Novembre 2025 • N° 12 • e-ISSN : 2429-2079

Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique

FORMER ET SE FORMER EN NEUROPSYCHOLOGIE



FPN
ORGANISATION FRANÇAISE DES PSYCHOLOGUES SPÉCIALISÉS EN NEUROPSYCHOLOGIE

deboeck SUPÉRIEUR

CRÉDITS

Comité d'Édition et de Rédaction

VIRGINIE GOUTTE

Rédactrice en chef
Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Centre Hospitalier des Quatre Villes
(Saint-Cloud, Sèvres, 92) –
Docteure en neuropsychologie
Pôle Personnes Agées
Chargée d'enseignement
Université Paris 8 – Institut d'Enseignement
à Distance et Université Paris Cité –
Institut de Psychologie

MARINE HUDDLESTONE

Directrice de publication, secrétaire
Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Centre Hospitalier Bugey Sud, Belley (01)

JOSSELIN BAUMARD

Responsable d'articles
Enseignant-chercheur en neuropsychologie,
Université Rouen Normandie
Membre de l'Institut universitaire de France

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-Salpétrière, APHP, Paris (75)
– Urgences Cérébro-Vasculaires

EVGENIA SEVDINOGLOU

Responsable d'articles
Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes
Pôle de psychiatrie adulte

GAËLLE SILVESTRE-BECCAREL

Responsable d'articles
Psychologue spécialisée en neuropsychologie
et Docteure en psychologie cognitive
CHU de Rennes (35) – Services rééducation adulte

MARGAUX GUETTON

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

Couverture
Image by pikisuperstar on Freepik

Nous tenons à remercier les relecteurs qui ont contribué à ce numéro (par ordre alphabétique) : Delphine BERARD, Julie CHARRE-MORIN, Marion DELHOMMEAU, Fabien GIERSKI, Murielle GUILLERY, Séverine HATIF, Claire HERZOG, Lise MALVY, Catherine MERCK, Stéphane RAFFARD, Lucas RONAT.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Éditorial 5

DOSSIER THÉMATIQUE : FORMER, SE FORMER EN NEUROPSYCHOLOGIE

Je réalise un doctorat en parallèle de ma pratique en tant que psychologue : bénéfices et défis
Clothilde ROSIER 6

Handicap cognitif : se former pour accompagner au-delà du bilan
Laurence CHARTAUX 13

Diversité des parcours en neuropsychologie : étudiantes,tutrices, universités face aux enjeux d'une professionnalisation équitable
Delphine BERARD, Guillaume PERODEAU, Anthony BACQUE, Virginie GOUTTE 19

PRATIQUE CLINIQUE

Difficultés dans le diagnostic différentiel entre épisode dépressif et démence fronto-temporale
Hélène FRANCISQUE 31

Nature des liens entre sémiologie neuropsychologique et symptomatologie psychiatrique : une réflexion issue de la clinique
Marina PIVETTE 44

INTRODUCTION

Éditorial

LE COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

Virginie GOUTTE, Marine HUDDLESTONE, Josselin BAUMARD, Margaux GUETTON, Laurence JEHEL, François RADIGUER, Evgenia SEVDINOGLOU 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., Huddlestone, M., Baumard, J., Guetton, M., Jehel, L., Radiguer, F., Sevdinoglou, E. et Silvestre-Beccarel, G. (2025). Éditorial. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 12*, 5.

À chaque lecture, chaque temps d'échanges inter-professionnel et surtout chaque rencontre clinique, nous renforçons notre formation. Pouvons-nous pour autant dire que nous nous formons en continu ? Il serait trop prétentieux et à la fois trop simpliste de dire que des échanges riches et nécessaires à la réflexion sur nos pratiques font office de formation. Il semble donc important de considérer et rappeler les cadres qui permettent d'apprendre et de se former en initial et en continu.

Exercice toujours difficile d'analyser nos propres démarches de formations, dans ce numéro, les auteurs nous rappellent l'importance de l'articulation entre trois grands acteurs de la formation des psychologues en général, et des neuropsychologues en particulier : (1) l'université, légalement responsable de la formation des psychologues, tant en termes de contenus de formation que d'organisation des stages ; (2) les psychologues spécialisés en neuropsychologie, dont l'implication dans la formation professionnelle est capitale, pour donner à voir une pratique clinique, mais aussi transmettre une posture professionnelle ; (3) les étudiant.es, dont les représentations, l'engagement académique et clinique, et les conditions d'étude sont tout autant déterminants pour le devenir de la profession.

La neuropsychologie est déjà une formation "complexe" et (parfois) compliquée à expliquer et à se représenter dans le sens où elle est une spécialisation d'une formation plus générale à la psychologie. En constante évolution au gré des développements des connaissances neuroscientifiques et thérapies associées, les représentations restent tenaces : le neuropsychologue ne se limiterait qu'à la passation de tests cognitifs. Or, il possède des compétences et des connaissances pour aller au-delà de la simple réalisation d'un bilan neurocognitif.

Comme toujours, nous avons fait appel à vos expériences de cliniciens et/ou de formateurs pour souligner l'importance de continuer à se former tout au long de sa pratique clinique, mais également de former les futurs professionnels. Dans ce nouveau numéro des *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, vous retrouverez ces échanges autour de la formation. Plus précisément, nous avons à cœur, dans ce numéro 12, de transmettre et faire partager vos analyses, vos réflexions, vos expériences et donc quelque part, participer à votre formation !

Je réalise un doctorat en parallèle de ma pratique en tant que psychologue : bénéfices et défis

Pursuing a PhD in parallel with my practice as a psychologist : benefits and challenges

Clothilde ROSIER

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre Médical de l'Argentière
Doctorante en neurosciences cognitives
ED261-3CH
Université Paris-Cité ; LaPEA,
Université Gustave Eiffel

Contact

clothilde.rosier@etu.u-paris.fr

Mots-clés

- Doctorat
- Recherche
- Université
- Laboratoire
- Compétences

Keywords

- *PhD*
- *Research*
- *University*
- *Laboratory*
- *Skills*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Rosier, C. (2025). Je réalise un doctorat en parallèle de ma pratique en tant que psychologue : bénéfices et défis. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 12*, 6-12.

Résumé

Réaliser un doctorat en parallèle d'une pratique clinique apporte au neuropsychologue de nombreuses compétences techniques et transversales grâce à la diversité des missions menées au cours de cette formation. Le doctorat offre au clinicien à la fois l'opportunité de bonifier sa pratique clinique, mais également de diversifier son activité professionnelle, voire d'envisager de nouveaux projets de carrière. Toutefois, cette formation est particulièrement complexe. Même si le cadre du doctorat peut être relativement adapté en cas d'activité salariée parallèle, les étapes-clés qui caractérisent cette formation sont fondamentales et nécessitent un investissement conséquent. C'est pourquoi il est important de monter un projet cohérent et réalisable. Si le projet est rigoureusement construit et consciencieusement mené, la formation doctorale peut présenter toute la richesse nécessaire pour favoriser l'épanouissement professionnel.

Abstract

Completing a philosophiæ doctor (PhD) in parallel with clinical practice provides neuropsychologists with a wide range of technical and cross-disciplinary skills, thanks to the diversity of assignments undertaken during their training. Doctoral studies offer clinicians the opportunity not only to enhance their clinical practice, but also to diversify their professional activities, and even to consider new career projects. However, this training is particularly complex. While the PhD framework can be relatively adapted to parallel salaried activity, the key stages that characterize this training are fundamental and require a substantial investment. For that reason, it is important to put together a coherent, achievable project. If the project is rigorously constructed and conscientiously pursued, doctoral training can offer all the richness needed to foster professional fulfilment.

INTRODUCTION

La formation professionnelle continue du psychologue (e.g. diplômes universitaires ou interuniversitaires – DU/DIU) contribue au développement de ses compétences en adéquation avec l'évolution de la pratique permettant de bonifier à un niveau individuel la prise en soins des personnes qu'il accompagne. Ces formations continues ont l'avantage d'être généralement courtes, directement cliniques, et requièrent une charge de travail facilement conjugable à la pratique. Une formation par la recherche, telle qu'un doctorat, est nettement plus longue et requiert un rythme de travail soutenu. Elle peut toutefois apporter des connaissances scientifiques applicables à la clinique, permettant de bonifier les pratiques à un niveau global, notamment si la recherche est menée sur le terrain. Cette formation présente également l'avantage d'ouvrir de nouvelles perspectives professionnelles stimulantes dans la carrière du psychologue.

En tant que neuropsychologue en centre de rééducation pour adultes cérébrolésés (e.g. accident vasculaire cérébral, traumatisme crânio-cérébral, anoxie cérébrale, tumeur cérébrale), je suis régulièrement amenée à réaliser des évaluations des capacités de conduite automobile chez mes patients dans le cadre du contrôle médical auquel ils doivent se soumettre. Dans ma pratique, j'ai directement été confrontée à un manque de consensus scientifique autour des modalités de ces évaluations pluriprofessionnelles. Devant l'absence de formation spécifique, cette problématique a motivé mon choix de mener une thèse visant à harmoniser les outils et méthodes de cette évaluation, dans une perspective de bonification des pratiques de terrain, et ainsi de ma propre clinique. Par ce retour d'expérience, j'expose alors les apports du doctorat, le cadre dans lequel il s'inscrit et ses étapes-clés, qui serviront peut-être d'éclairage aux psychologues qui viseraient cette formation.

QU'EST-CE QU'UN DOCTORAT APPORTE À MA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ?

EN MONTANT EN COMPÉTENCE, J'ENRICHIS MA PRATIQUE CLINIQUE

Le double regard que confère la position de praticien-chercheur participe à la bonification de la pratique clinique à partir des méthodologies et connaissances issues de la recherche. Le montage du projet de thèse enseigne la rigueur scientifique et l'éthique qui représentent des valeurs indispensables à la pratique clinique, notamment auprès des personnes vulnérables. Dans le cadre de mon doctorat, les retours des différents acteurs de ma thèse (e.g. directrice de thèse, comité scientifique, comité d'éthique, collègues) m'ont particulièrement sensibilisée aux règles concernant la protection des données sensibles. J'ai aussi développé une rigueur dans les écrits professionnels et notamment sur le choix des termes à employer, dans un souci de bienveillance et de respect des domaines de compétences de chacun.

Le double regard que confère la position de praticien-chercheur participe à la bonification de la pratique clinique à partir des méthodologies et connaissances issues de la recherche

Tout au long de la formation, des missions universitaires sont proposées aux doctorants par les laboratoires de recherche (e.g. enseignement de travaux dirigés, cours magistraux, encadrement de mémoires, évaluation des soutenances orales). Ces expériences professionnelles au contact des étudiants me permettent de découvrir les pratiques qu'eux-mêmes partagent au sujet de leurs stages cliniques et de recherche, et ainsi de m'inspirer de méthodes innovantes. Ces expériences m'offrent également l'opportunité d'enrichir mon sens de la pédagogie (suivi des objectifs, corrections des écrits, analyse de la posture…), qui sont des compétences également utiles à l'encadrement des stagiaires en milieu clinique.

Par ailleurs, dans le cadre d'une thèse, les écoles doctorales incitent à la communication scientifique des travaux de recherche (articles, communications orales, posters). La rédaction d'articles participe au développement des capacités rédactionnelles, compétences particulièrement utiles à la rédaction des rapports cliniques. De même, lors des présentations en congrès, j'ai appris à communiquer de manière claire et synthétique, en gérant le stress généré par la prise de parole devant un public expert. Ces expériences

m'ont apporté beaucoup d'assurance et ont permis de valoriser mon travail de thèse. C'est avec davantage de facilité que je transmets aujourd'hui aux professionnels et patients les applications cliniques de mon travail.

Parallèlement à l'acquisition de connaissances relatives au sujet de thèse, les écoles doctorales proposent régulièrement des formations courtes (de quelques heures à plusieurs jours) accessibles gratuitement. Le choix de ces formations est libre et illimité, offrant l'opportunité de se former dans des domaines variés et pertinents pour la pratique clinique (e.g. statistiques, bureautique, s'exprimer grâce au théâtre, communiquer à l'écrit). L'ensemble de ces compétences acquises au cours de la formation doctorale sont valorisées via un portfolio.

Enfin, la formation doctorale apprend à mener une veille bibliographique consciencieuse et méthodique (choix des bases de données et des équations de recherche, utilisation d'opérateurs booléens, d'un thesaurus…). Ces compétences facilitent la mise à jour des connaissances scientifiques sur une thématique donnée, pour inspirer de manière efficace la pratique clinique. De plus, l'université est abonnée à de nombreuses revues, offrant l'opportunité d'accéder gratuitement à un grand nombre d'articles.

Si le doctorat est une formation longue, il permet d'acquérir des compétences très spécifiques. Leur transfert à la pratique clinique se limite néanmoins aux thèses dont le sujet s'inscrit dans un domaine proche à celui de la pratique clinique, et notamment lorsque la méthodologie de la thèse s'apparente à une recherche de terrain (en comparaison à une recherche expérimentale). Si certaines missions doctorales décrites sont également inhérentes aux missions du psychologue (approche scientifique, mise à jour des connaissances, réseautage, capacités de communication…), le principal bénéfice clinique d'une thèse réside dans l'opportunité de faire évoluer les pratiques à un niveau global.

En montant en compétences, je peux diversifier mon projet professionnel

Parallèlement aux apports sur la pratique clinique, les compétences développées dans le cadre du doctorat offrent la possibilité d'élargir son propre projet professionnel grâce à la diversification des tâches. La plupart des compétences peuvent être transférées à d'autres missions, voire d'autres perspectives d'emplois, permettant d'élargir son domaine d'activité (Figure 1).

Pour ma part, en développant des connaissances spécifiques à l'évaluation des capacités de conduite, j'ai pu développer un dispositif d'évaluation que je coordonne actuellement au sein de l'établissement de santé dans lequel je travaille. J'ai alors participé à la rédaction d'une réponse à un appel à projets ayant permis de financer le développement de ce plateau technique et notamment d'un véhicule aménagé et d'un simulateur de conduite. De plus, ma thèse s'inscrivant dans une méthodologie de recherche-action (recherche participative menée en contexte clinique), j'ai eu l'occasion de développer un réseau conséquent, principalement en intégrant une organisation régionale de professionnels (Resaccel) au sein de laquelle j'anime différents groupes de travail qui traitent la question de la conduite automobile chez les personnes cérébrolésées. Ces missions transversales sont particulièrement enrichissantes, et en plus de favoriser la bonification et l'harmonisation de nos pratiques cliniques, ce réseautage représente un intérêt plus individuel d'améliorer mon attractivité professionnelle sur le marché de l'emploi.

Enfin, l'obtention d'un doctorat ouvre la voie à de nouvelles perspectives de carrière pour le psychologue qui peut accéder à des postes de chercheur, enseignant universitaire, gestionnaire de projets… ou encore s'orienter dans des activités entrepreneuriales (e.g. consultant, formateur, conférencier, développeur de produits).

Ce qu'il faut savoir avant de se lancer[1]

Les acteurs du doctorat

La multiplicité des acteurs impliqués et l'hétérogénéité des pratiques et des moyens universitaires rendent le système de la recherche en France particulièrement complexe. Bien que le cadre du doctorat soit fixé par l'arrêté du 25 mai

1. La plupart des informations de cette section sont issues de mon expérience. Pour plus de précisions, la Confédérations des Jeunes Chercheurs (CJC) et l'Association Nationale des Docteurs (ANDès) ont élaboré un guide du doctorat en libre accès (https://guide-doctorat.fr)

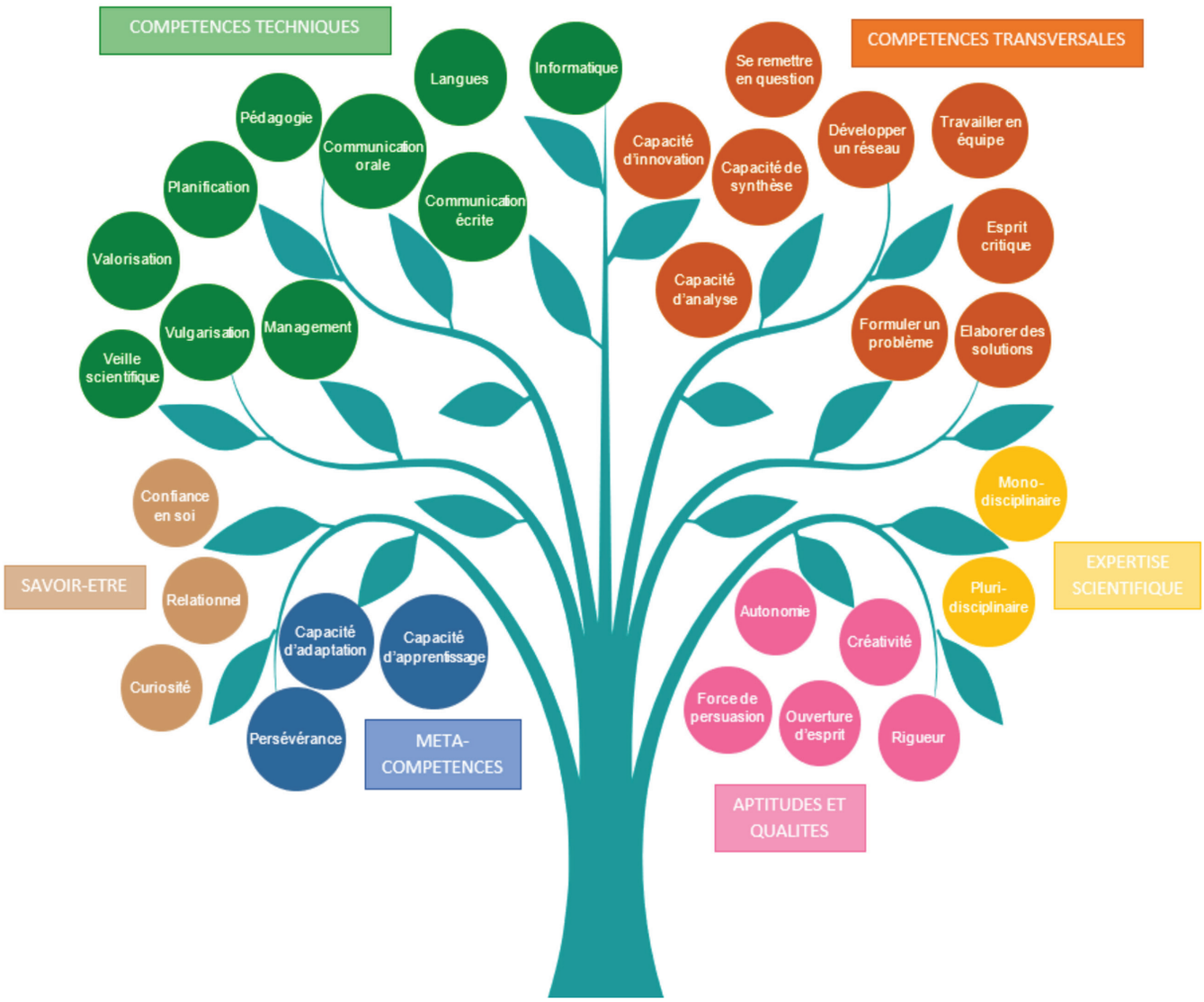


Figure 1. Arbre des compétences développées au cours du doctorat (à partir de l'association AJC06)

2016, il est souvent difficile d'en percevoir les spécificités. L'essentiel à savoir pour se lancer dans un doctorat concerne le laboratoire de recherche (unité de recherche) et l'école doctorale (ED). L'ED est une fédération d'unités de recherche qui a pour rôle de valider le recrutement du doctorant au sein d'un laboratoire, d'assurer le suivi de sa recherche, la mise en œuvre de son projet professionnel et sa poursuite de carrière. Pour s'inscrire à l'ED, le doctorant devra alors trouver un directeur doctoral titulaire de l'habilitation à diriger des recherches au sein d'une unité de recherche. Le choix du directeur doctoral et de son laboratoire de rattachement est particulièrement déterminant, car il définit la thématique de recherche et les conditions d'encadrement. Il est donc essentiel que le doctorant élabore en amont son projet de recherche.

