

Évaluation des effets de la remise de conclusion en neuropsychologie

Auteur : Calluy, Clara

Promoteur(s) : Willems, Sylvie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27491>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



LIÈGE université

**Psychologie, Logopédie
& Sciences de l'Éducation**

Évaluation des effets de la remise de conclusion en neuropsychologie

Mémoire présenté par Calluy Clara

*En vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Psychologiques, à finalité spécialisée*

Promotrice : WILLEMS Sylvie

Superviseuse : LÉONARD Christina

Lectrices : MARTINEZ PEREZ Trecy, GOOSSE Manon

Année académique 2025-2026

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été une aventure aussi enrichissante qu'exigeante, que je n'aurais pas pu mener à bien seule. Je souhaite remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation et m'ont accompagnée tout au long de cette année.

Mes premiers remerciements s'adressent à Madame Willems, ma promotrice. Je la remercie pour sa confiance dans ce projet, ainsi que pour son engagement constant à former les étudiants et à les accompagner vers une pratique de qualité. Merci pour votre enthousiasme, votre disponibilité et votre présence tout au long de cette année.

Je suis également très reconnaissante envers Madame Léonard pour ses précieux conseils, son écoute et sa disponibilité. Merci d'avoir pris autant de temps pour m'accompagner dans ce projet et de m'avoir toujours accueillie avec bienveillance.

Je remercie aussi Mesdames Martinez Perez et Goosse, mes lectrices, pour l'intérêt qu'elles ont porté à cette étude dès sa mise en place, ainsi que pour leur soutien au cours de sa réalisation.

Ce travail n'aurait pas été possible sans les neuropsychologues qui ont accepté de participer à cette étude. Votre aide a été précieuse et, sans votre implication, ce projet n'aurait tout simplement pas pu voir le jour. Merci d'avoir accepté d'ouvrir une partie de votre pratique clinique à la recherche.

Ma reconnaissance va également à tous les participants, pour leur gentillesse, leur patience et le temps qu'ils m'ont consacré. Je mesure pleinement la valeur de leur contribution.

Je tiens aussi à remercier tout particulièrement Zoé, étudiante mémorante mais surtout amie de longue date, dont l'aide m'a permis de faire avancer considérablement ce projet.

À mes parents, je voudrais simplement dire merci. Vous avez toujours cru en moi, même lorsque j'étais persuadée d'avoir tout raté... alors que, finalement, ce n'était pas le cas. Merci d'avoir toujours été présents, disponibles et rassurants. Merci de m'avoir permis de douter sans jamais douter de moi.

Ma sœur mérite elle aussi une place dans ces quelques lignes, pour sa présence, son soutien et sa patience, ainsi que pour la relecture de ce travail.

Ces remerciements sont aussi l'occasion de reconnaître le chemin que j'ai moi-même parcouru. Merci d'avoir tenu bon lorsque cela devenait difficile et de ne pas avoir abandonné le métier dont je rêvais.

Je voudrais terminer par ma grand-mère, qui nous a quittés cette année. Ton courage, ta détermination et ta force m'ont beaucoup inspirée dans la réalisation de ce travail.

Table des matières

Introduction générale	5
Introduction théorique	6
1. Le bilan neuropsychologique	6
2. Le rapport écrit	7
3. La remise de conclusion orale	7
4. Comment structurer une remise de conclusion de qualité ?	8
4.1. Repères de communication clinique : le modèle SPIKES et le PsyCET-F	8
4.2. L'évaluation thérapeutique et la restitution collaborative	11
4.3. Un modèle de restitution adapté aux cliniques mémoire	12
5. Les supports facilitant la compréhension et la mémorisation	14
6. Les ingrédients relationnels de la remise de conclusion : empathie et alliance thérapeutique	15
7. Les effets de la remise de conclusion	16
8. Les mécanismes explicatifs potentiels : psychoéducation individualisée et recalibrage métacognitif	18
8.1. Une forme de psychoéducation individualisée	18
8.2. Un recalibrage de la perception de soi	19
Objectifs et hypothèses	20
1. Objectifs	20
2. Hypothèses	20
Méthodologie	21
1. Participants	21
1.1. Recrutement et critères d'inclusion	21
1.2. Taille de l'échantillon	22
2. Matériel et procédure	23
2.1. Mesures auto-rapportées : questionnaires	23
2.2. Grille d'analyse de la remise de conclusion	25
2.3. Codage des remises de conclusion	26
3. Procédure	27
4. Analyses statistiques	27
Résultats	29
1. Description de l'échantillon	29
2. Objectif 1 : Évolution dans le temps du fonctionnement psychologique, des stratégies compensatoires et de l'auto-efficacité cognitive	30

2.1.	Indice de changement fiable du MI-45	32
2.2.	Analyse exploratoire complémentaire : comptage des stratégies mentionnées (CSEQ-II partie III).....	32
3.	Objectif 2 : Liens entre l'évolution de l'auto-efficacité et celles du fonctionnement psychologique et des stratégies compensatoires	32
4.	Objectif 3 : La remise de conclusion : fréquence des comportements et liens avec le vécu des patients.....	33
4.1.	Fréquence des comportements observés	33
4.2.	Comparaison exploratoire entre neuropsychologues	34
4.3.	Liens entre les indicateurs de la grille et les variables relatives aux patients	34
	Discussion.....	34
1.	Rappel des objectifs et principaux résultats	34
2.	Évolution du fonctionnement psychologique	35
3.	Stratégies compensatoires	37
4.	Auto-efficacité cognitive	38
5.	Liens entre les différentes évolutions	39
6.	Contenu des remises de conclusion	40
7.	Forces et implications cliniques	42
8.	Limites méthodologiques.....	43
9.	Perspectives futures	45
	Conclusion	46
	Bibliographie	48
	Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives.....	54
	Annexes	56
	Annexe A. Document de consentement éclairé - version clinicien.....	56
	Annexe B. Document de consentement éclairé - version patient.....	63
	Annexe C. Flyer de recrutement des participants	72
	Annexe D. Canevas d'anamnèse	73
	Annexe E. Grille d'analyse de la remise de conclusion : définitions opérationnelles, seuils de présence et règles de cotation	76
	Annexe F. Vérification de la normalité des scores de différence - Objectif 1	79
	Annexe G. Analyse descriptive des comportements codés lors des remises de conclusion	80
	Annexe H. Comparaison descriptive des comportements codés selon le neuropsychologue le plus représenté	82
	Annexe I. Analyses de régression entre les indicateurs de la remise de conclusion et les variables relatives aux patients.....	85

Résumé	86
--------------	----

Liste des tableaux

Tableau 1. Les six étapes du modèle SPIKES (Baile et al., 2000)	9
Tableau 2. Les quatre catégories du PsyCET-F (Wong et al., 2024)	10
Tableau 3. Catégories et comportements codés dans la grille d'analyse de la remise de conclusion adaptée du modèle SPIKES	25
Tableau 4. Caractéristiques démographiques des participants (N = 22).....	29
Tableau 5. Statistiques descriptives des variables de l'Objectif 1 à chaque temps de mesure.....	30
Tableau 6. Résultats des tests d'évolution dans le temps (Objectif 1).....	31
Tableau 7. Synthèse des analyses de régression linéaire multiple (Objectif 2).....	33
Tableau F1. Résultats du test de normalité de Shapiro-Wilk pour les scores de différence des variables de l'Objectif 1, y compris les sous-échelles du MI-45	79
Tableau G1. Fréquence des comportements codés lors des remises de conclusion (N = 22)	80
Tableau H1. Fréquence des comportements codés lors des remises de conclusion, selon le neuropsychologue le plus représenté.....	82
Tableau I1. Synthèse des régressions linéaires entre les indicateurs de la remise de conclusion et les variables patient	85

Liste des figures

Figure 1. <i>Déroulement de la procédure de recrutement</i>	22
Figure 2. <i>Déroulement des trois temps de mesure de l'étude</i>	27
Figure 3. <i>Diagramme de flux des participants</i>	29

Introduction générale

La remise de conclusion, également appelée feedback ou restitution des résultats, constitue une étape centrale du bilan neuropsychologique. Elle représente le moment où les résultats de l'évaluation quittent le cadre des scores et des analyses pour prendre sens dans l'histoire, les plaintes et le quotidien du patient. Pourtant, alors que la passation et l'interprétation des tests reposent sur des repères méthodologiques bien établis, la manière de transmettre ces résultats reste moins clairement définie. Cette question apparaît d'autant plus importante que la remise de conclusion ne se réduit pas à un simple résumé des performances obtenues. Elle engage la compréhension que le patient peut construire de son fonctionnement, la manière dont il reçoit parfois des informations sensibles, ainsi que les pistes qu'il pourra mobiliser par la suite. La littérature récente témoigne d'un intérêt croissant pour cette étape, mais elle met aussi en évidence des pratiques et des modalités de restitution encore hétérogènes, ainsi qu'un manque de repères standardisés pour guider les cliniciens (Gruters et al., 2022 ; Wong et al., 2024). C'est précisément cette étape encore peu structurée, mais cliniquement essentielle, qui a guidé ce travail. La littérature présente la remise de conclusion comme un moment à la fois technique, relationnel et potentiellement thérapeutique, dont les effets sur le patient restent encore insuffisamment documentés (Gruters et al., 2022). Par ailleurs, si les comportements susceptibles de caractériser une remise de conclusion bien menée commencent à être mieux définis, leurs liens avec le vécu et l'évolution du patient restent encore peu documentés (Gruters et al., 2022 ; Wong et al., 2024).

Ce mémoire vise dès lors à mieux comprendre les changements susceptibles d'entourer une remise de conclusion neuropsychologique. Trois dimensions sont principalement examinées chez le patient : le fonctionnement psychologique, l'utilisation de stratégies compensatoires et le sentiment d'auto-efficacité cognitive. Le travail s'intéresse également aux comportements adoptés par les neuropsychologues lors de la restitution ainsi qu'à leurs liens éventuels avec l'évolution des patients, l'empathie perçue et l'alliance thérapeutique. Dans ce cadre, une étude prospective a été menée auprès de patients adultes évalués avant la remise de conclusion, puis à court et à moyen terme après celle-ci. Les restitutions ont parallèlement été enregistrées et analysées à l'aide d'une grille inspirée notamment du protocole SPIKES (Baile et al., 2000). Après une revue de la littérature consacrée à la remise de conclusion, à sa structuration, à ses dimensions relationnelles, à ses effets potentiels et aux mécanismes susceptibles d'y participer, les objectifs et hypothèses de l'étude sont présentés. La méthodologie, les résultats et la discussion font suite.

Introduction théorique

1. Le bilan neuropsychologique

Avant d'aborder le feedback, rappelons ce qu'est un bilan neuropsychologique et la place qu'y occupe la remise de conclusion. Selon Dujardin et al. (2023), l'évaluation des fonctions cognitives et du comportement constitue un élément fondamental de l'examen neuropsychologique. Celui-ci ne se limite toutefois pas à la passation de tests. En effet, il s'agit d'une démarche clinique qui s'appuie sur plusieurs méthodes complémentaires de recueil d'informations. L'entretien clinique en constitue un élément central. Il permet d'instaurer une relation de confiance, de clarifier la nature de la demande et de recueillir l'anamnèse du patient, c'est-à-dire l'histoire et l'évolution de ses troubles ainsi que ses plaintes, qui occupent une place déterminante dans l'orientation du bilan (Seron & Willems, 2023). À ces informations qualitatives s'ajoutent des mesures quantitatives : le neuropsychologue administre, corrige et interprète un ensemble d'épreuves standardisées, dont les résultats sont comparés aux normes de la population de référence et mis en lien avec le fonctionnement quotidien du patient (Seron & Willems, 2023).

Sur le plan clinique, ce bilan constitue un outil d'aide à la compréhension du fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental du patient (Dujardin et al., 2023). Il peut servir à objectiver des troubles de l'attention ou de la mémoire après un traumatisme crânien, à préciser le profil cognitif dans le cadre d'une pathologie neurologique (épilepsie, démence, etc.), ou encore à mieux comprendre les difficultés d'un patient présentant un trouble psychiatrique ou développemental. Il permet ainsi de confirmer ou d'infirmer une hypothèse diagnostique, d'objectiver et contextualiser les plaintes pour proposer un suivi adapté, de définir les objectifs prioritaires d'une réhabilitation ou de servir de ligne de base dans les pathologies évolutives (Dujardin et al., 2023). L'intérêt de cette démarche est aujourd'hui bien établi. Dans leur revue systématique, Watt et Crowe (2018) ont analysé 81 études et concluent que le bilan améliore la précision des diagnostics, aide à la planification du traitement, permet de prédire l'évolution des patients et présente un bénéfice clinique reconnu par les médecins comme par les patients.

Le bilan se conclut par la remise de conclusion. Cette séance permet de présenter les performances obtenues aux tests, les observations cliniques et les liens établis entre les résultats et les difficultés rencontrées au quotidien (Smith et al., 2007). Cette étape vient clore le processus d'évaluation et en constitue l'aboutissement, puisqu'elle permet de rendre le bilan utile au patient. Comme le mentionnent Willems et Seron (2023), il revient au clinicien de

communiquer les résultats de façon compréhensible en mettant en lumière leur signification et leurs répercussions sur le fonctionnement au quotidien. La remise de conclusion favorise ainsi la compréhension, par le patient, de son propre fonctionnement cognitif et facilite la mise en place de stratégies adaptées (Smith et al., 2007).

2. Le rapport écrit

Dans le cadre d'une évaluation neuropsychologique, la rédaction d'un rapport écrit constitue une étape incontournable. Ce document se veut rigoureux, synthétique et accessible et son contenu dépend étroitement du contexte de l'évaluation et de la demande initiale (Willems & Seron, 2023). Il s'organise généralement en trois parties, qui contextualisent l'examen, détaillent les résultats obtenus et formulent les conclusions du clinicien (Willems & Seron, 2023). Sa fonction première est de communiquer le profil cognitif du patient. Le rapport situe les performances par rapport à une population normative de référence et les met en lien avec le vécu quotidien, tout en formulant des recommandations et des orientations jugées utiles par le professionnel (Willems & Seron, 2023). Il présente aussi l'avantage de pouvoir être consulté par les intervenants autorisés, d'être intégré au dossier clinique et, lorsque cela est possible, d'être lu par le patient lui-même (Willems & Seron, 2023).

Le rapport écrit comporte néanmoins une difficulté. Il n'est pas toujours compréhensible pour son lecteur car les termes employés sont parfois trop spécialisés. Cette limite est d'autant plus importante en neuropsychologie, où certains patients présentent des difficultés de mémoire, d'attention ou de compréhension. Fallows et Hilsabeck (2013) ont montré que l'ajout d'informations écrites à une restitution orale améliorerait le rappel libre des recommandations un mois après la consultation, sans pour autant entraîner une meilleure application de celles-ci. Le rapport écrit apparaît donc utile pour soutenir la mémorisation, mais il ne peut être considéré comme suffisant en lui-même. Il doit plutôt être envisagé comme un complément à la remise de conclusion orale, à laquelle nous allons maintenant nous intéresser.

3. La remise de conclusion orale

Certaines données empiriques permettent néanmoins de cerner cette pratique, du moins dans certains contextes. Dans une enquête menée auprès de 184 neuropsychologues américains, Varela et al. (2024) constatent que la quasi-totalité des répondants déclare fournir une restitution orale aux patients, le plus souvent en présentiel et dans les trois semaines suivant les tests, pour une séance d'environ 45 minutes. Ces résultats reposent toutefois sur les pratiques déclarées par des neuropsychologues exerçant aux États-Unis, dont les modalités de formation peuvent différer de celles d'autres pays, ce qui invite à une certaine prudence quant à leur

généralisation. Cette enquête permet aussi de cerner ce que contient habituellement une telle séance. Les composantes les plus fréquemment jugées importantes par les cliniciens sont la discussion des recommandations, les réponses aux questions du patient sur les résultats, la présentation des diagnostics, l'explication des résultats aux tests et la mise en lien de ces résultats avec le fonctionnement quotidien (Varela et al., 2024). La restitution orale dépasse ainsi la simple transmission de scores, puisqu'elle inclut aussi des recommandations adaptées aux difficultés rencontrées (Varela et al., 2024).

Si cette pratique est donc répandue, elle demeure peu encadrée par des repères partagés entre professionnels. Plusieurs auteurs soulignent en effet le caractère hétérogène des pratiques de restitution et l'absence de modèles standardisés pour les guider (Gruters et al., 2022 ; Wong et al., 2024). Or la clarté et la pertinence des informations transmises influencent la compréhension qu'en retire le patient et la satisfaction qu'il en éprouve (Gruters et al., 2022). C'est précisément à cette question, celle de la structuration de l'échange, que nous allons maintenant nous intéresser.

4. Comment structurer une remise de conclusion de qualité ?

Si la remise de conclusion constitue formellement la séance finale de l'évaluation, sa préparation commence bien plus tôt. Armstrong et al. (2024) soulignent que, dès le premier contact, le neuropsychologue réfléchit à ce qu'il communiquera et à la manière de le faire. Il travaille à instaurer un climat thérapeutique destiné à favoriser, plus tard, la compréhension et l'acceptation des résultats. L'entretien clinique, puis la passation elle-même, sont ainsi mis à profit pour recueillir les objectifs et le vécu du patient, évaluer son niveau de conscience des difficultés et préparer les points sur lesquels insister lors de la restitution (Armstrong et al., 2024). La structuration de la remise de conclusion ne se limite donc pas à l'organisation de la séance finale, mais s'inscrit dans l'ensemble du processus d'évaluation. Pour structurer cet échange, certains outils issus de la communication en santé fournissent des repères utiles (Willems & Seron, 2023). Ceux-ci sont décrits ci-après.

4.1. Repères de communication clinique : le modèle SPIKES et le PsyCET-F

Le modèle SPIKES, développé par Baile et al. (2000), est un protocole régulièrement mobilisé comme repère dans la littérature sur la restitution des résultats neuropsychologiques (Willems & Seron, 2023 ; Rindge et al., 2024 ; Longley et al., 2023). Initialement conçu pour guider l'annonce de mauvaises nouvelles dans le champ médical, il poursuit quatre objectifs : recueillir des informations auprès du patient, lui transmettre l'information, le soutenir et

élaborer avec lui une stratégie pour la suite (Baile et al., 2000). Ces objectifs se déploient en six étapes, reprises dans le Tableau 1.

Tableau 1. Les six étapes du modèle SPIKES (Baile et al., 2000)

Étape	Description
S - « Setting up the interview »	Préparer le cadre de l’entretien : intimité, présence éventuelle d’un proche, disponibilité du clinicien et gestion du temps.
P - « Perception »	Explorer la perception qu’a le patient de sa situation à l’aide de questions ouvertes, avant toute transmission de résultats.
I - « Invitation »	Déterminer dans quelle mesure le patient souhaite recevoir l’information et avec quel niveau de détail.
K - « Knowledge »	Transmettre l’information avec clarté, en langage accessible et par petites unités, en vérifiant régulièrement la compréhension.
E - « Emotions »	Accueillir les réactions émotionnelles du patient et y répondre par des réponses empathiques.
S - « Strategy and Summary »	Résumer les points importants et construire avec le patient un plan pour la suite.

Note. SPIKES = Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary. Adapté de Baile et al. (2000).

Dans cette perspective, Longley et al. (2023) décrivent également une séance de feedback structurée, interactive, collaborative et empathique, compatible avec certains principes du modèle SPIKES. Cette étude constitue ainsi un exemple d’application de repères de communication structurés dans le cadre d’une remise de conclusion.

Transposé au contexte neuropsychologique, ce cadre se traduit par une marche à suivre concrète. Une possibilité consiste à débiter l’entretien en rappelant les plaintes initiales et les attentes du patient, afin de donner du sens à la séance dès son ouverture (étapes S et P du SPIKES) (Willems & Seron, 2023). Les résultats peuvent ensuite être présentés de manière compréhensible, en expliquant brièvement les principes de comparaison aux normes et en traduisant les scores en indices plus concrets comme les percentiles (étape K). Un point peut être réalisé sur les fonctions préservées et celles davantage fragilisées, en lien avec les situations rapportées par le patient dans sa vie quotidienne. Il peut aussi être utile d’évoquer les différents facteurs susceptibles d’avoir contribué aux difficultés (Willems & Seron, 2023).

Il peut s'agir, par exemple, d'une pathologie neurologique ou de la prise de médicaments (facteurs biologiques), de l'anxiété ou de la dépression (facteurs psychologiques), ou encore de la fatigue ou de douleurs chroniques (facteurs somatiques). Tout au long de l'échange, le clinicien reste attentif à l'état émotionnel du patient, en repérant ses réactions verbales et non verbales et en l'encourageant à les exprimer (étape E) ; il prend le temps d'y réagir et veille à ce que l'état émotionnel du patient lui permette de recevoir les résultats qui lui sont transmis (Willems & Seron, 2023). Cette transmission repose ainsi sur une dynamique interactive, alternant l'apport d'informations, la vérification de la compréhension et l'ouverture à l'expression du patient (Willems & Seron, 2023). Le clinicien peut inviter la personne à poser ses questions, à exprimer ses incompréhensions ou à réagir aux résultats présentés. Cette dimension est essentielle, car elle permet d'ajuster le discours au patient et d'éviter que la remise de conclusion ne soit vécue comme une transmission unilatérale d'informations, ce qui nuirait à son appropriation (Armstrong et al., 2024). La séance constitue enfin l'occasion de définir, en collaboration avec le patient, des perspectives d'accompagnement adaptées (étape S, Strategy and Summary), comme un suivi neuropsychologique, la mise en place de stratégies compensatoires ou un travail en équipe pluridisciplinaire (Willems & Seron, 2023).

Disposer de repères pour mener la restitution suppose aussi de pouvoir en évaluer la qualité. C'est dans cette perspective que Wong et al. (2024) ont développé le *Psychology Competency Evaluation Tool - Feedback* (PsyCET-F), une grille d'observation visant à évaluer les compétences du clinicien lors d'une séance de remise de conclusion. Élaborée à partir d'un consensus d'experts obtenu via la méthode Delphi, défini par un accord d'au moins 80 % parmi un panel de neuropsychologues, elle comprend 20 items répartis en quatre catégories, présentées dans le Tableau 2 et associées à une échelle de compétence allant du niveau débutant au niveau confirmé (Wong et al., 2024).

