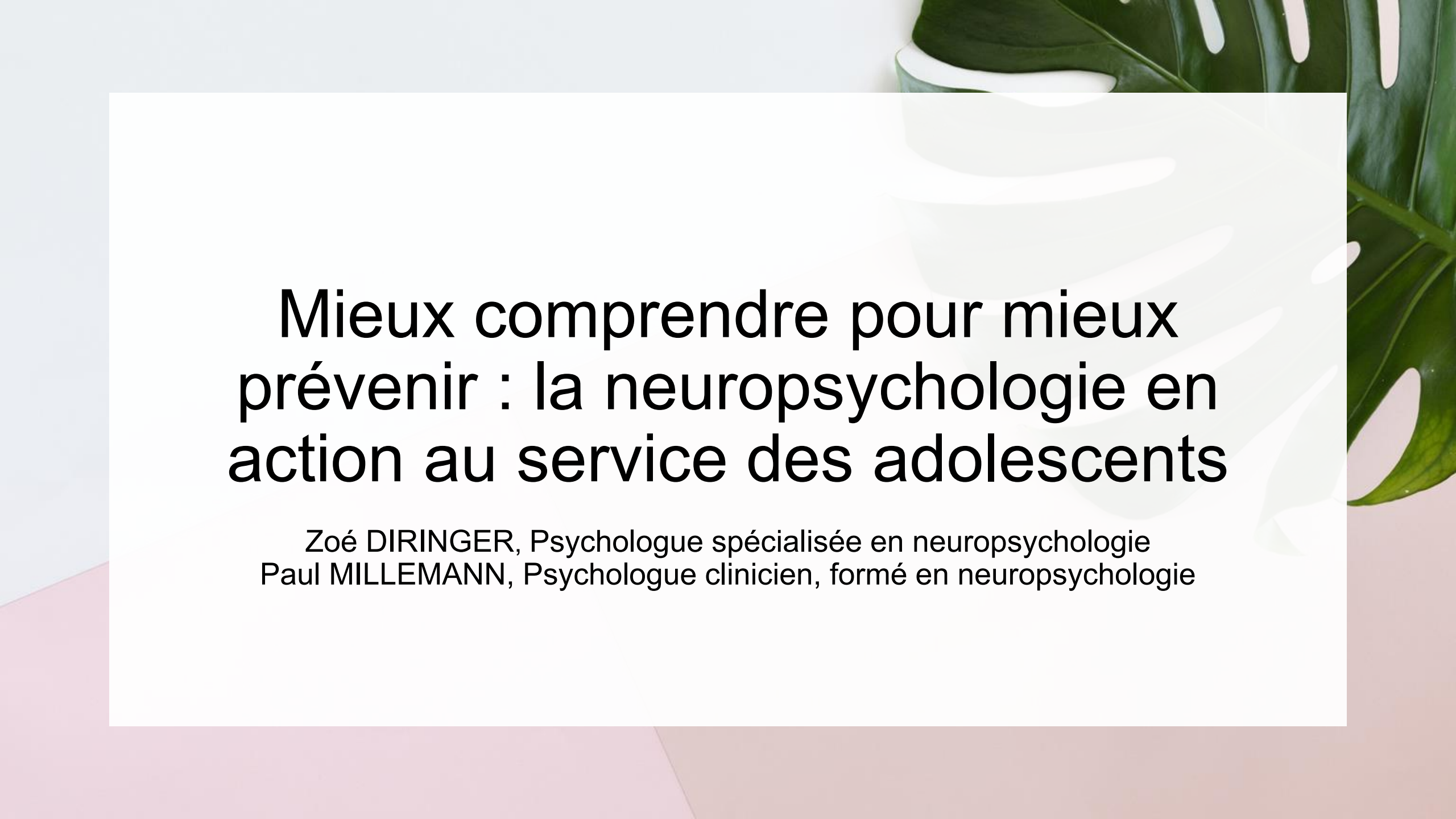




Mieux comprendre pour mieux prévenir : la neuropsychologie en action au service des adolescents

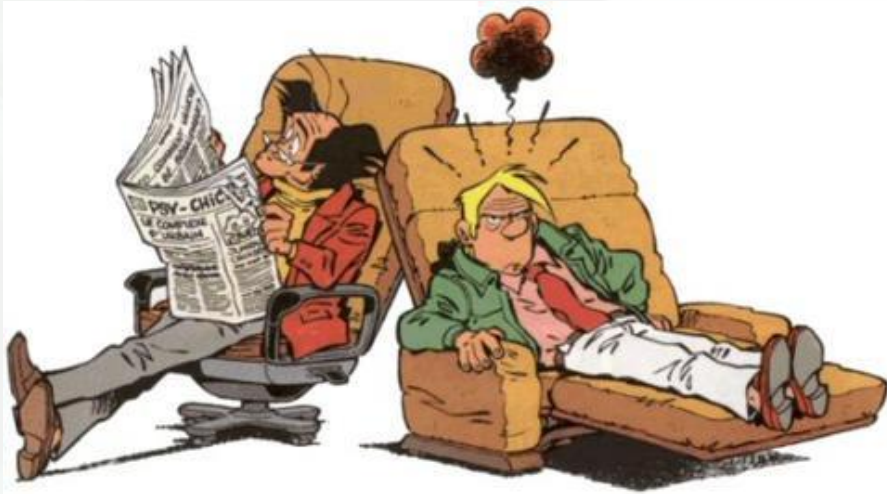
Zoé DIRINGER, Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Paul MILLEMANN, Psychologue clinicien, formé en neuropsychologie

Ordre du jour

Introduction

1. Quelques définitions et précisions
2. A propos des bilans neuropsychologiques pour les adolescents.
3. Et la remédiation cognitive ?

Conclusion



Source : Bedu & Cauvin, *Les psy*,
editions Dupuis

Qu'est-ce qu'un Psychologue ?

Un psychologue dispose d'une formation universitaire (niveau 7) dans un des domaines de la psychologie :

- Psychologie clinique et pathologique.
- Neuropsychologie.
- Psychologie du développement.
- Psychologie du travail et des organisations.
- Psychologie sociale.
- ...

Le titre de psychologue est protégé depuis 1986. L'exercice de la profession respecte l'application d'un code de déontologie.

Quelles missions chez les adolescents ?

Accompagner les jeunes et/ou leurs familles en fonction **des difficultés rencontrées** dans leur vie (personnelle, familiale, scolaire...) en s'appuyant sur une approche (ou plusieurs).

Accompagner en réseau ou en lien avec une **équipe pluriprofessionnelle** (psychiatrique, hospitalière, éducative...) en fonction du contexte de travail (institution ou libéral)

Proposer des **bilans psychologiques** centrés sur l'**efficacité intellectuelle** (tests d'intelligence) et repérer des difficultés spécifiques dans la **sphère psycho-affective** et le **développement psychique** du jeune (questionnaires et tests projectifs).

Donner un **avis** (expertise) sur les difficultés de la personne (**aide au diagnostic** en fonction du contexte).

Grandes approches thérapeutiques

L'accompagnement psychologique fait souvent référence à l'une ou l'autre des approches de psychothérapie.

- La **psychanalyse** (Freud, Lacan...) : approche centrée sur l'histoire de la personne et ses traumatismes pour apprendre à s'en détacher.
- Les **thérapies humanistes** (Rogers) : approche centrées sur la personne et la capacité à se réaliser
- Les **thérapies psycho-corporelles** : le corps est agent du changement psychique (relaxation...)
- Les **thérapies cognitives et comportementales (TCC)** (Pavlov, Skinner, Watson, Beck, Bandura...) : trois vagues thérapeutiques qui s'intéressent aux pensées, aux émotions et aux comportements.
- Les **thérapies systémiques** (Bateson, Watzlawick...) : elles analysent les difficultés en fonction du contexte et des interactions (ex : thérapies familiales).
- Les **thérapies intégratives** : synthèse des outils des autres...

