citer cet article

Valery, K.-M., Aubertin, S. et Roulin, M. (2024). Des solutions pour les stéréotypes chez les neuropsychologues? l'exemple du TDAH et du HPI. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 11, 66-72.

Résumé

Le programme de recherche *Relation in Neuropsychological Assessment* (RiNA) a pour objectif d'enrichir la pratique de la neuropsychologie clinique avec des concepts issus des recherches en psychologie sociale et en relation thérapeutique. De nombreux travaux scientifiques en psychologie ont souligné le potentiel stigmatisant des pratiques en santé mentale. Des données avaient déjà été publiées à propos des neuropsychologues français, soulignant que notre profession n'est pas exempte de stéréotypes. Certains des objectifs des premiers travaux menés au sein du programme RiNA sont d'identifier les stéréotypes des neuropsychologues sur les enfants identifiés comme ayant un HPI ou un TDAH. Des objectifs secondaires sont d'étudier les facteurs associés à une vision moins stigmatisante de ces enfants, afin d'identifier de potentiels leviers anti-stigma. Si les stéréotypes semblent bien cernés

avec les données présentées ici, des pistes de solutions commencent seulement à émerger : déconstruction des idées reçues, similitudes perçues ou encore contact avec des enfants ayant une bonne qualité de vie malgré les troubles.

Abstract

The Relation in Neuropsychological Assessment (RiNA) research program aims to enrich the practice of Clinical Neuropsychology with concepts from research in social psychology and therapeutic relationships. Numerous scientific works in psychology have highlighted the stigmatizing potential of mental health practices. Data had already been published about French neuropsychologists, highlighting that our profession is not free from stereotypes. Some of the goals of early work within the RiNA program are to identify neuropsychologists' stereotypes about children identified as having HIP or ADHD. Secondary objectives are to study the factors associated with a less stigmatizing view of these children, in order to identify potential anti-stigma levers. If the stereotypes seem well understood with the data presented here, possible solutions are only beginning to emerge: deconstruction of preconceived ideas, perceived similarities or even contact with children having a good quality of life despite the disorders.

INTRODUCTION

Plusieurs travaux scientifiques ont souligné le lien entre les pratiques en santé mentale et la stigmatisation. En 2003, Schulze a mené une étude princeps auprès de personnes ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles. Son objectif était de recenser « les situations dans lesquelles les personnes interrogées se sentaient incomprises ou exclues à cause de la maladie » (Schulze et Angermeyer, 2003, p. 302). Les résultats rapportent que les pratiques en santé mentale sont identifiées comme la plus grande source de stigmatisation, devant les situations vécues lors des relations sociales. Par la suite, des données ont été publiées à propos des neuropsychologues français, soulignant que notre profession n'est pas exempte de stéréotypes, notamment de stéréotypes d'incompétence (Valery et al., 2022). Malgré l'importance du phénomène, les données précises sur les stéréotypes chez les neuropsychologues, et les moyens d'y faire face, restent très rares.



*Les pratiques en santé mentale sont identifiées
comme la plus grande source de stigmatisation*



Le Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est un trouble sujet aux stéréotypes dans les pratiques professionnelles. À l'origine, le diagnostic du TDAH est rendu complexe par l'hétérogénéité des profils symptomatiques, eux-mêmes basés sur des critères difficilement objectivables et peu spécifiques, amenant à un tableau clinique brouillé par les nombreuses comorbidités. De surcroît, face à cette entité complexe, les repères utilisés par les professionnels de santé mentale pour identifier le TDAH sont influencés par la représentation sociale de ce trouble. Par exemple, le fait que les garçons/hommes soient davantage diagnostiqués TDAH serait, en partie, expliqué par un stéréotype de genre (Faheem et al., 2022). Ce stéréotype amènerait à plus d'erreurs de diagnostic chez les gar-

çons qui ne correspondent pas aux critères (Bruchmüller et al., 2012)