Tableau 2. Les quatre catégories du PsyCET-F (Wong et al., 2024)

Catégorie	Exemples d'éléments observés
Ouverture de la séance	Introduire la séance (but, contenu, déroulement), rappeler l'objectif de l'évaluation et les préoccupations du patient et recueillir son point de vue sur sa performance.
Techniques de restitution	Expliquer brièvement l'interprétation des tests, traduire les résultats en langage du quotidien, les relier aux plaintes concrètes, formuler des recommandations applicables au quotidien et recourir si besoin à des supports visuels ou écrits.

Catégorie	Exemples d'éléments observés
Engagement, collaboration et alliance	Vérifier la compréhension du patient et des proches, répondre à leurs émotions, maintenir une alliance de travail par un équilibre entre parole et écoute et collaborer avec les autres professionnels.
Structuration et clôture	Maintenir une structure cohérente et un rythme adapté tout au long de la séance et la conclure clairement en discutant des étapes suivantes.

Note. PsyCET-F = Psychology Competency Evaluation Tool - Feedback (traduction française). Adapté de Wong et al. (2024).

Au-delà de la mesure des compétences, cette grille rend observables les comportements à adopter pendant la restitution, comme répondre aux émotions du patient, vérifier régulièrement sa compréhension ou maintenir une posture collaborative plutôt que directive (Wong et al., 2024). Sa structure reste flexible, l'ordre des compétences pouvant être adapté aux besoins du patient (Wong et al., 2024). Validée auprès d'un panel d'experts, elle a montré une bonne cohérence interne et une fidélité inter-juges allant de modérée à forte selon le système de cotation utilisé (Wong et al., 2024). Le PsyCET-F constitue ainsi un outil pour guider la formation des cliniciens, repérer les compétences à développer et mesurer la fidélité au traitement dans le cadre d'essais cliniques (Wong et al., 2024).

Ces outils, qu'il s'agisse de structurer la communication ou d'en évaluer la qualité, partagent toutefois une même limite. Ils décrivent comment bien transmettre les résultats, mais envisagent encore la restitution comme une étape distincte de l'évaluation. D'autres approches vont plus loin en considérant l'évaluation elle-même comme un processus potentiellement thérapeutique, à condition d'être menée de façon collaborative. C'est le cas du modèle que nous abordons maintenant.

4.2. L'évaluation thérapeutique et la restitution collaborative

Si le modèle SPIKES offre un cadre général de communication, d'autres approches ont été développées spécifiquement pour le contexte de l'évaluation neuropsychologique. Parmi elles, le modèle *Collaborative Therapeutic Neuropsychological Assessment* (CTNA) constitue une approche particulièrement développée de la restitution collaborative (Gorske & Smith, 2009).

Le CTNA repose sur l'idée que l'évaluation neuropsychologique ne se réduit pas à un acte diagnostique, mais peut constituer une expérience thérapeutique lorsqu'elle est menée dans un

esprit de collaboration entre le clinicien et le patient (Gorske & Smith, 2009). Dans ce modèle, le patient n'est pas un sujet passif que l'on évalue, mais un partenaire actif impliqué à chaque étape, depuis la formulation des questions initiales jusqu'à la construction des recommandations. Cette posture vise à renforcer l'alliance thérapeutique, à favoriser l'appropriation des résultats et à soutenir la mise en œuvre des recommandations proposées (Gorske & Smith, 2009).

Le modèle s'appuie également sur les principes de l'entretien motivationnel, notamment l'empathie, l'exploration de l'ambivalence, l'ajustement à la résistance et le soutien du sentiment d'efficacité personnelle, afin de favoriser une meilleure appropriation des résultats et des recommandations (Gorske & Smith, 2009 ; Gruters et al., 2022).

Sur le plan pratique, la séance de feedback du CTNA suit un déroulement structuré. Le clinicien commence par définir l'agenda de la séance et introduire le compte rendu, puis formule avec le patient des questions portant sur les implications de ses difficultés dans la vie quotidienne. Il établit ensuite un profil personnel de compétences, présente les forces et les faiblesses cognitives et résume les liens entre les résultats, le quotidien du patient et les questions soulevées au départ. La séance se conclut par la construction conjointe d'un plan de changement et de recommandations adaptées aux priorités et aux ressources du patient (Gorske & Smith, 2009).

Les données empiriques concernant ce modèle restent encore limitées. Gorske et Smith (2009) rapportent toutefois une étude pilote portant sur le *Neuropsychological Assessment Feedback Intervention* (NAFI), une intervention de feedback neuropsychologique personnalisée issue de cette approche. Dans cette étude menée auprès de patients présentant un double diagnostic, les participants ayant reçu le NAFI ont montré une meilleure adhérence au programme de soins que ceux bénéficiant du traitement habituel, en assistant à une proportion plus élevée des séances de groupe requises. Les retours qualitatifs des patients étaient également positifs, plusieurs participants rapportant une meilleure compréhension d'eux-mêmes et des pistes de travail plus concrètes. Ces résultats demandent toutefois à être confirmés par des études contrôlées reposant sur de plus grands échantillons (Gorske & Smith, 2009).

4.3. Un modèle de restitution adapté aux cliniques mémoire

Dans un contexte clinique plus spécifique, Rindge et al. (2024) se sont intéressés à la remise de conclusion en clinique mémoire, auprès de patients âgés présentant un déclin cognitif. Ces structures constituent un terrain de formation important pour les stagiaires en neuropsychologie, alors qu'aucun modèle de restitution n'avait jusque-là été spécifiquement

conçu pour ce cadre (Rindge et al., 2024). Or la remise de conclusion soulève des défis particuliers. Le patient présente souvent une atteinte cognitive qui limite sa compréhension des résultats, la séance se déroule fréquemment en présence des proches, ce qui complexifie la dynamique relationnelle et le clinicien doit régulièrement annoncer un diagnostic chronique ou évolutif comme la maladie d'Alzheimer (Rindge et al., 2024). Cette situation diffère d'autres contextes neuropsychologiques, où le patient connaît déjà son diagnostic au moment de l'évaluation (Rindge et al., 2024).

Pour répondre à ce manque, les auteurs ont élaboré un modèle structuré en huit étapes, à partir des modèles de feedback existants, des recommandations déontologiques et de la littérature sur la communication en santé et l'annonce d'un diagnostic de démence (Rindge et al., 2024). Parmi ces influences figure notamment le SPIKES-D, une adaptation du protocole SPIKES à l'annonce d'un diagnostic de démence, dont les auteurs retiennent surtout l'attention portée aux émotions du patient, la synthèse des résultats et l'élaboration d'un plan de suivi (Rindge et al., 2024).

Le modèle reprend la logique générale d'une restitution de qualité, mais l'adapte aux spécificités de ce contexte. Il débute par une introduction qui rétablit le lien et rappelle les objectifs de la séance. Cela est suivi par un retour sur le motif de l'évaluation et les antécédents pertinents, qui sert de point d'ancrage pour la suite. Le clinicien explique ensuite brièvement comment les tests sont interprétés, avant de partager les résultats en langage accessible, en insistant autant sur les fonctions préservées que sur les fonctions fragilisées. Les étapes suivantes, plus caractéristiques de ce cadre, portent sur la formulation explicite du diagnostic et de son étiologie possible. Les auteurs soulignent l'importance d'énoncer clairement le diagnostic, afin de réduire la tendance des cliniciens à éviter les sujets difficiles (Rindge et al., 2024). Le modèle se termine par la formulation de recommandations adaptées et par une conclusion, qui rappelle au patient que les informations resteront disponibles par écrit (Rindge et al., 2024).

Ce modèle se distingue par sa grande adaptabilité au niveau de compréhension du patient. Lorsque celui-ci présente d'importantes difficultés cognitives, les auteurs recommandent une restitution plus brève et plus directe, centrée sur un message essentiel à retenir (Rindge et al., 2024). En offrant aux cliniciens, et en particulier aux stagiaires, un cadre clair inspiré des bonnes pratiques en communication, ce modèle remplit une visée à la fois clinique et pédagogique, utile pour accompagner des patients souvent confrontés à des diagnostics difficiles (Rindge et al., 2024).

5. Les supports facilitant la compréhension et la mémorisation

La rétention de l'information après une remise de conclusion orale reste globalement faible, et ce même lorsque le feedback est bien réalisé (Gruters et al., 2022). Ce constat a conduit certains auteurs à chercher des moyens de soutenir la compréhension et la mémorisation, allant des supports visuels interactifs aux approches narratives.

Dans cette perspective, Gruters et al. (2021) ont conçu un outil visuel interactif basé sur des graphiques, développé dans le cadre du projet *Innovations in NeuroPsychological Assessment in the timely Diagnosis of Dementia* (INPAD), afin de faciliter la compréhension et la communication des résultats en clinique mémoire. L'outil a été élaboré avec des neuropsychologues, des patients et des proches, puis testé dans une étude pilote menée auprès de 30 patients et 28 proches. Les patients présentaient des profils variés, allant de l'absence d'atteinte cognitive objectivée à un trouble cognitif léger ou une démence. Le groupe contrôle recevait un feedback oral traditionnel, tandis que le groupe expérimental bénéficiait de l'outil visuel en complément. Après la séance, les participants complétaient des questionnaires portant notamment sur la compréhension, la satisfaction et la relation avec le psychologue. Les résultats ne montrent pas de différence significative entre les groupes concernant la satisfaction, la communication et la relation avec le psychologue et la mémorisation des informations restait limitée dans les deux groupes. L'outil a toutefois été jugé utile par les patients, les proches et les cliniciens, notamment parce qu'il permettait de visualiser les forces et faiblesses cognitives, de les relier à la vie quotidienne et de repartir avec un support écrit. Les cliniciens rapportaient également qu'il rendait la remise de conclusion plus structurée. Certaines limites ont néanmoins été relevées, notamment le nombre restreint de tests inclus et l'absence d'intégration aux systèmes hospitaliers (Gruters et al., 2021).

Même si le support peut être un outil utile, il ne suffit cependant pas à lui seul. Armstrong et al. (2024) rappellent que la mémorabilité du feedback dépend aussi de la qualité de la communication elle-même. Ils soulignent l'importance de principes tels que la simplicité du message central, le recours à des exemples concrets tirés de la vie quotidienne, l'utilisation des émotions pour renforcer la mémorisation et le recours à des métaphores ou à des récits, afin de transformer le patient d'auditeur passif en acteur de sa propre compréhension. C'est donc la manière dont le support s'articule à la parole du clinicien qui détermine son efficacité. Les travaux de Tharinger et Pilgrim (2012) l'illustrent bien. Ces auteurs ont exploré, auprès d'enfants, une restitution sous forme de fables individualisées, construites à partir des résultats du bilan et adaptées au niveau de développement de chaque enfant. Les enfants ayant bénéficié

de cette approche rapportaient davantage avoir appris sur eux-mêmes et une meilleure relation avec l'évaluateur, tandis que les parents faisaient état d'une plus grande collaboration et d'une satisfaction accrue (Tharinger & Pilgrim, 2012). Bien qu'elle porte sur une population pédiatrique, cette étude montre que la remise de conclusion ne consiste pas seulement à transmettre des informations, mais à créer du sens, de manière adaptée au profil de chaque destinataire. Ces travaux montrent ainsi que la qualité d'une remise de conclusion ne repose pas sur un outil unique, mais sur une combinaison réfléchie de contenus, de supports et de postures cliniques (Armstrong et al., 2024 ; Gruters et al., 2022).

6. Les ingrédients relationnels de la remise de conclusion : empathie et alliance thérapeutique

Parmi les dimensions susceptibles d'influencer la qualité et l'impact de la remise de conclusion, l'empathie occupe une place centrale. Elliott et al. (2018) la définissent à partir de trois sous-processus complémentaires. Le premier est un processus de simulation émotionnelle, généralement automatique, qui permet au clinicien de percevoir les états affectifs du patient. Le deuxième est un processus plus délibéré de prise de perspective, qui permet de comprendre le cadre de référence de la personne. Le troisième est un processus de régulation émotionnelle, qui permet au clinicien de contenir sa propre réactivité afin de mobiliser une réponse aidante. Au-delà de cette définition, leur méta-analyse, menée sur 82 échantillons indépendants et 6 138 patients, montre que l'empathie du thérapeute est associée aux résultats thérapeutiques en psychothérapie ($r = .28$, $p < .001$, IC 95 % [.23, .33], $d = .58$). Les auteurs précisent que les mesures de perception de l'empathie, qu'elles proviennent du patient, du thérapeute ou d'un observateur, prédisent mieux les résultats que les mesures d'exactitude empathique. Ce résultat souligne que l'empathie ne dépend pas seulement de l'intention du clinicien, mais aussi de la manière dont elle est perçue dans la relation. Dans le contexte plus spécifique du feedback neuropsychologique, Gruters et al. (2021) montrent également que l'attitude calme et bienveillante du professionnel, ainsi que la clarté de ses explications, sont identifiées par les patients comme des éléments facilitant l'assimilation des informations, indépendamment du support utilisé.

L'empathie s'articule étroitement à l'alliance thérapeutique. Raffard (2018), en s'appuyant sur les travaux fondateurs de Rogers et de Bordin, rappelle que l'alliance thérapeutique repose sur trois piliers : le lien affectif entre le clinicien et le patient, l'accord sur les objectifs de l'intervention et l'accord sur les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Une posture empathique, authentique et respectueuse facilite la construction de ce lien, y compris lorsque

la conscience des troubles est fragile ou lorsque les résultats sont difficiles à entendre. Dans le contexte neuropsychologique, Schaffer et al. (2024) ont développé le WAI-NP, une version adaptée du *Working Alliance Inventory* destinée à mesurer la qualité de l'alliance entre l'examineur et le patient durant les bilans cognitifs. Leurs résultats suggèrent que la familiarité du clinicien avec le concept est associée à des scores d'alliance plus élevés dans le contexte de l'évaluation neuropsychologique. Les auteurs restent toutefois prudents, en raison du caractère préliminaire de l'étude et de la fidélité interne encore limitée du WAI-NP (Schaffer et al., 2024). Une alliance solide pourrait néanmoins favoriser l'adhésion aux recommandations, une meilleure appropriation des résultats et une implication plus active dans la suite du parcours de soins.

7. Les effets de la remise de conclusion

La remise de conclusion en neuropsychologie est de plus en plus envisagée comme une étape susceptible de produire des effets dépassant la simple transmission d'informations. Cette idée s'appuie sur des données quantitatives. Dans leur méta-analyse de l'évaluation psychologique conçue comme une intervention thérapeutique, Poston et Hanson (2010) rapportent un effet global significatif sur le fonctionnement psychologique des patients ($d = 0.42$), particulièrement marqué sur les processus thérapeutiques tels que l'engagement et la compréhension de soi ($d = 1.12$), lorsque l'évaluation s'accompagne d'un feedback personnalisé et collaboratif. Bien que cette méta-analyse porte sur l'évaluation psychologique au sens large, elle fournit un appui général à l'idée qu'une évaluation accompagnée d'un feedback personnalisé et collaboratif peut produire des effets thérapeutiques. Dans le champ neuropsychologique plus spécifiquement, la revue de Gruters et al. (2022) offre une vue d'ensemble de ces bénéfices. Le feedback y est généralement associé à une satisfaction élevée, notamment lorsque les patients jugent les informations reçues utiles et compréhensibles. Les patients apprécient particulièrement les explications concernant leurs forces et faiblesses cognitives, ainsi que les liens établis entre les résultats et leur quotidien. Cette revue rapporte également des effets positifs sur la qualité de vie, la compréhension de la condition et la capacité à faire face aux difficultés (Gruters et al., 2022). Plusieurs études permettent de préciser ces constats.

L'étude de Rosado et al. (2018) constitue un premier appui. Les auteurs ont évalué les effets de la restitution auprès de 218 patients adultes suivis en consultation ambulatoire, dont 84 ont complété le suivi. Les patients ayant participé à une séance de feedback rapportaient une amélioration plus importante de la qualité de vie, de la compréhension de leur condition et de

leur capacité à y faire face que ceux n'ayant pas reçu de feedback direct (Rosado et al., 2018). Ces résultats rejoignent ceux de Pegg et al. (2005), qui ont étudié les effets d'un feedback personnalisé auprès de 28 patients atteints de traumatisme crânien modéré à sévère, hospitalisés en rééducation. Répartis aléatoirement entre un groupe recevant des informations générales et un groupe recevant des informations personnalisées, les patients de ce second groupe ont montré davantage d'effort en rééducation, une amélioration significative de leur autonomie fonctionnelle et une plus grande satisfaction envers leur programme de soins (Pegg et al., 2005).

Lanca et al. (2020) apportent un éclairage plus précis sur les mécanismes en jeu. Dans leur étude menée auprès de 31 adultes présentant un TDAH ou un trouble de l'humeur, avec un suivi un mois après la restitution, les participants ont rapporté une diminution de symptômes psychiatriques, notamment dépressifs et anxieux, ainsi qu'une diminution de certaines plaintes cognitives. Ces plaintes cognitives concernaient particulièrement les domaines de l'attention, de la mémoire verbale et du langage. Les auteurs observent également une augmentation du sentiment d'auto-efficacité, tant générale que liée aux objectifs spécifiques de l'évaluation. Surtout, une hausse de la confiance du patient dans l'atteinte de ses objectifs était associée à une réduction de grande taille de la sévérité globale des symptômes ($r = -.61$). Ces résultats suggèrent que l'auto-efficacité pourrait constituer un mécanisme central des effets du feedback (Lanca et al., 2020).

L'étude de Longley et al. (2023) renforce ces résultats tout en apportant la rigueur d'un essai contrôlé randomisé avec cross-over, mené auprès de 71 patients atteints de sclérose en plaques. Une semaine après le feedback, les auteurs ne constatent pas d'amélioration significative par rapport au groupe contrôle, mais n'observent pas non plus de détérioration du bien-être psychologique, malgré l'annonce de résultats parfois difficiles. Au suivi à un mois, ils relèvent en revanche une amélioration cliniquement significative, d'ampleur petite à moyenne, du fonctionnement cognitif quotidien perçu, du sentiment d'auto-efficacité lié à la maladie, du stress et de la dépression, des résultats convergents avec ceux de Lanca et al. (2020). Les auteurs interprètent ainsi le feedback comme une intervention psychoéducative sûre, suivie d'une amélioration du bien-être au cours du temps (Longley et al., 2023).

Pris ensemble, ces travaux convergent vers l'idée, défendue par Armstrong et al. (2024), que le feedback neuropsychologique constitue une intervention thérapeutique à part entière. La remise de conclusion ne se réduit jamais à communiquer des scores ou un diagnostic. En effet, elle vise à traduire des données complexes dans un langage accessible et signifiant, à aider le patient à intégrer les résultats dans son récit personnel, à soutenir l'adhésion aux

recommandations et à favoriser un sentiment d'espoir et d'autonomisation (Armstrong et al., 2024).

8. Les mécanismes explicatifs potentiels : psychoéducation individualisée et recalibrage métacognitif

Les effets décrits précédemment soulèvent une question : par quels mécanismes la remise de conclusion pourrait-elle agir ? Deux perspectives complémentaires permettent de l'éclairer. La première envisage le feedback comme une forme de psychoéducation individualisée, la seconde comme une occasion de recalibrer la perception que le patient a de son propre fonctionnement.

8.1. Une forme de psychoéducation individualisée

La remise de conclusion vise à transmettre au patient des informations compréhensibles, utiles et directement reliées à son fonctionnement cognitif. En ce sens, elle peut être envisagée comme une forme spécifique de psychoéducation individualisée, centrée sur les résultats de l'examen, les plaintes initiales du patient, son vécu quotidien et les recommandations qui en découlent (Gorske & Smith, 2009 ; Gruters et al., 2022). La psychoéducation a d'abord été développée dans le champ psychiatrique, notamment dans la prise en charge des troubles schizophréniques, avant de s'étendre à d'autres domaines de la santé mentale et de la réadaptation (Petitjean, 2011 ; Hart et al., 2018). Elle peut être définie comme une technique à la fois thérapeutique et éducative, qui associe des dimensions pédagogiques, psychologiques et comportementales afin d'aider les patients et leurs proches à mieux comprendre une maladie, à reconnaître certains symptômes et à développer des moyens d'y faire face (Petitjean, 2011). Dans le contexte des affections chroniques et des traumatismes crâniens, elle peut contribuer à améliorer la compréhension des troubles, l'adaptation à la situation clinique et l'engagement dans les soins (Hart et al., 2018 ; Rezapour et al., 2021).

Dans le cas de la remise de conclusion neuropsychologique, cette dimension prend une forme particulièrement individualisée. Les informations transmises ne concernent pas une pathologie de manière générale, mais le fonctionnement propre du patient, ses forces, ses faiblesses, ses plaintes initiales et les situations concrètes dans lesquelles ses difficultés apparaissent (Gorske & Smith, 2009 ; Gruters et al., 2022). Son intégration reste toutefois limitée et repose uniquement sur des pratiques informelles et peu structurées (Hart et al., 2018). Le manque de standardisation et l'absence de supports adaptés aux profils cognitifs peuvent en freiner le développement (Hart et al., 2018 ; Pedersen et al., 2024).

8.2. Un recalibrage de la perception de soi

La remise de conclusion peut également être envisagée à partir de la métacognition, puisqu'elle confronte le patient à des informations nouvelles sur son propre fonctionnement cognitif. De manière générale, la métacognition désigne la capacité d'une personne à réfléchir sur ses propres processus mentaux, à les observer et à les ajuster (Flavell, 1979). Dans le contexte neuropsychologique, un aspect de cette capacité retient particulièrement l'attention : la perception qu'un patient a de son fonctionnement ne correspond pas toujours à ses performances réelles. Un patient peut présenter des difficultés objectives sans en avoir une représentation précise, ou au contraire se percevoir comme plus en difficulté qu'il ne l'est, notamment lorsque son vécu est influencé par l'anxiété, la fatigue ou une faible confiance en ses capacités (Bhome et al., 2022 ; Butzbach et al., 2021).