Le bilan psychologique

Le bilan psychologique (parfois appelé “bilan psychométrique”) vise à déterminer le niveau intellectuel d’un enfant ou d’un jeune en comparaison avec d’autres jeunes du même âge et également à donner une appréciation du développement psychique du jeune.

Il est souvent composé d’un **test de quotient intellectuel** et d’un **test projectif**.

Il est utilisé par des psychologues à des fins d’orientation scolaire (classe adaptées SEGPA, ULIS). Ils viennent compléter une évaluation scolaire en français et mathématiques et parfois le document GEVASCO.

L’interprétation des résultats permet de participer à l’élaboration pluriprofessionnelle d’un diagnostic ou d’aider votre entourage à mieux comprendre vos difficultés.

Contenu possible d'un bilan

Un recueil de données (avec le jeune et/ou la famille).

Des questionnaires (selon les demandes)

- Compétences et habiletés sociales.
- Stress post-traumatique.
- Anxiété et dépression.

Des échelles d'intelligence :

- WISC-V de 6 à 16 ans
- WAIS-IV de 17 à 25 ans (et plus...)

Des tests projectifs pour observer les troubles de l'humeur, les mécanismes de défense... (orientation analytique)

- Test du dessin de famille..
- Test de Roschach.
- CAT, TAT ou Patte Noire

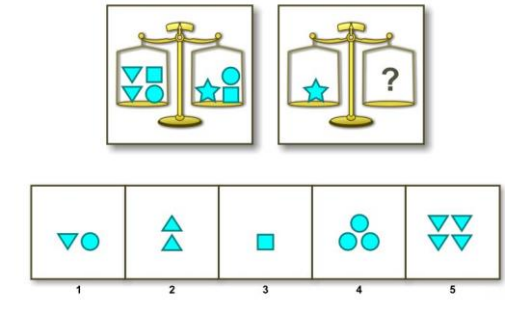
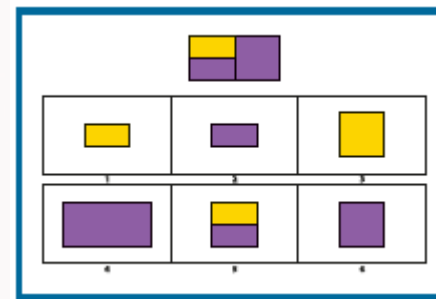
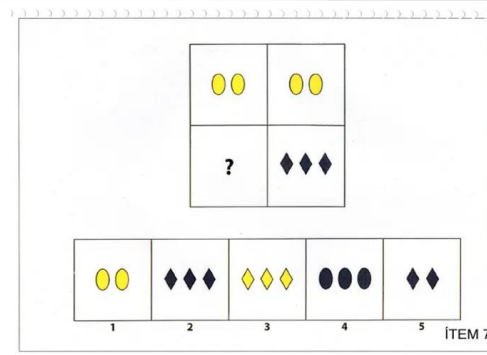
Des outils spécifiques pour observer et comprendre la dynamique familiale (orientation systémique)

- Génogramme
- SAGA ou bouchons
- Jeu de l'Oie systémique

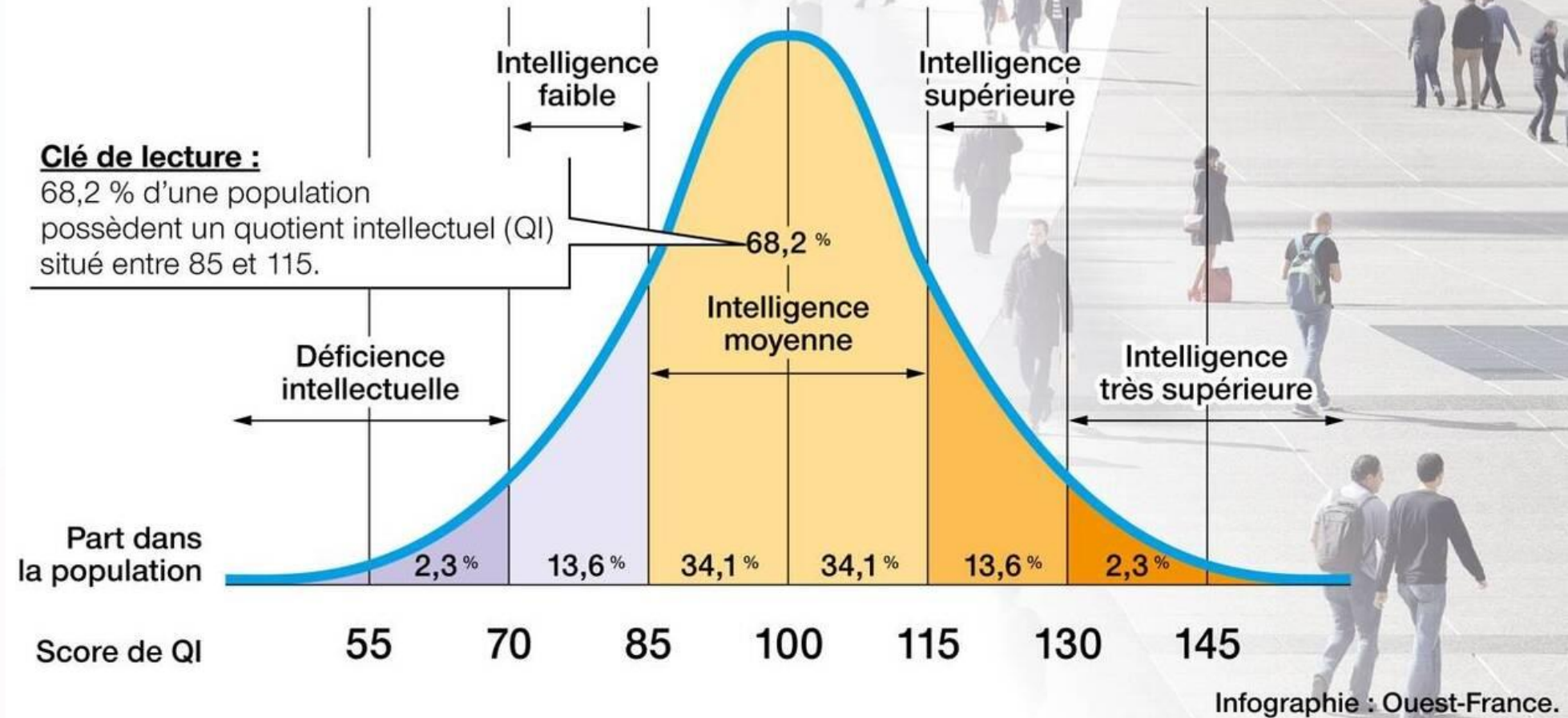
Spécificité du WISC-V

Les indices du WISC

- QI - Total (homogène ou hétérogène)
- Compréhension verbale (ICV) (similitudes, vocabulaire).
- Visuo-spatial (IVP) - (cubes, puzzles)
- Raisonnement fluide (IRF) - (matrices, balances)
- Mémoire de travail (IMT) - (mémoire des chiffres, des images).
- Vitesse de traitement (code, symboles).