Le financement

Les sources de financement classiques des doctorats sont les contrats doctoraux et les conventions industrielles de formation par la recherche (CIFRE) qui sont d'une durée de trois ans et exigent alors de se consacrer au travail de thèse à temps plein, ce qui est peu compatible avec la poursuite d'une activité clinique. Pour s'inscrire en doctorat, il faut justifier de ressources financières auprès de l'école doctorale (la plupart fixant un seuil minimal de revenus équivalent au montant du contrat doctoral

selon l'année en cours, soit 2100 € brut mensuel en janvier 2024). Afin de conjuguer le projet de recherche à la pratique clinique, il est possible dans certaines écoles doctorales de s'inscrire sur un auto-financement par son salaire. Dans ces conditions, une mise à disposition d'un temps supplémentaire dédié à la recherche peut être négociée avec l'employeur.

L'INVESTISSEMENT

En France, « la préparation du doctorat, au sein de l'école doctorale, s'effectue en règle générale en trois ans en équivalent temps plein consacré à la recherche. Dans les autres cas [tels qu'une activité salariée parallèle empêchant de se consacrer au doctorat à temps plein], la durée de préparation du doctorat peut être au plus de six ans » (arrêté du 25 mai 2016). Cette possibilité d'allongement de la durée du doctorat au-delà de trois ans offre au doctorant-clinicien une plus grande flexibilité pour mener à bien son projet de recherche en conjugaison avec sa pratique clinique. De plus, une césure insécable d'un an peut être demandée au cours de la thèse. Cela signifie que l'étudiant peut interrompre, une seule fois et pendant un an au maximum, ses travaux de recherches (cette période n'étant pas comptabilisée dans la durée du doctorat). Ces demandes exceptionnelles sont néanmoins soumises à dérogation validée par l'ED chaque année, la décision étant en partie motivée par l'état d'avancement des travaux qui détermine le caractère réalisable de la thèse.

Il est recommandé de consacrer environ un mi-temps à la thèse en gardant à l'esprit que l'adaptation et la persévérance sont souvent de rigueur pour que le projet soit réalisable

Afin d'éviter un abandon de thèse, il est donc primordial de co-construire avec son directeur doctoral un projet réaliste par rapport au temps imparti. Pour cela, il est essentiel d'établir au plus tôt un rétroplanning séquencé selon les différentes étapes de la thèse. En ce qui me concerne, la plupart des étapes de ma thèse s'avèrent jusqu'à présent beaucoup plus chronophages que les délais initialement estimés. C'est pourquoi il est recommandé de consacrer environ un mi-temps à la thèse en gardant à l'esprit que l'adaptation et la persévérance sont souvent de rigueur pour que le projet soit réalisable. Ces conditions de travail requièrent des dispositions personnelles adaptatives méritant une mûre réflexion de la part du doctorant avant de concrétiser son projet afin d'éviter un syndrome d'épuisement professionnel.

LES ÉTAPES-CLÉS DE LA FORMATION

Si la durée du doctorat peut être adaptée, les étapes-clés de la formation sont sensiblement les mêmes et nécessitent un investissement conséquent de la part du doctorant tout au long de la formation (Figure 2).

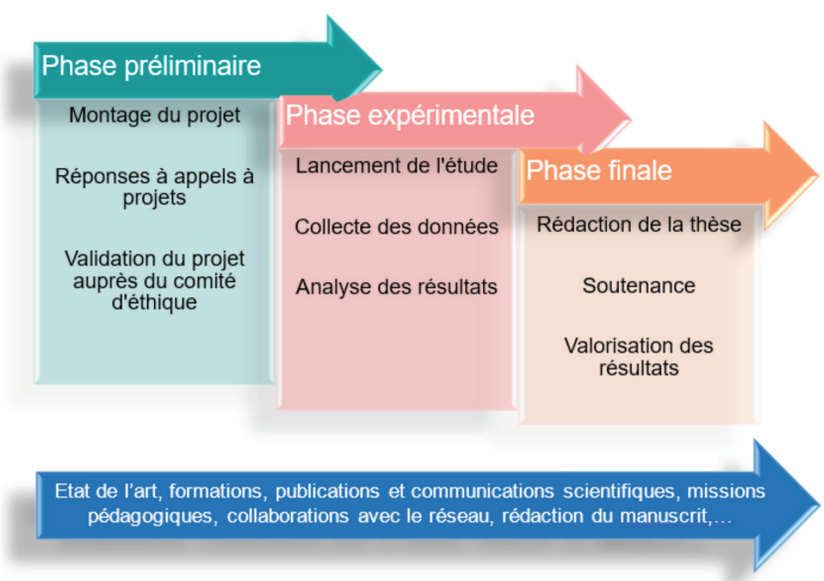


Figure 2. Les étapes-clés du doctorat

Le montage du projet

Afin de monter un projet innovant et cohérent, il est indispensable de mener un état de l'art consciencieux grâce à des outils spécifiques auquel le doctorant a l'occasion de se former. Une fois le projet de thèse construit, il peut être nécessaire de réaliser des analyses budgétaires pour estimer les coûts imputables à la réalisation de la recherche. Dans ce contexte, le doctorant peut être amené à répondre à des appels à projets pour financer ces dépenses.

Pour mener une étude en psychologie, il est primordial de respecter l'intégrité scientifique. Le jeune chercheur doit apprendre les principes éthiques de la recherche, sous-tendus par un dispositif législatif et réglementaire très complexe. Avant de mener son étude, le chercheur doit faire valider son projet de recherche auprès du comité d'éthique concerné, étape souvent très chronophage, notamment si la recherche est « organisée et pratiquée sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales » (RIPH), au sens de l'article L1121-1 du Code de Santé Publique. Dans ce cas, le chercheur devra dans un premier temps identifier la typologie de son étude principalement à partir du degré d'intervention auprès des participants qui s'y prêtent (RIPH 1, 2 ou 3). Selon la qualification de sa recherche, il devra ensuite constituer un dossier à soumettre à un comité de protection des personnes. Ce dossier doit décrire avec précision le protocole de recherche et le plan de gestion des données, qui doit être conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD). La constitution de ce dossier peut être particulièrement fastidieuse, notamment si le laboratoire de recherche ne dispose pas de services d'accompagnement au montage de projet. Il est donc essentiel d'anticiper ces démarches pour respecter les délais. En cas de difficultés rencontrées à cette étape du projet, il est possible de faire appel à un *Contract Research Organization*, moyennant des coûts pouvant être intégrés aux financements prévus pour l'étude.

Mener et valoriser sa recherche

Après les étapes « administratives » dédiées au montage du projet, c'est lors de la phase expérimentale, de la collecte des données et de l'analyse des résultats, que toute la recherche prend son sens. Si la recherche du doctorant s'inscrit dans le domaine de sa pratique, le montage du projet est alors facilité par la connaissance des réalités de terrain, notamment pour l'application de la méthodologie de recherche (e.g. accès aux participants, définition des critères d'inclusion, réseaux de professionnels). Vient ensuite la rédaction du manuscrit de thèse, puis la soutenance devant un jury. Pour conclure sa formation, le doctorant valorise ses travaux en transmettant ses principaux résultats à la communauté scientifique ainsi qu'aux professionnels concernés par la thématique de sa recherche s'il s'agit d'une étude clinique. Dans le cadre d'un objectif de bonification des pratiques, la valorisation de la recherche est particulièrement essentielle pour mettre en avant les implications opérationnelles de son travail et ouvrir la voie à des études complémentaires pour augmenter la fidélité des résultats. Mais, si le doctorat peut viser l'amélioration de la pratique clinique, les conclusions issues des travaux de recherche ne garantissent toutefois pas leur pertinence. En se confrontant aux contraintes et limites de la démarche scientifique, l'expérience de la recherche participe au développement de l'esprit critique qui représente une valeur indispensable pour adopter une pratique à la fois innovante et cohérente par rapport aux réalités de terrain, différentes de celles de la recherche.

Pour conclure sa formation, le doctorant valorise ses travaux en transmettant ses principaux résultats à la communauté scientifique ainsi qu'aux professionnels concernés par la thématique de sa recherche

CONCLUSION

Le doctorat peut faire l'objet d'une formation particulièrement enrichissante pour un psychologue spécialisé en neuropsychologie. Mener une thèse en parallèle de sa pratique clinique est tout-à-fait possible et confère une valeur fonctionnelle aux résultats de la recherche. Bien que cette formation soit plus longue, plus coûteuse et plus théorique que les formations continues (DU/

DIU), le doctorat permet de participer à l'amélioration des pratiques à une échelle globale et offre au clinicien l'opportunité de diversifier son activité professionnelle grâce à la montée en compétences. Après le doctorat, il est possible de coupler son activité salariée avec des missions pédagogiques universitaires, des activités de recherche (par exemple en tant que chercheur associé dans un laboratoire), des communications et publications scientifiques, etc. Si la formation doctorale ouvre des perspectives professionnelles stimulantes et diversifiées particulièrement attractives pour le neuropsychologue, il est néanmoins essentiel de prendre en considération toutes les étapes de la thèse pour monter un projet réaliste qui tienne compte des dispositions matérielles et humaines.

REMERCIEMENTS

Je remercie tous les acteurs de ma recherche pour leur implication, et plus particulièrement ma directrice doctorale ainsi que les équipes de rééducation qui collaborent à mon étude. Je remercie également mes proches pour leur soutien dans les différentes étapes de ma thèse.

Références

ANDès et CJC. (2020). *Guide du doctorat*. Spartacus-idh. https://spartacus-idh.com/liseuse/076/

Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032587086

Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036805796

Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036805820

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (2016). *Règlement Général sur la Protection des Données*. https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees

Décret n° 2021-848 du 29 juin 2021 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé ». Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043715694

Handicap cognitif : se former pour accompagner au-delà du bilan

Cognitive Disability : training to provide support beyond the assessment

Laurence CHARTAUX

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Exercice libéral, Lille, Hauts de France
Gérante de l'organisme de formation
professionnelle Neuro et psycho formation

Contact

lchartaux@gmail.com

Mots-clés

- Handicap invisible
- Insertion
- Orientation
- Reconnaissance
- Démarches administratives

Keywords

- *Invisible disability*
- *Integration*
- *Orientation*
- *Recognition*
- *Administrative procedures*

Conflits d'intérêts

L'auteure déclare être gérante d'un organisme de formation professionnelle proposant une formation distancielle sur le handicap cognitif

Pour citer cet article

Chartaux, L. (2025). Handicap cognitif : se former pour accompagner au-delà du bilan. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 12*, 13-18.

Résumé

Lorsque des plaintes ou des déficits cognitifs sont relevés lors d'un bilan, en cerner les répercussions permet d'identifier le handicap cognitif. Prendre en charge ce handicap consiste déjà à le repérer, mais aussi à le faire reconnaître. En ce sens, le neuropsychologue peut se former afin de connaître les principales démarches pour orienter le patient vers des accompagnements adéquats. Se former au handicap cognitif permet aussi au neuropsychologue de prendre sa place au carrefour des structures sanitaires et sociales, des instances administratives et de l'insertion socio-professionnelle.

Abstract

When complaints or cognitive deficits are noticed during an assessment, identifying their repercussions allows the cognitive handicap to be identified. Taking charge of this disability first involves detecting it but also having it recognized. In this sense, the neuropsychologist can train in order to know the main steps to guide the patient towards appropriate support. Training in cognitive disability also allows the neuropsychologist to stand at the crossroads of health and social structures, administrative authorities and socio-professional integration.

LEUR HISTOIRE

Évoquons le parcours de Philippe*, 52 ans, qui se dit « épuisé d'avoir travaillé toute sa vie sur des postes trop physiques » le menant à des troubles musculosquelettiques, tandis qu'un problème neurologique néonatal l'avait placé en échec scolaire dès la petite enfance et que son handicap n'a jamais été considéré ; ou encore de Jérémy*, 33 ans, qui est orienté de formation en formation depuis 15 ans, cumulant des échecs sans pouvoir accéder à un emploi stable.

LE BILAN COGNITIF POURQUOI ? ET SURTOUT POUR QUOI ?

En tant que psychologue spécialisé en neuropsychologie, nous connaissons souvent le motif de réalisation d'un bilan cognitif. D'ailleurs, si ce bilan se montre assez complet et détaillé, il va permettre de mieux comprendre le fonctionnement cognitif de la personne et expliquer pourquoi elle se retrouve dans de telles situations. Ce pas s'avère déjà considérable et apporte un certain soulagement dans le fait d'expliquer une situation, mais reste assez stérile, si ensuite, le bilan reste au fond d'un tiroir. En effet, un bilan neuropsychologique peut être un vrai point de départ si le « pour quoi » est pris en compte.

DISSOCIER DÉFICIT ET HANDICAP

Un constat est à considérer : les tests cognitifs classiques ont été conçus dans une visée diagnostique davantage que pronostique. En ce sens, les tests permettent d'identifier ce qui est de l'ordre des déficits, mais n'ont pas été directement élaborés pour objectiver ce qui est de l'ordre du handicap : c'est-à-dire des retentissements de ces déficits dans les sphères de vie de la personne.

Cet aspect interroge les liens entre les éléments identifiés dans le bureau du neuropsychologue et la vie réelle du patient. En ce sens, cela rejoint le débat du transfert des progrès observés en rééducation sur les autres domaines cognitifs et la vie réelle du patient : certaines recherches identifient une amélioration des performances qui se limite aux domaines entraînés (Lampit et al., 2014) ou qui demeurent sans transfert en vie quotidienne (Owen et al., 2010) tandis que d'autres évoquent un effet de transfert positif avec généralisation aux domaines non entraînés (Zhao et al., 2023) ou encore un transfert en vie quotidienne, mais sans amélioration des fonctions cognitives connexes (Nejati, 2020).

Accompagner le handicap cognitif nécessite donc de considérer les plaintes et besoins de la personne dans sa vie réelle. Le préalable est de comprendre que le fonctionnement cognitif a des répercussions différentes selon l'environnement de la personne. En effet, suite à une atteinte organique (niveau lésionnel), un déficit peut entraîner des incapacités (niveau fonctionnel) lesquelles peuvent générer un handicap majeur dans un domaine, mais pas, ou très peu, dans un autre environnement. La prise en compte du handicap, tel qu'abordé dans le modèle de processus de production des handicaps (Fougeyrollas et al., 2023), nécessite donc une approche basée sur le projet de vie, l'environnement et les activités de la personne qui consulte.

Accompagner le handicap cognitif nécessite donc de considérer les plaintes et besoins de la personne dans sa vie réelle

Ainsi, un trouble de la mémoire de travail mettra moins en situation de handicap un agent en contrôle technique automobile (tâche structurée par un protocole précis) qu'un serveur en restauration ou une secrétaire (postes où les situations de multitâches, d'interférences seront plus fréquentes).

ACCOMPAGNER LE PATIENT : 5 NIVEAUX

Accompagner le handicap cognitif c'est prendre en compte 5 niveaux d'intervention : Premièrement, faire le lien entre les difficultés cognitives et leurs impacts potentiels sur l'activité de la personne participe à la prévention du degré de handicap. Deuxièmement, identifier les ressources du patient en termes de compensation permet de le conseiller pour qu'il s'adapte

sans se sur-adapter. Troisièmement, aménager l'environnement vise à réduire l'écart entre le niveau de difficulté et la faisabilité de ses projets/réalisations. À cette étape, le neuropsychologue va pouvoir émettre des préconisations d'aménagements. Quatrièmement, orienter le patient vers les personnes et structures compétentes va participer à son insertion socio-professionnelle et au suivi à plus long terme. Enfin, cinquièmement, de façon transversale aux autres niveaux, le neuropsychologue peut avoir un rôle de validation du handicap cognitif en remettant à l'accompagné des documents clairs et argumentés, que ce dernier pourra joindre aux dossiers de demande de reconnaissance administrative et/ou d'aides.

À QUEL MOMENT LE NEUROPSYCHOLOGUE INTERVIENT ?

Le positionnement d'un neuropsychologue varie selon son poste, et ne sera pas identique en rééducation qu'en orientation professionnelle, par exemple.

Tandis que l'un, intervenant dans un parcours de soins, valorise les progrès et les ressources de la personne, l'autre, répondant à une volonté d'insertion professionnelle, tient compte de l'impact négatif des déficits en termes de productivité et d'adaptabilité exigées par le monde du travail.