Plusieurs travaux documentent cette dissociation entre auto-évaluation et performance. Bhome et al. (2022), chez des patients présentant un trouble cognitif fonctionnel, montrent que certains évaluent correctement leurs performances immédiates tout en conservant une représentation globale de leurs capacités plus négative que ne le suggèrent leurs résultats réels. Butzbach et al. (2021) retrouvent un constat proche chez des adultes présentant un TDAH, où la perception subjective des difficultés ne correspond pas toujours aux performances mesurées, en particulier sur le plan attentionnel. Ces résultats invitent à ne pas considérer la plainte cognitive comme un simple reflet des performances aux tests (Butzbach et al., 2021). C'est précisément sur cette dissociation que la remise de conclusion peut agir. En présentant au patient ses forces, ses fragilités et les liens entre les résultats et les situations du quotidien, elle peut l'aider à mettre en dialogue les performances objectivées par les tests, ses plaintes et son expérience vécue (Gorske & Smith, 2009 ; Gruters et al., 2022). Elle peut ainsi contribuer à nuancer certaines représentations erronées, sans les invalider, en distinguant les difficultés réelles, les facteurs émotionnels ou contextuels et les ressources préservées. Cette fonction de recalibrage est cohérente avec les travaux de Lanca et al. (2020), qui associent le feedback à une augmentation de l'auto-efficacité et à une meilleure mobilisation d'objectifs individualisés. La littérature disponible offre toutefois encore peu de données portant spécifiquement sur les effets de la remise de conclusion sur la métacognition en tant que telle.

Objectifs et hypothèses

1. Objectifs

Au regard des éléments théoriques présentés précédemment, ce mémoire vise à mieux comprendre les effets psychologiques de la remise de conclusion en neuropsychologie. Il poursuit trois objectifs.

Le premier objectif est d'examiner l'évolution de trois dimensions chez le patient à la suite de la remise de conclusion : le fonctionnement psychologique, l'utilisation de stratégies compensatoires au quotidien et le sentiment d'auto-efficacité. Ces dimensions sont mesurées à trois temps (avant la remise de conclusion puis à court et à moyen terme).

Le deuxième objectif est d'explorer les liens entre l'évolution de ces variables, en plaçant l'auto-efficacité cognitive au centre de l'analyse. Il s'agit d'examiner si une amélioration du sentiment d'auto-efficacité s'accompagne, d'une part, d'une amélioration du fonctionnement psychologique et, d'autre part, d'une augmentation de l'utilisation de stratégies compensatoires.

Le troisième objectif, de nature exploratoire, porte sur la manière dont les neuropsychologues conduisent la remise de conclusion et sur ses liens éventuels avec le vécu des patients. La restitution est analysée à l'aide d'une grille structurée, inspirée du protocole SPIKES (Baile et al., 2000) et adaptée au contexte neuropsychologique. La fréquence des comportements observés est d'abord décrite pour chaque catégorie. L'analyse examine ensuite si le score global de la grille est associé au bien-être, au sentiment d'auto-efficacité, à l'utilisation de stratégies compensatoires, à l'empathie perçue et à l'alliance thérapeutique. Une attention particulière est enfin portée à la catégorie liée à l'explication des résultats (Knowledge, modèle SPIKES), afin d'examiner si ce score spécifique est plus particulièrement associé au sentiment d'auto-efficacité et à l'utilisation de stratégies compensatoires.

2. Hypothèses

Concernant le premier objectif, nous faisons l'hypothèse que le fonctionnement psychologique, l'utilisation de stratégies compensatoires et le sentiment d'auto-efficacité cognitive s'amélioreront après la remise de conclusion. En nous appuyant plus spécifiquement sur les résultats de Longley et al. (2023), qui observent une amélioration à un mois mais pas à une semaine, nous nous attendons à ce que ces effets ne soient pas encore observables à court terme (T2), mais apparaissent à moyen terme (T3). Cette attente est cohérente avec les travaux antérieurs, qui rapportent une amélioration de l'auto-efficacité, de l'humeur et du

fonctionnement perçu à la suite du feedback (Lanca et al., 2020 ; Longley et al., 2023 ; Rosado et al., 2018).

Concernant le deuxième objectif, et en nous appuyant sur les données suggérant que l'auto-efficacité constitue un levier central des effets du feedback (Lanca et al., 2020), nous formulons deux hypothèses. D'une part, une amélioration du sentiment d'auto-efficacité cognitive sera associée à une amélioration du fonctionnement psychologique. D'autre part, cette amélioration de l'auto-efficacité sera associée à une augmentation de l'utilisation de stratégies compensatoires.

Concernant le troisième objectif, compte tenu de la taille limitée de l'échantillon, l'analyse demeure exploratoire. Nous faisons l'hypothèse qu'une restitution plus complète, comportant un plus grand nombre d'éléments de la grille, sera associée à des scores plus favorables de bien-être, d'auto-efficacité, de stratégies compensatoires, d'empathie perçue et d'alliance thérapeutique. Plus spécifiquement, en cohérence avec les mécanismes psychoéducatifs et métacognitifs évoqués précédemment, nous anticipons que les comportements liés à l'explication des résultats seront particulièrement associés au sentiment d'auto-efficacité et à l'utilisation de stratégies compensatoires.

Méthodologie

1. Participants

1.1. Recrutement et critères d'inclusion

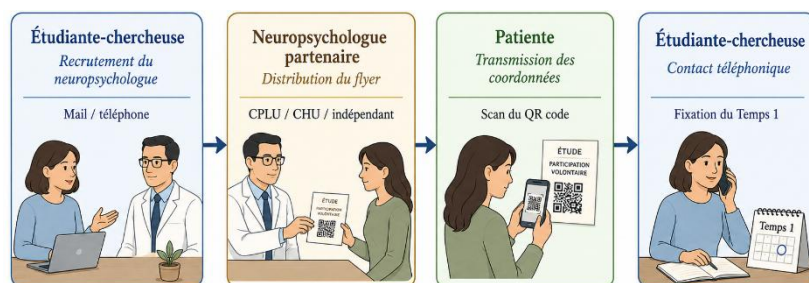
L'échantillon est composé de patients adultes ayant bénéficié d'un bilan neuropsychologique comprenant une remise de conclusion orale, ainsi que des neuropsychologues ayant réalisé ces évaluations. Le recrutement s'est déroulé en deux temps : les neuropsychologues ont d'abord été recrutés, puis les patients par leur intermédiaire.

Pour être inclus, les neuropsychologues devaient réaliser des bilans comprenant une remise de conclusion orale, accepter que celle-ci soit enregistrée et avoir signé le document de consentement éclairé (Annexe A). Les professionnels ont été identifiés grâce à plusieurs méthodes : la plateforme Rosa, les maîtres de stage de l'Université de Liège, le réseau LinkedIn et le bouche-à-oreille entre praticiens participants. Ils ont ensuite été contactés par mail et/ou par téléphone. Les neuropsychologues partenaires étaient issus de différentes structures (Clinique Psychologique et Logopédique de l'Université de Liège, Centre Hospitalier Universitaire et secteur indépendant).

Les patients devaient être âgés de 18 ans ou plus, être en mesure de lire, comprendre et s'exprimer en français et avoir signé le document de consentement éclairé (Annexe B). Les bilans à visée diagnostique ont été exclus pour des raisons éthiques, afin de limiter les enjeux liés à l'annonce d'un diagnostic et de centrer l'étude sur la remise de conclusion elle-même. Le recrutement des patients, résumé dans la figure 1, s'est effectué par l'intermédiaire des neuropsychologues partenaires, qui ont distribué le flyer de l'étude (Annexe C). Les patients intéressés ont contacté eux-mêmes l'étudiante-chercheuse au moyen d'un QR code présent sur le flyer, leur permettant de transmettre leurs coordonnées. Ce mode de recrutement a permis de préserver le caractère volontaire de la participation tout en respectant le cadre habituel de la pratique clinique. Ils étaient ensuite contactés par téléphone par l'étudiante-chercheuse afin de répondre à leurs éventuelles questions et de fixer le premier rendez-vous. La procédure complète de participation est expliquée dans les sections 2 et 3. Les participants ont été inclus de février à juillet 2026.

Figure 1.

Déroulement de la procédure de recrutement



1.2. Taille de l'échantillon

En l'absence d'étude reposant sur une méthodologie strictement comparable, une analyse de puissance a priori a été réalisée à l'aide du logiciel G*Power (Faul et al., 2007) pour une ANOVA à mesures répétées comportant un facteur intra-sujets, un groupe et trois temps de mesure. En l'absence d'une taille d'effet directement transposable au plan de la présente étude, et au regard des effets de petite à moyenne ampleur rapportés par Longley et al. (2023), une taille d'effet modérée ($f = .25$) a été retenue comme hypothèse de planification. Un seuil alpha de .01 a été retenu de manière conservatrice lors de la planification afin de tenir compte des cinq variables principales initialement prévues, avec une puissance de .95, une corrélation supposée de .50 entre les mesures répétées et une correction de non-sphéricité fixée à 1. Le calcul indiquait qu'un minimum de 58 participants était requis. L'objectif de recrutement a été arrondi à 60 participants.

2. Matériel et procédure

Cette recherche a mobilisé à la fois des mesures auto-rapportées, sous la forme de questionnaires auto-administrés ainsi qu'une mesure observationnelle fondée sur l'analyse des remises de conclusion enregistrées. Ces mesures ont été recueillies à trois temps d'évaluation. Le déroulement précis est décrit dans la section Procédure.

2.1. Mesures auto-rapportées : questionnaires

2.1.1. Brève anamnèse

Une brève anamnèse (Annexe D) a été réalisée au premier temps d'évaluation afin de recueillir des informations générales (âge, sexe, motif et origine de la demande de consultation, nombre d'années d'étude, difficultés rencontrées au quotidien, antécédents psychologiques) et d'explorer les attentes du patient vis-à-vis de son bilan.

2.1.2. Mesure du fonctionnement psychologique : MI-45

La Mesure d'Impact-45 (MI-45 ; Flynn et al., 2003) est la version française de l'*Outcome Questionnaire-45* (OQ-45 ; Lambert et al., 1996) et évalue le fonctionnement psychologique général. Elle comprend 45 items cotés de 0 (« jamais ») à 4 (« presque toujours »), dont neuf items inversés, pour un score total de 0 à 180 (un score élevé indiquant davantage de difficultés), répartis en trois sous-échelles : symptômes intrapsychiques de détresse (25 items), relations interpersonnelles (11 items) et rôles sociaux (9 items). Brosseau-Liard et al. (2020) rapportent une cohérence interne élevée pour le score total ($\alpha \approx .93$; sous-échelles $> .80$, sauf rôles sociaux $\approx .65$), un seuil clinique de 63 (un score ≥ 64 indiquant une probabilité élevée de difficultés) et un changement clinique fiable de 17 points.

2.1.3. Mesure des stratégies compensatoires : CCSS

La Compensatory Cognitive Strategies Scale (CCSS ; Becker et al., 2019) évalue la fréquence d'utilisation de stratégies cognitives compensatoires dans la vie quotidienne (réduction des distracteurs, organisation des activités, aides externes, routines). Cette échelle comprend 24 items cotés de 0 (« jamais ») à 4 (« tout le temps »), pour un score total de 0 à 96. Becker et al. (2019) rapportent une bonne cohérence interne ($\alpha = .89$ et $.90$ dans deux échantillons), une fidélité test-retest de $.75$ sur environ deux mois (sans intervention cognitive) et une sensibilité au changement après intervention. Le score total a été utilisé aux trois temps de mesure. Une version française, traduite par nos soins, a été utilisée¹.

¹ À l'exception du MI-45, utilisé dans sa version francophone, et du CARE, administré dans une version française trouvée en ligne, les questionnaires ont été traduits par l'équipe de recherche pour les besoins

2.1.4. *Mesure du sentiment d'auto-efficacité cognitive : CSEQ-II*

Le Cognitive Self-Efficacy Questionnaire II¹ (CSEQ-II ; Toglia & Johnston, 2017) évalue le sentiment d'auto-efficacité cognitive, c'est-à-dire la confiance du patient dans sa capacité à reconnaître, gérer et compenser ses difficultés cognitives. Il comprend quatre parties. Nous avons administré les parties II (gestion des symptômes, 19 items), III (6 scénarios) et IV (tâches quotidiennes, 25 items) tandis que la partie I (reconnaissance des symptômes) n'a pas été administrée. Pour chaque scénario de la partie III, le participant évalue sa confiance dans sa capacité à réaliser l'activité et mentionne les difficultés et les stratégies possibles. Les items sont cotés de 0 à 10 (un score élevé indiquant une auto-efficacité plus importante). Les cotations ont été additionnées séparément pour chaque partie, donnant des scores compris respectivement de 0 à 190, de 0 à 60 et de 0 à 250. Chez 200 adultes sains, les coefficients de cohérence interne étaient de .96, .79 et .93 pour ces trois parties (Toglia, n.d.). Les trois scores ont été analysés séparément aux trois temps de mesure. Le nombre de stratégies mentionnées dans la partie III a également été examiné à titre exploratoire.

2.1.5. *Mesure de l'empathie perçue : CARE*

Le Consultation and Relational Empathy Measure (CARE ; Mercer et al., 2004) évalue l'empathie relationnelle telle que perçue par le patient. Il comprend 10 items cotés de 1 (« médiocre ») à 5 (« excellent »), pour un score total de 10 à 50, et présente une structure unidimensionnelle. La version originale présente une cohérence interne élevée ($\alpha = .92$; Mercer et al., 2004). Une traduction française a récemment fait l'objet d'une validation par Phounsouk (2025). Cette version n'a toutefois pas été utilisée dans la présente étude, car elle a été identifiée après le début des démarches auprès du comité d'éthique. La version utilisée a été trouvée en ligne et est non validée formellement, ce qui constitue une limite de cette mesure. Administré uniquement au deuxième temps d'évaluation, le CARE n'est pas utilisé pour mesurer un changement. En effet, le score total sert d'indicateur de l'empathie perçue lors de la remise de conclusion.

de l'étude. La traduction a d'abord été effectuée à l'aide de DeepL (de l'anglais au français), puis une rétrotraduction du français à l'anglais a été réalisée afin de vérifier la fidélité du contenu par rapport à la version originale. Les traductions ont ensuite été relues par Madame Willems et Madame Léonard afin de vérifier la clarté des formulations et leur fidélité au contenu original. Cette démarche ne permet toutefois pas de considérer ces versions comme des traductions validées des questionnaires.

2.1.6. Mesure de l'alliance thérapeutique : WAI-NP

Le Working Alliance Inventory - Neuropsychology¹ (WAI-NP ; Schaffer et al., 2024) mesure l'alliance thérapeutique dans le contexte spécifique de l'évaluation neuropsychologique. Issu de la sélection, par un panel de 24 neuropsychologues, de 12 items du WAI original (Horvath & Greenberg, 1989), il est coté sur une échelle en six points (1 = « pas du tout » à 6 = « complètement »). Pour cette étude, les cotations ont été additionnées afin d'obtenir un score total compris entre 12 et 72, un score plus élevé indiquant une alliance thérapeutique plus importante. Dans sa version originale, le WAI-NP est complété par l'examineur ; ici, les items ont été reformulés du point de vue du patient (« mon neuropsychologue... »). Compte tenu du caractère préliminaire de l'outil, de sa cohérence interne modeste ($\alpha = .63$; Schaffer et al., 2024) et de cette adaptation, les résultats ont été interprétés de manière exploratoire. L'échelle a été utilisée au deuxième temps de mesure.

2.2. Grille d'analyse de la remise de conclusion

En complément des questionnaires, l'étude a reposé sur une analyse du contenu des remises de conclusion enregistrées au moyen d'un dictaphone et fondée sur un codage systématique du discours du neuropsychologue. Une grille spécifique a été construite pour les besoins de ce mémoire, inspirée du modèle SPIKES (Baile et al., 2000), initialement proposé pour guider l'annonce de nouvelles difficiles. Les étapes de ce modèle ont été adaptées au contexte de la remise de conclusion neuropsychologique afin de tenir compte des dimensions centrales mises en évidence dans la littérature sur la qualité du feedback. Le codage des critères, détaillé ci-dessous, s'est organisé selon les six catégories présentées dans le Tableau 3.

Tableau 3. Catégories et comportements codés dans la grille d'analyse de la remise de conclusion adaptée du modèle SPIKES

Catégorie	Comportements codés
<i>Setting - Cadre</i>	Présentation du cadre, annonce du déroulement de la séance, clarification des objectifs de la séance.
<i>Perception / Invitation</i>	Exploration des attentes, des craintes, de la compréhension préalable et du niveau de détail souhaité.
<i>Knowledge - Connaissance</i>	Explication progressive des résultats, langage accessible, exemples concrets, lien avec le quotidien, mise en évidence des forces, explication au proche.
<i>Emotion</i>	Repérage des émotions, reflets de sentiments, questions sur le vécu du patient.

Catégorie	Comportements codés
<i>Summary / Strategy - Résumer / Stratégie</i>	Synthèse finale, recommandations concrètes, discussion de la faisabilité des recommandations, discussion sur les prochaines étapes.
<i>Qualité communicationnelle</i>	Niveau de structuration du discours.

2.3. Codage des remises de conclusion

Vingt et une des 22² remises de conclusion ont été retranscrites intégralement et anonymisées avant le codage. Chaque transcription a été examinée au moyen de la grille présentée ci-dessus, dont les définitions opérationnelles et les règles de cotation détaillées figurent en Annexe E. Les comportements étaient cotés 0 lorsqu'ils étaient absents et 1 lorsqu'ils étaient présents au moins une fois durant la séance ; certains items, comme la répétition des informations ou la réalisation de plusieurs résumés, nécessitaient un minimum de deux occurrences pour être considérés comme présents.

L'item relatif à la structuration du discours faisait exception, puisqu'il était coté sur une échelle ordinale allant de 0 à 2 : 0 correspondait à un discours non structuré, 1 à une structuration reposant sur la mise en lien des plaintes du patient avec les résultats, et 2 à une restitution suivant le déroulement général du rapport (anamnèse, domaines cognitifs, résultats et recommandations). L'item portant sur les explications fournies aux proches n'était quant à lui applicable que lorsqu'un proche assistait à la séance, ce qui a été le cas pour 2 des 22 séances seulement ; il a néanmoins été coté selon la même règle que les autres items, ce qui réduit d'un point le score des 20 séances sans proche présent. Cette limite est reprise dans la section des limites méthodologiques.

En définitive, un score global de la grille a été obtenu en additionnant les cotations des 31 comportements de la grille, pour une étendue théorique de 0 à 32. Un score spécifique à la catégorie Knowledge a également été calculé en additionnant les cotations des 16 comportements de cette catégorie, pour une étendue théorique de 0 à 16 ; un score plus élevé indiquait, dans les deux cas, la présence d'un plus grand nombre de comportements codés dans la grille. Le codage a été réalisé par une seule évaluatrice, ce qui justifie le caractère exploratoire des analyses reposant sur cette grille.

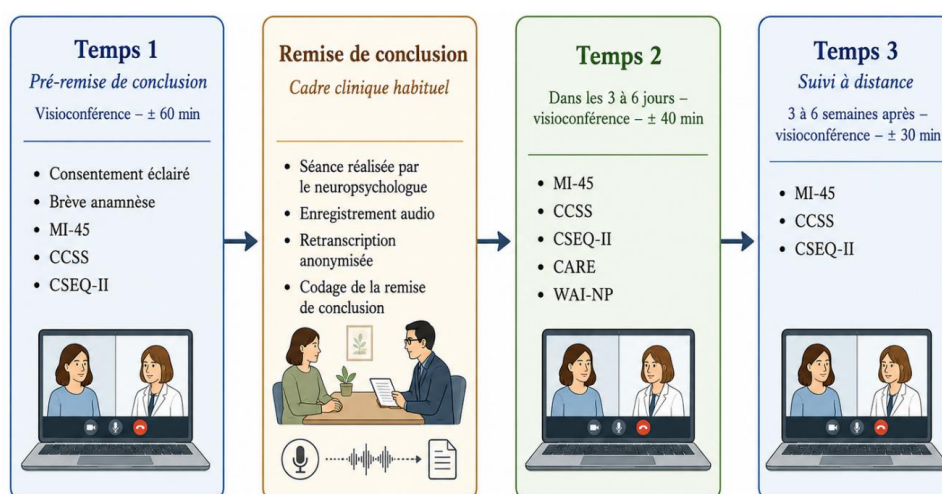
² Une des 22 remises de conclusion n'a pas pu être enregistrée en raison d'un oubli. La grille correspondante a été complétée rétrospectivement avec le neuropsychologue concerné, à partir de son souvenir de la séance et de sa pratique habituelle.

3. Procédure

Les trois temps de mesure réalisés dans le cadre de l'étude se sont déroulés en ligne, via la plateforme Teams. Ceux-ci prenaient la forme de visioconférences au cours desquelles les participants complétaient eux-mêmes les questionnaires en présence de l'étudiante-chercheuse, disponible en cas de difficulté de compréhension. Avant toute participation, les objectifs, le déroulement et les modalités de confidentialité de l'étude leur ont été présentés, puis leur consentement éclairé a été recueilli. Le déroulement de l'étude, tel qu'il a été vécu par un participant, est décrit dans la Figure 2.

Figure 2.

Déroulement des trois temps de mesure de l'étude



Lors du temps 1 (T1), réalisé avant la remise de conclusion, une brève anamnèse a d'abord été recueillie, puis le participant a complété le MI-45, la CCSS et le CSEQ-II. Entre les temps 1 et 2, la remise de conclusion a été réalisée par le neuropsychologue dans le cadre habituel du bilan. Le temps 2 (T2), réalisé trois à six jours après la remise de conclusion, durait environ 40 minutes. Les participants complétaient à nouveau le MI-45, la CCSS et le CSEQ-II, auxquels s'ajoutaient le CARE et le WAI-NP. Enfin, lors du temps 3 (T3), réalisé trois à six semaines après la remise de conclusion, les participants complétaient une dernière fois le MI-45, la CCSS et le CSEQ-II au cours d'un entretien d'environ 30 minutes.

4. Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées avec jamovi (version 2.6.44 ; The jamovi project, 2024). Des statistiques descriptives ont permis de présenter l'échantillon, les scores aux questionnaires et les comportements codés. Pour une participante n'ayant pas complété T3, la valeur obtenue à T2 a été reportée selon la méthode de la dernière observation reportée (*last observation carried forward* ; LOCF).

Pour le premier objectif, le choix des tests reposait sur la normalité des différences entre les trois temps de mesure, examinée au moyen du test de Shapiro-Wilk, des graphiques quantile-quantile et de la comparaison entre moyenne et médiane. Une ANOVA à mesures répétées a été utilisée lorsque les trois différences respectaient la normalité ; un test de Friedman a été appliqué dans le cas contraire. Pour les ANOVA, la sphéricité a été vérifiée par le test de Mauchly et corrigée, si nécessaire, selon la méthode de Greenhouse-Geisser. Lorsque l'effet global était significatif, des tests t appariés (pour les ANOVA) ou des comparaisons de Durbin-Conover (pour les tests de Friedman) ont été réalisés en complément. Les valeurs de p des huit tests globaux ont été ajustées selon la procédure de Benjamini-Hochberg ($q = .05$). Le changement individuel au MI-45 a également été examiné à partir du seuil fiable de 17 points. À titre exploratoire, l'évolution du nombre de stratégies mentionnées dans la partie III du CSEQ-II, ses liens avec le score de confiance et sa stabilité temporelle ont été analysés.