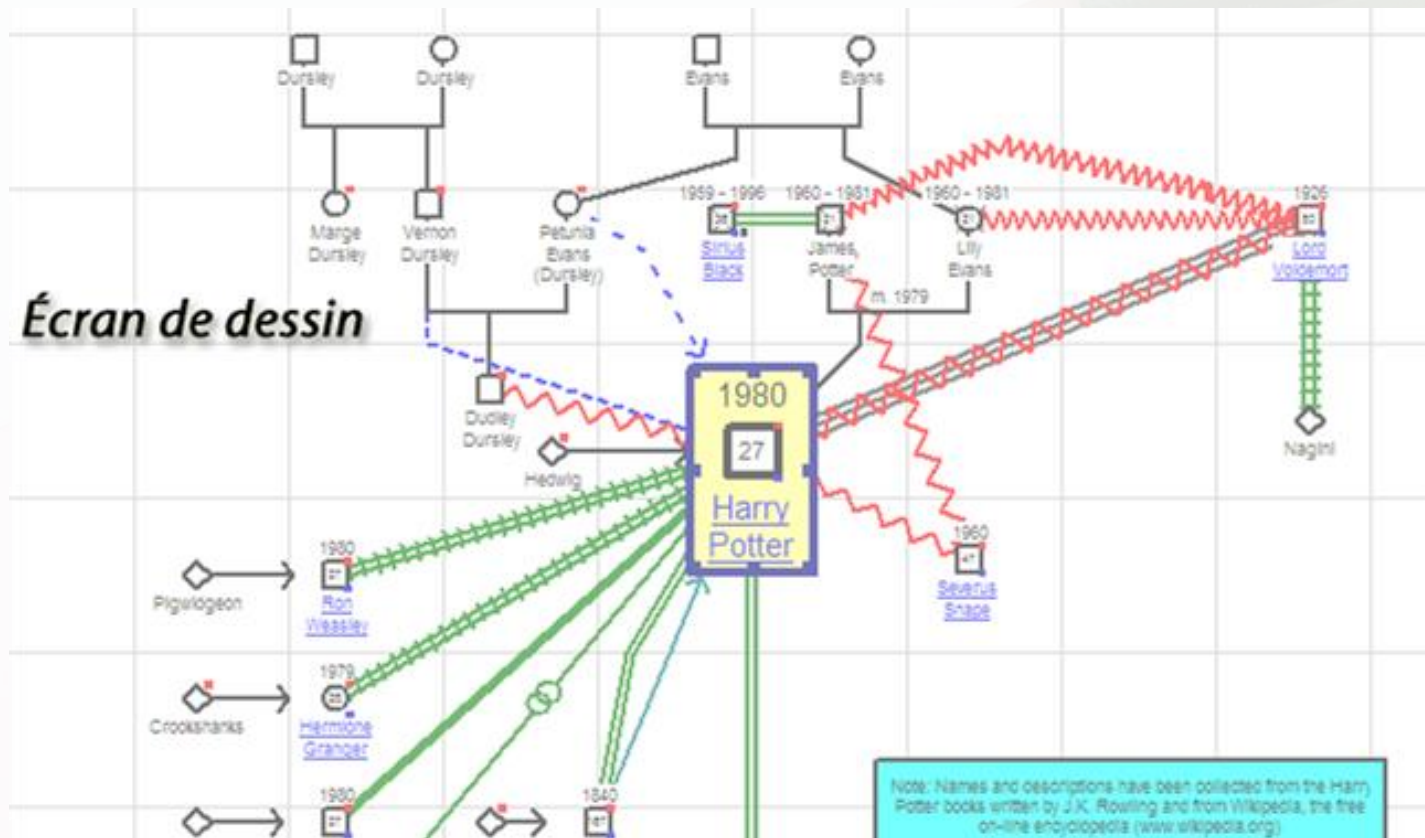
La courbe du quotient intellectuel, selon l'échelle de Wechsler



Tests projectifs



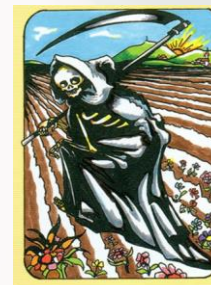
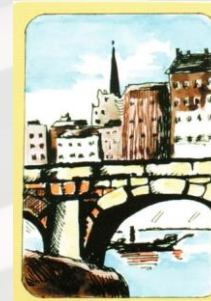
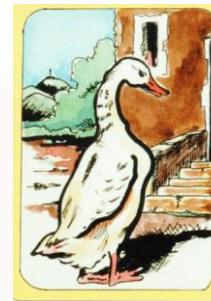
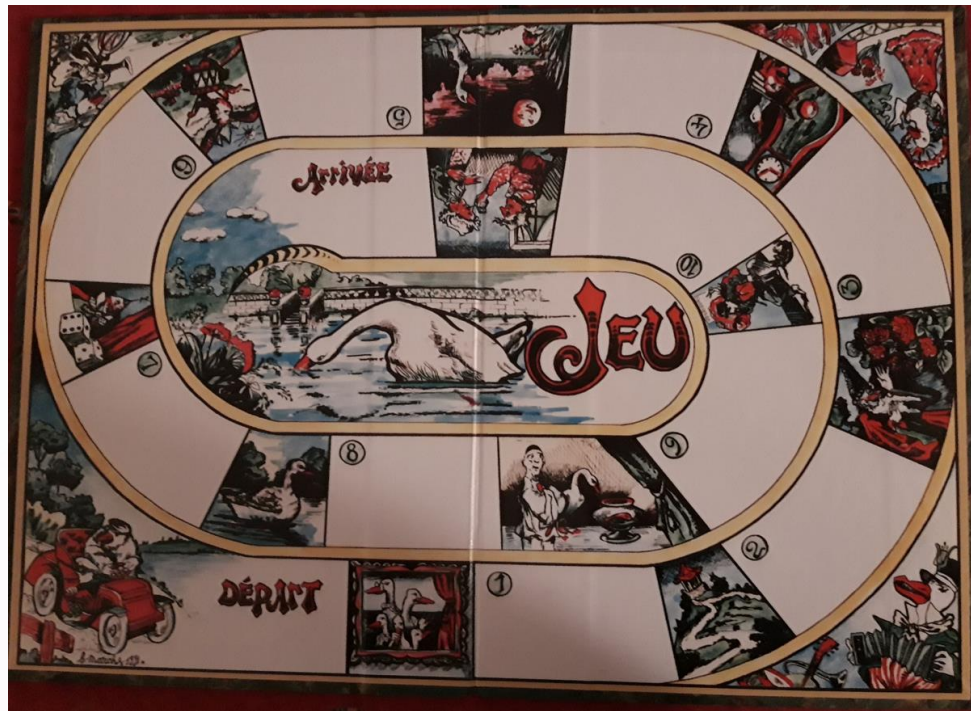
Outils systémiques



Outils systémiques



Outils systémiques





Qu'est-ce qu'un neuropsychologue ?

Un psychologue spécialisé dans les liens entre le cerveau et le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental.

Formé à l'évaluation et à la prise en charge des troubles cognitifs liés au développement, aux maladies ou aux lésions cérébrales.

Quelles missions chez les adolescents ?

Réaliser des bilans neuropsychologiques (tests et observations) pour évaluer des fonctions comme l'attention, la mémoire, le langage, les fonctions exécutives.

Aider au diagnostic des troubles neurodéveloppementaux (TDA-H, troubles des apprentissages, TSA, déficience intellectuelle).

Proposer des recommandations et aménagements scolaires ou professionnels adaptés.

Concevoir et mettre en œuvre des suivis de « remédiation cognitive »

Collaborer avec d'autres professionnels de santé, de l'éducation ou du social pour un accompagnement global.