Le Haut Potentiel Intellectuel est une autre thématique soumise aux stéréotypes dans les pratiques professionnelles. Historiquement, l'ouvrage *Génie et Folie* (Lombroso, 1895) a relayé et perpétué des stéréotypes : de grandes capacités intellectuelles ne vont pas sans de grandes difficultés psychiques. En France, le livre *Trop intelligent pour être heureux ? L'adulte surdoué* (Siaud-Facchin, 2008) reste une des ventes les plus importantes sur le sujet du Haut Potentiel Intellectuel (HPI), associant « l'extrême intelligence » à une « sensibilité exacerbée », ou encore « un sentiment de décalage » (quatrième de couverture). Les auteurs défendant l'association entre le HPI et la détresse psychologique se basent principalement sur l'observation des personnes qu'ils accompagnent en tant que soignants (Siaud-Facchin, 2008), omettant le biais d'échantillonnage inhérent à la pratique clinique (i.e. les enfants en détresse sont plus à même d'être vus en consultation que les enfants qui n'éprouvent pas de difficultés) (Grégoire, 2012). Une première étude s'était intéressée aux représentations sociales de psychologues français accompagnant des enfants identifiés comme ayant un HPI. Chez ces participants, le HPI était associé à des représentations concernant une intelligence exceptionnelle, une hypersensibilité, de l'anxiété, un perfectionnisme, une présentation sociale étrange ou encore à une pensée en arborescence (Sanchez et al., 2022).

PROGRAMME RiNA: DE NOUVEAUX TRAVAUX CONCERNANT LES NEUROPSYCHOLOGUES FRANÇAIS

Le programme de recherche *Relation in Neuropsychological Assessment* (RiNA) a pour objectif d'enrichir la pratique de la neuropsychologie clinique avec des concepts issus des recherches en psychologie sociale et en relation thérapeutique. Certains des objectifs des travaux menés au sein du programme RiNA sont d'identifier les stéréotypes des neuropsychologues sur les enfants identifiés comme ayant un HPI ou un TDAH. Des objectifs secondaires sont d'étudier les facteurs associés à une vision moins stigmati-

sante de ces enfants, afin d'identifier de potentiels leviers anti-stigma.

Deux premières enquêtes, suivant la même méthodologie, ont été conduites au premier semestre 2022, interrogeant plus de 80 neuropsychologues au sujet du TDAH (Valery et al, soumis) et du HPI (Valery et al., soumis). Les participants ont répondu à des échelles différentielles sémantiques construites en référence au *Stereotype Content Model* (Fiske et al., 2002) et suivant une méthode d'exploration de la stigmatisation établie par le programme STIGMApro (Valery et al., 2023). Les items ont été choisis en écho aux stéréotypes rapportés par la littérature, parfois dans d'autres populations (Baudson, 2016 ; Lebowitz, 2016 ; Sanchez et al., 2017).

Les résultats préliminaires (voir Figure 1) rapportent que, par rapport aux autres enfants, les enfants identifiés comme ayant un HPI étaient perçus comme plus compétents scolairement, plus irritables, empathiques, arrogants et introvertis, mais moins capables d'entretenir des relations sociales et de maîtriser leurs émotions. Concernant le TDAH, les résultats rapportent que, par rapport aux autres enfants, les enfants diagnostiqués étaient perçus comme plus extravertis, irritables, insolents, chaleureux, arrogants, plus en difficulté pour se concentrer, maîtriser leurs émotions, entretenir des relations amicales et performer scolairement, mais, inversement, plus compétents sportivement.