L'accompagnement diffère et en avoir conscience est primordial pour s'adapter à l'évolution d'une personne en difficulté cognitive. Pour intervenir sur les 5 niveaux cités « Prévenir – Conseiller – Préconiser – Orienter – Valider », il existe effectivement des périodes charnières dans le parcours du patient : celle où le diagnostic va être posé, la période où il va devoir faire face à ses difficultés dans son environnement réel, les périodes où il va être en échec, les expériences où il va découvrir ses propres possibilités d'adaptation et celles de son environnement, et, dès que le handicap sera connu et reconnu, le moment de la mise en place d'une orientation adéquate assortie d'éventuelles aides. Recalibrer, si besoin, le projet à chacune de ces étapes peut faire partie aussi de l'accompagnement du neuropsychologue.

L'accompagnement diffère et en avoir conscience est primordial pour s'adapter à l'évolution d'une personne en difficulté cognitive

SE FORMER EN TANT QUE NEUROPSYCHOLOGUE

Se former consiste à avoir connaissance des possibilités d'accompagnement et d'orientation ultérieures en s'adaptant aux étapes d'évolution du patient. Cela va passer par l'utilisation d'un langage compréhensible de tous, acquérir des repères concernant les structures existantes et les démarches à engager.

Il s'agit d'identifier quelle structure intervient à quel moment pour articuler son intervention avec celle des autres professionnels, tout en veillant à maintenir le patient au cœur de ces démarches. En fonction de la stabilisation de son état de santé, de son statut, de son projet, différentes structures d'accompagnement existent : que ce soit avec une intervention dès la phase sanitaire, pendant ou après l'arrêt de travail de la personne, durant la recherche d'emploi ; que ce soit dans le but de maintenir dans l'emploi, préserver l'insertion sociale, soutenir l'autonomie, des dispositifs vont intervenir de façon complémentaire via du conseil, des interventions à domicile ou encore des soutiens financiers.

APPLICATIONS CLINIQUES

Prévenir consiste à proposer un bilan centré sur les aptitudes cognitives les plus pertinentes pour la vie de la personne, c'est-à-dire son quotidien, sa vie professionnelle. Une personne qui exerce en tant qu'assistant administratif aura besoin d'évaluations approfondies sur les sphères attentionnelles et de mémoire à court terme tandis que sera privilégiée une évaluation de la cognition sociale pour un poste en vente directe.

Conseiller va s'appuyer sur les fonctions cognitives préservées pour que la personne compense ses fragilités. Un patient avec des difficultés de récupération mnésique va s'appuyer sur ses compétences exécutives pour mieux structurer son activité, systématiser la mise en place de stratégies mnémotechniques, voire re-

courir à des supports écrits qui lui feront gagner du temps.

Préconiser des aménagements s'appuie sur l'environnement réel de la personne. Avoir des éléments concrets sur ses conditions de travail, son lieu de vie, va permettre de guider les aménagements. Ainsi, une activité en *openspace* sera déconseillée pour une personne avec un focus attentionnel fragile, mais pourra être pertinente, car stimulante pour une personne apragmatique.

Orienter nécessite de connaître les principales structures existantes, mais surtout de tenir compte de la situation socio-professionnelle de l'accompagné.

Pour quelqu'un qui consulte étant toujours salarié : les interactions du patient avec son médecin du travail vont être importantes, tout comme cerner le moment pertinent pour demander une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) auprès de la MDPH, avoir des repères face aux décisions de la sécurité sociale (positionnement en termes d'invalidité) et aussi identifier ce qui peut relever d'une aide au maintien dans l'emploi avec une préconisation d'aménagements concrets. Parfois, le poste a besoin d'être retesté ou sera d'emblée proscrit. Argumenter pour l'obtention d'aides ou de notifications d'orientation (exercer en travail protégé, intégrer des établissements de formation professionnelle, être accompagné pour l'autonomie et la vie sociale, demander des aides financières compensatoires) sera alors prioritaire.

Face à une personne sans emploi, ou nécessitant une reconversion, l'accès à un poste en milieu ordinaire peut se faire aussi à un poste adapté en faisant valoir la RQTH ou via la reprise d'une formation auprès d'établissements spécifiques (ESPO, ESRP).

Si l'insertion en entreprise classique est compromise, la possibilité d'exercer en entreprise adaptée peut être pertinente dans la mesure où ces entreprises embauchent une plus forte proportion de travailleurs handicapés, souvent sans nécessiter de reprise de formation.

Quand l'accès au milieu ordinaire de travail est restreint, l'accès au milieu de travail protégé via une activité en ESAT peut permettre une réinsertion.

Si l'objectif est de soutenir l'autonomie élémentaire ou élaborée, ce qui est fréquent en cas de handicap cognitif, des orientations vers des structures d'hébergement, d'accueil en journée ou d'intervention à domicile peuvent être envisagées.

Valider c'est savoir rédiger, en termes compréhensibles de tous et dans le respect du secret professionnel, ces précédentes étapes afin que l'analyse neuropsychologique puisse être intégrée aux divers dossiers de demande d'orientation ou d'aide financière. Par exemple, « déficit d'attention divisée » ne sera pas parlant pour les partenaires de l'insertion tandis que la préconisation « présenter une seule information à la fois » sera prise en compte.

OUVERTURE DE DÉBOUCHÉS PROFESSIONNELS

Permettre au neuropsychologue de connaître ces aspects accroît sa mobilité professionnelle : exercer en secteur médico-social, en accompagnement et orientation socio-professionnelle, voire au sein des instances décisionnelles.

Se former au handicap cognitif développe les compétences du neuropsychologue et lui permet de gagner en efficacité lorsqu'il passe le relais dans l'accompagnement de son patient, ce qui représente un atout majeur pour un neuropsychologue exerçant aussi bien en institution qu'en libéral.

De plus, via ses interactions avec d'autres professionnels, le neuropsychologue dispose alors d'outils pour échanger, voire former, à son tour de façon formelle ou informelle, les acteurs de l'accompagnement en les sensibilisant à l'impact des déficits cognitifs souvent méconnus ou peu considérés.

PSYCHOLOGUE AVANT TOUT

Au cours de l'accompagnement, le neuropsychologue va tenir compte des possibilités du patient et de ses défenses thymiques pour adapter les informations au fur et à mesure de l'évolution de celui-ci. Sa présence en tant que psychologue devient indispensable dans des situations où les retours faits notamment dans le monde du travail sont souvent « sans filtre ».

Que le psychologue ait connaissance des alternatives possibles et des procédures d'accompagnement est fondamental

Que le psychologue ait connaissance des alternatives possibles et des procédures d'accompagnement est fondamental : cela lui permet, d'une part, de se positionner en professionnel réaliste et, d'autre part, de disposer de réponses et de conseils pour guider le patient. En effet, faire un bilan qui constate des déficits sans proposer d'alternatives (accompagnement ou orientation) risque de laisser les personnes s'engager dans des projets non adaptés. Bien que cette confrontation soit parfois nécessaire, cela peut renforcer le fatalisme de certaines personnes démunies face à des échecs répétés.
Prendre en compte le handicap cognitif, c'est aussi accompagner psychologiquement le patient, en relation parfois avec les intervenants extérieurs (Merceron, 2017), vers ses vrais besoins : les identifier et les différencier des injonctions extérieures (auxquelles il répond, parfois, depuis longue date) contribuent à un état psychologique apaisé et une réinsertion pérenne.

QUE DEVIENNENT-ILS ? EN QUOI LE REGARD « HANDICAP COGNITIF » PERMET D'ALLER PLUS LOIN APRÈS UN BILAN ?

Concernant Philippe, le bilan relève une efficience intellectuelle limite avec un fonctionnement cognitif marqué par une forte lenteur d'exécution et un déficit de planification. Philippe a eu l'impression « d'enfin comprendre sa différence » et réalise à quel point cela n'a jamais été pris en compte dans ses tentatives d'insertion. Le bilan a permis de relancer des démarches auprès de la MDPH. Quelques mois plus tard, l'orientation en ESAT et l'AAH ont été accordées. Philippe se dit soulagé.

Le bilan de Jérémy objective une limitation nette des capacités mnésiques et des fragilités attentionnelles qui expliquent ses échecs répétés en formation.

À la suite du bilan, il exprime avoir toujours eu conscience de ses difficultés de mémoire, mais « restait convaincu de devoir tenter les formations proposées, désirant prouver sa bonne volonté ». Il est désormais prêt à entendre qu'il est possible de travailler sans forcément viser un diplôme et accepte peu à peu l'idée de faire reconnaître son handicap. Une demande de reconnaissance RQTH avec une insertion en entreprise adaptée sont conseillées. Jérémy a conscience que ce type d'emploi peut lui correspondre et qu'avec un accompagnement spécifique, il pourrait aussi envisager d'accéder à un poste adapté en entreprise classique.

GLOSSAIRE

AAH	allocation aux adultes handicapés
ESAT	établissement et service d'aide par le travail
ESPO	établissement et service de pré-orientation
ESRP	établissement et service de réadaptation professionnelle
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
RQTH	reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

** Les prénoms des patients évoqués ont été modifiés*

Références

Fougeyrollas, P., St-Michel, G., Bergeron, H. et Cloutier, R. (2023). Le processus de production des handicaps. *Aequitas : Revue de développement humain, handicap et changement social, 29*(1), 102-159. https://doi.org/10.7202/1106111ar

Lampit, A., Hallock, H. et Valenzuela, M. (2014). Computerized Cognitive Training in Cognitively Healthy Older Adults : A Systematic Review and Meta-Analysis of Effect Modifiers. *PLOS Medicine,* 11(11) : e1001756. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001756

Merceron, K. (2017). Handicap cognitif : place des tierces personnes dans l'accompagnement psychologique. *Le Journal des psychologues, 348*(6), 28-32. https://doi.org/10.3917/jdp.348.0028

Nejati, V. (2020). Cognitive rehabilitation in children with attention deficit-hyperactivity disorder : Transferability to untrained cognitive domains and behavior. *Asian Journal of Psychiatry, 49*, 101949. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101949

Owen, A., Hampshire, A., Grahn, J., Stenton, R., Dajani, S., Burns, A., Howard, R. et Ballard, G. (2010). Putting brain training to the test. *Nature, 465*, 775–778. https://doi.org/10.1038/nature09042

Zhao, X., Ji, C., Zhang, C., Huang, C., Zhou, Y. et Wang, L. (2023). Transferability and sustainability of process-based multi-task adaptive cognitive training in community-dwelling older adults with mild cognitive impairment : a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 23*(1), 418. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04917-3

Diversité des parcours en neuropsychologie : étudiantes, tutrices, universités face aux enjeux d'une professionnalisation équitable

Diversity in neuropsychology internships : students, tutors, universities facing the challenges of fair professionalization

Delphine BERARD

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

Guillaume PERODEAU

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 BACQUE

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
UEROS 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

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, Institut de Psychologie,
Université Paris Cité, F-92100 Boulogne-Billancourt, France

Mots-clés

- Stage
- Neuropsychologie
- Formation Universitaire
- Université
- Étudiant
- Psychologie

Keywords

- *Internship*
- *Neuropsychology*
- *University Training*
- *University*
- *Student*
- *Psychology*

Conflits d'intérêts

Virginie Goutte déclare un conflit d'intérêt ; elle est Rédactrice en chef des *Cahiers de Neuropsychologie Clinique*

Pour citer cet article

Berard, D., Perodeau, G., Bacque, A. et Goutte, V. (2025). Diversité des parcours en neuropsychologie : étudiantes, tutrices, universités face aux enjeux d'une professionnalisation équitable. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 12*, 19-30.

Résumé

Ce travail explore les freins à la professionnalisation en neuropsychologie liés à la diversité des pratiques de stage. Un questionnaire exploratoire a été diffusé auprès de 415 répondants (étudiantes, tutrices, référentes universitaires). Les résultats révèlent des inégalités dans l'accès, l'encadrement et les conditions de réalisation des stages, ainsi qu'un manque de coordination entre les universités et les tutrices. Les étudiantes rencontrent des obstacles logistiques et financiers, et les tutrices expriment un besoin de formation. Cette enquête met en lumière la nécessité d'une meilleure harmonisation nationale et d'un renforcement des liens pédagogiques entre les différents acteurs de la formation.

Abstract

This study investigates barriers to professionalization in neuropsychology linked to the diversity of internship practices. An exploratory questionnaire was distributed to 415 participants (students, supervisors, and university coordinators). Results revealed disparities in access to internships, supervision quality, and internship conditions, as well as insufficient coordination between universities and supervisors. Students reported financial and logistical challenges, while supervisors expressed a need for training in pedagogical support. These findings highlight the need for improved national harmonization and stronger partnerships between academic institutions and clinical settings to support more equitable professional pathways for neuropsychology students.

INTRODUCTION

La publication du Guide de recherche de stage et de celui à destination des référentes de stage (Bérard et al., 2024) a permis de croiser nos expériences cliniques et universitaires, révélant une grande hétérogénéité dans l'organisation des stages en neuropsychologie. Si cette diversité peut refléter une certaine adaptabilité locale, elle soulève aussi la question d'éventuelles inégalités, tant dans l'accès aux stages que dans leurs conditions de réalisation, pouvant impacter la professionnalisation des (futurs) neuropsychologues.

Il apparaît notamment que certaines étudiantes bénéficient de stages précoces et conséquents dès la L2, valorisant ainsi leur dossier de candidature en master, tandis que d'autres n'ont pas la possibilité d'effectuer un stage en L3. Par

ailleurs, des situations de souffrance sur le terrain ont été rapportées, en lien avec un manque de cadrage ou un accompagnement insuffisant. Ces constats renvoient à une absence de cohérence nationale dans les maquettes de formation en neuropsychologie.

Les travaux de Radiguer et al. (2018) avaient déjà mis en lumière ces disparités, tout en soulignant le besoin de renforcer la communication entre les universités et les tutrices de stage, ainsi que l'intérêt d'une meilleure harmonisation de la formation. Dix ans après les premières études consacrées aux stages en psychologie (Bertola, 2014 ; Le Meur, 2014 ; Ponchel et al., 2014 ; Quaglino et Gély-Nargeot, 2014 ; Vichard, 2014), il nous a semblé pertinent d'approfondir ces observations. Nous avons ainsi mené un travail exploratoire intégrant les points de vue des principaux acteurs – étudiantes, tutrices et référentes universitaires – dans une perspective de compréhension des enjeux et de proposition d'évolution favorisant un accès plus équitable à la formation et à la professionnalisation.

Nous faisons l'hypothèse que l'organisation des stages étant hétérogène, des inégalités sont observées pour les étudiantes, les tutrices et dans les formations universitaires, et que les liens entre l'université et le terrain seraient encore à améliorer.

MÉTHODE

Population

Le questionnaire s'adressait aux étudiants en cours de L3, M1 et M2, aux tutrices avec une spécialisation en neuropsychologie, et aux référentes universitaires des Licences et Master en neuropsychologie.

Matériel et procédure

Le questionnaire a été réalisé à partir de *Google Form* et diffusé du 18 mars au 20 avril 2024. Il a été envoyé par mail à l'ensemble des responsables de masters en neuropsychologie, avec une invitation à le relayer auprès des étudiantes en licence et master. Il a également été partagé sur le groupe Facebook « Groupe d'échanges en neuropsychologie » et diffusé dans nos réseaux professionnels.

Le questionnaire comportait trois sections distinctes (étudiantes, tutrices, référentes universitaires, voir Matériel supplémentaire) et nécessitait environ 10 minutes pour être complété. Il était totalement anonyme.

L'analyse des résultats est réalisée à l'aide du logiciel Excel. Cette étude ayant un objectif exploratoire, nous avons réalisé une analyse descriptive et des tests statistiques d'inférence.

Les données qualitatives issues des réponses ouvertes ont été analysées et catégorisées par les auteurs afin de faire émerger les enjeux saillants perçus par chaque groupe.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Dans cette enquête, 415 personnes ont répondu au questionnaire réparties de la manière suivante (Tableau 1). Sept formations de Master sur les 26 sollicitées ont répondu.

Répondants	Nombres (%)
Étudiantes	*264 (63,6%)*
Licence 3	*60 (22,7%)*
Master 1	*103 (39%)*
Master 2	*101 (38,3%)*
Tutrices de stage	*134 (32,3%)*
Référentes universitaires	*17 (4,1%)*

Tableau 1. Répartition des répondantes

Point de vue des étudiantes

Les données recueillies mettent en évidence de fortes disparités dans les parcours de stage au sein de la formation universitaire en neuropsychologie.

Sur le plan quantitatif, le volume horaire total de stage réalisé varie considérablement. Parmi les répondantes en Master 2, une partie des données (n = 34) n'a pas été prise en compte en raison d'incohérences (notamment des déclarations inférieures à 500 heures). En moyenne, les étudiantes ont effectué 831,3 heures de stage (ET = 268,9), avec une médiane de 800 heures (min = 500 ;

max = 2000). Quinze étudiantes déclarent avoir effectué plus de 1000 heures de stage, un volume qui semble difficilement réalisable dans un cursus en formation initiale, et qui suggère un allongement de la durée des études, notamment par un redoublement.

Les données recueillies mettent en évidence de fortes disparités dans les parcours de stage au sein de la formation universitaire en neuropsychologie

Par ailleurs, les contraintes géographiques apparaissent comme un facteur notable dans l'accès aux stages. Près de 7 étudiantes sur 10 (69 %) ont réalisé un stage en dehors de leur ville universitaire d'inscription, engendrant potentiellement des frais supplémentaires liés au logement et aux transports. Une différence significative a été observée selon le niveau d'études (χ^2 = 18,42 ; p < 0,0001). Les étudiantes de L3 sont les plus concernées par des stages en dehors de leur ville universitaire (58,3 %), contre 30 % en M1 et 26,7 % en M2. Malgré cela, seules 1,6 % d'entre elles (tous niveaux confondus) ont bénéficié d'un soutien financier ou logistique de l'université, et 98,4 % indiquent ne pas avoir été gratifiées pour leur stage.

En parallèle, 41 % des étudiantes exerçaient une activité professionnelle en complément de leurs études. Les effets de cette activité sur le déroulement du stage sont variables et font l'objet d'une analyse qualitative présentée en Figure 1.

Les freins rencontrés sur le terrain ont également été explorés. De manière rassurante, 66 % des répondantes, tous niveaux confondus, estiment ne pas avoir rencontré de difficultés majeures. Les autres évoquent des obstacles divers résumés en Figure 2.

Un autre élément préoccupant concerne le délai d'obtention des stages. Au premier semestre de l'année universitaire 2023/2024, plus de la moitié des répondantes (51,9 %) n'avaient pas encore commencé leur stage. Une analyse selon le niveau d'études met en évidence une différence significative (χ^2 = 18,19 ; p <0,0001) : cela concerne 73,3 % des L3, 52,4 % des M1 et 38,6 % des M2.