Les troubles du neurodéveloppement

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Difficultés persistantes dans la communication sociale et comportements restreints ou répétitifs.

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Inattention, impulsivité et/ou hyperactivité non adaptées à l'âge.

Trouble du développement intellectuel (TDI)

Limitations significatives du fonctionnement intellectuel et de l'adaptation quotidienne.

Troubles spécifiques des apprentissages (dys)

Difficultés durables dans un ou plusieurs domaines scolaires :

- **Dyslexie** : lecture
- **Dysorthographe** : écriture
- **Dyscalculie** : mathématiques
- **Dysgraphie** : graphomotricité

Trouble du développement du langage (dysphasie)

Difficultés importantes à comprendre et/ou produire le langage oral.

Trouble de la coordination motrice (dyspraxie / TDC)

Difficultés à planifier et coordonner des mouvements (gestes fins, habillage, écriture...).

Tics et syndrome de Gilles de la Tourette

Mouvements ou sons involontaires, soudains et répétitifs.

Trouble de la communication sociale (pragmatique)

Difficulté à utiliser le langage dans les interactions sociales (sans altérations du langage structurel).

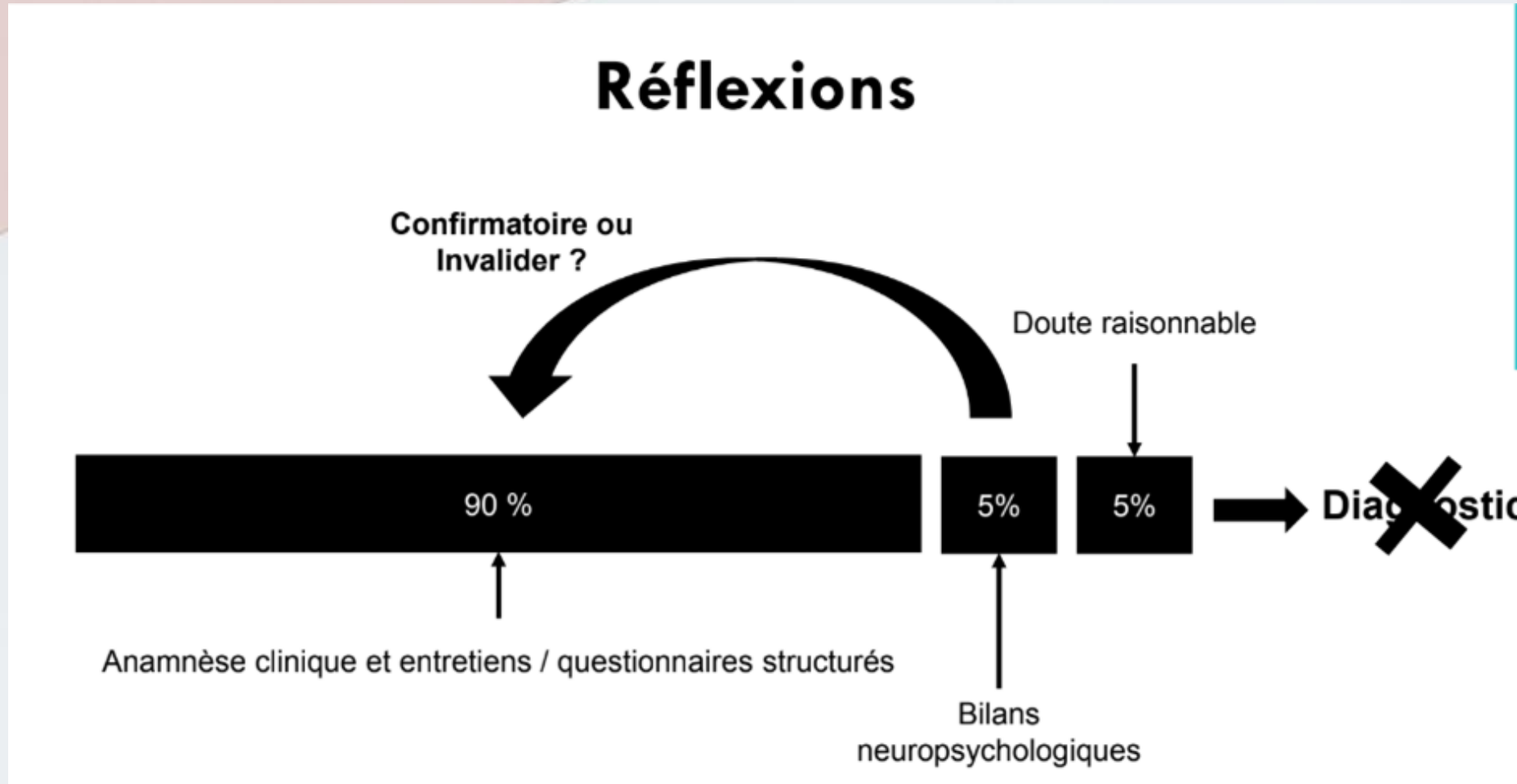
Le bilan neuropsychologique

Le bilan neuropsychologique a pour objectif d'identifier les troubles cognitifs (difficultés de mémoire, attention, d'organisation, de raisonnement, etc...)

Il permet d'objectiver les incapacités et le handicap cognitif mais également les forces et les ressources.

L'interprétation des résultats permet de se positionner quant à la reprise de la conduite, du travail, etc... Elle permet également de participer à la pose d'un diagnostic ou d'aider votre entourage à mieux comprendre vos difficultés.

Quelle place pour le bilan neuropsychologique ?



Un bilan dur entre 4 à 6 heures réparties sur plusieurs séances :

1. Entretien avec le patient et les proches avec des questionnaires sur les difficultés cognitives repérées dans le quotidien.
2. Épreuves neuropsychologiques et mise en situation.
3. Restitution des résultats : retour sur les éléments observés. Puis discussion autour d'une possible prise en charge cognitive.



Comment évaluer les capacités cognitives ?



	J = Jamais	P = Parfois	S = Souvent	
1. Réagit de façon exagérée aux petits problèmes		J	P	S
2. Quand on lui donne trois choses à faire, il se rappelle seulement de la première ou de la dernière		J	P	S
3. Ne commence pas de choses par lui-même		J	P	S
4. Ne peut pas chasser une déception, une insulte ou une réprimande de son esprit		J	P	S
5. Résiste ou a de la difficulté à accepter une autre façon de résoudre un problème lié au travail scolaire, aux amis, aux tâches ménagères, etc.		J	P	S
6. Devient contrarié par les nouvelles situations		J	P	S
7. Fait des crises de colère explosives		J	P	S
8. A une faible capacité d'attention		J	P	S
9. A besoin de se faire dire « non » ou « arrête ça »		J	P	S
10. A besoin qu'on lui dise de commencer une tâche, même s'il est disposé à la faire		J	P	S
11. Perd sa boîte à lunch, son argent pour le dîner, ses billets de permission, ses devoirs, etc.		J	P	S
12. Ne rapporte pas à la maison ses devoirs, ses feuilles d'exercices, son matériel, etc.		J	P	S
13. Se montre contrarié si les plans sont changés		J	P	S
14. Est affecté par un changement de professeur ou de classe		J	P	S
15. Ne vérifie pas son travail pour trouver des erreurs		J	P	S
16. Ne trouve pas ses vêtements, ses lunettes, ses souliers, ses jouets, ses livres, ses crayons, etc.		J	P	S
17. A de bonnes idées, mais n'est pas capable de les mettre par écrit		J	P	S
18. A de la difficulté à se concentrer sur les tâches ménagères, sur le travail scolaire, etc.		J	P	S
19. Ne montre pas de créativité pour la résolution d'un problème		J	P	S
20. Son sac d'école est désorganisé		J	P	S
21. Est facilement distraît par les bruits, ce qui se passe autour de lui, l'environnement, etc.		J	P	S
22. Fait des fautes d'inattention		J	P	S
23. Oublie de remettre ses devoirs même lorsqu'ils sont complétés		J	P	S
24. Résiste aux changements de routine, d'aliments, de lieux, etc.		J	P	S
25. A de la difficulté à effectuer les tâches ménagères ou d'autres tâches qui comportent plus d'une étape		J	P	S
26. Fait des crises de colère pour des raisons minimes		J	P	S
27. Son humeur change fréquemment		J	P	S
28. A besoin de l'aide d'un adulte pour demeurer concentré sur la tâche		J	P	S
29. Se perd dans les détails et ne voit pas l'ensemble		J	P	S
30. A de la difficulté à s'habituer aux nouvelles situations (classe, groupe, amis)		J	P	S