Pour les analyses des deuxième et troisième objectifs, des scores de changement ont été calculés en soustrayant le score obtenu à T1 de celui obtenu à T3 ($\Delta = T3 - T1$). Pour le MI-45, une valeur négative indiquait une diminution des difficultés psychologiques, tandis que, pour la CCSS et le CSEQ-II, une valeur positive indiquait une augmentation du score correspondant.

Pour le deuxième objectif, des régressions linéaires multiples ont examiné les liens entre les évolutions du MI-45, de la CCSS et des trois parties du CSEQ-II entre T1 et T3. Trois modèles complémentaires ont étudié les liens transversaux entre ces variables à chaque temps.

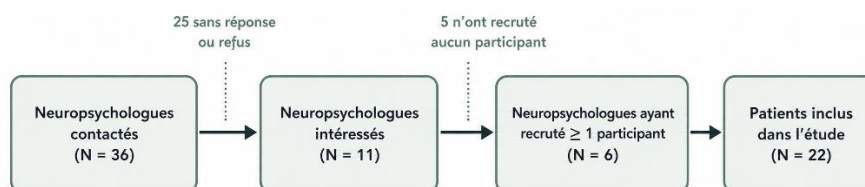
Pour le troisième objectif, la fréquence de chaque comportement codé a été décrite, puis comparée à titre exploratoire entre le neuropsychologue ayant recruté le plus grand nombre de participants et les cinq autres neuropsychologues réunis. Sept régressions linéaires ont ensuite examiné les liens entre les indicateurs de la grille et les variables relatives aux patients. Le score global de la grille a été entré comme prédicteur unique de l'évolution du bien-être (MI-45), du score CARE et du score WAI-NP, ces dimensions dépendant surtout de la qualité relationnelle globale de l'échange. Le score Knowledge a été ajouté comme second prédicteur uniquement pour les modèles portant sur l'évolution des stratégies compensatoires (CCSS) et de l'auto-efficacité cognitive (CSEQ-II), ces deux dimensions étant plus directement liées à la compréhension des résultats transmis par le neuropsychologue. Pour l'ensemble de ces analyses, le seuil de significativité a été fixé à $p < .05$.

Résultats

1. Description de l'échantillon

Le recrutement des patients s'est déroulé en deux étapes, par l'intermédiaire des neuropsychologues partenaires. Au total, 36 neuropsychologues ont été contactés ; 11 d'entre eux se sont montrés intéressés par une participation à l'étude, et 6 sont parvenus à recruter au moins un patient. Ce processus a permis d'inclure 22 patients dans l'étude (**Figure 3**). Les six neuropsychologues partenaires exerçaient dans des contextes cliniques variés. Quatre (66.7 %) d'entre eux recevaient majoritairement des patients pour des troubles de l'attention et les deux autres (33.3 %) exerçaient dans des contextes plus spécialisés, notamment auprès de patients atteints de sclérose en plaques ou de traumatismes crâniens. Leur expérience professionnelle était également hétérogène (1 à 25 ans de pratique), deux d'entre eux ayant commencé leur pratique clinique indépendante depuis moins d'un an. L'un des six neuropsychologues a recruté 12 participants, tandis que les cinq autres en ont recruté 10 au total.

Figure 3. Diagramme de flux des participants



Les caractéristiques démographiques de l'échantillon (âge, sexe, niveau d'éducation, nombre d'années d'étude et origine de la demande) sont présentées dans le **Tableau 4**. L'échantillon se composait majoritairement de femmes ($n = 18$, 81.8 %), avec un âge moyen de 42.4 ans ($ET = 12.3$) et présentait un niveau d'éducation hétérogène ($M = 14.0$ années, $ET = 1.9$; étendue 10-17), allant du CE1D au Master. La demande de bilan neuropsychologique émanait le plus souvent d'un neurologue ($n = 8$, 36.4 %) ou du patient lui-même ($n = 6$, 27.3 %). Par ailleurs, 12 des 22 participants (54.5 %) étaient atteints de sclérose en plaques.

Tableau 4. Caractéristiques démographiques des participants (N = 22)

Caractéristique	Résultat
Âge (années), M (ET)	42.4 (12.3)
Étendue	20-64
Sexe, n (%)	
Femmes	18 (81.8)
Hommes	4 (18.2)

Caractéristique	Résultat
Niveau d'éducation, n (%)	
CE1D	2 (9.1)
CESS	7 (31.8)
Bachelier	11 (50.0)
Master	2 (9.1)
Années d'étude, M (ET)	14.0 (1.9)
Étendue	10-17
Origine de la demande, n (%)	
Neurologue	8 (36.4)
Patient (démarche spontanée)	6 (27.3)
Psychologue	3 (13.6)
Autre ^a	5 (22.7)

Note. M = moyenne ; ET = écart-type. CE1D = certificat d'enseignement du 1er degré ; CESS = certificat d'enseignement secondaire supérieur. ^a « Autre » inclut : université, assistante sociale, psychanalyste, hospitalisation, neuropsychologue de l'enfant du patient (n = 1 chacun).

Les résultats des vérifications de normalité ayant guidé le choix des analyses sont présentés en Annexe F.

2. Objectif 1 : Évolution dans le temps du fonctionnement psychologique, des stratégies compensatoires et de l'auto-efficacité cognitive

Les statistiques descriptives des huit indicateurs aux trois temps de mesure sont présentées dans le **Tableau 5**.

Tableau 5. Statistiques descriptives des variables de l'Objectif 1 à chaque temps de mesure

Variable	<i>M (ET) T1</i>	<i>M (ET) T2</i>	<i>M (ET) T3</i>
MI-45	78.9 (22.1)	74.3 (20.5)	73.3 (23.0)
MI-45 - Intrapsychique	47.9 (12.9)	44.5 (11.9)	43.3 (12.5)
MI-45 - Interpersonnel	14.8 (7.46)	14.3 (6.46)	15.0 (7.74)
MI-45 - Rôles sociaux	16.2 (5.37)	15.5 (5.57)	15.0 (5.08)
CCSS	52.0 (13.4)	47.7 (14.0)	47.5 (16.3)

CSEQ-II P2	107 (25.2)	117 (24.2)	115 (26.9)
CSEQ-II P3	24.7 (9.72)	25.3 (11.2)	26.4 (10.3)
CSEQ-II P4	123 (31.1)	130 (31.4)	131 (42.8)

Note. *M* = moyenne ; *ET* = écart-type. *N* = 22. Le T3 intègre, pour une participante n'ayant pas complété ce temps de mesure, la valeur reportée du T2 (LOCF).

Les résultats des analyses d'évolution dans le temps sont présentés dans le **Tableau 6**. Le score total du MI-45 et sa sous-échelle intrapsychique diminuaient significativement avec le temps. La CCSS diminuait entre T1 et T3, et la partie II du CSEQ-II augmentait, sans que l'un ou l'autre changement atteigne le seuil de significativité. Aucune évolution statistiquement significative n'a été mise en évidence pour les autres indicateurs (sous-échelles interpersonnelle et rôles sociaux du MI-45, parties III et IV du CSEQ-II).

Tableau 6. Résultats des tests d'évolution dans le temps (Objectif 1)

Variable	Test global	Statistique	p brut	p ajusté (BH)	Taille d'effet	Comparaisons significatives
MI-45 total	Friedman	$\chi^2(2) = 11.9$	.003	.012*	<i>W</i> = .270	T1-T2 (<i>p</i> = .010) ; T1-T3 (<i>p</i> < .001)
MI-45 intrapsychique	Friedman	$\chi^2(2) = 11.3$	.003	.012*	<i>W</i> = .257	T1-T2 (<i>p</i> = .016) ; T1-T3 (<i>p</i> < .001)
MI-45 interpersonnel	Friedman	$\chi^2(2) = 0.521$	.771	.771	<i>W</i> = .012	Aucune
MI-45 rôles sociaux	Friedman	$\chi^2(2) = 2.90$	.235	.336	<i>W</i> = .066	Aucune
CCSS	ANOVA à mesures répétées	$F(2, 42) =$ 2.61	.086	.172	$\eta p^2 =$.110	Aucune
CSEQ-II partie II	ANOVA à mesures répétées	$F(2, 42) =$ 3.08	.057	.152	$\eta p^2 =$.128	Aucune
CSEQ-II partie III	ANOVA à mesures répétées	$F(2, 42) =$ 0.310	.735	.771	$\eta p^2 =$.015	Aucune
CSEQ-II partie IV	Friedman	$\chi^2(2) = 2.75$	.252	.336	<i>W</i> = .063	Aucune

Note. * *p* ajusté < .05. Les valeurs de *p* des huit tests globaux ont été ajustées selon la procédure de Benjamini-Hochberg (*q* = .05). Pour les ANOVA, la taille d'effet est exprimée par ηp^2 ; pour les tests de Friedman, elle correspond au coefficient de concordance de Kendall. Les comparaisons pair-à-pair significatives reposent sur la procédure de Durbin-Conover.

2.1. Indice de changement fiable du MI-45

Contrairement aux tests précédents, qui portent sur la moyenne du groupe, cet indice évalue si le changement observé chez chaque participant est suffisamment important pour être considéré comme fiable au niveau individuel, indépendamment de la significativité statistique obtenue au niveau du groupe. L'application du seuil de changement fiable de 17 points établi par Brosseau-Liard et al. (2020) permet de classer chaque participant en trois catégories (amélioration fiable, détérioration fiable, ou absence de changement fiable). Entre T1 et T2, un seul participant (4.5 %) présentait une amélioration fiable et aucun participant ne présentait de détérioration fiable ; les 21 autres (95.5 %) ne montraient pas de changement atteignant ce seuil. Entre T1 et T3, deux participants (9.1 %) présentaient une amélioration fiable et un participant (4.5 %) une détérioration fiable ; les 19 autres (86.4 %) ne montraient pas de changement atteignant ce seuil.

2.2. Analyse exploratoire complémentaire : comptage des stratégies mentionnées (CSEQ-II partie III)

En complément du score de confiance de la partie III du CSEQ-II, le nombre de stratégies concrètement nommées par les participants en réponse aux questions ouvertes de cette même partie, invitant à décrire les stratégies envisagées face à chaque mise en situation, a été analysé à titre exploratoire.

Le nombre moyen de stratégies mentionnées était de 9.36 à T1, de 8.95 à T2 et de 9.45 à T3. Le nombre de stratégies mentionnées ne variait pas significativement entre les trois temps, $F(1.13, 23.71) = 0.40, p = .558, \eta_p^2 = .019$, après correction de Greenhouse-Geisser.

Les corrélations entre le nombre de stratégies formulées et le score de confiance n'étaient significatives à aucun temps de mesure (T1 : $r = .012, p = .957$; T2 : $r = -.274, p = .217$; T3 : $r = .308, p = .164$).

En revanche, le nombre de stratégies était significativement corrélé entre les différents temps (T1-T2 $r = .624, p = .002$; T2-T3 $r = .577, p = .005$; T1-T3 $r = .684, p < .001$).

3. Objectif 2 : Liens entre l'évolution de l'auto-efficacité et celles du fonctionnement psychologique et des stratégies compensatoires

Les cinq modèles de régression évaluant le lien entre l'évolution de l'auto-efficacité et celles du fonctionnement psychologique et des stratégies compensatoires sont présentés dans le **Tableau 7**. Aucun des deux modèles portant sur les scores d'évolution entre T1 et T3 n'a

atteint le seuil de significativité, $F(4, 17) = 0.52$, $p = .721$ pour le bien-être et $F(3, 18) = 1.53$, $p = .242$ pour les stratégies compensatoires. Aucun des trois modèles transversaux n'a non plus atteint ce seuil ($p = .100$ à T1, $p = .237$ à T2, $p = .296$ à T3). Aucun prédicteur individuel n'était significatif dans les modèles portant sur les scores d'évolution.

Tableau 7. Synthèse des analyses de régression linéaire multiple (Objectif 2)

Prédicteurs	Variable dépendante	ddl	F	p	R ²
CCSS + CSEQ-II (P2, P3, P4)	Évolution du fonctionnement psychologique (Δ T3-T1)	4, 17	0.52	.721	.11
CSEQ-II (P2, P3, P4)	Évolution des stratégies compensatoires (Δ T3-T1)	3, 18	1.53	.242	.20
CCSS + CSEQ-II (P2, P3, P4)	MI-45 - T1	4, 17	2.30	.100	.35
CCSS + CSEQ-II (P2, P3, P4)	MI-45 - T2	4, 17	1.53	.237	.27
CCSS + CSEQ-II (P2, P3, P4)	MI-45 - T3	4, 17	1.34	.296	.24

Note. Aucun des cinq modèles de cette section n'a atteint le seuil de significativité.

4. Objectif 3 : La remise de conclusion : fréquence des comportements et liens avec le vécu des patients

4.1. Fréquence des comportements observés

La fréquence des 31 comportements codés lors des remises de conclusion ($n = 22$ séances) est présentée en Annexe G. De façon générale, les comportements relevant de la catégorie Knowledge (explication des résultats) étaient présents dans la quasi-totalité des séances : six d'entre eux atteignaient 100 % des séances (l'annonce progressive des résultats, l'explication fonctionnelle, le lien établi entre les plaintes initiales et les résultats aux tests, les hypothèses explicatives, la description holistique du patient et l'usage d'un langage accessible). Les comportements relevant de l'Emotion étaient également bien représentés, notamment le repérage et la nomination des émotions du patient (86.4 %), de même que la synthèse finale et la vérification de la compréhension tout au long de l'entretien (86.4 % chacune, catégorie Summary/Strategy). Le cadre de la séance était explicitement posé en début d'entretien dans un peu plus de six séances sur dix (63.6 %, catégorie Setting). À l'inverse, les comportements impliquant une démarche active du patient dans la vérification de sa compréhension restaient rares (0 % à 4.5 %). Aucun neuropsychologue n'a proposé au patient de prendre des notes et la reformulation du contenu par le patient lui-même n'a été sollicitée que dans un seul cas, tant

pendant la discussion que lors de la conclusion (4.5 %). L'exploration explicite des attentes, craintes ou de la compréhension préalable du patient (catégorie Perception & Invitation) demeurait elle aussi peu fréquente (9.1 % à 18.2 % selon les items).

4.2. Comparaison exploratoire entre neuropsychologues

Étant donné que l'un des six neuropsychologues partenaires a contribué à recruter plus de la moitié de l'échantillon (12 participants sur 22, 54.5 %), la fréquence des comportements codés a également été comparée, à titre descriptif et exploratoire, entre ce neuropsychologue et les cinq autres neuropsychologues partenaires réunis ($n = 10$ séances ; Annexe H). Le contraste le plus marqué concernait la mise en place explicite du cadre, observée dans 33.3 % des séances du neuropsychologue le plus représenté, contre 100 % des séances des cinq autres neuropsychologues réunis. Les comportements de la catégorie Perception & Invitation n'étaient par ailleurs jamais observés chez ce neuropsychologue (0 %), alors qu'ils l'étaient dans 20.0 % à 40.0 % des séances chez les autres. Les fréquences des principaux comportements de la catégorie Knowledge étaient, en revanche, globalement comparables entre les deux groupes.

4.3. Liens entre les indicateurs de la grille et les variables relatives aux patients

Lors du T2, le score moyen était de 46.2 au CARE ($ET = 4.14$, étendue 38-50) et de 43.0 au WAI-NP ($ET = 3.93$, étendue 32-50).

Sept régressions linéaires ont examiné les liens entre les indicateurs de la remise de conclusion et les variables relatives aux patients. Le score global était le seul prédicteur des modèles portant sur le MI-45, le CARE et le WAI-NP. Pour la CCSS et les trois parties du CSEQ-II, le score global et le score Knowledge étaient introduits simultanément. Aucun des sept modèles n'a atteint le seuil de significativité pour l'effet global du modèle (p variant de .404 à .964) ; le détail des coefficients est présenté en Annexe I (Tableau I1).

Discussion

1. Rappel des objectifs et principaux résultats

La présente étude visait à mieux comprendre les changements susceptibles de survenir chez le patient au cours de la période entourant une remise de conclusion neuropsychologique. Le premier objectif consistait à examiner l'évolution du fonctionnement psychologique général, de l'utilisation de stratégies compensatoires dans la vie quotidienne et du sentiment d'auto-efficacité cognitive avant la remise de conclusion, puis trois à six jours et trois à six semaines après celle-ci. Le deuxième objectif visait à déterminer si l'évolution de l'auto-

efficacité cognitive était associée à celle du fonctionnement psychologique et des stratégies compensatoires. Enfin, le troisième objectif portait sur les comportements adoptés par les neuropsychologues au cours de la restitution et sur leurs liens éventuels avec l'évolution des patients, l'empathie perçue et l'alliance thérapeutique.

Les résultats soutiennent partiellement les hypothèses du premier objectif. Les difficultés psychologiques mesurées par le MI-45 diminuaient entre la mesure réalisée avant la restitution (T1) et les suivis à court (T2) et à moyen terme (T3), principalement sur la dimension intrapsychique. L'évolution attendue à moyen terme était donc retrouvée, mais apparaissait plus précocement qu'anticipé. Sur le plan individuel, seuls deux participants présentaient toutefois une amélioration fiable entre la mesure pré-restitution et le suivi à moyen terme. En revanche, les évolutions attendues concernant les stratégies compensatoires et l'auto-efficacité cognitive n'ont pas été mises en évidence dans la présente étude, aucune évolution significative n'ayant été observée à la CCSS ou aux trois parties du CSEQ-II. Le nombre de stratégies formulées dans la partie III du CSEQ-II, examiné à titre exploratoire, ne variait pas significativement au cours du temps.

Concernant le deuxième objectif, les analyses n'ont pas permis de mettre en évidence les associations attendues entre l'évolution de l'auto-efficacité cognitive et celle du fonctionnement psychologique ou de l'utilisation des stratégies compensatoires. Enfin, les remises de conclusion étaient généralement riches en comportements liés à l'explication des résultats, mais sollicitaient moins systématiquement une participation active du patient. Aucun indicateur de la grille n'était significativement associé à l'évolution des patients, à l'empathie perçue ou à l'alliance thérapeutique. L'association attendue pour ce troisième objectif n'a donc pas été mise en évidence dans la présente étude.

2. Évolution du fonctionnement psychologique

Concernant la première hypothèse, les résultats vont partiellement dans le sens attendu. Le score total au MI-45 diminuait significativement à court et à moyen terme. Un score élevé traduisant davantage de difficultés, cette diminution indique une évolution favorable du fonctionnement psychologique général. Elle doit néanmoins être comprise comme une réduction des difficultés psychologiques plutôt que comme une augmentation du bien-être au sens large, puisque le MI-45 évalue principalement la présence de difficultés psychologiques et non un état positif de bien-être.

Ce résultat rejoint plusieurs travaux présentés dans la partie théorique. Lanca et al. (2020), auprès de 31 adultes présentant un TDAH et/ou un trouble de l'humeur, rapportaient après la

restitution une diminution de certains symptômes psychiatriques et de certaines plaintes cognitives, parallèlement à une augmentation de l'auto-efficacité. Une augmentation de la confiance dans l'atteinte des objectifs ayant motivé l'évaluation était également associée à une diminution des symptômes psychologiques.

Les travaux de Longley et al. (2023) offrent un autre point de comparaison pertinent puisque leur essai contrôlé randomisé portait sur 71 personnes atteintes de sclérose en plaques, pathologie également présente chez 12 des 22 participants de notre échantillon. Une semaine après le feedback, aucune amélioration spécifique n'était observée par rapport au groupe contrôle différé. Après un mois de suivi, lorsque tous les participants avaient reçu leur restitution, des améliorations de faible à moyenne ampleur avaient été constatées, notamment en ce qui concerne le fonctionnement cognitif quotidien perçu, l'auto-efficacité liée à la maladie, le stress et la dépression. Ces résultats ne sont pas directement comparables au MI-45 et le suivi à un mois ne reposait plus sur une comparaison contrôlée, mais ils suggèrent, eux aussi, une évolution favorable de certaines dimensions psychologiques au cours des semaines entourant la restitution.

Dans le même sens, Rosado et al. (2018) rapportaient, six à huit semaines après l'évaluation, une meilleure qualité de vie, une meilleure compréhension de la condition et une meilleure capacité à faire face aux difficultés chez les patients ayant participé à une séance de feedback. Leur étude n'étant pas randomisée, ces différences ne peuvent toutefois pas être attribuées avec certitude à la restitution. Plus largement, la méta-analyse de Poston et Hanson (2010), portant sur l'évaluation psychologique au sens large, retrouvait également des effets favorables lorsque celle-ci s'accompagnait d'un feedback personnalisé et collaboratif.

Cette évolution peut notamment être envisagée à partir de la fonction psychoéducative de la remise de conclusion. La restitution permet de replacer les plaintes dans une compréhension organisée du fonctionnement du patient, de mettre en lien ses difficultés avec les résultats du bilan et de souligner également ses capacités préservées. Lanca et al. (2020) proposent ainsi qu'une meilleure compréhension du fonctionnement cognitif puisse rassurer certains patients et nuancer des interprétations négatives de leurs difficultés. Recevoir une explication cohérente et individualisée pourrait donc diminuer une partie de l'incertitude ou de la détresse associée aux plaintes cognitives. Ces mécanismes n'ayant pas été directement mesurés dans la présente étude, cette interprétation reste néanmoins hypothétique.

L'évolution concernait plus spécifiquement la dimension intrapsychique du MI-45, tandis que les analyses ne mettaient pas en évidence d'évolution significative des dimensions

interpersonnelle et rôles sociaux. Ce profil fait écho à l'évolution du stress, de l'anxiété ou de la dépression rapportée dans certaines études antérieures. Les premiers changements pourraient ainsi concerner davantage la manière dont le patient vit ses difficultés que leurs conséquences relationnelles ou sociales, susceptibles de nécessiter davantage de temps pour évoluer.