Ce retard dans le démarrage du stage s'accompagne d'un niveau de stress élevé (Figure 3), et peut avoir des conséquences sur l'engagement académique. Ainsi, 22 % des étudiantes de L3, 38 % de M1 et 23 % de M2 ont déclaré avoir envisagé un abandon de leurs études en raison de la difficulté à obtenir un stage.

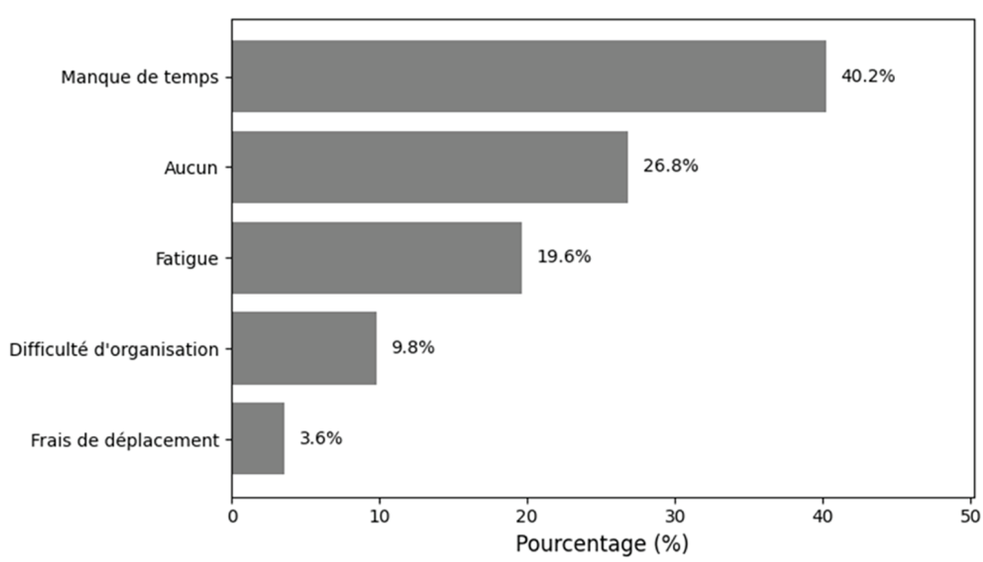


Figure 1. Impact de l'activité professionnelle sur le stage

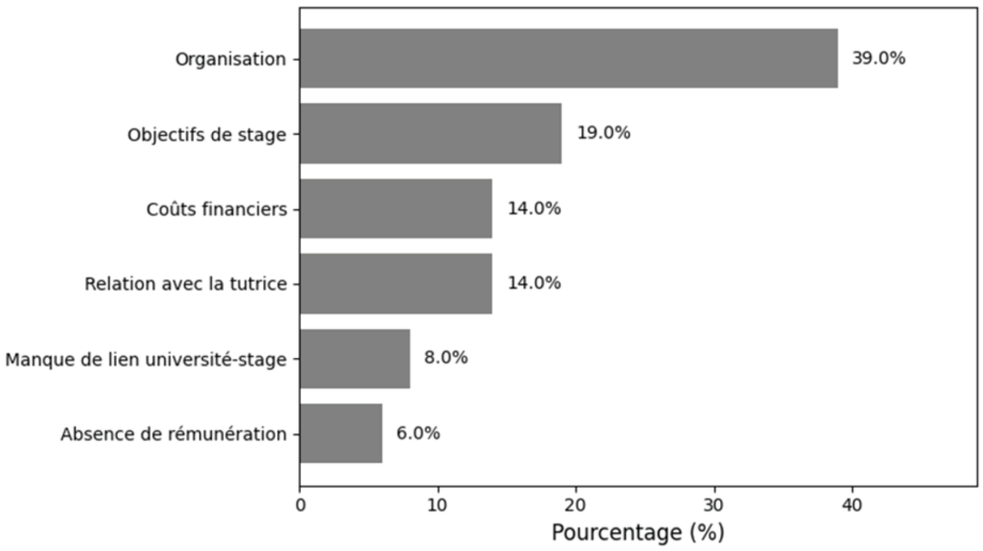


Figure 2. Freins identifiés lors des stages par les étudiantes (question ouverte, plusieurs réponses possibles par étudiante)

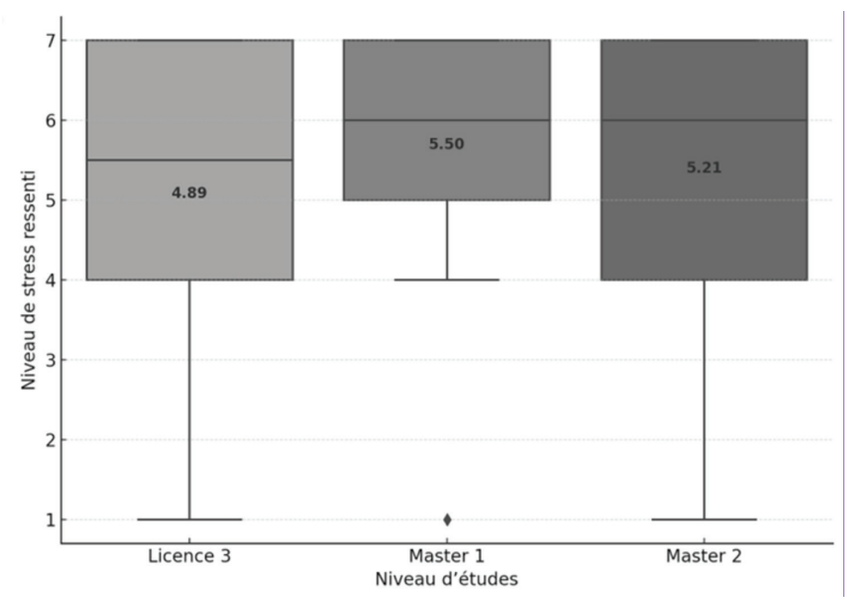


Figure 3. Niveau de stress en cas d'absence de stage en décembre / janvier selon le niveau d'études (1 nulle - 7 intense).

Ces données renforcent la nécessité de clarifier les attentes liées au stage et d'informer davantage les tutrices sur leur rôle pédagogique. Une meilleure diffusion des objectifs et un accompagnement renforcé favoriseraient une alliance pédagogique plus cohérente. Les freins organisationnels et financiers rapportés – notamment l'absence de gratification et les difficultés liées à la mobilité – renforcent l'idée que ces conditions peuvent accentuer les inégalités entre les étudiantes. Enfin, malgré l'existence de ressources dédiées, leur visibilité reste faible : 66 % des 264 répondantes n'avaient jamais entendu parler des guides de l'OFPN, pourtant conçus pour les accompagner dans la recherche et la réalisation de stage.

Ces constats vécus du point de vue des étudiantes trouvent un écho du côté des tutrices, également confrontées à des difficultés d'encadrement et de coordination.

Les freins organisationnels et financiers rapportés – notamment l'absence de gratification et les difficultés liées à la mobilité – renforcent l'idée que ces conditions peuvent accentuer les inégalités entre les étudiantes

Point de vue des tutrices

Pour les tutrices, les inégalités perçues pouvaient provenir du lieu de pratique, des responsables d'établissement, de la politique d'accueil des stagiaires, mais aussi de leurs propres compétences. Ces éléments peuvent notamment influencer le délai d'accueil des premières étudiantes. Ainsi, 46 % des tutrices ont commencé à accueillir des étudiantes en Licence avant les 3 ans d'exercice, tandis que pour 13 %, il leur a fallu en moyenne 7 années d'expérience avant d'accueillir leur première stagiaire. Une analyse complémentaire suggère toutefois que l'accueil précoce (<3 ans d'exercice) pourrait être associé de façon marginale à une aisance légèrement supérieure dans le rôle de tutrice ($r = 0{,}163$, $p = 0{,}060$). Ce résultat encourage à explorer davantage les facteurs facilitant l'aisance dans ce rôle.

Les inégalités se poursuivent dans la relation pédagogique, élément essentiel au bon déroulement du stage, mais presque jamais enseignée ou appris dans le cadre de leur formation initiale ou continue (pour 99%). Pourtant, 67 % estimaient que cela leur serait utile. Cela souligne un enjeu majeur : la nécessité de développer des formations à l'encadrement pour favoriser une meilleure expérience de stage, tant pour les tutrices que pour les étudiantes. La nécessité d'aborder cette question est primordiale et reste à promouvoir, puisqu'un peu moins d'un tiers des participantes connaissent l'existence des guides sur le stage.

Ensuite, les tutrices mentionnent comme difficulté principale (dans 46 % des cas) des écarts entre les exigences des lieux de stage et la préparation réelle des stagiaires en termes de connaissances théoriques et de compétences personnelles (autonomie, compétences relationnelles, attitudes professionnelles). Ces écarts soulignent une potentielle source d'inégalité dans l'accompagnement et la formation des étudiantes, renforçant ainsi l'importance d'une coordination étroite entre universités et lieux de stage.

S'agissant des stages de M2, 17 % ont déjà invalidé un stage et 14 % avaient des raisons d'invalider un stage, mais n'ont pas osé le faire. En effet, une invalidation en M2 est synonyme de redoublement, ce qui peut expliquer la réticence à porter cette responsabilité seule. Parmi quelques suggestions, il pourrait être intéressant que les tutrices aient accès à une grille de critères permettant de connaître les raisons d'invalider un stage (dès la licence), et de renforcer les liens avec l'université.

Enfin, 48,5 % des tutrices ont déjà pensé à ne plus prendre de stagiaires, principalement en raison du manque de temps (40 %), de contraintes liées à l'organisation institutionnelle (28 %) ou encore d'un manque d'énergie ou de motivation (17 %). Ce facteur peut affecter la qualité de la relation pédagogique. Une analyse complémentaire a révélé une corrélation négative significative ($r = -0{,}23$, $p < 0{,}01$) entre l'aisance ressentie par les tutrices dans leur rôle et le fait d'envisager d'arrêter l'accueil des stagiaires : celles se sentant moins à l'aise sont également celles envisageant davantage d'arrêter d'accueillir. Ces résultats soulignent l'importance de réfléchir à un accompagnement spécifique des tutrices, afin d'améliorer leur expérience et celle des stagiaires accueillies.

Point de vue des référentes universitaires

Les résultats au questionnaire universitaire ont mis en évidence une variabilité importante des pratiques en matière de stages dès la Licence 3. Ainsi, selon les parcours, le nombre d'heures obligatoires peut aller de l'absence totale de stage à plus de 70 heures, sans toujours fixer de limites supérieures. Cette hétérogénéité génère des expériences professionnelles très disparates chez les étudiantes au moment de postuler en master, certaines ayant déjà rencontré des patients dans le cadre de stages longs, alors que d'autres arrivent en master sans expérience clinique directe. Cette différence pourrait fortement influencer les résultats à la sélection d'entrée en master et induire des inégalités de professionnalisation précoces.

L'organisation temporelle des stages est également variable : certaines universités libèrent

explicitement un jour par semaine pour le stage, d'autres ne le font pas. Cette situation s'explique en partie par les contraintes des universitaires, devant concilier enseignements de tronc commun, impératifs réglementaires européens et nécessité d'une expérience pratique. Cette situation était déjà relevée par Ponchel et al. (2014) et semble malheureusement inchangée à ce jour.

Enfin, si la totalité des parcours interrogés autorise les stages complémentaires, les pratiques concernant les stages en libéral restent hétérogènes : autorisés à 94 % en Licence 3, ils ne le sont plus qu'à 70,6 % en Master 1 et 2. Les raisons évoquées sont principalement le manque de contrôle sur la qualité des professionnels, la difficulté à évaluer les aspects d'intégration à une équipe et la moindre familiarisation des étudiantes avec les institutions. Cette disparité ajoute une source supplémentaire d'inégalités dans l'expérience clinique des étudiantes, selon leur parcours universitaire.

Une donnée plus inquiétante concerne, pour 47% des universitaires, une augmentation du nombre d'étudiantes en Master qui ne trouvaient pas de stage, contre 25% des étudiants en Licence. Cette donnée rentre cependant en contradiction avec celle apportée par les étudiantes, pour lesquelles les proportions sont inversées (cf. supra). Nous pouvons faire l'hypothèse d'un "embouteillage" lié aux redoublements augmentant la concurrence, mais également que certains niveaux universitaires sont privilégiés selon les tutrices, ou encore de conséquences de la crise sanitaire de la covid-19.

Notons cependant que ces constats reposent sur les réponses de seulement sept parcours universitaires en neuropsychologie, limitant la généralisation possible de ces résultats.

En ce qui concerne les guides des recherches de stage (https://ofpn.fr/files/Guide_de_recherche_de_stage.pdf) et le guide à destination des référentes (https://ofpn.fr/files/Guide_pour_les_rAfArents_de_stage_en_neuropsychologie.pdf), 70,6% des universitaires qui ont répondu à l'enquête étaient informés de leur existence.

Améliorer les relations tutrices-université : une volonté partagée, des pistes concrètes

À la soutenance de stage, 35 % des référentes universitaires déclarent ne pas convier les tutrices, une donnée congruente avec les 39,6 % de tutrices indiquant ne pas être invitées aux soutenances de Master 2. Cette situation interroge notamment par rapport au cadre législatif, puisque la présence de la tutrice est théoriquement nécessaire à la validation du titre de psychologue. Par ailleurs, Radiguer et al. (2018, p. 33) avaient déjà mis en lumière que « certains responsables déplorent le peu de réponses des maîtres de stages aux invitations faites ». Ces constats soulèvent l'intérêt d'explorer plus précisément les raisons de l'absence ou du manque d'implication des tutrices lors des soutenances, ainsi que les moyens de renforcer leur engagement. La convention de stage pourrait utilement rappeler les obligations respectives de chaque partie.

Tutrices et universitaires expriment conjointement une volonté claire d'améliorer leurs relations

En effet, selon les universitaires interrogés, aucune tutrice ne les sollicite systématiquement : elles le font surtout en cas de difficultés (76,5 %) ou pour demander des renseignements ponctuels (23,5 %). Toutefois, tutrices et universitaires expriment conjointement une volonté claire d'améliorer leurs relations. Ainsi, 42,5 % des tutrices souhaitent des temps de réunions réguliers avec les référentes universitaires, notamment en début et en fin de stage, et 18 % expriment un besoin accru d'informations sur les objectifs de stage et la formation des étudiantes. De leur côté, 94 % des universitaires déclarent définir clairement les objectifs en fonction du niveau d'études.

Plusieurs propositions concrètes émergent pour répondre à ces besoins :

- l'envoi par l'université d'une plaquette explicative annuelle ou l'organisation régulière de réunions sur les objectifs, les éventuels dysfonctionnements et les pistes d'amélioration ;

- des échanges plus précoces et réguliers permettant d'anticiper d'éventuelles difficultés, avec notamment des points intermédiaires en visioconférence ;
- une meilleure communication sur les contraintes institutionnelles et réglementaires auxquelles les universités doivent se conformer ;
- des rencontres régulières, contacts pluriannuels, forums ou visioconférences plébiscités par 86,5 % des tutrices pour renforcer un lien plus direct avec l'université.

Enfin, d'autres pistes intéressantes mériteraient d'être explorées, telles que l'implication des associations locales de neuropsychologie dans les échanges entre tutrices et universitaires, ou encore l'accès des tutrices à une plateforme universitaire en ligne facilitant leurs interactions avec les référentes.

LIMITES ET PERSPECTIVES

L'objectif de ce travail était de relever les freins liés à la diversité concernant l'organisation des stages en neuropsychologie du point de vue des étudiantes, des tutrices de stage et des référentes universitaires.

Nous retrouvons 6 ans plus tard, les mêmes constats que l'étude de Radiguer et al. en 2018, à savoir une forte hétérogénéité des plaquettes universitaires et le besoin d'améliorer la communication entre les tutrices et les référentes universitaires. De même, les inégalités de stage et d'encadrement sont corroborées par les articles publiés dans la revue *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique* en 2014.

Limites

Malgré l'intérêt manifeste suscité par cette enquête, plusieurs limites méthodologiques doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, un biais de recrutement a pu influencer les résultats : le questionnaire a été diffusé via nos réseaux professionnels, potentiellement déjà sensibilisés aux problématiques abordées. Certaines questions ont été mal comprises et n'ont pas permis une analyse fine ou a entraîné une exclusion de données. Ensuite, l'analyse qualitative des réponses ouvertes reposait sur une catégorisation, et a été réalisée sans analyse inter-juges, entraînant un potentiel biais de confirmation. Une analyse par plusieurs juges aurait renforcé la validité. Puis, l'absence d'information sur les participantes (âge, région, type de structures, master intégré, etc.) n'ont pas permis d'affiner les analyses. Pour finir, la faible représentativité des réponses universitaires (seulement 7 masters répondants sur les 26 sollicités) limite la portée générale de nos conclusions.

Nous imaginons donc diffuser plus largement un futur questionnaire avec la mise en place future d'un rôle d'ambassadeur étudiant de l'OFPN au sein de chaque master.

Perspectives

L'analyse de ce questionnaire et les résultats prometteurs nous invitent à approfondir plusieurs aspects dans les études ultérieures. Ainsi, nous désirons exploiter des interviews réalisées en parallèle de ce questionnaire pour apporter un éclairage de terrain.

Ensuite, nous souhaiterions explorer de façon plus approfondie certains aspects non abordés explicitement ici, mais pourtant essentiels aux questions d'inégalités. Par exemple, les questions liées aux discriminations (racisme, laïcité) souvent taboues, mais pourtant présentes dans le champ de la neuropsychologie, mériteraient une attention particulière.

La question de la sélection en master reste également centrale, notamment en lien avec le risque accru de redoublement en Licence 3. Les différences persistantes dans le nombre d'heures obligatoires de stage pourraient ainsi créer des inégalités précoces d'accès à la professionnalisation et affecter la réussite à la sélection en master.

Concernant les relations tutrices-étudiantes, une piste importante à explorer serait celle de la qualité des relations pédagogiques. Il serait utile de questionner plus explicitement les attentes respectives concernant les rôles de tutrice et de stagiaire, ainsi que les postures professionnelles jugées idéales de part et d'autre. En effet, la possibilité pour les stagiaires d'émettre des remarques sur les pratiques professionnelles de leur tutrice est essentielle à la formation continue

des professionnelles. Cependant, trop de stagiaires expriment encore des difficultés à le faire, par crainte d'être mal jugées ou pénalisées. Il semble donc indispensable d'analyser en détail ces situations et les facteurs (individuels et institutionnels) favorisant ou freinant cette communication constructive.