CLÉ DE COTATION							
A = Aucun problème	P = Problème Peu important	M = Problème Moyennement important	T = Problème Très important	A	P	M	T
1. Semble avoir du mal à se mettre à ses devoirs ou à d'autres tâches demandées.				A	P	M	T
2. A du mal à rester assis(e) sans s'agiter et à rester silencieux(e) pendant un long moment.				A	P	M	T
3. Se laisse facilement distraire par des bruits de fond ou par d'autres activités se déroulant en même temps.				A	P	M	
4. Sauf pendant ses activités préférées, semble fatigué(e) ou avoir sommeil pendant les cours.				A	P	M	T
5. A du mal à se rappeler des choses qu'il (elle) vient tout juste d'entendre ou de lire.				A	P	M	T
6. Semble débordé(e) par des tâches quotidiennes et des situations qu'il (elle) devrait pourtant pouvoir gérer.				A	P	M	T
7. A du mal à passer d'une activité à une autre.				A	P	M	T
8. A besoin qu'on lui rappelle de continuer de travailler ou d'être attentif(ve).				A	P	M	T
9. A du mal à suivre les consignes, en particulier si on lui donne plusieurs choses à faire en même temps.				A	P	M	T
10. A besoin de temps supplémentaire pour finir ses exercices ou ses contrôles.				A	P	M	T
11. Coupe la parole aux autres pour dire quelque chose avant d'oublier ce qu'il (elle) voulait dire.				A	P	M	T
12. Se fait trop de soucis.				A	P	M	T
13. A du mal à comprendre l'idée principale d'une histoire peu captivante après l'avoir lue ou entendue.				A	P	M	T
14. Taquine les autres, se querelle, se plaint ou se comporte mal, même après un rappel à l'ordre.				A	P	M	T
15. Semble avoir du mal à organiser ses pensées à l'écrit ou lors de conversations.				A	P	M	T
16. Abandonne rapidement lorsqu'il (elle) essaie d'apprendre quelque chose de nouveau si c'est difficile.				A	P	M	T
17. A du mal à se concentrer sur quelque chose pendant un long moment à moins que la tâche l'intéresse.				A	P	M	T
18. A du mal à commencer sa journée.				A	P	M	T
19. Se sent frustré(e) et se montre irrité(e) face à de petits désagréments.				A	P	M	T
20. S'impatiente et se met à remuer excessivement ses doigts, à tripoter ses cheveux ou ses vêtements.				A	P	M	T
21. A du mal à garder de l'intérêt pour les tâches routinières, surtout lorsqu'il (elle) travaille seule(e).				A	P	M	T
22. Oublie d'amener ou égaré des choses dont il (elle) a besoin comme ses livres, ses devoirs ou son manteau.				A	P	M	T
23. A tendance à grimper partout.				A	P	M	T
24. Se montre excessivement sensible, susceptible ou trop sur la défensive en cas de critique ou de moquerie.				A	P	M	T
25. A du mal à s'organiser et à commencer par les choses les plus importantes sans perdre de temps.				A	P	M	

Les forces du bilan neuropsychologique

Les forces d'un bilan (validité, fiabilité, pertinence)

- Tests standardisés et validés scientifiquement
- Résultats reproductibles et fiables
- Analyse adaptée au profil et au contexte de la personne
- Aide à objectiver les difficultés et les compétences

Aide au diagnostic

- Identification précise des troubles ou des profils atypiques
- Différenciation avec d'autres causes possibles
- Appui aux équipes médicales ou scolaires dans le diagnostic
- Meilleure compréhension des besoins de l'adolescent

Propositions d'aménagements

Zone de Développement : cibler les compétences émergentes à renforcer

- **Pistes de remédiation personnalisées** : stratégies concrètes et adaptées
- Aménagements scolaires ou pédagogiques spécifiques
- Outils et conseils pour les familles et les enseignants

Les limites du bilan neuropsychologique

Évolution des normes : les outils peuvent devenir obsolètes avec le temps

Validité des tests : certains tests ne mesurent pas exactement ce qu'ils prétendent

Bilans complémentaires à prévoir : logopédie, psychomotricité, évaluation médicale, etc.

Effet test-retest : amélioration possible due à la familiarité, pas aux progrès réels

Limites des préconisations : propositions parfois théoriques, nécessitent validation sur le terrain

Quelles recommandations nationales ?

Arbre décisionnel interventions thérapeutiques

INTERVENTION LORS DU DIAGNOSTIC

Psychoéducation

À mettre en place dès le diagnostic et à poursuivre tout au long du suivi

INTERVENTIONS INITIALES

Aménagements scolaires et pédagogiques

Programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP)

Interventions non médicamenteuses à poursuivre en fonction des besoins

Traitement médicamenteux

Intervention médicamenteuse - à rajouter en fonction de la sévérité des symptômes et de leur impact négatif sur le quotidien (scolaire, familial et social) du patient

En cas d'intensité sévère peut être débuté après la psychoéducation

INTERVENTIONS COMPLÉMENTAIRES

Thérapies comportementales cognitives et émotionnelles (TCCE)

Intervention à rajouter si besoin chez l'adolescent, en cas de symptômes anxieux, dépressifs, impulsifs ou de troubles de la gestion des émotions

Rééducations ciblées

Intervention à rajouter si besoin en fonction des comorbidités

Quelles recommandations nationales ?

SPECIAL ISSUE ARTICLE | **FRIS**

Anticipatory Guidance for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Rachel Ballard, MD and Julie Sadhu, MD

Pediatric Annals, 2025;54(1):e34–e39

🔗 Cite this article • Published Online: January 01, 2025 • <https://doi.org/10.3928/19382359-20241007-04>

Principes d'accompagnement anticipé

- **Comprendre le retard de maturation** du développement exécutif chez les enfants TDAH (décalage moyen de 2 à 4 ans).
- **Ajuster les attentes parentales** pour éviter les conflits et frustrations.
- **Valoriser les forces de l'enfant** plutôt que de se focaliser uniquement sur ses difficultés.
- **Créer un cadre structurant** avec des routines simples et adaptées.

Stratégies parentales

- Adapter les **attentes**, de renforcer les **interactions positives** et d'éviter la **discipline punitive**. Exemples : Valoriser les points forts de l'enfant, mettre en place des routines simplifiées.

Rôle de l'école et de l'environnement social

- Intégrer des stratégies pour **faciliter l'inclusion scolaire** :
 - Adapter l'environnement (siège préférentiel, développer des routines ...).
 - Sensibiliser les enseignants aux besoins spécifiques des enfants avec TDAH.