L'indice de changement fiable nuance cependant l'importance de cette évolution. Entre la mesure réalisée avant la remise de conclusion et le suivi à moyen terme, seuls deux participants présentaient une amélioration atteignant le seuil de 17 points, tandis qu'une détérioration fiable était observée chez un participant. Cette dernière doit également être contextualisée puisqu'un événement médical important, sans lien apparent avec la remise de conclusion, est survenu au cours du suivi et a pu contribuer à l'évolution du score de ce participant. La diminution observée au niveau du groupe correspond donc principalement à des changements individuels plus modestes.

En synthèse, l'hypothèse d'une évolution favorable du fonctionnement psychologique est partiellement soutenue. Une diminution des difficultés est bien observée à moyen terme comme attendu, mais elle apparaît également dès le suivi à court terme. Elle concerne principalement la dimension intrapsychique et reste modeste pour la majorité des participants.

3. Stratégies compensatoires

L'augmentation attendue de l'utilisation des stratégies compensatoires après la remise de conclusion n'a pas été mise en évidence dans la présente étude. Aucune évolution significative du score à la CCSS n'a été observée. Cette échelle évalue la fréquence avec laquelle les participants déclarent utiliser différentes stratégies dans leur quotidien, comme la réduction des distracteurs, les aides externes, les routines ou l'organisation des activités. Dans le cadre de ce mémoire, l'utilisation de ces stratégies était également envisagée comme une expression indirecte de la régulation métacognitive, dans la mesure où leur mobilisation implique d'adapter son comportement face aux difficultés rencontrées.

L'absence d'augmentation du score ne signifie cependant pas nécessairement que la gestion des difficultés cognitives est restée totalement inchangée. Une utilisation plus fréquente de stratégies n'est pas systématiquement préférable. Un patient pourrait notamment sélectionner progressivement des stratégies moins nombreuses mais mieux adaptées à ses besoins. La CCSS renseigne sur leur fréquence, sans permettre d'évaluer directement leur pertinence ou leur efficacité.

Les travaux de Toglia et al. (2010) illustrent cette distinction. Dans leur étude exploratoire auprès de quatre personnes présentant un traumatisme crânien, neuf séances visaient à entraîner

l'utilisation et le transfert de stratégies dans différentes situations. La fréquence ne rendait pas toujours compte des changements observés, qui pouvaient concerner le moment auquel la stratégie était mobilisée, la planification ou son adaptation à la situation. Bien que cette intervention soit beaucoup plus intensive qu'une remise de conclusion et concerne une population différente, elle montre l'intérêt de ne pas réduire l'utilisation fonctionnelle des stratégies à leur seule fréquence.

Le contenu des séances étudiées apporte également une piste d'interprétation. Les recommandations concernaient principalement la mise en place ou la poursuite d'un suivi neuropsychologique ou psychologique. Peu de restitutions comprenaient l'enseignement détaillé et la mise en pratique de stratégies compensatoires concrètes. Elles correspondaient donc davantage à un temps d'explication et d'orientation qu'à une intervention de réhabilitation cognitive.

Cette distinction rejoint la littérature en réhabilitation. Cicerone et al. (2019) soulignent l'importance de l'entraînement actif et de la généralisation des stratégies au quotidien, tandis que les recommandations INCOG 2.0 mettent notamment l'accent sur l'auto-observation, le feedback et l'entraînement métacognitif dans des situations fonctionnelles après traumatisme crânien (Jeffay et al., 2023). Ces travaux ne sont pas directement transposables à notre échantillon, mais ils montrent que recevoir une recommandation et parvenir à intégrer une stratégie dans son quotidien constituent deux étapes distinctes. Fallows et Hilsabeck (2013) retrouvent une distinction comparable puisque l'ajout d'informations écrites améliorait le rappel des recommandations sans augmenter leur mise en œuvre.

En synthèse, l'augmentation attendue de la fréquence déclarée d'utilisation des stratégies compensatoires n'a pas été mise en évidence dans la présente étude. Les résultats ne permettent toutefois pas d'exclure des changements plus qualitatifs dans leur sélection ou leur utilisation.

4. Auto-efficacité cognitive

L'amélioration attendue de l'auto-efficacité cognitive à moyen terme n'a pas été mise en évidence dans la présente étude. Une absence de changement était attendue à court terme, suivie d'une augmentation à moyen terme, mais aucune évolution significative n'a été observée pour les trois parties du CSEQ-II. Le profil temporel anticipé à partir des travaux antérieurs n'a donc pas été retrouvé dans cet échantillon.

Ce résultat diffère notamment de ceux de Lanca et al. (2020) et de Longley et al. (2023), qui rapportaient une amélioration de certaines mesures d'auto-efficacité. Les outils utilisés n'étaient toutefois pas équivalents. Lanca et al. évaluaient notamment la confiance dans

l'atteinte d'objectifs individualisés liés à la demande d'évaluation, tandis que Longley et al. utilisaient une mesure spécifique à la sclérose en plaques. Le CSEQ-II couvre au contraire un ensemble plus large de situations cognitives et n'est pas directement lié aux objectifs personnels ou à une pathologie particulière.

Cette différence pourrait être importante dans le contexte d'une restitution individualisée. Une mesure directement ancrée dans les préoccupations ayant motivé le bilan pourrait être plus sensible à certains changements qu'une mesure générale. Lanca et al. (2020) retrouvaient d'ailleurs une association entre l'évolution de la confiance dans l'atteinte d'objectifs personnalisés et celle des symptômes psychologiques, contrairement à leur mesure plus générale d'auto-efficacité.

La théorie de Bandura (1977) apporte une autre piste d'interprétation. Les expériences de maîtrise constituent une source importante des croyances d'efficacité personnelle. Comprendre une recommandation ou identifier une stratégie susceptible d'être utile ne suffit donc pas nécessairement à renforcer la confiance dans sa capacité à la mettre en œuvre. Le patient doit encore pouvoir l'expérimenter et constater son efficacité. Or, lorsque la recommandation principale consistait à débiter ou poursuivre un suivi, les participants n'avaient pas nécessairement eu l'occasion d'en expérimenter les bénéfices au moment du suivi à moyen terme.

En complément des analyses prévues par les hypothèses, le nombre de stratégies formulées dans les six situations de la partie III du CSEQ-II a été examiné à titre exploratoire. Il ne variait pas significativement entre les trois temps et était relativement stable d'une mesure à l'autre. Il n'était par ailleurs associé au score de confiance à aucun des trois temps. Ces résultats exploratoires pourraient suggérer qu'être capable d'identifier plusieurs stratégies possibles ne se confond pas nécessairement avec le fait de se sentir capable de gérer la situation. Cette interprétation doit rester prudente puisque ce comptage ne correspond pas à un score standard du CSEQ-II.

En synthèse, l'amélioration attendue de l'auto-efficacité cognitive à moyen terme n'a pas été mise en évidence dans la présente étude. Ces résultats pourraient notamment refléter la nature générale de la mesure utilisée et le fait que la confiance dans ses capacités peut nécessiter des expériences concrètes de réussite qui dépassent le cadre de la seule restitution.

5. Liens entre les différentes évolutions

Le deuxième objectif examinait si l'évolution de l'auto-efficacité cognitive était associée à celle du fonctionnement psychologique et de l'utilisation des stratégies

compensatoires. Les analyses réalisées n'ont pas permis de mettre en évidence les deux associations attendues entre la mesure pré-restitution et le suivi à moyen terme.

Ces résultats ne permettent donc pas de confirmer l'idée selon laquelle une augmentation de l'auto-efficacité accompagnerait directement une diminution des difficultés psychologiques ou une augmentation de l'utilisation des stratégies. Ces processus pourraient toutefois suivre des temporalités différentes. Une meilleure compréhension de ses difficultés peut éventuellement modifier assez rapidement certaines réactions émotionnelles. En revanche, le renforcement de l'auto-efficacité peut nécessiter des expériences concrètes de réussite et que l'intégration de stratégies demande leur apprentissage et leur adaptation à différentes situations.

Les résultats de Lanca et al. (2020) rappellent également que les relations observées peuvent dépendre de la manière dont l'auto-efficacité est évaluée. Dans leur étude, l'association avec l'évolution des symptômes concernait surtout la confiance dans l'atteinte d'objectifs individualisés. Une mesure plus directement liée aux préoccupations du patient pourrait donc permettre d'examiner autrement les relations entre ces dimensions.

En synthèse, les associations attendues entre l'évolution de l'auto-efficacité et celle du fonctionnement psychologique ou des stratégies compensatoires n'ont pas été mises en évidence dans la présente étude. Ces résultats ne permettent toutefois pas d'écarter l'existence de telles relations et soulignent l'intérêt d'examiner leurs trajectoires et leurs temporalités dans des échantillons plus importants.

6. Contenu des remises de conclusion

Le troisième objectif visait à décrire la manière dont les neuropsychologues conduisaient leurs restitutions et à examiner si certaines caractéristiques de celles-ci étaient associées à l'évolution ou au vécu des patients. L'analyse descriptive montre d'abord une forte présence des comportements liés à l'explication des résultats. Plusieurs comportements de la catégorie *Knowledge* étaient observés dans toutes les séances. Les résultats étaient notamment présentés progressivement, dans un langage accessible, et reliés aux plaintes ainsi qu'au fonctionnement quotidien. Les forces du patient étaient également fréquemment mises en évidence. Ces observations rejoignent les recommandations de Gorske et Smith (2009), Gruters et al. (2022), Rindge et al. (2024) et Wong et al. (2024).

Les remises observées ne se limitaient pas à une transmission de résultats. Les réactions émotionnelles étaient fréquemment prises en compte et une synthèse finale était proposée dans la majorité des séances. Les neuropsychologues vérifiaient également régulièrement la compréhension par des questions générales.

Les comportements nécessitant une participation plus active du patient étaient en revanche moins fréquents. L'exploration des attentes, des craintes ou de la compréhension préalable n'était pas systématique. Aucun neuropsychologue n'a proposé au patient de prendre des notes et une reformulation des informations dans ses propres mots n'a été sollicitée que dans une seule séance. Les restitutions semblent donc accorder une place importante à la clarté de l'explication, mais moins systématiquement à la vérification de ce que le patient s'est effectivement approprié.

Cette distinction est importante lorsque de nombreuses informations sont transmises. Dans le domaine médical général, Kessels (2003) rapporte que 40 à 80 % des informations peuvent être oubliées immédiatement et qu'une partie de celles qui sont retenues peut être rappelée de manière inexacte. Ces données ne sont pas directement transposables à la neuropsychologie, mais elles montrent que transmettre clairement une information ne garantit ni sa mémorisation ni la fidélité de son rappel. La revue de Gruters et al. (2022), spécifiquement consacrée au feedback neuropsychologique, met, elle aussi, en évidence des difficultés de rétention.

Le *teach-back* constitue une manière de vérifier plus activement la compréhension en demandant au patient d'expliquer avec ses propres mots ce qu'il a retenu. Dans leur revue systématique de 20 études, Talevski et al. (2020) rapportent un effet favorable sur au moins un indicateur dans 19 d'entre elles, notamment concernant l'apprentissage ou le rappel des informations. L'hétérogénéité des études ne permet toutefois pas d'extrapoler directement ces résultats à la restitution neuropsychologique. Shersher et al. (2021) soulignent en outre que cette démarche peut être ressentie comme une mise à l'épreuve lorsqu'elle est mal présentée. Le clinicien pourrait limiter ce risque en présentant la reformulation comme une vérification de la clarté de ses propres explications plutôt que comme une évaluation des capacités du patient.

Les analyses réalisées n'ont pas permis de mettre en évidence l'association attendue pour le troisième objectif. Aucun lien significatif n'a été observé entre le score global de la grille et l'évolution du fonctionnement psychologique, l'empathie perçue ou l'alliance thérapeutique. Le score *Knowledge*, centré sur la transmission et l'explication des résultats, n'était pas davantage associé à l'évolution des stratégies compensatoires ou de l'auto-efficacité cognitive. Compte tenu du faible effectif et de la variabilité limitée de plusieurs comportements de la grille, ces résultats ne permettent toutefois pas de conclure à l'absence de relation entre les caractéristiques de la restitution et l'évolution ou le vécu des patients.

Une piste d'interprétation réside dans la distinction entre ce qui est transmis et ce qui est reçu. La grille permettait de déterminer si le neuropsychologue adoptait certains comportements, mais non ce que le patient avait réellement compris, retenu ou utilisé. Une restitution riche sur le plan informatif peut ainsi comporter de nombreux éléments considérés comme favorables sans que chacun d'eux soit nécessairement assimilé.

La comparaison descriptive entre professionnels montrait enfin certaines différences de pratique. Chez le neuropsychologue ayant recruté 12 des 22 participants, le cadre de la séance était explicitement posé dans 33.3 % des séances, contre 100 % chez les cinq autres neuropsychologues réunis. Les comportements de la catégorie Perception & Invitation n'étaient pas observés dans ses séances, alors qu'ils apparaissaient dans 20 à 40 % des séances des autres professionnels. Les principaux comportements d'explication étaient en revanche globalement comparables entre les deux groupes. Ces observations ne permettent pas de conclure à la supériorité d'un style de restitution, mais elles illustrent l'hétérogénéité des pratiques et l'importance de tenir compte de la représentation inégale des professionnels dans l'échantillon.

En synthèse, les séances étudiées apparaissaient particulièrement riches sur le plan de l'explication des résultats, mais sollicitaient moins systématiquement l'appropriation active de l'information. Les analyses de la présente étude n'ont toutefois pas permis de mettre en évidence l'association attendue entre les caractéristiques codées de la restitution et l'évolution ou le vécu des patients.

7. Forces et implications cliniques

La présente étude apporte plusieurs éléments complémentaires à une littérature encore limitée sur la remise de conclusion. Son caractère prospectif permet d'examiner l'évolution des mêmes patients à plusieurs moments plutôt que de se limiter à leur satisfaction immédiatement après la séance. L'observation directe de restitutions réalisées dans les conditions habituelles de pratique constitue également un intérêt, les neuropsychologues n'ayant pas reçu de protocole spécifique destiné à modifier leur manière de travailler. Ce caractère naturaliste réduit l'influence du dispositif de recherche sur la manière dont les restitutions sont habituellement menées et permet de rendre davantage compte des pratiques cliniques réelles. Enfin, l'association de questionnaires et d'une analyse du contenu des séances permet de confronter ce que les cliniciens font à ce qui évolue chez les patients.

Sur le plan clinique, les séances observées témoignent déjà de pratiques largement orientées vers la compréhension du patient. Les résultats étaient généralement contextualisés et présentés

dans un langage accessible. L'analyse suggère néanmoins qu'il pourrait être intéressant de renforcer la participation active du patient, notamment en explorant davantage ses attentes et en vérifiant ce qu'il a compris plutôt qu'en s'appuyant uniquement sur des questions générales de compréhension. L'utilisation de supports auxquels il peut revenir pourrait également soutenir la mémorisation. Ces pistes restent toutefois à évaluer spécifiquement dans le contexte neuropsychologique avant d'en recommander une utilisation systématique.

L'absence de changement statistiquement significatif observé dans cette étude concernant les stratégies et l'auto-efficacité rappelle enfin qu'une remise de conclusion ne doit pas être assimilée à une intervention de réhabilitation cognitive. Lorsqu'elle conduit principalement à une orientation vers un suivi, les changements relatifs aux stratégies ou au sentiment de compétence peuvent se construire dans les étapes ultérieures du parcours. La restitution peut donc constituer un moment de compréhension et de mise en sens sans suffire à produire, à elle seule, tous les changements envisagés.

8. Limites méthodologiques

Plusieurs limites doivent être prises en compte. La première concerne la taille de l'échantillon. Le calcul de puissance indiquait qu'un minimum de 58 participants était requis pour atteindre la puissance statistique de .95, contre 22 finalement inclus. Cet effectif plus restreint réduit la capacité à détecter des effets de faible ou moyenne ampleur, particulièrement dans les régressions. Par conséquent, les résultats non significatifs des deuxième et troisième objectifs ne constituent pas une preuve d'absence d'effet ou d'association et doivent être interprétés avec prudence.

Le recrutement s'est révélé beaucoup plus difficile qu'anticipé. Il était initialement envisagé de recruter environ dix neuropsychologues susceptibles d'inclure chacun six patients. Au total, 36 professionnels ont été contactés, 11 ont manifesté un intérêt et seuls six ont finalement recruté au moins un participant. De nombreuses sollicitations sont restées sans réponse ou ont donné lieu à un refus malgré plusieurs relances. Certains professionnels ont notamment exprimé un malaise face à l'enregistrement de leur restitution. Au-delà de son influence possible sur le recrutement, le fait que les neuropsychologues participants sachent que leur restitution était enregistrée a également pu modifier ponctuellement leur manière de conduire la séance par rapport à leur pratique habituelle. Le calendrier des bilans compliquait également les inclusions, certaines remises étant réalisées trop rapidement pour permettre de réaliser la première mesure avant le feedback, tandis que d'autres étaient programmées beaucoup plus

tardivement. Ces contraintes ont pu favoriser la participation de neuropsychologues plus intéressés par cette étape du bilan ou plus à l'aise avec l'observation de leur pratique.

Le positionnement de la première mesure (T1) constitue une autre limite. Cette mesure avait lieu avant la remise de conclusion, mais pas nécessairement avant le début du bilan. Le délai entre cette première mesure et la restitution variait selon les pratiques des professionnels et n'a pas été documenté suffisamment précisément pour être analysé. Le changement observé entre la mesure pré-restitution et le suivi à court terme peut donc inclure des évolutions survenues pendant le bilan avant la restitution. Les suivis à court terme (T2) et à moyen terme (T3) étaient en revanche réalisés respectivement trois à six jours et trois à six semaines après celle-ci.

L'absence de groupe contrôle empêche également d'attribuer avec certitude les changements observés à la remise de conclusion. Le bilan lui-même, une évolution spontanée, d'autres prises en charge ou des événements de vie ont pu intervenir. L'étude décrit donc une évolution temporelle autour de la restitution plutôt qu'un effet causal de celle-ci.

La composition de l'échantillon limite par ailleurs la généralisation des résultats. Douze participants sur 22, soit 54.5 %, étaient atteints de sclérose en plaques et un même neuropsychologue avait recruté 12 participants, soit également 54.5 % de l'échantillon. Une part importante des données reflète donc à la fois une population clinique particulière et les pratiques d'un même professionnel. Les patients étaient volontaires et acceptaient trois temps de mesure ainsi que l'enregistrement de leur restitution, ce qui peut avoir sélectionné des personnes particulièrement disponibles ou intéressées par leur fonctionnement. Enfin, les bilans à visée diagnostique étaient exclus, de sorte que les conclusions ne s'étendent pas directement aux restitutions comportant l'annonce d'un diagnostic.

Les outils utilisés présentent également certaines limites. Le MI-45 fournit une mesure générale des difficultés psychologiques sans distinguer précisément l'anxiété et la dépression. La CCSS renseigne sur la fréquence des stratégies et non sur leur pertinence ou leur efficacité. Les données disponibles pour le CSEQ-II reposent principalement sur des adultes sains et sa sensibilité au changement reste peu documentée dans des populations cliniques hétérogènes. Plusieurs questionnaires ont par ailleurs été traduits pour les besoins de l'étude, mais les versions françaises utilisées n'ont pas fait l'objet d'une validation, tandis que le WAI-NP a été adapté du point de vue du patient. Enfin, les scores au CARE étaient concentrés dans la partie supérieure de l'échelle, ce qui réduisait leur variabilité.

La grille d'analyse comporte elle aussi plusieurs limites. Construite spécifiquement pour cette étude, elle n'est pas validée et son codage a été réalisé par une seule évaluatrice, sans estimation

de l'accord inter-juges. La plupart des comportements étaient cotés selon leur présence ou leur absence, sans rendre compte de leur qualité, de leur durée ou de leur adaptation au patient. Les items n'avaient pas non plus tous exactement le même poids puisque la structuration du discours pouvait contribuer jusqu'à deux points au score global. L'item portant sur les explications au proche n'était applicable que dans deux séances, mais était coté 0 lorsqu'aucun proche n'était présent. Le score global de la grille et le score *Knowledge* des 20 autres séances étaient ainsi diminués d'un point potentiel sans que cela traduise nécessairement une moindre qualité de la restitution.

Une des 22 séances n'a pas pu être enregistrée. Sa grille a été complétée rétrospectivement avec le neuropsychologue à partir de son souvenir de l'entretien et de sa pratique habituelle, ce qui n'offre pas le même niveau de précision que le codage des 21 enregistrements. Ceux-ci étaient par ailleurs uniquement audio et ne permettaient pas d'analyser les comportements non verbaux.

Le score *Knowledge* constitue enfin une partie du score global de la grille. Les deux indicateurs ne sont donc pas indépendants et leur corrélation reflète en partie cette relation de construction. Plusieurs comportements de la catégorie *Knowledge* étaient également présents dans presque toutes les séances, limitant la variabilité disponible pour mettre en évidence d'éventuelles associations.

Pour une participante n'ayant pas complété le suivi à moyen terme (T3), la valeur observée lors du suivi à court terme (T2) a été reportée selon la méthode LOCF. Cette méthode suppose une stabilité entre les deux temps et peut modifier légèrement la variabilité des scores. Aucune analyse de sensibilité sur les 21 cas complets n'ayant été réalisée, son influence exacte ne peut être déterminée. Enfin, d'autres associations entre certaines dimensions de la grille, le CARE ou le WAI-NP auraient pu être explorées, mais leur multiplication aurait augmenté le risque de résultats significatifs dus au hasard dans un échantillon aussi restreint.

9. Perspectives futures

Les limites rencontrées dans la présente étude permettent d'identifier plusieurs pistes pour de futurs travaux. Un protocole ultérieur pourrait notamment distinguer plus précisément les changements survenant pendant le bilan de ceux apparaissant après la restitution. Une mesure avant le début de l'évaluation, suivie d'une seconde immédiatement avant la remise de conclusion, permettrait de disposer de deux niveaux de référence. Des suivis, quelques jours puis plusieurs mois après la restitution, permettraient ensuite d'examiner les différentes temporalités du changement.

L'ajout d'un groupe contrôle renforcerait également l'interprétation des résultats. Un dispositif randomisé avec feedback différé, comparable à celui utilisé par Longley et al. (2023), permettrait une comparaison temporaire tout en garantissant une restitution à l'ensemble des participants. Une autre possibilité serait de comparer la pratique habituelle à une restitution davantage structurée et collaborative.