Par rapport aux autres enfants, les enfants identifiés comme ayant un HPI étaient perçus comme plus compétents scolairement, plus irritables, empathiques, arrogants et introvertis, mais moins capables d'entretenir des relations sociales et de maîtriser leurs émotions



DES SOLUTIONS POUR RÉDUIRE CES STÉRÉOTYPES DANS NOS REPRÉSENTATIONS DU TDAH ET DU HPI

A. COMBATTRE LES IDÉES REÇUES

Dans la lutte contre la stigmatisation, les actions dites « éducatives » s'attaquent aux stéréotypes des groupes minoritaires et utilisent des

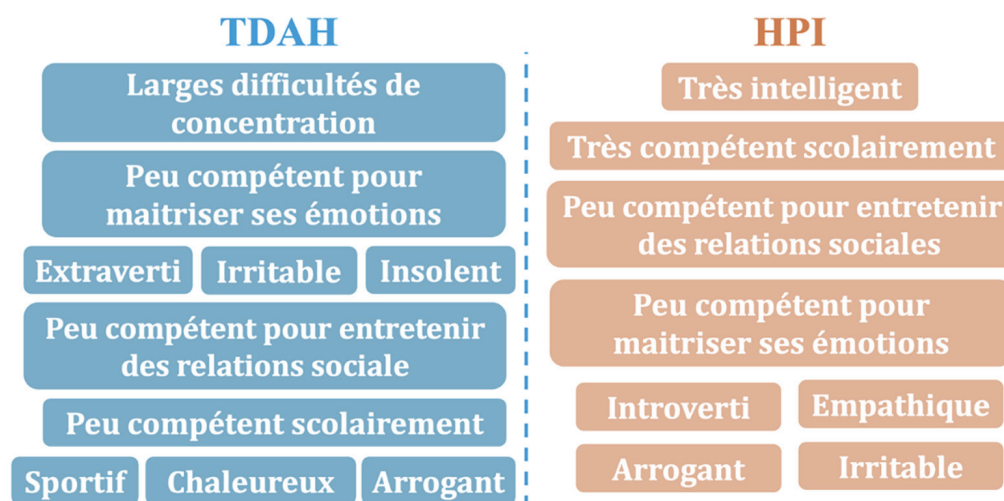


Figure 1. La représentation sociale des enfants diagnostiqués Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) et des enfants identifiés Haut Potentiel Intellectuel (HPI) d'après Valéry et al. (soumis) et Valéry et al. (soumis).

informations vérifiées pour mettre en évidence les fausses hypothèses sur les groupes et pour fournir des faits qui contredisent ces hypothèses (Corrigan et Penn, 1999). Lutter contre les idées reçues s'est révélé être parmi les premières actions anti-stigma efficaces, notamment auprès des professionnels de santé (Corrigan et al., 2012). Dans cette optique, nous avons travaillé à mettre des données et des faits scientifiquement validés face aux stéréotypes retrouvés chez les neuropsychologues.

À titre d'exemple, les enfants HPI sont-ils, comme le rapportent les représentations des neuropsychologues, vraiment moins compétents pour entretenir des relations amicales ? Mouchiroud (2004) a fait une revue de littérature des études ayant pour objectif de comparer certaines dimensions d'adaptation sociale des enfants HPI à un groupe contrôle. Ont été utilisées des échelles d'estime de soi, d'image de soi, de relations amicales, d'anxiété sociale, de dépression, de lieu de contrôle. Selon les études, les jeunes HPI obtenaient soit de meilleurs scores que le groupe contrôle, soit des scores identiques sur chacun des indicateurs d'ajustement social. Un peu plus récemment, les études de Liratni et Pry (2011) ont constitué deux groupes d'enfants HPI selon la présence de symptômes psychopathologiques ou pas et ont mesuré leur comportement socio-adaptatif. Ils ont observé que les enfants HPI sans symptômes psychopathologiques avaient une vie sociale conforme à la norme. En revanche,

les enfants HPI éprouvant le plus de difficultés d'adaptation sociale étaient ceux présentant des troubles psychopathologiques. La suite de ce travail éducatif est soumise pour publication (Valéry et al., soumis).