Psychoéducation : la première intention



Des approches d'éducation thérapeutique du patient et d'adaptation des programmes classiques sont en cours et publiés aujourd'hui.

Formation des enseignants

The Effects of ADHD Teacher Training Programs on Teachers and Pupils: A Systematic Review and Meta-Analysis

Rebecca J. Ward, Sarah J. Bristow, Hanna Kovshoff, more...

[Show all authors](#)

First Published December 17, 2020 | Research Article | [Find in PubMed](#)

[Check for updates](#)

<https://doi.org/10.1177/1087054720972801>

[Article information](#)



- Former les enseignants **est efficace** dans la mesure où cela augmente la connaissance du TDAH chez les enseignants.
 - Par contre, les résultats sont inconsistants en ce qui concerne la réduction des comportements difficiles en lien avec le TDAH. Les approches pour modifier les stratégies comportementales sont souvent peu maintenues dans le temps par les enseignants alors qu'elles sont potentiellement efficaces.
- La question de l'accompagnement des enseignants dans le temps est donc importante !

La remédiation cognitive

Rééducation

- Travaille à restaurer ou améliorer les fonctions cognitives déficitaires
- Exemples : exercices de mémoire, attention, raisonnement

Facilitation

- Mise en place de stratégies pour compenser les troubles cognitifs
- Apprentissage de techniques pour mieux gérer les difficultés (ex : méthodes de concentration)

Aides externes ou prothèses mentales

- Utilisation d'outils ou supports technologiques pour compenser les déficits
- Exemples : agendas électroniques, rappels, applications de gestion cognitive

Appui sur les capacités préservées

- Exploitation des fonctions cognitives intactes pour soutenir les fonctions altérées
- Adaptation des activités en fonction des forces du patient

plémentation d'intention : « Quand j'ai un blocage, je fais une pause respiration »

Médiation verbale

FONCTION
associée

Restauration

FONCTION

Autre
FONCTION

Facteur d'optimisation
Stratégies facilitatrices

Facteur d'exploitation
*Apprentissage
connaissance spécifique*

Réorganisation

Approche compensatoire
Stratégies palliatives

COMPENSATION

Agenda électronique

Apprentissage sans erreur de l'agenda
électronique

An...onnement

Bilan neuropsychologique

- Entretien
- Observations
- Questionnaires
- Evaluations standardisées

Adaptations scolaires

- Transmission des résultats à l'école pour ajuster les **aménagements pédagogiques**.
 - Mise en place d'un plan d'aide si besoin
- Sensibilisation des enseignants aux **particularités cognitives** de l'adolescent.
Coordination avec le **médecin scolaire** et les **parents** pour assurer la cohérence du suivi.

Psychoéducation

- Expliquer le fonctionnement du cerveau (attention, mémoire, contrôle, émotions).
- Redonner confiance : mettre en avant les **forces et réussites**.
- Sensibiliser l'entourage

Mise en place des objectifs

- SUR LA BASE DE CE QUE VEUT LE PATIENT
- Les objectifs sont spécifiques, mesurables et réalistes**

Analyse des situations problèmes

Dans quel contexte apparaissent les difficultés,
Quels facteurs les déclenchent ou les entretiennent,
Et **quelles fonctions** (psychologiques, émotionnelles, sociales ou cognitives) remplit ce comportement pour la personne.

Intervention neuropsychologique

Remédiation cognitive (exercices de mémoire, attention, flexibilité, planification).
Apprentissage de stratégies métacognitives (comment s'organiser, anticiper, vérifier).
Travail sur la motivation et l'estime de soi via des feedbacks positifs.
Mises en situation scolaires simulées pour transférer les acquis.

Mesure de l'efficacité et fin de prise en charge

Ligne de base pré et post suivi

Etude de cas

Prénom : Lucas

Âge : 14 ans

Classe : 3^e

Motif de consultation : Difficultés scolaires persistantes, baisse de motivation, isolement social et irritabilité à la maison. Les parents de Lucas consultent un neuropsychologue sur recommandation du collège. L'équipe pédagogique remarque que Lucas a du mal à se concentrer, oublie fréquemment ses devoirs et semble découragé et cela se ressent sur ses notes.

Etude de cas

Résultat du bilan neuropsychologique:

- Fonctions instrumentales dans la norme.
- Mémoire antérograde verbale et visuelle dans la norme.
- Difficultés importantes dans la mémoire de travail et l'attention soutenue.
- Fonctions exécutives (planification, organisation, flexibilité mentale) en dessous de la moyenne.
- Niveau intellectuel global dans la norme.
- Anxiété de performance et faible estime de soi.

Etude de cas

Soutien à l'organisation et à la planification

- Mise en place d'un **agenda structuré**
- **Routines de travail** : apprendre à planifier les devoirs (étapes, temps, priorités).
- **Utilisation d'outils visuels** (tableaux, codes couleurs, pictogrammes) pour aider à la gestion du matériel et des échéances.
- Vérification quotidienne du cartable ou du cahier de textes avec un adulte référent ou un camarade ressource.

Aides à la concentration

- **Placement stratégique en classe** : près du bureau de l'enseignant, loin des sources de distraction (fenêtres, camarades agités).
- **Autorisation de pauses courtes** lors des travaux longs (1 à 2 minutes de pause toutes les 20–30 minutes).
- **Encouragements fréquents et valorisation des efforts** pour soutenir la motivation et l'attention.
- **Utilisation de supports variés** (visuels, manipulations, schémas) pour maintenir l'intérêt et la compréhension.

Aménagements pour les évaluations

- **Évaluations orales privilégiées** lorsque c'est possible, pour éviter la surcharge cognitive de l'écrit.
- **Aide à la relecture** (enseignant ou outil numérique) pour limiter les erreurs d'inattention.
- **Noter la compréhension et la démarche plutôt que la seule exactitude** du résultat.

Soutien émotionnel et social

- **Encouragements positifs et réguliers** pour renforcer la confiance en soi.
- **Référent adulte** au sein du collège (CPE, professeur principal, infirmière) pour permettre à Lucas d'exprimer ses difficultés.

Etude de cas

SITUATION CIBLE 1 : “Il veut que ce soit tout de suite et a du mal à supporter l’attente”

(ex. : ne lève pas le doigt en classe, sollicite ses parents jusqu’à ce que ce soit fait)

Fréquence : quasi quotidienne, plusieurs fois par jour (à l’école et à la maison).

Contexte d’apparition (où, quand, avec qui, etc.) : en classe (prise de parole, distribution de matériel), à la maison (demande d’aide ou d’objet immédiate). Concerne surtout les figures d’autorité (enseignant, parents), mais également quand il a des idées de choses à faire.

Facteurs aggravants : Fatigue, consignes longues, environnement bruyant, frustration face à la lenteur des autres.

Facteurs facilitants : Activités plaisantes, contexte individuel, anticipation claire (“tu pourras parler quand...”), cadre structurant.

Stratégies cognitives utilisées au cours de l’activité ciblée (le cas échéant) : Faible mise en place de stratégies d’attente ou d’auto-régulation ; absence d’auto-instructions internes.

Conséquences pour le patient (+ niveau de dépendance et handicap) : Génère tension, agitation et parfois colère ; renforce la dépendance à l’adulte pour obtenir satisfaction immédiate. Difficulté à développer la tolérance à la frustration.

Conséquences pour l’entourage (+ charge que cela représente) : Parents et enseignants se disent épuisés par les sollicitations incessantes ; climat tendu, parfois conflits.