Les mesures quantitatives pourraient être complétées par un bref entretien semi-structuré recueillant ce que le patient a compris et retenu, les recommandations effectivement mises en œuvre, les obstacles rencontrés et les événements importants survenus depuis la mesure précédente. Une telle approche permettrait de mieux comprendre les trajectoires individuelles. La HADS pourrait également compléter le MI-45 afin de distinguer plus précisément anxiété et dépression. L'étude des stratégies gagnerait à considérer leur pertinence et leur efficacité en plus de leur fréquence, tandis que l'auto-efficacité pourrait être évaluée à partir d'objectifs davantage individualisés. Afin de compléter l'approche de la métacognition proposée ici à travers la CCSS, de futurs travaux pourraient également comparer les estimations du patient concernant son fonctionnement à ses performances objectives, afin d'étudier plus directement un éventuel changement métacognitif.

Concernant l'analyse des restitutions, une future grille devrait faire l'objet d'un double codage indépendant et proposer une cotation plus graduée de la qualité des comportements. Le poids des items pourrait être harmonisé et une modalité « non applicable » prévue lorsque certaines situations, comme la présence d'un proche, ne se présentent pas. Il serait surtout intéressant de compléter l'observation du comportement du neuropsychologue par une mesure directe de ce que le patient comprend, retient et utilise après la séance. Cela permettrait de mieux étudier le passage entre transmission de l'information et appropriation réelle.

Conclusion

Ce mémoire visait à mieux comprendre les changements susceptibles d'entourer une remise de conclusion neuropsychologique et les pratiques qui composent cette séance. Les résultats apportent un soutien partiel aux hypothèses formulées dans la présente étude. Parmi les dimensions étudiées, seul le fonctionnement psychologique mesuré par le MI-45 présentait une évolution significative, principalement sur le plan intrapsychique. Cette diminution apparaissait plus précocement qu'attendu et restait généralement modeste à l'échelle individuelle.

Les évolutions attendues concernant l'utilisation des stratégies compensatoires et l'auto-efficacité cognitive n'ont pas été mises en évidence dans la présente étude. Les analyses n'ont pas non plus permis de mettre en évidence les associations attendues entre l'évolution de l'auto-efficacité et celle du fonctionnement psychologique ou des stratégies. L'analyse exploratoire de la partie III du CSEQ-II montre par ailleurs que le nombre de stratégies formulées ne variait pas significativement au cours du temps, ce qui souligne l'intérêt de distinguer la connaissance d'une stratégie, son utilisation effective et la confiance dans sa capacité à la mobiliser. Ces résultats ne permettent toutefois pas d'exclure l'existence de changements ou d'associations qui auraient pu ne pas être détectés dans cet échantillon.

L'observation des séances montre que les neuropsychologues accordaient une place importante à la clarté et à la contextualisation des résultats, tandis que les pratiques favorisant une implication active du patient étaient moins systématiques. Les analyses n'ont cependant pas permis de mettre en évidence, dans la présente étude, l'association attendue entre une restitution plus complète et une évolution plus favorable ou un meilleur vécu. Ces résultats invitent notamment à distinguer ce que le clinicien transmet de ce que le patient comprend, retient et utilise réellement.

Au terme de ce travail, plusieurs pistes peuvent être proposées afin de mieux comprendre les changements susceptibles d'entourer une remise de conclusion neuropsychologique. Les recherches futures pourraient notamment mieux distinguer les changements survenant au cours du bilan de ceux observés après la restitution, standardiser davantage les temps de mesure, documenter ce que les patients comprennent et retiennent et suivre la mise en œuvre des recommandations. L'étude des pratiques de communication au moyen d'outils validés permettrait également de mieux préciser les caractéristiques de la remise de conclusion susceptibles d'être associées au vécu et à l'évolution des patients. Un protocole contrôlé associant mesures quantitatives et suivi qualitatif contribuerait ainsi à mieux comprendre les effets propres à cette séance et les mécanismes susceptibles d'y participer.

Si cette séance marque formellement l'aboutissement du bilan neuropsychologique, elle constitue aussi le moment où les résultats peuvent commencer à prendre sens pour le patient, dans son histoire, ses difficultés et son quotidien. La remise de conclusion ne devrait donc pas être considérée comme une simple clôture du processus d'évaluation, mais comme une étape clinique encore insuffisamment explorée, dont les effets et les modalités méritent de continuer à être étudiés.

Bibliographie

- Armstrong, K., Lanca, M., Sheer, J. B., & Kovacs, K. (2024). Neuropsychological feedback as a therapeutic intervention: The effective communication of assessment results to maximize patient outcome. *Neurologic Clinics*, 42(4), 919-930. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2024.05.003>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Becker, H., Stuifbergen, A. K., Henneghan, A., Morrison, J., Seo, E., & Zhang, W. (2019). An initial investigation of the reliability and validity of the Compensatory Cognitive Strategies Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(5), 739-753. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1329154>
- Bhome, R., McWilliams, A., Price, G., Poole, N. A., Howard, R. J., Fleming, S. M., & Huntley, J. D. (2022). Metacognition in functional cognitive disorder. *Brain Communications*, 4(2), Article fcac041. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcac041>
- Brousseau-Liard, P. É., Vandette, M.-P., Jamshidi, P., Kogan, C. S., & Aubry, T. (2020). Propriétés psychométriques de la version française (Mesure d'impact ; MI-45) du Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) en milieu clinique et universitaire. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(1), 78-83. <https://doi.org/10.1037/cbs0000138>
- Butzbach, M., Fuermaier, A. B. M., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Tucha, L., & Tucha, O. (2021). Metacognition in adult ADHD: Subjective and objective perspectives on self-awareness of cognitive functioning. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 939-955. <https://doi.org/10.1007/s00702-020-02293-w>
- Cicerone, K. D., Goldin, Y., Ganci, K., Rosenbaum, A., Wethe, J. V., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., Kingsley, K., Nagele, D., Trexler, L., Fraas, M., Bogdanova, Y., & Harley, J. P. (2019). Evidence-based cognitive rehabilitation:

- Systematic review of the literature from 2009 through 2014. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(8), 1515–1533.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.02.011>
- Dujardin, K., Thomas-Antérion, C., & Barbeau, E. (2023). Les indications du bilan neuropsychologique de l'adulte. Dans H. Amieva, P. Azouvi, E. Barbeau, & F. Collette (Éds.), *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte* (pp. 18-21). De Boeck Supérieur.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410.
<https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Fallows, R. R., & Hilsabeck, R. C. (2013). Comparing two methods of delivering neuropsychological feedback. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(2), 180-188.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acs142>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2003). Validation d'une version française du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *The Canadian Journal of Program Evaluation / La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 17(3), 57-74.
<https://doi.org/10.3138/cjpe.0017.004>
- Gorske, T. T., & Smith, S. R. (2009). *Collaborative therapeutic neuropsychological assessment*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-75426-0>
- Gruters, A. A. A., Ramakers, I. H. G. B., Stiekema, A. P. M., Verhey, F. R. J., Kessels, R. P. C., & de Vugt, M. E. (2021). An exploratory study of the development and pilot testing of an interactive visual tool of neuropsychological test results in memory clinics.

- Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1157–1170. <https://doi.org/10.3233/JAD-201128>
- Gruters, A. A. A., Ramakers, I. H. G. B., Verhey, F. R. J., Kessels, R. P. C., & de Vugt, M. E. (2022). A scoping review of communicating neuropsychological test results to patients and family members. *Neuropsychology Review*, 32(2), 294–315. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09507-2>
- Hart, T., Driver, S., Sander, A., Pappadis, M., Dams-O'Connor, K., Bocage, C., Hinkens, E., Dahdah, M. N., & Cai, X. (2018). Traumatic brain injury education for adult patients and families: A scoping review. *Brain Injury*, 32(11), 1295–1306. <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1493226>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- The jamovi project. (2024). *jamovi* (Version 2.6.44) [Computer software].
- Jeffay, E., Ponsford, J., Harnett, A., Janzen, S., Patsakos, E., Douglas, J., Kennedy, M., Kua, A., Teasell, R., Welch-West, P., Bayley, M., & Green, R. (2023). INCOG 2.0 guidelines for cognitive rehabilitation following traumatic brain injury, part III: Executive functions. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 38(1), 52–64. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000834>
- Kessels, R. P. C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(5), 219–222. <https://doi.org/10.1258/jrsm.96.5.219>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249–258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Lanca, M., Giuliano, A. J., Sarapas, C., Potter, A. I., Kim, M. S., West, A. L., & Chow, C. M. (2020). Clinical outcomes and satisfaction following neuropsychological assessment for adults: A community hospital prospective quasi-experimental study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(8), 1303–1311. <https://doi.org/10.1093/arclin/acz059>

- Longley, W. A., Tate, R. L., & Brown, R. F. (2023). The psychological benefits of neuropsychological assessment feedback as a psycho-educational therapeutic intervention: A randomized-controlled trial with cross-over in multiple sclerosis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 33(5), 764–793. <https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2047734>
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6), 699–705. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>
- Pedersen, H., Skliarova, T., Pedersen, S. A., Gråwe, R. W., Havnen, A., & Lara-Cabrera, M. L. (2024). Psychoeducation for adult ADHD: A scoping review about characteristics, patient involvement, and content. *BMC Psychiatry*, 24, Article 55. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05530-8>
- Pegg, P. O., Auerbach, S. M., Seel, R. T., Buenaver, L. F., Kiesler, D. J., & Plybon, L. E. (2005). The impact of patient-centered information on patients' treatment satisfaction and outcomes in traumatic brain injury rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 366–374. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.4.366>
- Petitjean, F. (2011). Les effets de la psychoéducation. *Annales Médico-Psychologiques*, 119(3), 184–187. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.02.011>
- Phounsouk, W. (2025). *Validation de la traduction française du questionnaire CARE en consultation de médecine générale dans le Nord : Une étude transversale* [Thèse de doctorat en médecine, Université de Lille].
- Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203–212. <https://doi.org/10.1037/a0018679>
- Raffard, S. (2018). L'alliance thérapeutique : modèles, enjeux et perspectives en neuropsychologie clinique. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 5, 15–26.
- Rezapour, T., Barzegari, M., Sharifi, E., Malmir, N., Ghiasvand, H., Salehi, M., Noroozi, A., & Ekhtiari, H. (2021). Neuroscience-informed psychoeducation for recovery: A

- program to promote metacognition in people with substance use disorders. *Basic and Clinical Neuroscience*, 12(5), 597–606. <https://doi.org/10.32598/bcn.2021.809.3>
- Rindge, M. E., Strainge, L., & O'Connor, M. K. (2024). A neuropsychological feedback model for memory clinic trainees. *BMC Medical Education*, 24, Article 40. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04903-z>
- Rosado, D. L., Buehler, S., Botbol-Berman, E., Feigon, M., León, A., Luu, H., Carrión, C., Gonzalez, M., Rao, J., Greif, T., Seidenberg, M., & Pliskin, N. H. (2018). Neuropsychological feedback services improve quality of life and social adjustment. *The Clinical Neuropsychologist*, 32(3), 422–435. <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1400105>
- Schaffer, J. B., Walsh, L., & Eubanks, C. F. (2024). Examining and measuring the therapeutic alliance in a neuropsychological assessment setting: A preliminary study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(3), 238–244. <https://doi.org/10.1037/pro0000562>
- Seron, X., & Willems, S. (2023). L'évaluation neuropsychologique, l'anamnèse et l'examen de base. Dans H. Amieva, P. Azouvi, E. Barbeau, & F. Collette (Éds.), *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte* (pp. 54-70). De Boeck Supérieur.
- Shersher, V., Haines, T. P., Sturgiss, L., Weller, C., & Williams, C. (2021). Definitions and use of the teach-back method in healthcare consultations with patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Education and Counseling*, 104(1), 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.026>
- Smith, S. R., Wiggins, C. M., & Gorske, T. T. (2007). A survey of psychological assessment feedback practices. *Assessment*, 14(3), 310–319. <https://doi.org/10.1177/1073191107302842>
- Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLOS ONE*, 15(4), e0231350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>

- Tharinger, D. J., & Pilgrim, S. (2012). Parent and child experiences of neuropsychological assessment as a function of child feedback by individualized fable. *Child Neuropsychology*, 18(3), 228-241. <https://doi.org/10.1080/09297049.2011.595708>
- Toglia, J. (n.d.). *Preliminary interpretation guidelines for the Cognitive Self-Efficacy Questionnaire II (CSEQ-II)* [Unpublished document]. Multicontext.
- Toglia, J., & Johnston, M. V. (2017). *Cognitive Self-Efficacy Questionnaire II (CSEQ-II)* [Questionnaire]. Multicontext.
- Toglia, J., Johnston, M. V., Goverover, Y., & Dain, B. (2010). A multicontext approach to promoting transfer of strategy use and self regulation after brain injury: An exploratory study. *Brain Injury*, 24(4), 664–677. <https://doi.org/10.3109/02699051003610474>
- Varela, J. L., Sperling, S. A., Block, C., O’Leary, K., Hart, E. S., & Kiselica, A. M. (2024). A survey of neuropsychological assessment feedback practices among neuropsychologists. *The Clinical Neuropsychologist*, 38(3), 529–556. <https://doi.org/10.1080/13854046.2023.2233738>
- Watt, S., & Crowe, S. F. (2018). Examining the beneficial effect of neuropsychological assessment on adult patient outcomes: A systematic review. *The Clinical Neuropsychologist*, 32(3), 368–390. <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1414885>
- Willems, S., & Seron, X. (2023). Le rapport écrit et la remise de conclusions orales. Dans H. Amieva, P. Azouvi, E. Barbeau, & F. Collette (Éds.), *Traité de neuropsychologie clinique de l’adulte* (pp. 72–85). De Boeck Supérieur.
- Wong, D., Pinto, R., Price, S., Watson, L., & McKay, A. (2024). What does competently delivered neuropsychological assessment feedback look like? Development and validation of a competency evaluation tool. *The Clinical Neuropsychologist*, 38(1), 116-134. <https://doi.org/10.1080/13854046.2023.2200205>

Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives

ANNEXE 1. Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives pour le mémoire et le travail préparatoire à la recherche (TPR)

Dans ce cours, l'utilisation des IA Génératives pour ...	Utilisation autorisée	Utilisation de l'étudiant	Nom de/des IA générative(s) utilisée(s)
Aider à la rédaction du plan et de la structure du travail	✓	Non	
Vérifier l'orthographe et la grammaire	✓	Oui	Chatgpt
Reformuler le contenu de votre travail ou améliorer le style	✓	Oui	Chatgpt, Claude
Traduire une autre langue	✓	Oui	Chatgpt
Aider à la planification et gestion de projet	✓	Non	
Obtenir des informations générales sur un sujet, expliquer et approfondir la compréhension de concepts	✓	Non	
Faire un brainstorming et évaluer ses propres idées, pour trouver d'autres perspectives ou des contre-arguments	✓	Non	
Aider à la recherche documentaire	✓	Oui	Chatgpt
Aider à la synthèse de la littérature	✓	Oui	Chatgpt
Aider à la formulation de questions de recherche et d'hypothèses	✓	Non	
Aider à l'analyse de données (identification d'analyses à réaliser)	✓	Oui	Claude
Aider à l'interprétation des résultats	✓	Non	
Aider au respect des normes APA de la liste des références	✓	Oui	Chatgpt
Aider à la programmation de code et au débogage	✓	Non	
Générer un feedback critique et révision	✓	Oui	Chatgpt
Créer du contenu multimédia, par exemple des images, des vidéos, des animations ou du son (mais toujours expliquer l'utilisation des IA)	✓	Oui	Chatgpt

Générer le contenu du travail à partir de mots clés, d'un thème ou d'une question de départ sans vérification et appropriation personnelle	✗	Non	
Reproduire ou reformuler du contenu existant sans citer la source (plagiat)	✗	Non	
Falsifier, créer des données	✗	Non	
Générer des références bibliographiques sans en contrôler l'existence ou l'exactitude	✗	Non	
Utiliser dans une IA des données non anonymisées issues de l'étude (participants, résultats, verbatim, etc.)	✗	Non	

Je, soussigné Calluy Clara
(nom et prénom), déclare sur l'honneur avoir complété la grille
avec exactitude et honnêteté, en toute bonne foi.

Légende :

✓ = L'utilisation des IA Génératives est autorisée (ce qui ne veut pas dire qu'elle est encouragée. Voir ci-dessous)

✗ = L'utilisation des IA Génératives n'est pas autorisée, les infractions entraîneront des sanctions.

n.a = Non-applicable pour ce cours

L'étudiant remplit sa colonne par « Oui » ou par « Non » en fonction de s'il a utilisé ou non une IA générative.

***Attention :** le fait que certaines pratiques soient autorisées ne signifie pas que l'on attende ou que l'on encourage l'utilisation d'IA Génératives pour cette évaluation. Dans de nombreuses situations, vous obtiendrez probablement de meilleurs résultats sans utiliser d'IA Génératives.

Cette grille est une adaptation du « Tableau d'utilisation des IA Génératives » de la Faculté des Arts et des Sciences Sociales (FASoS) de l'Université de Maastricht.

Annexes

Annexe A. Document de consentement éclairé - version clinicien

Feuille d'information au sujet et consentement éclairé

Titre de l'étude : Évaluation des effets de la remise de conclusion en neuropsychologie.
Promoteur : Université de Liège
Comité d'éthique : Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège
Investigateurs principaux : Christina Léonard (Docteure en Sciences Psychologiques, Université de Liège ; Place des Orateurs, 1 ; 4000 Liège) et Manon Goosse (Docteure en Sciences Psychologiques, Université de Liège ; Place des Orateurs, 1 ; 4000 Liège).
Étudiante associée à la recherche : Clara Calluy (Étudiante en Master 2)

Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes invité(e) à participer à une étude clinique destinée à évaluer les effets chez les patients de la remise de conclusion lors de la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Vous participez à cette étude en tant que neuropsychologue clinicien. Votre participation à cette étude ne modifie en rien le déroulement du bilan neuropsychologique que vous allez réaliser avec votre patient dans le cadre de vos fonctions, ni la forme/le contenu de la remise de conclusion. Votre participation à cette étude implique, si et seulement si le patient a également fourni à l'investigateur son accord pour participer à cette présente étude, l'enregistrement audio de la remise de conclusion que vous effectuez avec votre patient afin d'analyser la manière dont vous la mener (en termes de forme et de contenu).

Aucune procédure supplémentaire ne vous sera proposée.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur ou à la personne qui le représente.

Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement écrit et des informations complémentaires (annexes) qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Le bilan neuropsychologique (en ce compris la remise de conclusion) que vous effectuez ne sera pas modifié du fait de votre participation à cette étude clinique.
- Cette étude clinique est mise en œuvre après évaluation par un comité d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigateur.
- Aucun frais ne vous sera demandé pour participer à cette étude.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Un complément d'informations sur vos « Droits de participant à une étude clinique » sont fournis en annexes.

Objectifs et déroulement de l'étude

Cette étude a pour objectif d'évaluer comment la phase de remise de conclusion du bilan neuropsychologique que vous allez effectuer peut influencer différentes variables chez le patient : son bien-être, sa façon de réfléchir sur lui-même et les stratégies qu'il utilise dans le quotidien (c.-à-d., sa métacognition), ainsi que sa perception de sa capacité à gérer les situations du quotidien (c.-à-d., son sentiment d'auto-efficacité). Par ailleurs, nous évaluerons comment la remise de conclusion et la manière dont vous la menez influencent sa perception de la qualité de la relation de confiance qu'il entretient avec vous.

Dans le cadre de cette étude, 60 patients seront recrutés par l'intermédiaire de 10 neuropsychologues réalisant des bilans neuropsychologiques comprenant une phase de remise de conclusion. Vous participez à cette étude en tant que neuropsychologue clinicien. Dans ce contexte, il s'agit pour vous de proposer la présente étude à vos patients qui réalisent un bilan neuropsychologique. En cas d'accord du patient (statué par l'obtention par l'investigateur de son consentement éclairé), nous procéderons à l'enregistrement audio de la remise de conclusion que vous effectuerez avec ce patient spécifique. Cet enregistrement visera uniquement à analyser la manière dont vous menez la remise de conclusion (tant au niveau du fond que de la forme). Cet enregistrement sera retranscrit dans les plus brefs délais en enlevant toute information personnelle qui permettrait de vous identifier. Une fois la retranscription terminée, cet enregistrement sera détruit. Nous estimons la durée de cette étude à 1 an. Notez que vous pouvez à tout moment décider d'arrêter de collaborer en prévenant une des investigatrices principales.

Description des risques et bénéfices

Votre participation à cette étude n'engendre aucun risque en termes de santé.

Vous ne devez pas vous attendre à des bénéfices personnels du fait de votre participation à l'étude. Néanmoins, votre participation à cette étude contribuera à l'évolution des connaissances sur les effets de la remise de conclusion dans le cadre d'un bilan neuropsychologique. Par ailleurs, cette étude permettra de préciser les bonnes pratiques relatives aux comportements à adopter par les neuropsychologues lors de la remise de conclusion.

Retrait de consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

Si vous retirez votre consentement à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :

- De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter une des investigatrices (Christina Léonard : 04 366 33 08 ; christina.leonard@uliege.be et Manon Goosse : 04 366 29 37 ; manon.goosse@uliege.be).

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude clinique, vous pouvez contacter la médiatrice des droits du patient de votre institution via le numéro de téléphone : Madame Caroline Doppagne, CHU de Liège, 0498/31 11 12 (entre 8h30 et 16h30).

Informations complémentaires

Compléments d'informations sur l'organisation de l'étude

Comme expliqué précédemment (cf. la partie ci-dessus « objectifs et déroulement de l'étude »), il s'agira pour vous de proposer la présente étude à vos patients qui réalisent un bilan neuropsychologique. En cas d'accord des patients (statué par l'obtention par l'investigateur de leur consentement éclairé), nous procéderons à l'enregistrement audio de la remise de conclusion que vous effectuerez avec ces derniers.

Complément d'informations sur la protection et les droits du participant à une étude clinique

Comité d'éthique :

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Éthique indépendant, à savoir le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, qui a émis un avis favorable. Les Comités d'Éthique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à un essai clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique. En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Éthique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire :

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec les investigateurs.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Coûts associés à votre participation :

Si vous décidez de participer à cette étude, cela n'entraînera pas de frais pour vous ou votre organisme assureur. Vous ne percevrez aucune indemnisation pour votre participation à cette étude.