Concernant le TDAH, les enfants diagnostiqués sont-ils réellement en difficultés pour maîtriser leurs émotions et leur irritabilité ? Une première méta-analyse rapporte que les enfants avec un diagnostic de TDAH présentent une régulation émotionnelle plus dysfonctionnelle que les enfants non TDAH, avec des tailles d'effets allant de modérées à fortes (Graziano et Garcia, 2016). Cependant, une autre méta-analyse rapporte que 55 à 75% des enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH ne montrent pas de dysrégulation émotionnelle (Shaw et al., 2014). Dans les manuels diagnostiques, la dysrégulation émotionnelle n'est pas retenue comme un symptôme du TDAH (DSM5), mais plutôt comme une problématique transdiagnostique non spécifique au TDAH. La suite de ce travail éducatif est soumise pour publication (Valéry et al., soumis).

B. PERCEVOIR DES SIMILITUDES ENTRE "NOUS" ET "EUX"

En termes de facteurs associés à moins de stigmatisation, les neuropsychologues ayant tendance à s'attribuer les mêmes caractéristiques que les enfants identifiés comme ayant un HPI ou un TDAH rapportaient une vision moins stéréo-

typée. Cette “similitude perçue” entre soi et les individus d’un exogroupe mènent généralement à une réduction de la stigmatisation de cet exogroupe (Mussweiler, 2003 ; Valery et al., 2022). L’hypothèse explicative est exposée dans le modèle de comparaison sociale de Mussweiler (Mussweiler, 2003), qui explique que durant la comparaison sociale, lorsqu’un individu est centré sur les similitudes entre lui-même et une autre personne (ici, une personne qui a un HPI ou un TDAH), il assimile plus facilement les caractéristiques de l’autre à soi. Inversement, si l’individu est centré sur les différences entre “lui” et “eux”, il se place en contraste des caractéristiques d’autrui, se servant des catégories sociales pour rajouter une distance “nous” vs “eux”.



Un concept issu du champ de la relation thérapeutique pourrait permettre d’opérationnaliser cette solution. En effet, le dévoilement de soi permet au neuropsychologue de se centrer sur les similitudes entre lui et l’enfant, et surtout, de verbaliser ces similitudes (Nguyen et al., 2021). Les dévoilements de soi peuvent être définis comme des « déclarations du professionnel qui révèlent quelque chose de personnel sur lui-même » (Hill et al., 2019, p. 379). Le neuropsychologue peut y dévoiler des moments de sa vie personnelle qui font écho à ce que dévoile l’enfant accompagné (e.g. difficultés rencontrées, événement émotionnel fort, stratégies utilisées pour faire face à un problème). Une récente méta-analyse (Hill et al., 2019) a émis des recommandations sur l’utilisation du dévoilement de soi, dont une encourage à souligner les similitudes entre ce que la personne dévoile et ce que le soignant dévoile. Cette technique représente donc une opérationnalisation des processus de similitudes perçues comme étant directement transférable dans la pratique.

C. L’ESPOIR, UNE AUTRE PISTE DE SOLUTIONS CHEZ LES NEUROPSYCHOLOGUES

Autre facteur associé, la croyance en une haute qualité de vie accessible pour les enfants accompagnés était associée à des représentations moins stéréotypées (faible taille d’effet). Plusieurs hypothèses permettent d’expliquer cet effet. Par exemple, les neuropsychologues en contact avec des enfants qui ont une haute qualité de vie percevraient des exemples concrets que cet espoir est accessible. Cette hypothèse rejoint

les théories du contact, dont les données rapportent qu’un contact positif avec des exemples déconstruisant les stéréotypes est une des stratégies les plus efficaces pour réduire la stigmatisation (Corrigan et Penn, 1999 ; Paluck et al., 2019). Les travaux initiaux d’Allport ont mis en lumière quatre conditions pour que le contact soit effectivement déstigmatisant : un statut égal entre les différentes parties ; des objectifs communs ; une coopération ; et le soutien des autorités ou de la loi (Allport, 1954). Une méta-analyse sur les conditions de contact (Pettigrew et Tropp, 2006) montre que si ces conditions ne sont pas nécessaires pour que le contact réduise la stigmatisation, elles en améliorent l’efficacité.