Enfin, nous pourrions explorer les pratiques chez nos voisins francophones.

Références

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.

Bertola, C. (2014). L'accueil des stagiaires : réflexions issues d'une expérience de maître de stage. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, *3*, 23-34.

Le Meur, A. (2014). Le stage en psychologie : point de vue d'une étudiante de master 2 de neuropsychologie. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 3, 16-22.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Armand Colin.

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.

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

Radiguer, F., Amendola, R., Gély-Nargeot, M.-C., Quaglino, V., Desdomaines, M., Spena, L. et Ponchel, A. (2018). Enquête sur les stages en neuropsychologie : point de vue des responsables universitaires. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, *5*, 27-36.

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

Matériels supplémentaires

Section	Types de question
Étudiantes	*Quel est votre niveau d'études ?* *Combien de temps s'est écoulé entre votre candidature et le début du stage ?* *Lors de vos recherches de stage, avez-vous obtenu votre 1er choix ?* *Avez-vous été amené.e à élargir vos critères de recherche, quitte à ne plus correspondre à votre projet de stage initial ?* *Avez-vous effectué un stage hors de votre ville universitaire d'inscription ?* *Avez-vous été gratifié.e pour l'un de vos stages ?* *Si vous avez obtenu un stage dans une ville éloignée de votre domicile, avez vous obtenu une aide de l'université liée à la mobilité et/ou au logement ?* *Avez-vous eu une activité professionnelle pendant vos études ?* *Si oui, expliquez en quoi cette activité a eu un impact sur vos stages.* *Avez-vous débuté votre stage avant décembre/janvier ?* *Si vous n'avez pas obtenu de stage à cette période, quel était votre niveau de stress ?* *Avez-vous envisagé d'abandonner vos études à cause de l'absence de stage ?* *Avez-vous eu ou aurez-vous (selon la plaquette du master) des heures de cours sur le rôle de tuteur de stage ou sur l'alliance pédagogique ?* *Avez vous été confronté-e à d'autres freins dans vos stages ? (par ex. organisation, objectifs, programme, etc)* *Avez-vous déjà entendu parlé du guide de recherche de stage et du guide pour les tuteurs de stage de l'OFPN ?* *Pour les M2 : Nombre d'heures totale de stage effectuées depuis le début*

Section	Types de question
Tutrices	*Sur une échelle de 1 à 7, qualifiez l'aisance /la facilité pour être tuteur de stage ?* *Quel(s) niveau(x) d'études accueillez-vous ?* *Si vous n'encadrez pas d'étudiant, pouvez-vous nous dire pourquoi ?* *Vous avez commencé à accueillir des étudiants au bout de combien d'années d'exercice ?* *Avez-vous eu une formation sur l'encadrement des étudiants dans votre cursus universitaire ou au cours d'un stage ?* *Pensez-vous que cela vous aurait été / serait utile ?* *A quel moment recevez-vous les candidatures avant le début du stage ?* *Recevez-vous des candidatures qui sont éloignées de la population et du projet de l'étudiant ?* *Avez-vous remarqué une augmentation de ces candidatures ?* *Au cours d'un stage, sollicitez-vous les référents universitaires ?* *Par quels moyens êtes-vous en contact avec les référents ?* *Dans l'encadrement des M2, êtes-vous invité-e systématiquement aux soutenances de mémoire/ de stage ?* *Vous est-il déjà arrivé de ne pas valider un stage ?* *Si non, quelles en sont les raisons ?* *Selon vous, comment améliorer les relations université-tuteur ?* *Observez-vous des freins dans l'organisation des périodes de stage ?* *Avez-vous décidé à un moment de votre carrière de ne plus prendre de stagiaires ?* *Si oui, pour quelles raisons ?* *Avez-vous déjà entendu parlé du guide de recherche de stage et du guide pour les tuteurs de stage de l'OFPN ?* *Avez-vous été confronté-e à d'autres freins dans l'encadrement des étudiants ?*

Section	Types de question
Référentes Universitaires	*Quel niveau d'études encadrez-vous ?* *Stage en Licence* *Quel est le nombre d'heures de stage minimum pour valider la formation en Licence ?* *Existe-t-il un nombre d'heures de stage obligatoire maximal à ne pas dépasser ? Si oui, précisez le nombre d'heure* *Comment sont définies les périodes de stage ?* *Observez-vous une augmentation du nombre d'étudiant qui ne trouve pas de stage avec un.e psychologue ?* *Observez-vous des freins pour l'organisation des périodes de stage ?* *Stage en Master* *Quel est le nombre d'heures de stage minimum pour valider la formation en Master ?* *Comment sont définies les périodes de stage en M1 ?* *Observez-vous des freins pour l'organisation des périodes de stage ? (en master 1)* *Comment sont définies les périodes de stage en M2 ?* *Observez-vous des freins pour l'organisation des périodes de stage ? (en master 2)* *Observez-vous une augmentation du nombre d'étudiant qui ne trouve pas de stage ?* *Est-ce que les stages complémentaires sont autorisés ? (Licence et Master)* *Est-ce que les stages en libéral sont autorisés (Licence et Master)* *Si oui, en quelle année ?* *Êtes-vous sollicités par les tuteurs de stage ?* *Par quels moyens êtes-vous en contact avec les tuteurs?* *Invitez-vous systématiquement les tuteurs aux soutenances de stage ?* *Selon vous, comment améliorer les relations université-tuteur ?* *Combien d'heures sont prévues à la professionnalisation dans le cursus ? (suivi de stage, concours, contrats, salaire, lieux d'exercice, statut du psychologue, déontologie...)* *Quelles thématiques sont abordées ?* *Existe-t-il des objectifs de stage prédéfinis selon le niveau de formation ?* *Proposez-vous des heures de cours sur le rôle de tuteur de stage ou sur l'alliance pédagogique ?* *Selon vous, comment améliorer la formation des étudiants sur le terrain ?* *Avez-vous déjà entendu parlé du guide de recherche de stage et du guide pour les tuteurs de stage de l'OFPN ?* *Avez-vous été confronté-e à d'autres freins concernant les stages ? (par ex. organisation, objectifs, programme, manque de tuteurs, etc)*

Tableau 2. Questions posées pour chaque partie.

Difficultés dans le diagnostic différentiel entre épisode dépressif et démence frontotemporale

Difficulties in the differential diagnosis between depressive episode and frontotemporal dementia

Hélène FRANCISQUE

Psychologue spécialisée
en Neuropsychologie
Centre de Neurologie Cognitive –
Centre Mémoire de Ressources et de
Recherche Paris Nord (CMRR),
Pr Paquet, DMU NEUROSCIENCES Adultes
G.H. Lariboisiere – F. Widal,
200 rue du Faubourg St Denis,
75475 Paris Cedex 10
Psychologue Clinicienne
Soutien aux Aidants et aux personnes
malades de la maladie à corps de Lewy
Responsable de la formation sur la MCL,
Association des Aidants et Malades
à Corps de Lewy, A2MCL

Contact

helene.francisque@aphp.fr

Mots-clés

- Démence frontotemporale
- Dépression
- Cognition sociale
- Diagnostic différentiel
- Neuropsychiatrie

Keywords

- *Frontotemporal dementia*
- *Depression*
- *Social cognition*
- *Differential diagnosis*
- *Neuropsychiatry*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Francisque, H. (2025). Difficultés dans le diagnostic différentiel entre épisode dépressif et démence frontotemporale : à propos d'un cas. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 12*, 31-43.

Résumé

Environ 50% des patients qui présentent une démence frontotemporale variante comportementale (DFTvc) reçoivent initialement un diagnostic de pathologie psychiatrique primaire (PPP), avec pour conséquences d'importants retards diagnostiques, des prises en charge inadaptées et une accentuation de la souffrance des aidants. Nous rapportons le cas d'un patient de 52 ans atteint de DFTvc dont le diagnostic a été redressé après deux ans de prise en charge ambulatoire et hospitalière en milieu psychiatrique pour un épisode dépressif caractérisé. L'analyse de l'histoire de la maladie, des évaluations médicales réalisées au fil du suivi et des données du bilan neuropsychologique à la lueur des données de la littérature, des recommandations internationales et de notre expérience pratique nous permettent de mettre en avant les écueils et les points utiles pour le diagnostic différentiel en pratique clinique.

Abstract

Approximately 50% of patients with behavioral variant frontotemporal dementia (vFTD) are initially diagnosed with a primary psychiatric disorder (PPD), resulting in significant diagnostic delays, inadequate care, and increased distress for caregivers. We report the case of a 52-year-old patient with vFTD whose diagnosis was corrected after two years of

outpatient and inpatient psychiatric care for a major depressive episode. Analysis of the history of the disease, medical assessments performed during follow-up, and neuropsychological assessment data, in light of literature data, international guidelines, and our practical experience, allow us to highlight the pitfalls and useful points for differential diagnosis in clinical practice.

INTRODUCTION

Le terme démences frontotemporales (DFT) recouvre les différentes entités cliniques sous-tendues par un ensemble hétérogène de processus à l'origine d'une atteinte dégénérative prédominant au niveau des lobes frontaux et temporaux (dégénérescences lobaires frontotemporales) (Bang et al., 2015). Plusieurs formes cliniques sont observées, dont la plus fréquente appelée variante comportementale (DFTvc) est caractérisée par des modifications psychocomportementales et des fonctions exécutives au premier plan (Rascovsky et al., 2011). De ce fait, le diagnostic différentiel entre DFTvc et pathologie psychiatrique primaire (PPP) s'avère souvent difficile et 50% des patients atteints de DFTvc reçoivent un diagnostic psychiatrique antérieur (Ducharme et al., 2020), majoritairement d'épisode dépressif majeur, mais aussi de troubles bipolaires, de troubles de la personnalité ou encore de troubles du spectre autistique (Vijverberg et al., 2017). Les répercussions négatives sont multiples avec retard diagnostique (5 ans en moyenne), prise en charge inadaptée (traitements psychotropes inappropriés…) et majoration de la souffrance et du fardeau des proches aidants. Ces difficultés diagnostiques tiennent au fait que les perturbations en rapport avec des pathologies psychiatriques primaires et celles secondaires aux DFTvc se ressemblent, se recoupent et ne s'excluent pas.

Le diagnostic différentiel entre DFTvc et pathologie psychiatrique primaire (PPP) s'avère souvent difficile et 50 % des patients atteints de DFTvc reçoivent un diagnostic psychiatrique antérieur

Toutefois, une évaluation bien menée et détaillée intégrant les données et recommandations (Ducharme et al., 2020) issues de travaux menés sur ce sujet durant les dernières années permettent de redresser précocement et efficacement le diagnostic pour offrir une prise en charge adaptée aux patients et à leurs proches. Des outils de *screening* conçus pour être utilisés par des non spécialistes tels que la *FTD/PPD Checklist* ont été développés durant les dernières années (Ducharme et al., 2019), mais seule une évaluation fine et spécialisée, dans laquelle l'apport du neuropsychologue est essentiel, permettra de réaliser une diagnostic formel.

Pour illustrer cette problématique et mettre en lumière les difficultés posées par la problématique du diagnostic différentiel entre DFTvc et PPP, ainsi que les outils et approches utiles dans cette situation, nous rapportons le cas d'un patient de 52 ans atteint de DFTvc dont le diagnostic a été redressé après deux ans de prise en charge ambulatoire et hospitalière en milieu psychiatrique pour un épisode dépressif caractérisé.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Module biographique

Nous rapportons le cas de Monsieur X, âgé de 52 ans à la date de sa première consultation dans le centre. Il est marié, a deux enfants de 16 et 18 ans, et travaillait comme directeur en entreprise jusqu'à son licenciement.

Parcours psychiatrique initial

Monsieur X débute un suivi auprès d'un psychiatre libéral au cours de l'année 2020 quelques mois après un licenciement. L'épouse de Monsieur X est à l'initiative de cette prise en charge. Un diagnostic d'épisode dépressif ca-

ractérisé est retenu et un traitement psychotrope prescrit. Devant la persistance de symptômes interprétés comme appartenant à la lignée dépressive, il est hospitalisé en clinique psychiatrique pour un mois à partir de début janvier 2021. L'observation d'entrée décrit un homme « déniant » le besoin de soins, la nécessité de l'hospitalisation ainsi que la présence d'idées noires. La plainte rapportée est limitée à des troubles du sommeil, avec un discours jugé « rationalisant ». Monsieur X n'aurait pas investi la relation thérapeutique. À l'issue de l'hospitalisation, une amélioration est décrite dans les courriers médicaux avec réduction des crises d'angoisses et amélioration de l'élan vital ayant permis la reprise de certaines activités. Toutefois, auraient persisté un hermétisme, une superficialité avec attitude défensive et un « déni » de la dépression. La prise en charge se poursuit en ambulatoire. Malgré de multiples ajustements du traitement, la symptomatologie persiste, avec grande souffrance de l'entourage qui amène à une démultiplication des interventions en parallèle du suivi principal (médicamenteuses – antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la serotonine : paroxetine, inhibiteur de la recapture de la serotonine et de la noradrenaline : sertraline, tricycliques : amytriptiline… ; non médicamenteuses dont rTMS…).

Psychothérapie

Dans ce contexte, l'épouse de Monsieur X initie un rendez-vous avec un psychologue. Monsieur X est perçu lors des consultations comme un homme « étranger » à la souffrance exprimée par ses proches, « ralenti, éteint, déconnecté » et ayant subi un « burn-out ». De nouveau, il est rapporté qu'il « dépeint la réalité telle qu'il voudrait qu'elle soit », avec un « déni » de la situation. Le mode de communication des époux est mis en question, tout comme la relation aux autres, au regard du fait que Monsieur X n'a jamais fait état de ses difficultés professionnelles. Enfin, la souffrance de l'entourage est relevée tout comme le déséquilibre familial qui est mis au compte des « mensonges » du patient pour garder le cap ou éviter les situations qui le dérangent. Sept séances de neurofeedback sont réalisées sans effet notable.

Plainte des proches de Monsieur X

La famille élargie de Monsieur X, son épouse et ses enfants, ses frères et sœurs, écrivent en dernier recours une lettre au psychiatre pour souligner leur douleur et désarroi face à « cette détresse invisible et souriante » rapportée par le corps médical, et l'absence d'amélioration de l'état de santé de Monsieur X. Ils décrivent même une accentuation progressive des troubles.

Consultation spécialisée

Monsieur X est finalement adressé en consultation spécialisée dépression résistante par son psychiatre traitant qui résume la situation comme suit : « thymie à tonalité dépressive associée à une anxiété, car il peut montrer quelques signes d'agitation tout en étant une personne calme, qui s'isole et se met en retrait et désinvestit toute activité, a un discours pauvre, peu loquace avec peu d'introspection psychique et un déni de la dépression ». Il n'y a pas d'antécédents personnels ou familiaux rapportés de maladies psychiatriques. Le score à l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) est de 0.

Devant les atypies relevées par le psychiatre qui le reçoit, le dossier est présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire psychiatrie-neurocognition à l'issue de laquelle une évaluation neuropsychologique est préconisée. Le traitement psychotrope au moment de l'évaluation consiste en venlafaxine LP 75mg par jour.

Devant les atypies relevées par le psychiatre qui le reçoit, le dossier est présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire psychiatrie-neurocognition à l'issue de laquelle une évaluation neuropsychologique est préconisée

Évaluation neuropsychologique

Module biographique

La scolarité de Monsieur X s'est déroulée sans particularités. On ne détecte pas de troubles des apprentissages, ni de difficultés

dans les contacts sociaux. Il a deux frères et une sœur avec qui l'entente est et a toujours été très bonne. Il vient d'une famille d'agriculteurs, ayant peu de moyens, qui ont choisi d'investir sur la scolarité de leurs enfants. Il passe son BAC, intègre une classe préparatoire, puis l'école des Mines et devient ingénieur. Il a de multiples activités extra-professionnelles, sportives notamment. Sur le plan professionnel, sa carrière est brillante, avec de nombreux déplacements à l'international et des responsabilités d'encadrement croissantes, jusqu'à plusieurs centaines de personnes dans le monde. Il est repéré par un chasseur de tête et recruté à un poste de directeur nécessitant un déménagement de toute la famille en 2009 (poste dont il sera licencié en 2020). Sur le plan personnel, il rencontre son épouse en 1994, se marie en 1997 et a deux enfants en 2004 et 2006. Les contacts familiaux et avec ses amis sont bons. Son épouse souligne que son époux a un tempérament de base hyperactif et a des intérêts variés.

Début des troubles

En retraçant le parcours professionnel sur le dernier poste, il apparaît que des problèmes ont émergé à partir de l'année 2016, concomitant à l'arrivée d'un nouveau supérieur. Des erreurs sont repérées, se répètent et deviennent dommageables avec le temps. Monsieur X explique que c'est parce qu'on lui a imposé une équipe qui n'avait pas les compétences requises. De multiples plaintes sont formulées par sa direction qui le convoque finalement pour un entretien préalable à un licenciement en septembre 2020 durant lequel il lui est reproché entre autres une « communication peu adaptée au contexte », une « absence de réponse pertinente et argumentée aux questions posées », un impact négatif sur l'image de l'entreprise auprès de l'extérieur et un « comportement inadapté ». L'ensemble marque donc une cassure nette avec le parcours professionnel antérieur.

À la suite de son licenciement, son épouse décrit des changements notables : il s'occupe moins des tâches domestiques dont il a la charge, reporte certaines actions, a moins d'activités de loisirs et moins d'intérêts pour le monde environnant. Elle rapporte également une perte de la motivation, un intérêt diminué pour ses enfants et une baisse de sa libido. Les différentes lignes de traitements médicamenteux et non médicamenteux n'améliorent pas ces manifestations qui vont s'accentuant au fil du temps.

Présentation

Dès le début de l'entretien, on est frappé par une importante aspontanéité : Monsieur X. doit être sollicité pour intervenir, il n'exprime aucune plainte, ne rapporte aucune gêne cognitive, ni fonctionnelle et apparaît indifférent à la situation alarmante que décrit son épouse. L'expression émotionnelle, mimique ou verbale, est quasi inexistante. Les phrases employées sont correctes sur le plan syntaxique et grammatical, mais les constructions sont simplifiées avec des phrases courtes au vu du niveau socio-éducatif. Le discours est ponctué de mots familiers, voire grossiers. Ainsi, il explique son licenciement comme « un coup de pute » fait par sa hiérarchie sous de faux prétextes.