Protection de votre identité :

Les investigateurs possèdent un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'ils s'engagent non seulement à ne jamais révéler votre nom dans le contexte d'une publication ou d'une conférence, mais aussi qu'ils coderont vos données (dans l'étude, votre identité sera remplacée par un code d'identification) avant de les envoyer au promoteur.

Protection des données à caractère personnel :

- 1) Qui est le responsable du traitement des données ? Le promoteur.

Le promoteur (Dr. Sylvie Willems, Psycho, ULiège) prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur¹.

2) Qui est le délégué à la protection des données ?

Pour l'ULiège : Monsieur Pierre-François Pirllet (dpo@uliege.be)

3) Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées ?

La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche en rapport avec cette étude.

4) A quelles fins vos données sont-elles traitées ?

Vos données personnelles seront examinées afin de voir si l'étude est réalisée de façon précise. Elles seront examinées avec les données personnelles de tous les autres participants à cette étude afin de mieux comprendre les effets de la remise de conclusion sur les patients et la relation patient-clinicien.

Vos données personnelles pourront également être combinées à des données provenant d'autres études. Ceci permet d'analyser et de mieux comprendre les effets de la remise de conclusion sur les patients et la relation patient-clinicien.

5) Quelles sont les données collectées ?

Le responsable du traitement s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs poursuivis à savoir votre nom, vos initiales, votre adresse, votre sexe, et votre âge/date de naissance partielle.

6) Comment mes données sont-elles récoltées ?

- Par les investigateurs et leur équipe

7) Qui peut voir mes données ?

- Les investigateurs et leur équipe
- Le promoteur et ses représentants
- Le comité d'éthique ayant examiné l'étude
- Les organismes nationaux de réglementation qui autorisent les médicaments et les recherches cliniques

Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité.

¹Ces droits vous sont garantis par le Règlement Européen du 27 avril 2016 (RGPD) relatif à la protection des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

8) Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées ? Pendant combien de temps ?

Vos données sont conservées par le promoteur le temps requis par les réglementations. À l'issue de cette période, la liste des codes sera détruite et il ne sera donc plus possible d'établir un lien entre les données codées et vous-même.

9) Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, vers quel pays ? N/A

Si non, le promoteur a établi un accord sur le transfert de données selon lequel toutes les parties travaillant avec le promoteur s'engagent à protéger et garder confidentielles vos données personnelles selon les modalités décrites dans le présent document.

10) Quels sont mes droits sur mes données ?

Vous avez le droit de consulter toutes les informations de l'étude vous concernant et d'en demander, si nécessaire, la rectification.

Vous avez le droit de retirer votre consentement conformément à la rubrique « retrait du consentement » reprise ci-avant.

Vous disposez de droits supplémentaires pour vous opposer à la manière dont vos données de l'étude sont traitées, pour demander leur suppression, pour limiter des aspects de leur utilisation ou pour demander à ce qu'un exemplaire de ces données vous soit fourni.

Cependant, pour garantir une évaluation correcte des résultats de l'étude, il se peut que certains de ces droits ne puissent être exercés qu'après la fin de l'étude. L'exercice de vos droits se fait via le médecin investigateur.

En outre, si vous estimez que vos données de l'étude sont utilisées en violation des lois en vigueur sur la protection des données, vous avez le droit de formuler une plainte à l'adresse contact@apd-qba.be

Assurance :

Dans une étude interventionnelle, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé vous concernant. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance (Ethias Assurance, nr de police : 45.482.838, tel : 04/220.31.11)².

² Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Consentement éclairé

PARTICIPANT

1. Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les conséquences éventuelles et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.
2. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix.
3. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.
4. J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'investigateur.
5. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur et le promoteur se portent garant de la confidentialité de ces données.
6. J'accepte que des données codées me concernant soient compilées dans des bases de données anonymes.
7. J'accepte que les données codées recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celles du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques sur internet accessibles à la communauté scientifique uniquement.
8. Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité (annexe « protection et droits du participant à une étude clinique »). Je donne également mon accord au transfert et au traitement de mes données codées dans d'autres pays que la Belgique.
9. J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, Prénom, date et signature du volontaire.

INVESTIGATEUR/ETUDIANT COLLABORANT

Je soussigné, Christina Léonard ou Manon Goosse ou Clara Calluy, docteur investigatrice/étudiante collaboratrice, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le volontaire accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, Prénom, date et signature de l'investigateur

CALLUY Clara, 25/02/2026



Annexe B. Document de consentement éclairé - version patient

Feuille d'information au sujet et consentement éclairé

Titre de l'étude : Évaluation des effets de la remise de conclusion en neuropsychologie.
Promoteur : Université de Liège
Comité d'éthique : Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège
Investigateurs principaux : Christina Léonard (Docteure en Sciences Psychologiques, Université de Liège ; Place des Orateurs, 1 ; 4000 Liège) et Manon Goosse (Docteure en Sciences Psychologiques, Université de Liège ; Place des Orateurs, 1 ; 4000 Liège).
Étudiante associée à la recherche : Clara Calluy (Étudiante en Master 2)

Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes invité(e) à participer à une étude clinique destinée à évaluer les effets chez les patients de la remise de conclusion lors de la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Votre participation à cette étude ne modifie en rien le déroulement du bilan neuropsychologique. Nous enregistrerons en audio la phase de remise de conclusion afin d'analyser la manière dont le neuropsychologue la conduit et vous serez invité(e) à compléter différents questionnaires lors de trois entretiens en visioconférence (plus précisément, un se tiendra avant la réalisation du bilan neuropsychologique, un immédiatement après la remise de conclusion, et un environ trois semaines plus tard). Certains de ces questionnaires porteront sur vous (votre bien-être, les stratégies que vous utilisez dans le quotidien, ainsi que votre perception de votre capacité à gérer les situations du quotidien), tandis que d'autres évalueront votre perception de la qualité de la relation avec votre clinicien.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur ou à la personne qui le représente.

Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement écrit et des informations complémentaires (annexes) qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Le bilan neuropsychologique proposé par votre neuropsychologue ne sera pas modifié du fait de votre participation à cette étude clinique.
- Cette étude clinique est mise en œuvre après évaluation par un comité d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigateur.
- Aucun frais supplémentaire ne vous sera demandé pour participer à cette étude. Autrement dit, vous ne payerez que vos séances avec votre neuropsychologue, comme cela aurait été le cas en dehors de l'étude.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche.

- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Un complément d'informations sur vos « Droits de participant à une étude clinique » sont fournis en annexes.

Objectifs et déroulement de l'étude

Cette étude a pour objectif d'évaluer comment la phase de remise de conclusion du bilan neuropsychologique que vous allez effectuer peut influencer votre bien-être, votre façon de réfléchir sur vous-même et les stratégies que vous utilisez dans le quotidien (c.-à-d., votre métacognition), ainsi que votre perception de votre capacité à gérer les situations du quotidien (c.-à-d., votre sentiment d'auto-efficacité). Par ailleurs, nous évaluerons comment la remise de conclusion et la manière dont votre neuropsychologue la mène influencent votre perception de la qualité de la relation de confiance que vous entretenez avec lui.

Dans le cadre de cette étude, 60 patients seront recrutés.

Votre participation à l'étude consistera en la réalisation de trois temps d'évaluation sur une période maximale estimée de trois mois (un se tiendra avant la réalisation du bilan neuropsychologique, un immédiatement après la remise de conclusion, et un environ 3 semaines plus tard). Ces temps d'évaluation se tiendront tous en visioconférence et dureront entre 30 et 60 minutes. Plus précisément, lors du 1^{er} temps d'évaluation, vous échangerez avec l'investigateur sur les raisons ayant mené à la demande d'un bilan neuropsychologique, les difficultés que vous rencontrez dans le quotidien, ainsi que les stratégies que vous utilisez déjà pour y faire face. Par ailleurs, vous complèterez différents questionnaires (évaluant votre bien-être, votre métacognition et votre sentiment d'auto-efficacité). Ensuite, vous réaliserez le bilan avec votre neuropsychologue (comme cela aurait été le cas en dehors de l'étude) et recevrez une remise de conclusion. En acceptant de participer à notre étude, vous acceptez que nous procédions à un enregistrement audio de la remise de conclusion. Cet enregistrement visera uniquement à analyser la manière dont votre neuropsychologue mène la remise de conclusion. Cet enregistrement sera retranscrit dans les plus brefs délais en enlevant toute information personnelle qui permettrait de vous identifier. Une fois la retranscription terminée, cet enregistrement sera détruit. Ensuite, dans un délai de deux jours à une semaine après la remise de conclusion, se tiendra le second temps d'évaluation durant lequel vous complèterez différents questionnaires (évaluant votre bien-être, votre métacognition et votre sentiment d'auto-efficacité ainsi que votre perception de la qualité de la relation de confiance avec votre clinicien). Enfin, dans un délai de trois à six semaines après la remise de conclusion, se tiendra le troisième temps d'évaluation où nous vous demanderons de décrire les stratégies mises en place dans votre quotidien et de compléter plusieurs questionnaires (portant sur votre bien-être, votre métacognition et votre sentiment d'auto-efficacité).

Description des risques et bénéfices

Votre participation à cette étude n'engendre aucun risque en termes de santé.

Vous ne devez pas vous attendre à des bénéfices personnels du fait de votre participation à l'étude. Néanmoins, votre participation à cette étude contribuera à l'évolution des connaissances sur les effets de la remise de conclusion dans le cadre d'un bilan neuropsychologique. Par ailleurs, cette étude permettra de préciser les bonnes pratiques relatives aux comportements à adopter par les neuropsychologues lors de la remise de conclusion.

Retrait de consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

Si vous retirez votre consentement à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :

- De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche.
- De ne rien masquer comme information au sujet de votre état de santé, de médicaments que vous prenez ou de symptômes que vous ressentez.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter une des investigatrices (Christina Léonard : 04 366 33 08 ; christina.leonard@uliege.be et Manon Goosse : 04 366 29 37 ; manon.goosse@uliege.be).

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude clinique, vous pouvez contacter la médiatrice des droits du patient de votre institution via le numéro de téléphone : Madame Caroline Doppagne, CHU de Liège, 0498/31 11 12 (entre 8h30 et 16h30).

Informations complémentaires

Compléments d'informations sur l'organisation de l'étude

Comme expliqué précédemment (cf. la partie ci-dessus « objectifs et déroulement de l'étude »), il s'agira pour vous dans cette étude de participer à trois temps d'évaluation (sur une période estimée de trois mois). Pour rappel, votre participation à cette étude ne modifie en rien le déroulement classique du bilan neuropsychologique réalisé par votre clinicien.

Complément d'informations sur la protection et les droits du participant à une étude clinique

Comité d'éthique :

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Éthique indépendant, à savoir le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, qui a émis un avis favorable. Les Comités d'Éthique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à un essai clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique. En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Éthique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire :

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec le médecin investigateur et la qualité de votre prise en charge thérapeutique future.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Coûts associés à votre participation :

Si vous décidez de participer à cette étude, cela n'entraînera pas de frais pour vous ou votre organisme assureur. Vous ne percevrez aucune indemnisation pour votre participation à cette étude.

Protection de votre identité :

Les investigateurs possèdent un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'ils s'engagent non seulement à ne jamais révéler votre nom dans le contexte d'une publication ou d'une conférence, mais aussi qu'ils coderont vos données (dans l'étude, votre identité sera remplacée par un code d'identification) avant de les envoyer au promoteur.

Les investigateurs seront donc les seuls à pouvoir établir un lien entre les données transmises pendant toute la durée de l'étude et vos dossiers médicaux. Les données personnelles transmises ne comporteront aucune association d'éléments permettant de vous identifier.

Pour vérifier la qualité de l'étude, il est possible que vos dossiers médicaux soient examinés par des personnes liées par le secret médical et désignées par le comité d'éthique, le promoteur de l'étude ou un organisme d'audit indépendant. Dans tous les cas, l'examen de vos dossiers médicaux ne peut avoir lieu que sous la responsabilité des investigatrices et sous la supervision d'un des collaborateurs qu'il aura désigné.

Protection des données à caractère personnel :

1) Qui est le responsable du traitement des données ? Le promoteur.

Le promoteur (Dr. Sylvie Willems, PsyNCog, ULiège) prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur¹.

2) Qui est le délégué à la protection des données ?

Pour l'ULiège : Monsieur Pierre-François Pirlot (dpo@uliege.be)

3) Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées ?

La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche en rapport avec cette étude.

4) A quelles fin vos données sont-elles traitées ?

Vos données personnelles seront examinées afin de voir si l'étude est réalisée de façon précise. Elles seront examinées avec les données personnelles de tous les autres participants à cette étude afin de mieux comprendre les effets de la remise de conclusion sur les patients et la relation patient-clinicien.

¹Ces droits vous sont garantis par le Règlement Européen du 27 avril 2016 (RGPD) relatif à la protection des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Vos données personnelles pourront également être combinées à des données provenant d'autres études. Ceci permet d'analyser et de mieux comprendre les effets de la remise de conclusion sur les patients et la relation patient-clinicien.

5) Quelles sont les données collectées ?

Le responsable du traitement s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs poursuivis à savoir votre nom, vos initiales, votre adresse, votre sexe, votre âge/date de naissance partielle, ainsi que les données relatives à votre santé.

6) Comment mes données sont-elles récoltées ?

- Par les investigateurs et leur équipe

7) Qui peut voir mes données ?

- Les investigateurs et leur équipe
- Le promoteur et ses représentants
- Le comité d'éthique ayant examiné l'étude
- Les organismes nationaux de réglementation qui autorisent les médicaments et les recherches cliniques

Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité.

8) Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées ? Pendant combien de temps ?

Vos données sont conservées par le promoteur le temps requis par les réglementations. À l'issue de cette période, la liste des codes sera détruite et il ne sera donc plus possible d'établir un lien entre les données codées et vous-même.

9) Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, vers quel pays ? N/A

Si non, le promoteur a établi un accord sur le transfert de données selon lequel toutes les parties travaillant avec le promoteur s'engagent à protéger et garder confidentielles vos données personnelles selon les modalités décrites dans le présent document.

10) Quels sont mes droits sur mes données ?

Vous avez le droit de consulter toutes les informations de l'étude vous concernant et d'en demander, si nécessaire, la rectification.

Vous avez le droit de retirer votre consentement conformément à la rubrique « retrait du consentement » reprise ci-avant.

Vous disposez de droits supplémentaires pour vous opposer à la manière dont vos données de l'étude sont traitées, pour demander leur suppression, pour limiter des aspects de leur utilisation ou pour demander à ce qu'un exemplaire de ces données vous soit fourni.

Cependant, pour garantir une évaluation correcte des résultats de l'étude, il se peut que certains de ces droits ne puissent être exercés qu'après la fin de l'étude. L'exercice de vos droits se fait via le médecin investigateur.

En outre, si vous estimez que vos données de l'étude sont utilisées en violation des lois en vigueur sur la protection des données, vous avez le droit de formuler une plainte à l'adresse contact@apd-qba.be

Assurance :

Dans une étude interventionnelle, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé vous concernant. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance (Ethias Assurance, nr de police : 45.482.838, tel : 04/220.31.11)².

² Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Consentement éclairé

PARTICIPANT

1. Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les conséquences éventuelles et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.
2. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix (psychologue, médecin, ...).
3. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.
4. J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'investigateur.
5. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur et le promoteur se portent garant de la confidentialité de ces données.
6. J'accepte que des données codées me concernant soient compilées dans des bases de données anonymes.
7. J'accepte que les données codées recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celles du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques sur internet accessibles à la communauté scientifique uniquement.
8. Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité (annexe « protection et droits du participant à une étude clinique »). Je donne également mon accord au transfert et au traitement de mes données codées dans d'autres pays que la Belgique.
9. J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, Prénom, date et signature du volontaire.

INVESTIGATEUR/ETUDIANT COLLABORANT

Je soussigné, Christina Léonard ou Manon Goosse ou Clara Calluy, docteur investigatrice/étudiante collaboratrice, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le volontaire accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, Prénom, date et signature de l'investigateur

CALLUY Clara, 25/02/2026

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Clara Calluy', with a stylized flourish at the end.

Vous réalisez un **BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE ?**

PARTICIPEZ À NOTRE ÉTUDE SUR LES EFFETS DE LA REMISE DE CONCLUSION

L'**objectif** est de comprendre l'**influence** de la **remise de conclusion** sur :

- votre **bien-être**,
- votre façon de **réfléchir sur vous-même**,
- vos **stratégies** employées quotidiennement,
- votre perception de **vos capacités à gérer les situations quotidiennes**,
- votre perception de la **qualité de la relation** de confiance avec votre neuropsychologue.

La remise de conclusion c'est quoi?
C'est l'explication des résultats du bilan par votre neuropsychologue

IMPLICATIONS DANS L'ÉTUDE

Entretien de remise de conclusion

- Vous réalisez votre **bilan** de manière **habituelle**
- Seul un **enregistrement audio** de votre remise de conclusions sera réalisé en vue d'observer comment votre neuropsychologue la conduit

Questionnaires

Quoi ?
Questionnaires portant sur vous et votre perception de la qualité de la relation de confiance que vous entretenez avec votre neuropsychologue.

Quand ?
A 3 reprises (1 séance avant la réalisation du bilan neuropsychologique et 2 séances après la remise de conclusion).

Durée ?
Entre 30 et 60 minutes.

Comment ?
Visio-conférence.

Si vous êtes intéressés, veuillez contacter
clara.calluy@student.uliege.be et christina.leonard@uliege.be.



Annexe D. Canevas d'anamnèse

Canevas d'anamnèse

Code participant : _____	Date : ____ / ____ / ____
1. Identification du patient et données familiales	
Âge	_____
Sexe	_____
Situation familiale « Actuellement, avec qui vivez-vous ? »	_____
2. Motif de la consultation	
Origine de la demande	☐ Patient ☐ Médecin ☐ Entourage ☐ Autre :
Motif principal « Pouvez-vous m'expliquer les raisons pour lesquelles vous consultez un neuropsychologue ? »	_____
3. Données scolaires	
Scolarité globale « Vous diriez que votre scolarité s'est déroulée avec ou sans difficultés ? »	☐ Sans difficulté ☐ Difficultés rapportées
Redoublement(s) « Avez-vous déjà redoublé une année ? »	☐ Oui ☐ Non
Années d'études « Combien d'années d'étude avez-vous effectuées ? »	_____
Niveau d'étude atteint « Quel type de diplôme possédez-vous ? »	☐ CEB ☐ CE1D ☐ CESS ☐ Bachelier ☐ Master ☐ Autre :
Troubles spécifiques rapportés (ex. dyslexie, TDA/H)	_____
4. Données professionnelles	
Profession actuelle	_____
Statut	☐ Actif ☐ Arrêt ☐ Retraité ☐ Sans emploi ☐ Étudiant
Exigences cognitives perçues du poste	_____

« Quelles tâches êtes-vous amené(e) à réaliser durant une journée de travail ? »	
« Selon vous, quel est le niveau de difficulté de ces tâches ? »	
5. Plaintes cognitives et comportementales	
5.1 Mémoire	
Difficultés de mémoire au quotidien <i>« Vous diriez que vous avez des difficultés de mémoire au quotidien ? Par exemple, rapportez-vous souvent des : »</i>	☐ Oublis fréquents ☐ Difficultés d'apprentissage ☐ Oublis de rendez-vous / événements ☐ Répétitions ☐ Autres :
Ancienneté des plaintes	
Évolution perçue	☐ Stable ☐ Progressive ☐ Fluctuante
5.2 Attention	
Difficultés attentionnelles au quotidien <i>« Vous diriez que vous avez des difficultés pour être attentif au quotidien ? Par exemple, rapportez-vous souvent de la : »</i>	☐ Distractibilité ☐ Difficulté de concentration ☐ Fatigabilité cognitive ☐ Lenteur ☐ Autres :
Ancienneté des plaintes	
Évolution perçue	☐ Stable ☐ Progressive ☐ Fluctuante
5.3 Fonctions exécutives	
Difficultés exécutives au quotidien <i>« Au quotidien, vous diriez que vous avez des : »</i>	☐ Difficultés d'organisation ☐ Problèmes de planification ☐ Difficultés à gérer plusieurs tâches ☐ Impulsivité / rigidité / impatience ☐ Autres :
5.4 Retentissement fonctionnel	
Impact sur la vie quotidienne <i>« Selon vous, est-ce que les difficultés que vous rencontrez ont un impact sur votre vie quotidienne ? »</i>	

Impact sur la vie professionnelle / scolaire <i>« Selon vous, est-ce que les difficultés que vous rencontrez ont un impact sur votre vie professionnelle / scolaire ? »</i>	
Autonomie perçue <i>« De manière générale, vous vous sentez autonome dans votre quotidien ? »</i>	☐ Préservée ☐ Partiellement altérée ☐ Altérée
5.5 Plan psychologique	
État émotionnel actuel <i>« Actuellement, comment vous sentez-vous ? »</i>	
6. Données médicales	
Antécédents médicaux	☐ AVC / AIT ☐ Traumatisme crânien ☐ Épilepsie ☐ Maladie(s) : ☐ Troubles du sommeil ☐ Douleurs chroniques ☐ Autres :
Traitements médicamenteux actuels	
Consommations	☐ Alcool - Fréquence : ☐ Cigarette - Fréquence : ☐ Psychotropes - Fréquence :
7. Passé thérapeutique	
Suivi psychologique ou psychiatrique actuel ou passé	☐ Oui ☐ Non
Si oui, préciser <i>(diagnostic, durée, traitement)</i>	
Autres	
8. Bilan(s) antérieur(s)	
Bilan neuropsychologique déjà réalisé	☐ Oui ☐ Non
Si oui : Année	

Si oui : Motif	
Si oui : Conclusions principales (si connues)	
Attentes vis-à-vis de ce bilan neuropsychologique	

Annexe E. Grille d'analyse de la remise de conclusion : définitions opérationnelles, seuils de présence et règles de cotation

Définitions opérationnelles, seuils de présence et cotation des 31 comportements codés