En outre, d’après la littérature, donner des exemples de personnes qui ont une bonne qualité de vie malgré le trouble (e.g. malgré le TDAH) est un moyen efficace de lutter contre la stigmatisation. Une revue de la littérature qualitative en a même fait un élément clé pour réduire la stigmatisation des troubles mentaux chez les soignants (Knaak et al., 2014). L’exposition des soignants à des exemples positifs apparaît d’autant plus pertinente que ces derniers sont soumis à un biais qui les amène à sous-estimer la fréquence du rétablissement en santé mentale : l’illusion du clinicien. En 1984, Cohen et Cohen rapportent que, selon les professionnels de santé, les chercheurs sous-estimeraient la sévérité des troubles mentaux dans leurs recherches. Les populations recrutées pour les études ne seraient donc pas représentatives de la réalité. Pour répondre à cette remarque, les auteurs publient une série de données rapportant qu’en effet, les professionnels de santé mentale ne reçoivent que les personnes qui souffrent le plus sévèrement de leur maladie mentale : ils ne reçoivent pas les personnes qui ne consultent pas ou plus, les personnes qui se sont rétablies seules, rapidement ou par d’autres moyens. Exposer les soignants à des exemples de personnes qui vont bien malgré le trouble serait un moyen de contrer les stéréotypes et le pessimisme qu’il induit.

 Donner des exemples de personnes qui ont une bonne qualité de vie malgré le trouble (e.g. malgré le TDAH) est un moyen efficace de lutter contre la stigmatisation. 

CONCLUSION

Les objectifs du programme de recherche RiNA sont de produire des connaissances à propos de la pratique clinique de la neuropsychologie. Les premiers travaux, en cours de publication, explorent les idées reçues de neuropsychologues concernant le HPI ou le TDAH. Si les stéréotypes

semblent bien cernés avec les données présentées ici, des pistes de solutions commencent à émerger. Des perspectives de recherche, de formation initiale et de formation continue seraient de se concentrer sur le développement des solutions permettant de lutter contre les représentations stigmatisantes.

Références

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* (p. xviii, 537). Addison-Wesley.
- Baudson, T. G. (2016). The Mad Genius Stereotype: Still Alive and Well. *Frontiers in Psychology*, 7, 368. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00368>
- Bruchmüller, K., Margraf, J. et Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 128-138. <https://doi.org/10.1037/a0026582>
- Cohen, P. et Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41(12), 1178-1182. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790230064010>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. et Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W. et Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Faheem, M., Akram, W., Akram, H., Khan, M. A., Siddiqui, F. A. et Majeed, I. (2022). Gender-based differences in prevalence and effects of ADHD in adults: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 75, 103205. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103205>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. et Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Graziano, P. A. et Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 106-123. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011>
- Grégoire, J. (2012). Les défis actuels de l'identification des enfants à haut potentiel. *ANAE*, 119, 419-424.
- Hill, C. E., Knox, S., & Pinto-Coelho, K. G. (2019). Self-disclosure and immediacy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 379-420). Oxford University.
- Knaak, S., Modgill, G. et Patten, S. B. (2014). Key Ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers: A Data Synthesis of Evaluative Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1_suppl), 19-26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901S06>
- Lebowitz, M. S. (2016). Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 199-205. <https://doi.org/10.1177/1087054712475211>
- Liratni, M. et Pry, R. (2011). Enfants à haut potentiel intellectuel: Psychopathologie, socialisation et comportements adaptatifs. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(6), 327-335. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2010.11.005>
- Mouchiroud, C. (2004). Haut potentiel intellectuel et développement social. *Psychologie Française*, 49(3), 293-304. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2004.05.004>
- Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment: Mechanisms and consequences. *Psychological Review*, 110(3), 472-489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.472>