Durant la consultation, on relève des conduites persévératives, Monsieur X se levant brusquement pour se rendre aux toilettes à au moins 5 reprises. De plus, il se rend dans les toilettes les plus éloignées alors que d'autres sanitaires sont disponibles à quelques mètres du bureau.

Entretien avec l'entourage

Contrairement à ce que laissaient penser les comptes rendus antérieurs, l'épouse de Monsieur X indique ne jamais avoir observé de tristesse de l'humeur chez son mari, ni d'idées de culpabilité, de sentiment d'impuissance ou de pensées suicidaires, ni d'éléments anxieux.

Elle allègue de multiples changements comportementaux et cognitifs. Ainsi, elle rapporte sur le plan cognitif des troubles de la mémoire, du langage, de l'attention et un dysfonctionnement d'allure exécutive. Sur le plan comportemental, elle décrit une réduction de la spontanéité, une apathie majeure avec arrêt de toute activité, et le visionnage de clips internet en boucle et sans les choisir.

Elle rapporte qu'il a délaissé son apparence et ne prend plus soin de lui tel qu'il en avait l'habitude et des conflits surviennent lorsqu'elle lui suggère de changer de vêtements ou de faire sa toilette. Elle observe des réactions décalées, une réduction de l'affectivité et de l'expression émo-

tionnelle qui lui donnent le sentiment que plus rien ne touche son époux. Elle indique qu'il ne témoigne plus d'intérêt à ses enfants ni à elle-même, alors que vient de lui être découvert un cancer.

Elle dit avoir également observé une rigidité et des rituels, Monsieur X vérifiant un très grand nombre de fois la fermeture de la porte ou le loquet sur le volet. Il sort se promener sur de courtes distances au moins 10 fois dans la journée, a un horaire de coucher avancé et ritualisé et s'impatiente avant les repas. Sur le plan alimentaire, elle indique des changements dans la conduite avec une baisse des convenances sociales à table : Monsieur X peut manger à toute heure de la journée, très rapidement, n'attend plus sa famille pour commencer à manger et peut se servir directement dans le plat. Elle note également une modification des préférences alimentaires avec une appétence nette pour le sucré et une augmentation de la consommation d'alcool ce qui l'a conduite à cacher les provisions. Monsieur X mange également des denrées périmées et des pâtes non cuites, non égouttées et brûlantes.

L'épouse de Monsieur X. indique durant l'entretien se demander si les troubles ne sont pas à l'origine de son licenciement, alors qu'elle avait auparavant l'impression qu'ils en étaient la conséquence.

Exploration cognitive

Il s'agit de la première évaluation neuropsychologique. L'efficience cognitive globale est faiblement perturbée avec un score MMSE à 24/30.

Le bilan réalisé met en évidence au premier plan une atteinte de la cognition sociale. Les capacités en théorie de l'esprit (cognitive et affective) sont déficitaires : test des Faux Pas de la MINI-SEA (Quesque et al., 2020) à 8/30 (sans trouble de la compréhension associé). Monsieur X ne reconnaît que deux situations de maladresse sociale sur les 5 (Faux Pas). Il indique de plus que le protagoniste commet de façon intentionnelle la maladresse sociale. Il ne peut inférer un état émotionnel de la victime du Faux Pas dans la situation subie de maladresse sociale. À cela s'ajoute un trouble dans la reconnaissance des émotions faciales (MINI-SEA), l'identification de la tristesse étant la plus altérée. Les connaissances concernant les situations sociales sont également perturbées (Thibaudeau et al., 2018).

Sur le plan des fonctions exécutives, on relève un syndrome dysexécutif comportemental au premier plan (décrit ci-dessus) ainsi que cognitif dominé par un trouble de l'inhibition massif (Bayard et al., 2017). La BREF est à 12/18. Des atteintes langagières sont notées de type trouble de l'accès au stock lexical avec une dénomination à 36/40 (Merck et al., 2011), aidée par l'ébauche orale associée à une réduction des fluences littérales. Les capacités mnésiques sont perturbées dans les aspects de récupération et de stockage imposant l'abandon de la tâche (RL/RI-16). Dans une moindre mesure, les capacités de flexibilité (TMT) sont altérées. Il n'y a aucun trouble des gnosies visuelles (VOSP), ni visuo-constructif (copie de figure de Rey), ni des praxies gestuelles (Mahieux-Laurent et al., 2009).

ÉVALUATION MÉDICALE

Antécédents familiaux

La construction d'un arbre généalogique révèle de multiples antécédents neurologiques chez les apparentés de Monsieur X : maladie de Parkinson chez son père avec décès en 3 ans, sclérose latérale amyotrophique chez sa mère et maladie de Parkinson chez un cousin maternel.

Bilan paraclinique

L'IRM cérébrale met en évidence une atrophie cortico-sous-corticale diffuse sévère prédominant légèrement dans les régions fronto-temporales. L'analyse du métabolisme cortical par TEP-FDG conclut à une hypofixation fronto-temporale à prédominance pré-frontale mésiale. La ponction lombaire pour dosage des biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer a été refusée par le patient.

Conclusion / diagnostic

Les éléments recueillis à la date de la consultation dans notre centre permettent de porter le diagnostic de démence fronto-temporale probable variante comportementale (DFTvc) selon les critères internationaux en vigueur (Rascovsky

Possible DFTvc :
Détérioration progressive du comportement et/ou de la cognition.
Au moins 3 symptômes suivants (A-F) qui soient progressifs et persistants :

A : Désinhibition comportementale précoce (≥ 1)
- *Comportement socialement inapproprié*
- *Perte de bonnes manières / bienséance*
- *Actions impulsives / imprudentes / négligentes*

B : Apathie ou inertie inaugurale (≥ 1)

C : Perte de sympathie ou d'empathie précoce (≥ 1)
- *Réponse réduite face aux besoins et sentiments d'autrui*
- *Réduction d'intérêt pour les relations interpersonnelles / sociales / de la cordialité*

D : Comportements compulsifs / ritualisés / persévératifs / stéréotypés inauguraux (≥ 1)
- *Mouvements répétitifs simples*
- *Comportements complexes / compulsifs / ritualisés*
- *Stéréotypies du langage*

E : Hyperoralité / changements régime alimentaire (≥1)
- *Changements dans les préférences alimentaires*
- *Compulsions alimentaires (*binge eating*, augmentation de la consommation tabac/cigarettes)*
- *Exploration orale / consommation d'objets non comestibles*

F : Profil neuropsychologique (tous)
- *Déficit dans des tâches requérant les fonctions exécutives*
- *Relative préservation de la mémoire épisodique*
- *Relative préservation des compétences visuo-spatiales*

Probable DFT-C : tous les symptômes doivent être présents
- *Avoir les critères de DFTvc possible*
- *Déclin fonctionnel significatif*
- *Imagerie : ≥ 1 présent*

Atrophie frontale et/ou temporale antérieure
Hypoperfusion/hypométabolisme frontale et/ou temporale antérieure en TEP / SPECT

Tableau 1 : Critères diagnostiques de la DFTvc (adaptés de Rascovsky et al., 2011)

et al., 2011) (Cf. Tableau 1). En effet, Monsieur X présente un syndrome dysexécutif comportemental et cognitif d'aggravation progressive au premier plan, avec altération marquée de la cognition sociale et retentissement sur son fonctionnement en vie quotidienne. Le diagnostic est conforté par les données de l'imagerie cérébrale morphologique et métabolique. Au vu des antécédents, du jeune âge et de la fréquence des formes familiales de DFT, une analyse génétique est proposée.

DISCUSSION

Entretien anamnestique

Une approche multidisciplinaire, psychiatrique, neurologique (Vijverberg et al., 2017) et neuropsychologique est dans ce cadre vivement recommandée par les experts. Elle vise à recueillir les données anamnestiques et médicales sur la vie entière, se faire une idée de la personnalité et du mode de vie du patient, situer le début des troubles, la chronologie des symptômes précur-

seurs, la régularité ou l'irrégularité de leur présence dans le temps ainsi qu'évaluer l'impact des troubles sur les différentes sphères de la vie (existe-t-il un domaine préservé ?). Lors de cette recherche, tout indice de rupture durable avec l'état antérieur sur les plans psychiatriques, cognitifs, fonctionnels et personnels est à considérer comme étant plutôt indicatif d'une maladie neurodégénérative débutante. En effet, les maladies ou troubles psychiatriques peuvent induire des atteintes cognitives et comportementales similaires à celles des maladies neurodégénératives, mais dont l'évolution est marquée par des rémissions, ou au moins des périodes d'améliorations significatives, avec un début remontant le plus souvent à la fin de l'adolescence ou aux premières années de l'âge adulte. A l'inverse, les démences fronto-temporales sont des maladies neurodégénératives débutant généralement entre 45 et 75 ans (pic d'incidence entre 55 et 65 ans) avec une évolution progressive et défavorable.

Une autre différence majeure concerne l'origine de la plainte. A l'inverse des patients qui présentent un trouble psychiatrique primaire, les patients atteints de DFTvc sont généralement anosognosiques et n'ont pas de plaintes cognitives ou thymiques, ou des plaintes superficielles ou encore qui apparaissent sans rapport avec la situation (plaintes somatiques…). Les proches jouent donc un rôle clé dans le recueil des données (Ducharme et al., 2015), ce d'autant plus qu'eux seuls peuvent pointer les symptômes subtils qui s'inscrivent en rupture avec l'état antérieur et les normes familiales, évitant à l'évaluateur d'avoir à les apprécier à l'aune de ses propres normes. En effet, connaître ce point de référence réduit le risque d'interpréter selon notre propre référentiel personnel ou théorique.

Étude des symptômes thymiques et comportementaux

Délimiter les contours des symptômes et en apprécier précisément la nature est également essentiel (Ducharme et al., 2015). Par exemple, il est parfois complexe de différencier l'apathie qui est souvent au premier plan chez les patients atteints de DFTvc des symptômes considérés comme classiquement reliés au syndrome dépressif tels que l'aboulie et/ou l'anhédonie. L'apathie est définie comme une réduction des comportements orientés vers un but, ceci au moins pour partie indépendamment du caractère plaisant ou déplaisant de l'action. Elle diffère donc de l'anhédonie qui est une réduction ou une incapacité à ressentir du plaisir et de l'aboulie qui est une réduction de la motivation, de « l'envie ». Ces dernières sont donc plutôt évocatrices en pratique quotidienne d'un trouble psychiatrique, tout particulièrement si elles s'associent à une tristesse de l'humeur, une détresse émotionnelle ou encore une préoccupation du patient concernant sa situation (Ducharme et al., 2015). Par contraste, dans les DFT, l'apathie peut dominer le tableau sans affects douloureux ou préoccupation associés, ou alors avec une plainte superficielle, avec un défaut d'*insight*, une faible conscience des troubles voire une anosognosie (Ducharme et al., 2019). On notera toutefois que des travaux récents ont suggéré l'existence d'une authentique anhédonie chez certains patients atteints de DFT, incitant à considérer la présence/absence de ce symptôme avec prudence dans la démarche diagnostique (Shaw et al., 2021).

Ce type de grille de lecture discriminative critique doit être idéalement appliqué à chaque symptôme, comme illustré dans le Tableau 2. Certaines modifications comportementales particulièrement évocatrices de DFTvc seront à rechercher tout particulièrement : modifications alimentaires, en particulier appétence nouvelle pour les aliments sucrés, hyperphagie, restriction de la variété des menus ou consommation d'aliments non comestibles ; diminution des préoccupations concernant l'hygiène avec opposition ; stéréotypies et ritualisation du quotidien, …. L'utilisation d'outils (échelles, entretien semi-structuré) peuvent aider à un recueil approfondi avec par exemple l'outil Désinhibition, Apathie, Persévérations, Hyperoralité, Négligence et perte d'Empathie (DAPHNE) (Boutoleau-Bretonnière et al., 2015) ou l'échelle de comportement frontal (Al Aloucy et al., 2009) (pour une synthèse d'outils disponibles voir Boutoleau-Bretonnière et al., 2013).

Lecture psycho-pathologique	Lecture neurocognitive	Questionnement neuropsychiatrique
Déni	*Anosognosie* *Défaut d'insight*	*Présence d'une douleur morale ou d'une tristesse de l'humeur ?* *Présence d'une préoccupation au sujet de la situation par le patient ?* *Quelle réaction lors de la confrontation aux déficits en bilan ?* Confronter et apprécier l'intensité de la plainte spontanée du patient (ou son absence) aux plaintes de l'aidant.
Anhédonie *Aboulie*	*Apathie*	*Existe-t-il une détresse ou une dysphorie associée ?* *Existe-t-il des ruminations, des pensées négatives, un sentiment d'impuissance ou des pensées suicidaires ?* *A minima, existe-t-il des changements d'humeur ?* Évaluer la participation émotionnelle dans la réduction des comportements.
Ralenti / déconnecté / éteint *Perte d'intérêt* *Baisse d'énergie*	*Apathie comportementale*	*Les symptômes se généralisent-ils dans tous les domaines de la vie de la personne ?* *Présence d'une douleur morale ou souci au sujet de son état par le patient ?* *La personne se plaint-elle de fatigue ou de manque d'énergie ?* Comparer le questionnaire d'apathie rempli par le patient à celui rempli par l'aidant par exemple.
Discours pauvre, peu loquace	*Apathie émotionnelle* *Trouble du langage* *Trouble de la spontanéité*	Apprécier le langage par un bilan neuropsychologique complet (quantitatif et qualitatif). Rechercher en particulier : Réduction des réponses, persévérations, écholalies, stéréotypies, langage adynamique, adhérence au discours de l'autre.
Introspection psychique limitée	*Anosognosie*	*Comment le patient explique-t-il sa venue dans le centre ?* *Quelle est la plainte du patient et quelle est celle de son proche ?* *Les plaintes du patient/des proches sont-elles d'intensité équivalente ? Si non, laquelle paraît la plus sévère ?* Possibilité d'utiliser des échelles d'anosognosie (qui restent à valider en français et dans ces pathologies) (de Ruijter et al., 2020) ou la comparaison des scores sur des échelles d'auto- et d'hétér-évaluation de certains symptômes (apathie…) (Clarke et al., 2007).
Homme étranger à la souffrance *N'investit pas la relation*	*Atteinte de la cognition sociale, perte de l'empathie*	*Comme le patient explique sa venue en consultation ?* *Quels changements de personnalité l'aidant rapporte-t-il ?* Utiliser un questionnaire standardisé comme l'Index de Réactivité Interpersonnel (Gilet et al., 2013)
Mensonge	*Rigidité psychique (« colle à ses idées »)* *Troubles en mémoire épisodique* *Fausses croyances*	*Des éléments factuels font-ils penser que la personne cache délibérément la vérité ?* Approfondir l'entretien avec patient et accompagnant pour rechercher un caractère stéréotypé, inadapté au contexte, détaché de tout « bénéfice » éventuel pour le patient.

Lecture psycho-pathologique	Lecture neurocognitive	Questionnement neuropsychiatrique
Agitation (anxieuse)	*Stéréotypies* *Agitation psychomotrice stérile*	*La personne se plaint-elle d'une anxiété / stress / angoisse en parallèle de cette agitation ?* *Cette agitation est-elle accompagnée d'une exaltation de l'humeur (manie/hypomanie d'un trouble bipolaire) et de l'énergie ?* Faire préciser les émotions/motifs sous-jacents aux comportements. Apprécier les signes associés (essoufflement, sueurs…).
Crise psychosociale	*Désinhibition comportementale*	*Présence d'une rationalisation des comportements ?* *Présence de consommation de substances ?* *Présence d'idées de grandeur, d'élation de l'humeur, d'augmentation de l'énergie, de baisse du besoin de sommeil ?* *Ces comportements sont-ils épisodiques ou bien sont présent la plupart du temps ?* *Quelles sont les normes du patient et de son proche ?* Préciser avec le patient et l'aidant la congruence à l'humeur ressentie et affichée. Utiliser des échelles d'évaluation comportementale validées (FBI, NPI…) (Cummings, 1997; Kertesz et al., 2000).

Tableau 2. Analyse critique psychopathologique/neurocognitive des manifestations observées chez Monsieur X.

Exploration cognitive approfondie

Comme souligné ci-dessus, le diagnostic différentiel débute dès l'étape anamnestique. Une évaluation neuropsychologique approfondie apparaît également indispensable au cours de laquelle toutes les fonctions cognitives seront explorées à l'aide de tâches standardisées (fonctions instrumentales, langage, praxies, habiletés visuo-constructives, gnosies visuelles, mémoire épisodique verbale et visuelle, fonctions exécutives, maintien attentionnel, ainsi que la cognition sociale).

Pour une mesure rapide des fonctions cognitives, le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) sera préférable au MMSE, car plus sensibles aux déficits exécutifs et/ou langagiers. L'*Addenbrooke Cognitive Examination* (ACE-R) est un test d'évaluation de l'efficience cognitive globale développé pour les patients atteints de DFT et disposant d'une version française validée (Bier et al., 2005). Il a le double avantage de permettre l'extraction du score MMSE et de se présenter sous forme modulaire (langage, visuo-construction…) permettant une passation partielle pour l'évaluation rapide de certaines fonctions cognitives.

Les pathologies psychiatriques pouvant être accompagnées de déficits cognitifs d'ordre attentionnel et/ou exécutif, les scores des tests habituels seront peu discriminants pour le diagnostic différentiel (Johnen et Bertoux, 2019 ; Vijverberg et al., 2017). En revanche, l'analyse qualitative des erreurs, des stratégies mises en place, des réactions face aux erreurs ou échecs aux tâches peuvent apporter un faisceau d'indices en faveur de l'une ou l'autre pathologie (Ducharme et al., 2020). De plus, si les déficits exécutifs persistent, voire se dégradent au fil du suivi, l'hypothèse d'une DFTvc sera renforcée.