Comportement	Définition opérationnelle	Seuil de présence	Cotation
<i>Setting</i>			
Cadre de la séance	Le neuropsychologue pose le cadre de la séance : rappel de ce qui va être vu (résultats, recommandations, réponses aux questions, etc.).	Présent au moins 1x	0 / 1
<i>Perception & Invitation</i>			
Attentes du patient	Le neuropsychologue questionne le patient sur ce qu'il attend, espère ou craint du rendez-vous.	Présent au moins 1x	0 / 1
Compréhension préalable	Le neuropsychologue explore la compréhension préalable du patient (ce qu'il sait déjà / ce qu'on lui a déjà dit) et ses hypothèses.	Présent au moins 1x	0 / 1
Niveau de détails souhaité	Le neuropsychologue demande le niveau de détails souhaité et ajuste son langage en fonction de cela.	Présent au moins 1x	0 / 1
<i>Knowledge</i>			
Annonce progressive	Les informations sont données étape par étape, en petites unités, avec des pauses.	Présent au moins 1x	0 / 1
Description des fonctions	Le neuropsychologue décrit les fonctions cognitives évaluées et les définit.	Présent au moins 1x	0 / 1
Impact fonctionnel	Le neuropsychologue explique les résultats en termes fonctionnels (impact concret dans le quotidien).	Présent au moins 1x	0 / 1
Métaphore	Utilisation d'une métaphore pour faciliter la compréhension.	Présent au moins 1x	0 / 1
Lien plaintes-résultats	Le neuropsychologue établit un lien entre les plaintes initiales du patient et les résultats aux tests.	Présent au moins 1x	0 / 1

Comportement	Définition opérationnelle	Seuil de présence	Cotation
Hypothèses explicatives	Proposition d'hypothèses explicatives des plaintes (facteurs cognitifs, émotionnels, contextuels, somatiques, médicamenteux, etc.).	Présent au moins 1x	0 / 1
Description holistique	Lien entre cognition, émotion, contexte de vie et ressources du patient.	Présent au moins 1x	0 / 1
Multiplie les angles de vue	Utilise plusieurs exemples issus de la vie quotidienne pour expliquer une même difficulté (ex. plusieurs scénarios illustrant le même phénomène).	Présent au moins 1x	0 / 1
Explication aux proches	Explique aux proches présents les comportements du patient qui peuvent être problématiques dans la vie quotidienne.	Présent au moins 1x, si un proche assiste à la séance ^a	0 / 1
Support visuel	Utilise un support pour améliorer la compréhension (schéma, tableau, graphique, exemple écrit, métaphore illustrée).	Présent au moins 1x	0 / 1
Mise en avant des forces	Met en avant les forces et les stratégies déjà présentes chez le patient.	Présent au moins 1x	0 / 1
Langage accessible	Évite le jargon technique et explique en termes simples.	Présent au moins 1x	0 / 1
Résumés répétés	Résume le contenu de l'entretien à plusieurs reprises.	Minimum 2 occurrences	0 / 1
Répétitions	Répète plusieurs fois les mêmes informations.	Minimum 2 occurrences	0 / 1
Proposition de prise de notes	Propose au patient de prendre des notes durant l'entretien.	Présent au moins 1x	0 / 1
Vérification par reformulation (discussion)	Demande au patient de réexpliquer avec ses propres mots pour vérifier sa compréhension.	Présent au moins 1x pendant la discussion	0 / 1
<i>Emotion</i>			
Reflets de sentiment	Repère et nomme les émotions du patient (ex. inquiétude, déception, soulagement, stress).	Présent au moins 1x	0 / 1
Questions sur l'état émotionnel	Pose des questions explicites sur l'état émotionnel du patient.	Présent au moins 1x	0 / 1
<i>Summary / Strategy</i>			
Synthèse finale	Synthèse en fin d'entretien de tout ce qui a été dit (forces, faiblesses, explication, retentissement fonctionnel).	Présent au moins 1x	0 / 1

Comportement	Définition opérationnelle	Seuil de présence	Cotation
Vérification continue de la compréhension	Vérifie la compréhension du patient tout au long de l'entretien (ex. « est-ce clair ? »).	Présent au moins 1x	0 / 1
Vérification par reformulation (conclusion)	Le neuropsychologue demande au patient de réexpliquer avec ses propres mots.	Présent au moins 1x pendant la conclusion	0 / 1
Points flous	Le neuropsychologue demande si des points restent flous et encourage les questions du patient.	Présent au moins 1x	0 / 1
Recommandations spécifiques	Formulation de recommandations cliniques spécifiques, priorisées et réalistes pour le patient.	Présent au moins 1x	0 / 1
Réalisme des recommandations	Le neuropsychologue questionne le réalisme des recommandations (ex. « est-ce que ça vous paraît acceptable ? »).	Présent au moins 1x	0 / 1
Freins à la mise en place	Le neuropsychologue questionne les freins concernant la mise en place des recommandations (ex. « qu'est-ce qui pourrait poser problème ? »).	Présent au moins 1x	0 / 1
Prochaines étapes	Discussion sur les prochaines étapes (suivis neuropsychologique, psychologique, logopédique, etc.).	Présent au moins 1x	0 / 1
<i>Qualité communicationnelle</i>			
Structuration du discours	Niveau d'organisation du discours au cours de la remise de conclusion. 0 = discours non structuré ; 1 = mise en lien des plaintes du patient avec les résultats ; 2 = restitution suivant le déroulement général du rapport (anamnèse, domaines cognitifs, résultats et recommandations).	Cotation globale selon le niveau de structuration observé au cours de la séance.	0 / 1 / 2

Note. Les comportements sont regroupés selon les six catégories de la grille. Le score global correspond à la somme des cotations des 31 comportements (étendue théorique 0-32) ; le score Knowledge correspond à la somme des cotations des 16 comportements de cette catégorie (étendue théorique 0-16). ^a Cet item n'était applicable que lorsqu'un proche assistait à la séance (2 des 22 séances) ; coté 0 dans les autres cas, conformément à la règle générale de cotation, ce qui réduit légèrement le score global des séances sans proche présent (voir limites méthodologiques).

Annexe F. Vérification de la normalité des scores de différence - Objectif 1

Tableau F1. Résultats du test de normalité de Shapiro-Wilk pour les scores de différence des variables de l'Objectif 1, y compris les sous-échelles du MI-45

Variable	W de Shapiro-Wilk (p) - $\Delta T3-T1$	$\Delta T3-T2$	$\Delta T2-T1$
MI-45	0.923 (.089)	0.779 (<.001)	0.974 (.808)
MI-45 - Intrapsychique	0.982 (.945)	0.857 (.004)	0.942 (.215)
MI-45 - Interpersonnel	0.947 (.281)	0.805 (<.001)	0.916 (.063)
MI-45 - Rôles sociaux	0.912 (.053)	0.944 (.240)	0.874 (.009)
CCSS	0.940 (.200)	0.940 (.196)	0.974 (.808)
CSEQ-II P2	0.958 (.457)	0.960 (.483)	0.937 (.169)
CSEQ-II P3	0.959 (.461)	0.925 (.096)	0.952 (.351)
CSEQ-II P4	0.940 (.202)	0.967 (.632)	0.883 (.014)

Note. Un résultat significatif ($p < .05$) indique un écart à la normalité. L'approche non paramétrique a été retenue pour une variable dès que l'hypothèse de normalité était violée pour au moins une des trois différences (MI-45 total et ses trois sous-échelles, ainsi que CSEQ-II P4). L'approche paramétrique a été retenue pour la CCSS et pour les Parties 2 et 3 du CSEQ-II, dont les trois scores de différence respectaient l'hypothèse de normalité.

Annexe G. Analyse descriptive des comportements codés lors des remises de conclusion

Tableau G1. Fréquence des comportements codés lors des remises de conclusion (N = 22)

Comportement	N (%)
Setting, n (%)	
Le neuropsychologue pose le cadre de la séance : rappel de ce qui va être vu aujourd'hui (résultats, recommandations, réponses aux questions, etc.).	14 (63.6 %)
Perception & Invitation, n (%)	
Le neuropsychologue questionne le patient sur ce qu'il attend/espère/craint du rendez-vous.	4 (18.2 %)
Le neuropsychologue explore la compréhension préalable du patient (ce qu'il sait déjà/ce qu'on lui a déjà dit) et ses hypothèses.	2 (9.1 %)
Le neuropsychologue demande le niveau de détails souhaité et ajuste son langage en fonction de cela.	4 (18.2 %)
Knowledge, n (%)	
Annonce progressive : les informations sont données étape par étape, en petites unités avec des pauses.	22 (100.0 %)
Le neuropsychologue décrit les fonctions cognitives évaluées et les définit.	21 (95.5 %)
Le neuropsychologue explique les résultats en termes fonctionnels (l'impact concret dans le quotidien).	22 (100.0 %)
Utilisation de métaphores pour faciliter la compréhension.	16 (72.7 %)
Lien établi entre les plaintes initiales et les résultats aux tests.	22 (100.0 %)
Proposition d'hypothèses explicatives des plaintes (facteurs cognitifs, émotionnels, contextuels, somatiques, médicamenteux, etc.).	22 (100.0 %)
Le neuropsychologue fait le lien entre cognition, émotion, contexte de vie et ressources (description holistique).	22 (100.0 %)
Multiplie les angles de vue avec les plaintes issues de la vie quotidienne pour expliquer une même difficulté.	20 (90.9 %)
Explique aux proches les comportements qui peuvent être problématiques dans la vie quotidienne.	1/2 (50.0 %) ^a
Utilise un support pour améliorer la compréhension (schéma, tableau, graphique, exemples, métaphore).	13 (59.1 %)
Met en avant les forces et les stratégies déjà présentes chez le patient.	21 (95.5 %)

Comportement	N (%)
Langage accessible : évite le jargon et explique en termes simples.	22 (100.0 %)
Résume à plusieurs reprises (min. 2x).	20 (90.9 %)
Répète plusieurs fois les informations (min. 2x).	21 (95.5 %)
Propose au patient de prendre des notes.	0 (0.0 %)
Demande au patient de réexpliquer avec ses propres mots pour vérifier sa compréhension (min. 1x pendant la discussion).	1 (4.5 %)
Emotion, n (%)	
Reflets de sentiment : repère et nomme les émotions (ex. inquiétude, déception, soulagement, stress).	19 (86.4 %)
Pose des questions sur l'état émotionnel (min. 1x).	11 (50.0 %)
Summary / Strategy, n (%)	
Synthèse en fin d'entretien de tout ce qui a été dit (forces, faiblesses, explication, retentissement fonctionnel).	19 (86.4 %)
Vérifie la compréhension tout au long de l'entretien (ex. « est-ce clair ? »).	19 (86.4 %)
Demande au patient de réexpliquer avec ses propres mots (min. 1x pendant la conclusion).	1 (4.5 %)
Demande si des points restent flous et encourage les questions.	17 (77.3 %)
Formulation de recommandations cliniques spécifiques, priorisées et réalistes pour le patient.	20 (90.9 %)
Questionne le réalisme des recommandations (ex. « est-ce que ça vous paraît acceptable ? »).	14 (63.6 %)
Questionne les freins concernant la mise en place des recommandations (ex. « qu'est-ce qui pourrait poser problème ? »).	13 (59.1 %)
Discussion sur les prochaines étapes (suivis neuropsych, psy, logopédie, etc.).	21 (95.5 %)
Qualité communicationnelle, n (%)	
Structuration du discours :	
Score 0 - Discours non structuré	0 (0.0 %)
Score 1 - Mise en lien des plaintes du patient avec les résultats	16 (72.7 %)

Comportement	N (%)
Score 2 - Restitution suivant le déroulement général du rapport (anamnèse, domaines cognitifs, résultats et recommandations)	6 (27.3 %)

Note. Les comportements sont regroupés selon les six catégories de la grille d'analyse de la remise de conclusion. L'item relatif à la structuration du discours était coté sur une échelle ordinale à trois niveaux : 0 = discours non structuré ; 1 = mise en lien des plaintes du patient avec les résultats ; 2 = restitution suivant le déroulement général du rapport (anamnèse, domaines cognitifs, résultats et recommandations). ^a Cet item n'était applicable que lorsqu'un proche était présent lors de la séance, ce qui n'a été le cas que pour 2 des 22 séances ; le pourcentage est calculé sur ces 2 séances plutôt que sur l'ensemble de l'échantillon.

Annexe H. Comparaison descriptive des comportements codés selon le neuropsychologue le plus représenté

Tableau H1. Fréquence des comportements codés lors des remises de conclusion, selon le neuropsychologue le plus représenté

Comportement	Neuropsych. A (n = 12)	Autres (n = 10)
Setting, n (%)		
Le neuropsychologue pose le cadre de la séance : rappel de ce qui va être vu aujourd'hui (résultats, recommandations, réponses aux questions, etc.).	4 (33.3 %)	10 (100.0 %)
Perception & Invitation, n (%)		
Le neuropsychologue questionne le patient sur ce qu'il attend/espère/craint du rendez-vous.	0 (0.0 %)	4 (40.0 %)
Le neuropsychologue explore la compréhension préalable du patient (ce qu'il sait déjà/ce qu'on lui a déjà dit) et ses hypothèses.	0 (0.0 %)	2 (20.0 %)
Le neuropsychologue demande le niveau de détails souhaité et ajuste son langage en fonction de cela.	0 (0.0 %)	4 (40.0 %)
Knowledge, n (%)		
Annonce progressive, les informations sont données étape par étape, en petites unités avec des pauses.	12 (100.0 %)	10 (100.0 %)
Décrit les fonctions cognitives évaluées et les définit.	11 (91.7 %)	10 (100.0 %)
Explique les résultats en termes fonctionnels (l'impact concret dans le quotidien).	12 (100.0 %)	10 (100.0 %)
Utilisation de métaphore pour faciliter la compréhension.	11 (91.7 %)	5 (50.0 %)
Lien entre les plaintes initiales et les résultats aux tests.	12 (100.0 %)	10 (100.0 %)

Comportement	Neuropsych. A (n = 12)	Autres (n = 10)
Proposition d'hypothèses explicatives des plaintes (facteurs cognitifs, émotionnels, contextuels, somatiques, médicamenteux, etc.).	12 (100.0 %)	10 (100.0 %)
Fait le lien entre cognition, émotion, contexte de vie et ressources (description holistique).	12 (100.0 %)	10 (100.0 %)
Multiplie les angles de vue avec les plaintes issues de la vie quotidienne pour expliquer une même difficulté.	10 (83.3 %)	10 (100.0 %)
Explique aux proches les comportements qui peuvent être problématiques dans la vie quotidienne. ^a	1/2(50 %)	/
Utilise un support pour améliorer la compréhension (schéma, tableau, graphique, exemples, métaphore).	9 (75.0 %)	4 (40.0 %)
Met en avant les forces et les stratégies déjà présentes chez le patient.	12 (100.0 %)	9 (90.0 %)
Langage accessible : évite le jargon et explique en termes simples.	12 (100.0 %)	10 (100.0 %)
Résume à plusieurs reprises (min. 2x).	11 (91.7 %)	9 (90.0 %)
Répète plusieurs fois les informations (min. 2x).	12 (100.0 %)	9 (90.0 %)
Propose au patient de prendre des notes.	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Demande au patient de réexpliquer avec ses propres mots pour vérifier sa compréhension (min. 1x pendant la discussion).	0 (0.0 %)	1 (10.0 %)
Emotion, n (%)		
Reflets de sentiment : repère et nomme les émotions (ex. inquiétude, déception, soulagement, stress).	11 (91.7 %)	8 (80.0 %)
Pose des questions sur l'état émotionnel (min. 1x).	5 (41.7 %)	6 (60.0 %)
Summary / Strategy, n (%)		
Synthèse en fin d'entretien de tout ce qui a été dit (forces, faiblesses, explication, retentissement fonctionnel).	9 (75.0 %)	10 (100.0 %)
Vérifie la compréhension tout au long de l'entretien (ex. « est-ce clair ? »).	12 (100.0 %)	7 (70.0 %)
Demande au patient de réexpliquer avec ses propres mots (min. 1x pendant la conclusion).	0 (0.0 %)	1 (10.0 %)
Demande si des points restent flous et encourage les questions.	8 (66.7 %)	9 (90.0 %)

Comportement	Neuropsych. A (n = 12)	Autres (n = 10)
Formulation de recommandations cliniques spécifiques, priorisées et réalistes pour le patient.	11 (91.7 %)	9 (90.0 %)
Questionne le réalisme des recommandations (ex. « est-ce que ça vous paraît acceptable ? »).	9 (75.0 %)	5 (50.0 %)
Questionne les freins concernant la mise en place des recommandations (ex. « qu'est-ce qui pourrait poser problème ? »).	8 (66.7 %)	5 (50.0 %)
Discussion sur les prochaines étapes (suivis neuropsych, psy, logopédie, etc.).	12 (100.0 %)	9 (90.0 %)
Qualité communicationnelle, n (%)		
Structuration du discours :		
Score 0 - Discours non structuré	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Score 1 - Mise en lien des plaintes-résultats	12 (100.0 %)	4 (40.0 %)
Score 2 - Restitution suivant le déroulement général du rapport (anamnèse, domaines cognitifs, résultats et recommandations)	0 (0.0 %)	6 (60.0 %)

Note. Neuropsych. A = neuropsychologue ayant recruté le plus grand nombre de participants (n = 12). Autres = les cinq autres neuropsychologues partenaires réunis (n = 10). Comparaison descriptive à titre exploratoire, sans test statistique en raison de la taille restreinte des groupes.

^aCet item n'était applicable que lorsqu'un proche était présent lors de la séance. Les deux séances concernées appartenaient au groupe Neuropsych. A ; le comportement était observé dans une de ces deux séances. Aucune séance du groupe « Autres » ne comportait de proche, de sorte qu'aucun pourcentage n'a été calculé pour ce groupe.

**Annexe I. Analyses de régression entre les indicateurs de la remise de conclusion
et les variables relatives aux patients**

Tableau II. Synthèse des régressions linéaires entre les indicateurs de la remise de conclusion et les variables patient

Variable dépendante	Prédicteur	B	IC 95%	p	ddl	F (modèle)	p (modèle)	R²
ΔMI-45 (T3-T1)	Score global de la grille	-0.28	[-2.50, 1.95]	.799	1, 20	0.07	.799	.00
ΔCCSS (T3-T1)	Score global de la grille	-0.36	[-3.71, 3.00]	.827	2, 19	0.04	.964	.00
ΔCCSS (T3-T1)	Score Knowledge	0.05	[-5.48, 5.57]	.986	2, 19	0.04	.964	.00
ΔCSEQ-II partie II (T3-T1)	Score global de la grille	2.35	[-3.07, 7.77]	.376	2, 19	0.43	.655	.04
ΔCSEQ-II partie II (T3-T1)	Score Knowledge	-3.13	[-12.05, 5.79]	.472	2, 19	0.43	.655	.04
ΔCSEQ-II partie III (T3-T1)	Score global de la grille	0.35	[-2.00, 2.70]	.758	2, 19	0.32	.733	.03
ΔCSEQ-II partie III (T3-T1)	Score Knowledge	0.68	[-3.18, 4.54]	.717	2, 19	0.32	.733	.03
ΔCSEQ-II partie IV (T3-T1)	Score global de la grille	4.88	[-3.67, 13.4]	.247	2, 19	0.80	.462	.08
ΔCSEQ-II partie IV (T3-T1)	Score Knowledge	-2.86	[-16.92, 11.2]	.675	2, 19	0.80	.462	.08
CARE	Score global de la grille	0.35	[-0.50, 1.19]	.404	1, 20	0.73	.404	.04
WAI-NP	Score global de la grille	0.24	[-0.57, 1.05]	.541	1, 20	0.39	.541	.02

Note. B = coefficient de régression non standardisé ; IC = intervalle de confiance ; p = valeur de p du coefficient. ddl, F (modèle), p (modèle) et R² se rapportent au modèle global. Le score global de la grille a été entré comme prédicteur unique de l'évolution du MI-45 et des scores de CARE et de WAI-NP. Pour l'évolution de la CCSS et des trois sous-échelles du CSEQ-II, le score global de la grille et le score Knowledge ont été entrés simultanément comme prédicteurs ; ces deux prédicteurs étant corrélés entre eux ($r = .66$), ils ne représentent pas des informations totalement indépendantes, ce qui invite à la prudence dans l'interprétation de leurs coefficients respectifs.

Résumé

Introduction. La remise de conclusion constitue une étape centrale du bilan neuropsychologique, au cours de laquelle les résultats sont expliqués et mis en lien avec les difficultés du patient. Bien qu'elle puisse contribuer à la compréhension de son fonctionnement et présenter une portée psychoéducative et thérapeutique, ses effets restent encore peu documentés et les pratiques de restitution hétérogènes.

Objectifs. Cette étude visait à examiner les changements susceptibles d'entourer une remise de conclusion concernant le fonctionnement psychologique, l'utilisation de stratégies compensatoires et le sentiment d'auto-efficacité cognitive. Elle cherchait également à explorer les relations entre ces évolutions et à décrire les comportements adoptés par les neuropsychologues ainsi que leurs liens éventuels avec l'évolution et le vécu des patients.

Méthodologie. Une étude prospective a été menée auprès de 22 patients adultes suivis par six neuropsychologues. Le fonctionnement psychologique, les stratégies compensatoires et l'auto-efficacité cognitive ont été évalués avant la remise de conclusion, puis trois à six jours et trois à six semaines après celle-ci. L'empathie perçue et l'alliance thérapeutique ont également été évaluées après la restitution. Les remises de conclusion ont parallèlement été analysées à l'aide d'une grille d'observation inspirée du protocole SPIKES.

Résultats. Les difficultés psychologiques mesurées par le MI-45 diminuaient significativement au cours du temps, principalement sur la dimension intrapsychique. En revanche, aucune évolution significative n'a été mise en évidence concernant l'utilisation des stratégies compensatoires ou l'auto-efficacité cognitive. Les analyses n'ont pas non plus mis en évidence d'association significative entre l'évolution de ces différentes dimensions. Les remises de conclusion comportaient fréquemment des comportements liés à l'explication et à la contextualisation des résultats, tandis que les comportements sollicitant une participation active du patient étaient moins systématiques. Aucun lien significatif n'a été observé entre les indicateurs de la grille et l'évolution des patients, l'empathie perçue ou l'alliance thérapeutique.

Conclusion. Une évolution favorable du fonctionnement psychologique a été observée au cours de la période entourant la remise de conclusion, sans évolution significative des stratégies compensatoires ou de l'auto-efficacité cognitive. L'absence de groupe contrôle et la taille limitée de l'échantillon ne permettent toutefois pas d'attribuer cette évolution à la restitution elle-même. Ces résultats soulignent l'intérêt de poursuivre l'étude de cette étape clinique à l'aide de protocoles contrôlés et d'échantillons plus importants, en examinant davantage ce que les patients comprennent, retiennent et utilisent à la suite de la restitution.