- Nguyen, A., Frobert, L., Ismailaj, A., Monteiro, S. et Favrod, J. (2021). Qu'est-ce que les professionnels dévoilent d'eux-mêmes dans la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de schizophrénie ? *Pratiques Psychologiques*, 28(1), 43-54. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.03.001>
- Paluck, E. L., Green, S. A. et Green, D. P. (2019). The contact hypothesis re-evaluated. *Behavioural Public Policy*, 3(2), 129-158. <https://doi.org/10.1017/bpp.2018.25>
- Pettigrew, T. F. et Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751-783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
- Sanchez, A., Romero, N. et De Raedt, R. (2017). Depression-related difficulties disengaging from negative faces are associated with sustained attention to negative feedback during social evaluation and predict stress recovery. *PLoS One*, 12(3), e0175040. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175040>
- Sanchez, C., Brigaud, E., Moliner, P. et Blanc, N. (2022). The Social Representations of Gifted Children in Childhood Professionals and the General Adult Population in France. *Journal for the Education of the Gifted*, 45(2), 179-199. <https://doi.org/10.1177/01623532221085610>
- Schulze, B. et Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. et Leibenluft, E. (2014). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Siaud-Facchin, J. (2008). *Trop intelligent pour être heureux ? L'adulte surdoué*. Odile Jacob.
- Valery, K.-M., Puyau, M., Meunier, S. et Prouteau, A. (2022). Stigmatisation dans les pratiques en psychiatrie : Stéréotype d'incompétence chez les neuropsychologues. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 102-109.
- Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Destailats, J.-M. et Prouteau, A. (2023). How do mental health professionals stigmatize incompetence in schizophrenia? *Stigma and Health*, Publication en ligne. <https://doi.org/10.1037/sah0000476>
- Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S. et Prouteau, A. (2022). Part of the solution yet part of the problem: Factors of schizophrenia stigma in mental health professionals. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(2), 134-144. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068>
- Valery, K.-M., Aubertin, S., Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Fournier, T., Violeau, L., Chadapeaud, L., Pachnopoulos, J.-B. et Prouteau, A. (soumis). Les stéréotypes sur l'enfant identifié Haut Potentiel Intellectuel chez les neuropsychologues en France.
- Valery, K.-M., Roulin, M., Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Fournier, T., Violeau, L., Chadapeaud, L., Pachnopoulos, J.-B. et Prouteau, A. (soumis). Les stéréotypes sur l'enfant ayant un diagnostic de TDAH chez les neuropsychologues en France.

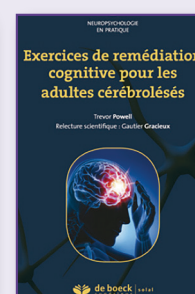
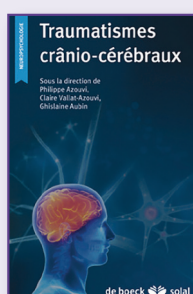
Venez rejoindre l'OFPN !

Vous êtes psychologue spécialisé en neuropsychologie et souhaitez participer au développement de la profession ? Venez découvrir les projets menés par l'Organisation Française des Psychologues Spécialisés en Neuropsychologie ! Rendez-vous sur notre site internet : www.ofpn.fr

L'OFPN vise à porter la parole des psychologues spécialisés en neuropsychologie et de leurs regroupements au niveau national. Cette association se donne également pour objectifs de susciter, d'encourager et d'initier toute action de défense et de promotion de la pratique neuropsychologique par les psychologues. L'adhésion est possible en ligne, l'ensemble des modalités vous est expliqué sur la page « Adhésion » de notre site.

Appel à publications des éditions De Boeck Supérieur

Vous êtes neuropsychologue et vous développez des tests ? Vous êtes auteur de matériel ou de textes en neuropsychologie ? Les éditions De Boeck Supérieur, riches d'un catalogue de Neuropsychologie de plus de cinquante titres, cherchent à publier de nouveaux auteurs. Pourquoi pas vous ? Si vous portez un projet de publication, n'hésitez pas à nous écrire à amaury.derand@deboecksuperieur.com



Nous vous attendons !

Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique existent grâce à vous !

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

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

Retrouvez-nous également sur notre site Internet :

<https://www.ofpn.fr/cahiers-de-neuropsychologie-clinique>

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.