Hypothèse du déficit :

Difficulté de régulation émotionnelle et d’inhibition ; possible fragilité des fonctions exécutives (contrôle inhibiteur, flexibilité, anticipation temporelle).

Mesure des lignes de base :

Nombre de sollicitations répétées avant obtention (par situation)

Etude de cas

SITUATION CIBLE 2 : “N’arrive pas au bout des choses”

(ex. : débute de nombreuses activités, mais ne les termine pas)

Fréquence : plusieurs fois par semaine, dans les tâches scolaires et les activités personnelles.

Contexte d’apparition : Pendant les devoirs, projets longs ou activités nécessitant effort soutenu. Plus marqué dans les tâches perçues comme difficiles ou peu motivantes.

Facteurs aggravants : Manque d’intérêt, consignes complexes, distraction externe, absence de renforcement immédiat.

Facteurs facilitants : Tâches courtes et concrètes, accompagnement de l’adulte, feedbacks fréquents, objectifs clairs et fractionnés.

Stratégies cognitives utilisées : Tendance à se lancer sans planification ni stratégie d’achèvement ; abandon rapide dès l’apparition de la difficulté ou de l’ennui.

Conséquences pour le patient : Sentiment d’échec, baisse d’estime de soi, frustration, image de “manque de persévérance”. Augmentation du besoin d’encadrement externe.

Conséquences pour l’entourage : Parents fatigués de devoir constamment relancer ; enseignants constatent un manque de rigueur ou de fiabilité.

Hypothèse du déficit :

Trouble des fonctions exécutives (planification, maintien de l’effort, auto-évaluation) et/ou faible tolérance à la frustration.

Mesure des lignes de base :

Nombre de tâche abandonné dans la semaine

Ce qu'on a fait avec Lucas :

Psychoéducation – gestion des impulsions :

Apprentissage du signal “**STOP**” dans différentes situations.

Recherche d'**alternatives comportementales**.

Techniques de **respiration et cohérence cardiaque** pour se recentrer.

Psychoéducation – attention et organisation :

Explication des **limites attentionnelles** et de l'importance des **pauses**.

Mise en avant du **séquençage des tâches** pour mieux gérer les activités complexes.

Exercices pratiques en séance :

Estimation du **temps nécessaire** pour réaliser des activités quotidiennes : douche, réparation de vélo, rangement de chambre.

Travail sur : STOP qu'est-ce que je suis entrain de faire ? Et qu'est-ce que je devais faire de base ?

Outils d'organisation et planification :

Semainier plastifié, rempli chaque dimanche avec les tâches importantes et les loisirs souhaités.

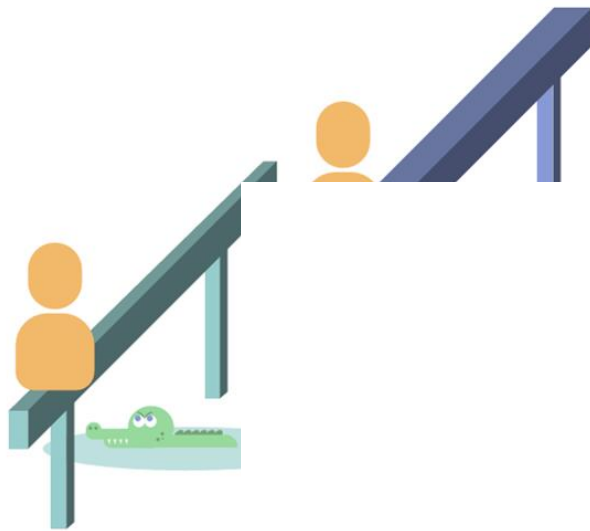
Auto-monitoring : Lucas coche ce qu'il a fait et note le temps passé pour chaque tâche.

Alarmes téléphoniques pour les devoirs.

Time Timer pour gérer les activités longues ou coûteuses en attention.

LES POUTRES DE L'ATTENTION

J-P Lachaux.