Les tests langagiers (dénomination d'images par exemple) ainsi que de cognition sociale apparaissent les plus sensibles pour la discrimination entre DFTvc et PPP. Un certain nombre de tests de cognition sociale ont démontré un intérêt en pratique courante (Baez et al., 2019). Les tests de reconnaissance des émotions faciales (visages d'Ekman ou *Reading the Mind in the Eyes Test*) sont des tests rapides et de passation simple qui peuvent montrer une atteinte

plus importante dans la DFTvc que dans les PPP (Gossink et al., 2018). Les performances en théorie de l'esprit seront classiquement évaluées par la MINI-SEA, batterie standardisée qui montrera des performances déficitaires dans le cadre des DFTvc (Quesque et al., 2020). D'autres épreuves validées en français peuvent également être utilisées en tant qu'alternative ou en complément telles que la TOM-15, un test de fausses croyances (Desgranges et al., 2012). De manière générale, on cherchera à mettre en évidence les altérations de la théorie de l'esprit affective qui apparaissent plus précocement perturbée que celle cognitive chez les patients atteints de DFTvc (Torralva et al., 2015). Il est important de souligner que l'analyse du profil cognitivo-comportemental des patients atteints de DFTvc révèlera souvent de manière caractéristique une atteinte dysexécutive comportementale (qualitative et par les tests de cognition sociale) proportionnellement plus marquée que celle cognitive (Ossenkoppele et al., 2015).

L'analyse qualitative des erreurs, des stratégies mises en place, des réactions face aux erreurs ou échecs aux tâches peuvent apporter un faisceau d'indices en faveur de l'une ou l'autre pathologie

La relative préservation de la mémoire épisodique mentionnée dans les critères diagnostiques (Rascovsky et al., 2011), si elle reste la règle, doit être nuancée, car certains patients avec une DFTvc avérée présentent d'authentiques troubles du stockage sur les épreuves de mémoire. Ainsi, les récents critères pour le diagnostic de DFTvc prodromale en recherche ne mentionnent plus ce critère mémoire (Barker et al., 2022).

Enfin, les capacités de navigation spatiale, visuo-constructive et visuo-perceptive sont habituellement conservées dans la DFTvc en dehors de la répercussion d'un éventuel trouble d'organisation ou planification.

L'évaluation cognitive à proprement parler doit toujours être complétée d'une évaluation de l'humeur, de l'anxiété, de l'apathie, voire du fardeau de l'aidant. Des auto- et hétéro-questionnaires standardisés permettent d'obtenir des données chiffrées sur ces différentes sphères lorsque l'évaluateur ne se sent pas à l'aise avec la conduite d'un entretien libre sur ces aspects.

SYNTHÈSE POUR LA PRATIQUE

L'évaluation de ce type de patients nécessitant à la fois une anamnèse longue et un bilan complet et approfondi, il est souhaitable de réaliser l'évaluation sur un double créneau, en spécifiant bien la présence indispensable de l'aidant durant la première partie de l'évaluation. Celle-ci sera primordiale pour caractériser les symptômes comportementaux qui sont le plus souvent au premier plan dans les DFTvc (par comparaison aux atteintes cognitives) et présents dans tous les domaines de la vie (sociale, personnelle, intime, professionnelle, familiale). De plus, cela permettra à l'évaluateur d'apprécier finement les normes sociales du patient, ce qui est précieux pour juger des symptômes psycho-comportementaux qui pourraient spontanément paraître trop subtiles ou, au contraire, trop manifestes par rapport au référentiel de l'évaluateur (par exemple, commencer à manger avant que tous les convives soient assis à table est banal chez de nombreuses personnes alors qu'il s'agit d'une impolitesse chez d'autres). Ainsi, l'aidant est dans de nombreux cas la clé pour juger d'une rupture avec l'état antérieur durable, au moins aux stades précoces.

Schématiquement, l'évaluation neuropsychologique se décompose donc en trois temps :

1. Le premier temps d'anamnèse avec le patient et l'aidant permet de retracer l'histoire des troubles, de recueillir la plainte du patient et celle de l'aidant, de les confronter (apprécier l'*insight* du patient) puis observer les réactions des deux parties en entretien. On appréciera en particulier la souffrance de l'entourage qui est souvent très importante dans les DFTvc et contraste nettement avec celle du patient (on observe classiquement l'inverse dans les PPP). Ce recueil peut être facilité par l'utilisation d'échelles administrées en auto- et en hétéro-questionnaire qui seront comparées entre elles.
2. Le deuxième temps permet l'exploration qualitative et/ou quantitative des symptômes comportementaux et thymiques avec l'aidant (en présence ou non du patient selon ce qu'il autorise) en balayant tous les do-

maines de la vie et des habitudes (alimentation, consommation, loisirs, …).

3. Enfin, le troisième temps s'axera sur l'évaluation cognitive approfondie au sens propre, incluant la cognition sociale et une analyse qualitative de la réalisation des tâches.

CONCLUSION

Le diagnostic différentiel entre démence fronto-temporale variante comportementale et pathologie psychiatrique primaire à début tardif est complexe, car il demande de connaître, comprendre et intégrer un ensemble de symptômes partiellement chevauchant pour distinguer le typique de l'atypique. Une approche ouverte, méthodique et complète (qui demande du temps), permet de redresser précocement le diagnostic et d'adapter la prise en charge du patient et de ses proches. Un travail en concertation pluridisciplinaire seront des aides précieuses dans ce contexte.

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie les Drs Emmanuel COGNAT et Vincent HENNION ainsi que Madame Aurélie MEAUZOONE pour leur participation à la prise en charge de Monsieur X et/ou à la préparation de cet article.

Références

Al Aloucy, J., Volteau, M., Vanoli, L., Eloy, L., Cotret, R., Seman, D., Shahkarami, S. et Roudier, M. (2009). Validation en langue française de l'échelle FBI. *Revue Neurologique*, *165*(10), 76. https://doi.org/10.1016/S0035-3787(09)72647-5

Baez, S., Pinasco, C., Roca, M., Ferrari, J., Couto, B., García-Cordero, I., Ibañez, A., Cruz, F., Reyes, P., Matallana, D., Manes, F., Cetcovich, M. et Torralva, T. (2019). Brain structural correlates of executive and social cognition profiles in behavioral variant frontotemporal dementia and elderly bipolar disorder. *Neuropsychologia*, *126*, 159-169. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.02.012

Bang, J., Spina, S. et Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia. *Lancet*, *386*(10004), 1672-1682. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00461-4

Barker, M. S., Gottesman, R. T., Manoochehri, M., Chapman, S., Appleby, B. S., Brushaber, D., Devick, K. L., Dickerson, B. C., Domoto-Reilly, K., Fields, J. A., Forsberg, L. K., Galasko, D. R., Ghoshal, N., Goldman, J., Graff-Radford, N. R., Grossman, M., Heuer, H. W., Hsiung, G.-Y., Knopman, D. S., … et Weintraub, S. (2022). Proposed research criteria for prodromal behavioural variant frontotemporal dementia. *Brain*, *145*(3), 1079-1097. https://doi.org/10.1093/brain/awab365

Bayard, S., Gély-Nargeot, M.-C., Raffard, S., Guerdoux-Ninot, E., Kamara, E., Gros-Balthazard, F., Jacus, J.-P., Moroni, C. et le Collège des Psychologues Cliniciens spécialisés en Neuropsychologie du Languedoc Roussillon (CPCN-Languedoc Roussillon). (2017). French Version of the Hayling Sentence Completion Test, Part I : Normative Data and Guidelines for Error Scoring. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *32*(5), 585-591. https://doi.org/10.1093/arclin/acx010

Bier, J.-C., Donckels, V., Van Eyll, E., Claes, T., Slama, H., Fery, P. et Vokaer, M. (2005). The French Addenbrooke's cognitive examination is effective in detecting dementia in a French-speaking population. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *19*(1), 15-17. https://doi.org/10.1159/000080965

Boutoleau-Bretonnière, C., Evrard, C., Hardouin, J. B., Rocher, L., Charriau, T., Etcharry-Bouyx, F., Auriacombe, S., Richard-Mornas, A., Lebert, F., Pasquier, F., Sauvaget, A., Bulteau, S., Vercelletto, M., Derkinderen, P., Bretonnière, C. et Thomas-Antérion, C. (2015). DAPHNE : A New Tool for the Assessment of the Behavioral Variant of Frontotemporal Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, *5*(3), 503-516. https://doi.org/10.1159/000440859

Boutoleau-Bretonnière, C., Vercelletto, M. et Thomas-Antérion, C. (2013). Les troubles du comportement dans la variante frontale de la DFT : Comment les explorer ? *Revue de neuropsychologie*, *5*(2), 119. https://doi.org/10.3917/rne.052.0119

Clarke, D. E., van Reekum, R., Simard, M., Streiner, D. L., Freedman, M. et Conn, D. (2007). Apathy in dementia : An examination of the psychometric properties of the apathy evaluation scale. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *19*(1), 57-64. https://doi.org/10.1176/jnp.2007.19.1.57

Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory : Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, *48*(5 Suppl 6), 10S-16S. https://doi.org/10.1212/WNL.48.5_Suppl_6.10S

De Ruijter, N. S., Schoonbrood, A. M. G., van Twillert, B. et Hoff, E. I. (2020). Anosognosia in dementia : A review of current assessment instruments. *Alzheimer's & Dementia : Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, *12*(1), e12079. https://doi.org/10.1002/dad2.12079

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

Ducharme, S., Dols, A., Laforce, R., Devenney, E., Kumfor, F., van den Stock, J., Dallaire-Théroux, C., Seelaar, H., Gossink, F., Vijverberg, E., Huey, E., Vandenbulcke, M., Masellis, M., Trieu, C., Onyike, C., Caramelli, P., de Souza, L. C., Santillo, A., Waldö, M. L., … et Pijnenburg, Y. (2020). Recommendations to distinguish behavioural variant frontotemporal dementia from psychiatric disorders. *Brain*, *143*(6), 1632-1650. https://doi.org/10.1093/brain/awaa018

Ducharme, S., Pearl-Dowler, L., Gossink, F., McCarthy, J., Lai, J., Dickerson, B. C., Chertkow, H., Rapin, L., Vijverberg, E., Krudop, W., Dols, A. et Pijnenburg, Y. (2019). The Frontotemporal Dementia versus Primary Psychiatric Disorder (FTD versus PPD) Checklist : A Bedside Clinical Tool to Identify Behavioral Variant FTD in Patients with Late-Onset Behavioral Changes. *Journal of Alzheimer's Disease*, *67*(1), 113-124. https://doi.org/10.3233/JAD-180839

Ducharme, S., Price, B. H., Larvie, M., Dougherty, D. D. et Dickerson, B. C. (2015). Clinical Approach to the Differential Diagnosis Between Behavioral Variant Frontotemporal Dementia and Primary Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *172*(9), 827-837. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101248

Gilet, A.-L., Mella, N., Studer, J., Grühn, D. et Labouvie-Vief, G. (2013). Assessing dispositional empathy in adults : A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *45*(1), 42-48. https://doi.org/10.1037/a0030425

Gossink, F., Schouws, S., Krudop, W., Scheltens, P., Stek, M., Pijnenburg, Y. et Dols, A. (2018). Social Cognition Differentiates Behavioral Variant Frontotemporal Dementia From Other Neurodegenerative Diseases and Psychiatric Disorders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(5), 569-579. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.12.008

Johnen, A. et Bertoux, M. (2019). Psychological and Cognitive Markers of Behavioral Variant Frontotemporal Dementia–A Clinical Neuropsychologist's View on Diagnostic Criteria and Beyond. *Frontiers in Neurology*, *10*, 594. https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00594

Kertesz, A., Nadkarni, N., Davidson, W. et Thomas, A. W. (2000). The Frontal Behavioral Inventory in the differential diagnosis of frontotemporal dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, *6*(4), 460-468. https://doi.org/10.1017/s1355617700644041

Mahieux-Laurent, F., Fabre, C., Galbrun, E., Dubrulle, A. et Moroni, C. (2009). Validation d'une batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles pour consultation Mémoire. Évaluation chez 419 témoins, 127 patients atteints de troubles cognitifs légers et 320 patients atteints d'une démence. *Revue Neurologique*, *165*(6-7), 560-567. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2008.11.016

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

Ossenkoppele, R., Pijnenburg, Y. A. L., Perry, D. C., Cohn-Sheehy, B. I., Scheltens, N. M. E., Vogel, J. W., Kramer, J. H., van der Vlies, A. E., Joie, R. L., Rosen, H. J., van der Flier, W. M., Grinberg, L. T., Rozemuller, A. J., Huang, E. J., van Berckel, B. N. M., Miller, B. L., Barkhof, F., Jagust, W. J., Scheltens, P., … et Rabinovici, G. D. (2015). The behavioural/dysexecutive variant of Alzheimer's disease : Clinical, neuroimaging and pathological features. *Brain*, *138*(9), 2732-2749. https://doi.org/10.1093/brain/awv191

Quesque, F., Michalon, S., Blanc, F. et Bertoux, M. (2021). Validation de la mini-SEA dans une population française variée : Données de référence pour la pratique clinique. *Revue de Neuropsychologie*, *12*, 367-375. https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0609

Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., van Swieten, J. C., Seelaar, H., Dopper, E. G. P., Onyike, C. U., Hillis, A. E., Josephs, K. A., Boeve, B. F., Kertesz, A., Seeley, W. W., Rankin, K. P., Johnson, J. K., Gorno-Tempini, M.-L., Rosen, H., … et Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain : A Journal of Neurology*, *134*(Pt 9), 2456-2477. https://doi.org/10.1093/brain/awr179

Shaw, S. R., El-Omar, H., Roquet, D., Hodges, J. R., Piguet, O., Ahmed, R. M., Whitton, A. E. et Irish, M. (2021). Uncovering the prevalence and neural substrates of anhedonia in frontotemporal dementia. *Brain*, *144*(5), 1551-1564. https://doi.org/10.1093/brain/awab032

Thibaudeau, E., Cellard, C., Legendre, M., Villeneuve, K. et Achim, A. M. (2018). Reliability of two social cognition tests : The combined stories test and the social knowledge test. *Psychiatry Research*, *262*, 63-69. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.026

Torralva, T., Gleichgerrcht, E., Torres Ardila, M. J., Roca, M. et Manes, F. F. (2015). Differential Cognitive and Affective Theory of Mind Abilities at Mild and Moderate Stages of Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. *Cognitive and Behavioral Neurology*, *28*(2), 63. https://doi.org/10.1097/WNN.0000000000000053

Vijverberg, E. G. B., Schouws, S., Meesters, P. D., Verwijk, E., Comijs, H., Koene, T., Schreuder, C., Beekman, A., Scheltens, P., Stek, M., Pijnenburg, Y. et Dols, A. (2017). Cognitive Deficits in Patients With Neuropsychiatric Symptoms : A Comparative Study Between Behavioral Variant Frontotemporal Dementia and Primary Psychiatric Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *78*(8), e940-e946. https://doi.org/10.4088/JCP.16m11019

Nature des liens entre sémiologie neuropsychologique et symptomatologie psychiatrique : une réflexion issue de la clinique

Nature of the links between neuropsychological semiology and psychiatric symptomatology : clinical reflections

Marina PIVETTE

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
CHU Lille, Centre Support Nord
et de Proximité de Remédiation cognitive
et de Réhabilitation psychosociale (CSN2R)

Contact

marina.pivette@chu-lille.fr

Mots-clés

- Symptômes schizophréniques
- Dépression
- Approche dimensionnelle de la persécution
- Mémoire source
- Réhabilitation psychosociale

Keywords

- *Schizophrenic symptoms*
- *Depression*
- *Dimensional approach of persecution*
- *Source memory*
- *Psychosocial rehabilitation*

Conflits d'intérêts

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

Pour citer cet article

Pivette, M. (2025). Nature des liens entre sémiologie neuropsychologique et symptomatologie psychiatrique : une réflexion issue de la clinique. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique, 12*, 44-49.

Résumé

En repartant d'expérience clinique partagée en centre de réhabilitation psychosociale, cet article met en lumière de possibles liens entre la sémiologie neuropsychologique et les symptômes psychiatriques. Ainsi, il sera mis en miroir une lecture catégorielle psychiatrique (DSM-5) et l'émergence de modèles neuropsychologiques, soutenant une approche dimensionnelle, dont le premier de C.D. Frith qui a favorisé un remaniement conceptuel en psychiatrie. Au travers de l'illustration des symptômes psychotiques, puis brièvement de la dépression, il sera présenté une réflexion clinique sur l'intrication dynamique des troubles cognitifs, des biais de raisonnement et des symptômes psychiatriques. Enfin, la reconnaissance d'une variance du retentissement fonctionnel du handicap psychique par les troubles cognitifs permet d'appuyer le développement de soins non médicamenteux, dont l'accompagnement neuropsychologique comme levier à l'*empowerment*.

Abstract

Starting from a shared clinical experience in a psychosocial rehabilitation center, this article highlights possible links between neuropsychological semiology and psychiatric symptoms. Thus, it will mirror a psychiatric categorical reading (DSM-5) and the emergence of neuropsychological models, supporting a dimensional approach, the first of which C.D. Frith favored a conceptual redesign in psychiatry. Through

the illustration of psychotic symptoms, then briefly of depression, it will be presented a clinical reflection on the dynamic entanglement of cognitive disorders, reasoning biases and psychiatric symptoms. Finally, the recognition of a variance in the functional impact of mental disability by cognitive disorders supports the development of non-drug care, including neuropsychological support as a lever for empowerment.

CONTEXTE

Cet article, sous le format « retour de formation », propose de faire un résumé d'une communication orale lors du congrès de l'association locale – « Nord'Opsy » – du Nord (59) et du Pas-de-Calais (62), le 13 octobre 2022. Cette première journée thématique avait pour sujet les cognitions sociales et était ouverte aux professionnel.les psychologues spécialisé.e.s en neuropsychologie et les étudiant.e.s en neuropsychologie.

Cette intervention à trois voix (Marion Feron, Emilie Musset, Marina Pivette) évoque la clinique de la cognition sociale en psychiatrie, l'accompagnement neuropsychologique, entre outils, cas cliniques et échanges de pratique. Exerçant dans des centres spécialisés en réhabilitation psychosociale, l'expérience clinique partagée questionne l'approche catégorielle des troubles psychiatriques en faisant apparaître, par l'analyse fonctionnelle, les processus neuropsychologiques sous-jacents.

Cette communication a pour but de faire apparaître le fonctionnement neuropsychologique hypothétique derrière l'expression du symptôme psychiatrique qui a la particularité de ne pas s'appuyer sur une étiologie lésionnelle acquise, mais un dysfonctionnement des connexions neuronales mis en place progressivement (Prouteau, 2011). Tout comme la chronologie de la découverte des troubles cognitifs en psychiatrie, nous présenterons d'abord certains symptômes psychotiques, puis l'application de cette lecture dimensionnelle aux troubles dépressifs.