POUTRE ÉTROITE
ÉPREUVE DE DIFFICULTÉ



TEMPS D'ATTENTION EN FONCTION DE L'ÂGE

In David A. SOUSA, "Un cerveau pour apprendre", Editions Chenelière

A. LUISSIER, ANAE MARS 2016, N°140

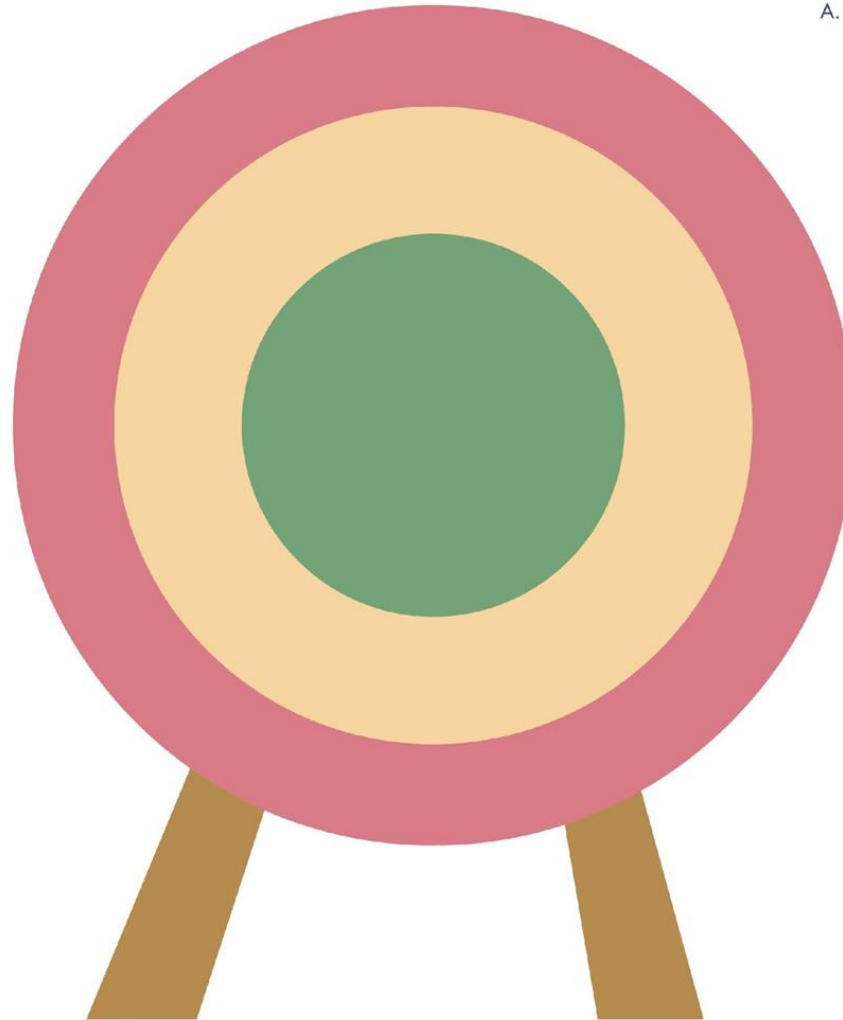
Temps d'attention en continu

15 minutes

20 minutes

25 minutes

50 minutes



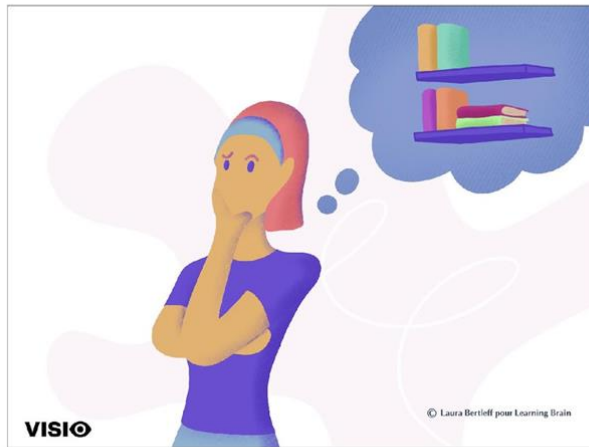
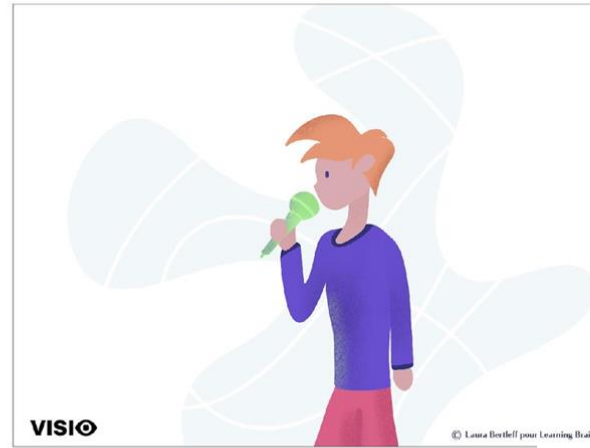
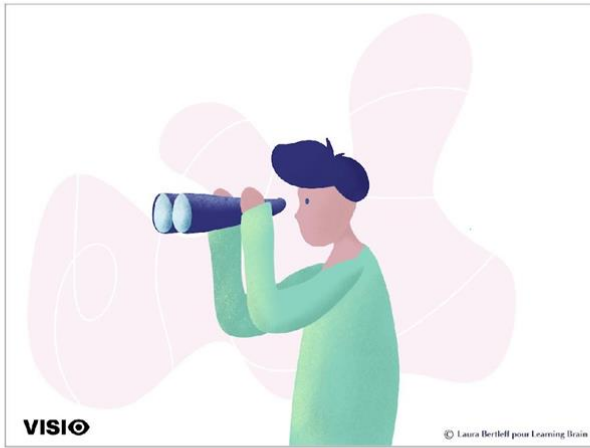
© Laura Bertleff pour Learning Brain

© Laura Bertleff pour Learning Brain

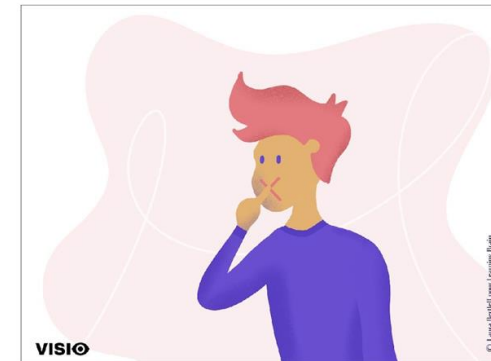
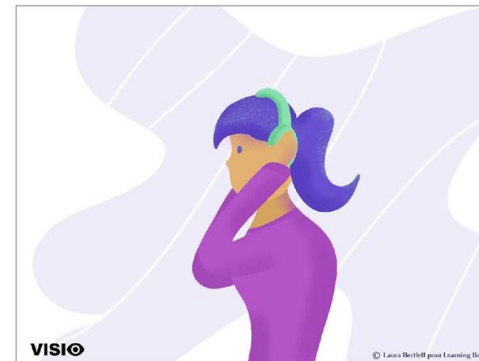
VISIO

VISIO

L'ÉQUIPE DU CERVEAU = OUTILS DE TRANSFERT ET DE MÉTACOGNITION



L'ÉQUIPE DU CERVEAU = OUTILS DE TRANSFERT ET DE MÉTACOGNITION





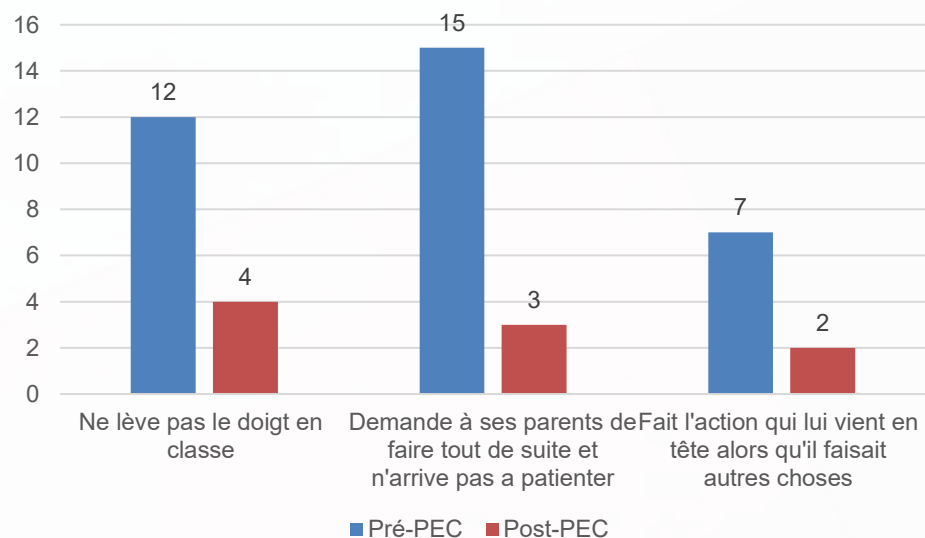
VISIO © Laura Bertleff pour Learning Brain

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Ménage et rangement (30min) Réviser le code (45min) Relire oral (30min)	Devoirs (1h) :	Devoirs (2h30) : Réviser le code (45min)	Devoir (1h) :	Réviser le code Trier les cours dans les classeurs		
					Devoirs et révisions (2 à 3h) :	Relire évaluations de la semaine Faire le semainier de la semaine prochaine Réviser le code

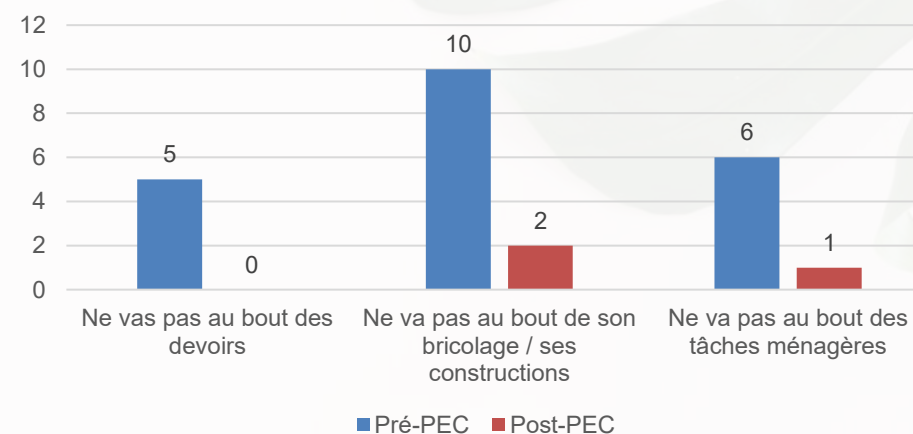


Etude de cas – résultat après 1 an et 3 mois de suivis à raison d'une séance tous les 15 jours

Diminuer le nombre de fois où Lucas ne parvient pas à attendre



Diminuer les fois où Lucas ne va pas au bout des choses à faire



Des associations de neuropsychologues : des besoins de formation continues





Merci

Paul Millemann

p.millemann@mda68.fr

&

Zoé DIRINGER

contact@zoepsy.fr