Cette communication a pour but de faire apparaître le fonctionnement neuropsychologique hypothétique derrière l'expression du symptôme psychiatrique

Chaque symptôme relèverait, bien sûr, à lui seul d'une revue de littérature exhaustive. Ici, nous faisons le choix de mettre en lumière la relation entretenue entre la fonction cognitive et certains signes cliniques, sur la base des observations psychologiques et au travers de modèles existant, sans ambition de faire une démonstration de leur validité. C'est une invitation à la réflexion en neuropsychologie clinique, en laissant soin aux équipes de recherche fondamentale de s'emparer de ce vaste champ d'investigation.

NEUROPSYCHOLOGIE ET TROUBLES PSYCHOTIQUES

C'est à partir des travaux de C.D. Frith (1992), proposant un modèle unifié des symptômes positifs de la schizophrénie, que s'élaborent les modèles neurocognitifs corrélant le sentiment d'agentivité, le contrôle de l'action avec certains délires, puis aux phénomènes hallucinatoires et l'automatisme mental (Troubé, 2017). Ces modèles participent à l'approche dimensionnelle des troubles psychiatriques. Cette approche s'appuie sur le postulat de l'existence de déficits fondamentaux à l'origine du symptôme, qui n'est pas pathognomonique d'un trouble, mais partagé entre plusieurs affections (Franck, 2013).

La cinquième édition du DSM – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – s'appuie sur une lecture catégorielle, a-conceptuelle. Elle permet d'expliciter les signes cliniques, mais favorise une perception réductrice du trouble psychique, car n'offrant pas de modèle explicatif. Les éléments-clés des troubles psychotiques sont listés comme la présence d'idée délirante, d'hallucination, de pensée désorganisée, de comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (dont la catatonie) et de symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

Les hallucinations, expériences perceptives sans stimulus externe, sont décrites par le DSM-5 comme « saisissantes et claires avec la force et l'impact des perceptions normales, pas sous le contrôle de la volonté ». Les formes les plus fréquentes seraient auditives, sous forme de voix familières ou étrangères, perçues comme distinctes de la propre pensée du sujet. Ce phénomène est expliqué par Frith (1992), à l'époque, comme un discours interne mentalisé qui ne serait pas reconnu comme le sien. Le processus de *reality monitoring* permettant de distinguer ce qui vient d'une source interne ou externe, dysfonctionnant, ne donne pas accès à la différenciation entre ce qui vient de sa pensée ou d'un son entendu. Alors l'investigation des processus de mémoire de source rend compte du rôle critique des phases d'encodage, influencées de perceptions peu fiables, dans l'interprétation de l'expérience vécue (pour revue, voir Damiani et al., 2022).

La **désorganisation** est décrite comme un « trouble du cours de la pensée » (DSM-5), déduite du discours de l'individu (pouvant passer d'un sujet à l'autre ou donner des réponses non reliées à la question) ou de son comportement (agitation imprévisible dans des comportements dirigés vers un but et ayant un impact sur la vie quotidienne). Tout comme une approche plus moderne de la neuropsychologie de la schizophrénie (Prouteau, 2011), nous questionnons l'intégrité des fonctions exécutives dans cette expression symptomatique. Nous observons un superviseur attentionnel (Norman et Shallice, 1986) qui ne réussit plus à inhiber certains schémas inappropriés dans la planification consciente et délibérée des actions. La fonction inhibitrice du modèle de Miyake et al. (2000) ne parvient plus à supprimer l'information non pertinente et cela perturbe l'atteinte d'un but. L'anticipation, l'identification des séquences d'action, leur hiérarchisation et l'intégration des informations contextuelles sont des fonctions pouvant gêner le contrôle de l'action (Prouteau, 2011).

Sur le versant de la **symptomatologie négative,** le DSM-5 rapporte la « diminution de l'expression émotionnelle sur le visage, le contact visuel, la prosodie, les mouvements des mains et de la tête ». Les auteurs traitant de l'aspect neuropsychologique mettent en avant dans cette population une altération des processus de traitement des informations faciales (Vernet et al. 2008). Or, nous savons que ces troubles de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles influencent la production d'émotions (Demily et al., 2011). D'autres symptômes négatifs comme l'aboulie, l'alogie, l'anhédonie et l'asociabilité sont décrits comme un manque de motivation, une diminution des intérêts, du plaisir, du discours et un manque d'intérêt pour les interactions sociales (DSM-5). Or, les troubles des cognitions sociales, le défaut d'attribution d'états mentaux, génèreraient une incompréhension des besoins et des désirs d'autrui qui auraient pour conséquence le désintérêt des relations, le retrait social et secondairement l'émergence d'un sentiment d'insécurité (Franck, 2011). Ces symptômes sont multidimensionnels et à considérer de manière dynamique et intégrative (pour aller plus loin, voir Raffard et Dé comb e, 2019).

Pour ce qui est **des idées délirantes**, le DSM-5 les définie comme « des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui le contredisent » dont les thèmes peuvent être de persécution (harcèlement, agression), de référence (des gestes, commentaires ou éléments de l'environnement nous sont destinés), mégalomaniaques (renommé, richesse exceptionnelle), érotomaniaque (être aimé d'une personne), ou somatique (préoccupation sur la santé). Dans les premiers modèles pour comprendre leur intrication à la sémiologie neuropsychologique, C.D. Frith (1992) relit les processus d'attribution d'état mentaux aux thématiques des idées délirantes. Le défaut d'attribution sous-tendrait les thématiques de persécution et de référence, alors que l'atteinte des processus de reconnaissance de ses propres états mentaux, appelé *monitoring* interne, sous-tendrait le syndrome d'influence. Plus récemment, la pratique clinique peut s'appuyer sur des conceptions psychologiques alliant la présence de déficits attentionnels, exécutifs, de cognitions sociales et l'activation de biais de raisonnement (aussi appelés biais ou distorsions cogniti.f.ve.s comme le saut au conclusion, le biais contre les preuves infirmantes) pour expliquer l'émergence et le maintien de ces idées (Franck, 2013 ; Simon et Tranchard, 2022). Nous illustrons au travers d'un cas clinique, la progression et l'articulation entre psychopathologie, neuropsychologie et TCC.

En consultation psychiatrique, nous n'avons plus accès aux processus dynamiques sous-

jacents à l'idée délirante. L'analyse fonctionnelle de la progression de ces pensées en interaction avec l'environnement de la personne permet ici d'observer la dynamique possible de ces processus. Nous illustrons ces observations au travers d'un cas clinique, « Dédé » :

DÉPRESSION ET FONCTIONNEMENT NEUROPSYCHOLOGIQUE

Les critères listés par le DSM-5 reprennent l'humeur dépressive, la baisse de l'intérêt et du plaisir, la perte ou gain de poids, des troubles du sommeil, agitation ou ralentissement psychomoteur, une fatigue, de la dévalorisation ou de la culpabilité, des difficultés de concentration ou d'indécision, des pensées de mort ou des idées suicidaires.

Dans une communication orale lors des Journées Psychiatrie Neurologie Gériatrie (2017), le Pr Gohier propose une discussion autour de la lecture neuropsychologique de la dépression, alors que la plainte cognitive est habituellement peu évaluée chez ces personnes. Effectivement, sont usuellement retrouvés des troubles d'attention sélective, de la mémoire de travail, des fonctions exécutives et de la vitesse de traitement (Douglas et al., 2018). Alors, il est fait un parallèle entre les troubles attentionnels et la distractibilité, puis entre les troubles de flexibilité et la thématique mono-idéique, et enfin, entre les fragilités d'inhibition et les difficultés à freiner des idées noires et intrusives. Au niveau des cognitions sociales, il est retrouvé un traitement préférentiel de la tristesse et des difficultés de désengagement de visages tristes. Les déficits de théorie de l'esprit (intéroceptifs, empathiques ou d'hypomentalisation) favoriseraient cette centration sur soi. Ainsi, les troubles exécutifs et de cognitions sociales, associés aux biais cognitifs de la dépression (abstraction sélection, surgénéralisation négative, personnalisation, etc.) participent à l'émergence et au maintien d'une humeur triste et participent au cercle vicieux de la dépression,

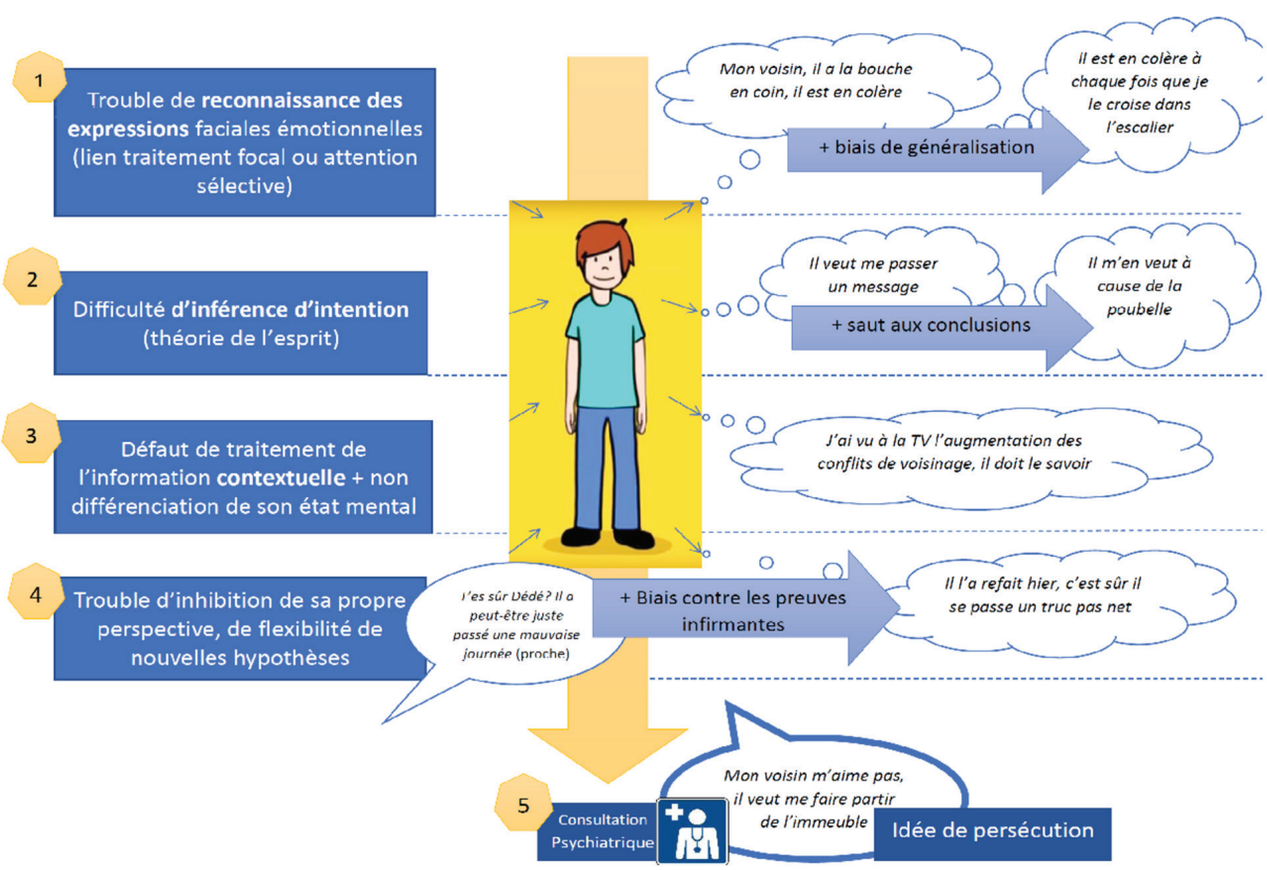


Figure 1: Illustration clinique de la progression et de l'intrication des troubles neuropsychologiques, des biais cognitifs et de la sémiologie psychiatrique dans l'émergence et le maintien des idées délirantes de persécution.

au même titre que les signes physiques et émotionnels (Amieva et al., 2019) (Figure 1).

ACCOMPAGNEMENT NEUROPSYCHOLOGIQUE ET RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Les pratiques de soins en psychiatrie évoluent et les soins en réhabilitation psychosociale se développent appuyés par le modèle du handicap psychique (Hardy-Bayle et al., 2015). La variance du retentissement fonctionnel est déterminée pour 35 à 50% par les troubles neurocognitifs, puis pour le reste, par l'altération des cognitions sociales, le manque d'*insight*, de motivation, de métacognition, de l'estime de soi (internalisation de la stigmatisation). Cela a permis d'individualiser les cibles de soin et ainsi contribuer à l'organisation des soins en réhabilitation psychosociale, pour lesquels la neuropsychologie a une place centrale. Les soins spécifiques, comme la remédiation cognitive et l'éducation thérapeutique du patient, ont pu s'installer comme soins non médicamenteux complémentaires aux pratiques médicamenteuses. Ils sont désormais proposés le plus précocement possible dans le cas de pathologie émergente pour réduire leur impact dans la trajectoire de vie.

Les pratiques de soins en psychiatrie évoluent et les soins en réhabilitation psychosociale se développent appuyés par le modèle du handicap psychique

Ainsi, les fonctions cognitives, fragilités ou ressources du profil, sont des leviers dans l'accompagnement des troubles psychiatriques. Pour exemple, nous citons les travaux de Favrod et al. (2006) qui questionnent l'impact de la remédiation cognitive sur la mémoire source pour diminuer la fréquence de la symptomatologie psychotique. Au travers de deux études de cas, ils décrivent la possibilité de compenser des déficits de reconnaissance de la source par la mise en place de nouvelles stratégies et de maintenir l'effet de ces compensations à un mois. Malgré les limites évidentes du niveau de preuve, cet article permet d'inspirer d'autres cliniciens sur la confection d'outils d'accompagnement neuropsychologique et de l'articuler avec la sémiologie psychopathologique. Elle soulève aussi l'effet de ces soins sur le changement de posture, sous-tendu par une relation thérapeutique collaborative, d'expert à expert. La personne est experte de son expérience des voix et le professionnel de sa formation. Cette posture permet de soutenir le développement du sentiment d'auto-efficacité personnelle, de favoriser l'*empowerment*, par le renforcement des processus métacognitifs (voir Pontzeele et al., 2022 pour aller plus loin sur les outils neuropsychologiques soutenant l'*empowerment*).

Ainsi les fonctions cognitives, fragilités ou ressources du profil, sont des leviers dans l'accompagnement des troubles psychiatriques

CONCLUSION

Alors que la pratique actuelle en psychiatrie s'appuie largement sur une approche catégorielle au travers du DSM dont les limites sont reconnues, il faut défendre la place des soins non médicamenteux (van der Linden, 2016). L'approche dimensionnelle, appuyée des travaux en neuropsychologie, pourrait contribuer à l'innovation des soins en psychiatrie. Ainsi, l'articulation, illustrée ici dans les troubles schizophréniques et rapidement dans la dépression, s'étend également dans l'appréhension du syndrome de stress post-traumatique, du trouble de personnalité limite, du trouble du comportement alimentaire, etc. Les bénéfices cliniques de l'abord neuropsychologique en psychiatrie sont constatés dans la compréhension de la dynamique du trouble, dans la proposition d'accompagnement et dans la considération de nouvelles cibles de soin. Il manque à ces pratiques la validation des modèles explicatifs qu'il faudrait pouvoir soumettre à des paradigmes de recherche. En neuropsychologie, l'intérêt grandissant des protocoles expérimentaux de cas unique invite à une collaboration tripartite, d'expert à expert, entre chercheu.r.se, clinicien.ne et personne concernée par une problématique de santé psychique.

Références

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq ; 5e éd.). Elsevier Masson.

Amieva, H., Prouteau, A. et Martinaud, O. (2019). *Neuropsychologie en psychiatrie*. De Boeck.

Damiani, S., Donadeo, A., Bassetti, N., Salazar-de-Pablo, G., Guiot, C., Politi, P. et Fusar-Poli, P. (2022), Understanding source monitoring subtypes and their relation to psychosis : a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *76*, 162-171. https://doi.org/10.1111/pcn.13338

Demily, C., Weiss, T., Desmurget, M., Franck, N. et Baudouin, J.-Y. (2011). Recognition of self-generated facial emotions is impaired in schizophrenia. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, *23*(2), 189-193. https://doi.org/10.1176/jnp.23.2.jnp189

Douglas, K. M., Gallagher, P., Robinson, L. J., Carter, J. D., McIntosh, V. V., Frampton, C. M., … et Porter, R. J. (2018). Prevalence of cognitive impairment in major depression and bipolar disorder. *Bipolar disorders*, *20*(3), 260-274. https://doi.org/10.1111/bdi.12602

Favrod, J., Vianin, P., Pomini, V. et Mast, F. (2006) A first step toward cognitive remediation of voices : a case study. *Cognitive Behavior Therapy*, *35*(3),159-163. https://doi.org/10.1080/16506070600802993

Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, *10*(1), 1-16.

Frith, C. D. (1992) *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*. PUF.

Gendry-Gohier, B. (20217). *Neuropsychologie et dépression*. 20ème Journée Psychiatrie Neurologie Gériatrie.

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*. Rapport du Centre de Preuves en psychiatrie et santé mentale. Récupéré de http://cdppsm.fr/PDF/RAPPORT.pdf.

Pontzeele, S., Pivette, M., Musset, E. et Deloche, M.-C. (2022). Empowerment et Neuropsychologie : comment amorcer un changement de posture dans nos pratiques ? *Les cahiers de Neuropsychologie Clinique*, *9*, 6-17.

Prouteau, A. (2011). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie : Enjeux et débats*. Dunod.

Raffard, S. et Décombe, A. (2019). Chapitre 6. Mécanismes cognitifs à l'œuvre dans les symptômes négatifs. Dans H. Amieva, A. Prouteau et O. Martinaud (Dir.), *Neuropsychologie en psychiatrie* (p. 121-140). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.amiev.2019.01.0121.

Van der Linden, M. (2016). Chapitre 1. S'affranchir du DSM ou d'une vision essentialiste des problèmes psychologiques. Dans J.-L. Monestès (Dir.), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie : Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* (p. 9-32). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.mones.2016.01.0009

Vernet, M., Baudouin, J. Y. et Franck, N. (2008). Facial emotion space in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, *13*(1), 59-73 : https://doi.org/10.1080/13546800701795228

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.