

Pour une neuropsychologie clinique intégrative et centrée sur la vie quotidienne

The need for an integrative and everyday life approach to clinical neuropsychology

Martial Van der Linden

Université de Genève,
Uni-Mail,
Faculté de psychologie
et des sciences de l'éducation,
40, boulevard du Pont-d'Arve,
1211 Genève 4, Suisse
<martial.vanderlinden@unige.ch>

Pour citer cet article : Van der Linden M. Pour une neuropsychologie clinique intégrative et centrée sur la vie quotidienne. *Rev Neuropsychol* 2018 ; 10 (1) : 41-6
doi:10.1684/nrp.2018.0442

Résumé

En 40 ans, les pratiques cliniques en neuropsychologie ont considérablement changé. Nous décrivons cette évolution et montrons notamment en quoi la revalidation neuropsychologique a progressivement pris une dimension plus écologique et plus globale, en ayant pour objectif principal d'optimiser le fonctionnement des patients dans leur vie quotidienne, mais aussi, plus largement, leur bien-être. Dans ce contexte, il s'est avéré nécessaire d'adopter une démarche intégrative d'évaluation neuropsychologique, qui ne réduise pas les difficultés des patients à leur lésion cérébrale, mais qui prenne aussi en compte les différents facteurs psychologiques, socio-culturels et environnementaux impliqués dans la qualité de vie d'une personne cérébrolésée (et de sa famille).

Mots clés : revalidation neuropsychologique • approche intégrative • vie quotidienne • réappropriation de soi • mémoire épisodique

Abstract

Clinical practice in neuropsychology has considerably changed throughout the last 40 years. In this article, we describe this evolution and show how neuropsychological rehabilitation gradually came to take on a more ecological and global dimension, thus changing its main objectives to optimizing patients' level of functioning in everyday life, as well as, more broadly, to enhancing their well-being. In this context, it has proven necessary to adopt an integrative approach to neuropsychological assessment that does not reduce patients' difficulties to their brain lesion, but also takes into account the various psychological, sociocultural, and environmental factors that can influence a patient's (and his/her family's) quality of life.

Key words: neuropsychological rehabilitation • integrative approach • everyday life • recovery • episodic memory

Les 40 ans de la Société de neuropsychologie de langue française (SNLF) coïncident, à peu de chose près, avec les 40 ans de ma vie professionnelle dans le domaine de la neuropsychologie en tant que clinicien, puis chercheur et enseignant. En effet, la SNLF a officiellement été créée en 1977 et j'ai été engagé en septembre 1975 en tant que

neuropsychologue clinicien dans le service de neurochirurgie du centre hospitalier universitaire de Liège, où j'ai eu l'immense chance de bénéficier de la formation fournie par Xavier Seron. J'ai ensuite obtenu, en 1988, un poste de chercheur au sein de l'unité de neuropsychologie cognitive de l'université de Louvain ; j'y ai retrouvé Xavier Seron, qui dirigeait également le service de revalidation neuropsychologique des cliniques Saint-Luc au sein duquel j'ai mené diverses recherches à visée clinique. En 1993, j'ai été nommé professeur de neuropsychologie à l'université

Correspondance :
M. Van der Linden

de Liège où j'ai pu, entre autres activités d'enseignement et de recherche cognitive et neuropsychologique, susciter la mise en place d'études en neuro-imagerie cognitive dans le centre de recherche du Cyclotron, et contribuer à la création d'un centre de jour pour les personnes ayant reçu un diagnostic de « maladie d'Alzheimer ». Enfin, je suis devenu professeur de psychologie clinique (dans les domaines de la psychopathologie et de la neuropsychologie) à l'université de Genève, tout en y ayant aussi la direction d'une consultation pour troubles émotionnels (dont les pratiques cliniques d'évaluation et d'intervention s'inscrivent dans une perspective intégrative).

Durant ces 40 années, où j'ai également eu le privilège de présider la SNLF, j'ai traversé les changements importants qu'a vécu la neuropsychologie, tant au plan de la recherche que de celui des pratiques cliniques. Dans ce texte, je me pencherai plus spécifiquement sur l'évolution du versant clinique de la neuropsychologie.

Lors de mon travail comme neuropsychologue clinicien au sein d'un service de neurochirurgie (durant les années 1970-1980), ma fonction était essentiellement de participer au diagnostic médical ; les objectifs de revalidation occupaient, en effet, une place très réduite dans mes activités, les tâches de revalidation étant en majorité assurées par les logopèdes (orthophonistes/logopédistes) et consacrées aux troubles du langage. Il s'agissait, *via* l'examen neuropsychologique et en conjonction avec d'autres examens complémentaires plus ou moins précis et invasifs (EEG, encéphalographie gazeuse/fractionnée), d'aider à mieux identifier l'existence, la nature, la localisation et l'étendue de la lésion cérébrale. Plus spécifiquement, l'évaluation neuropsychologique consistait à recueillir un ensemble de symptômes (par l'observation clinique des patients et par l'utilisation de tests neuropsychologiques), de les comparer aux regroupements syndromiques existants (par exemple, aphasie de Broca, syndrome frontal, syndrome hémisphérique droit), et d'élaborer une hypothèse relative aux localisations cérébrales correspondant aux syndromes identifiés.

■ L'intérêt pour la revalidation et l'apparition de la neuropsychologie cognitive

Avec l'avènement de techniques d'imagerie cérébrale de plus en plus sophistiquées, cette fonction diagnostique de l'examen neuropsychologique s'est considérablement réduite, et un intérêt croissant a été porté à la revalidation neuropsychologique.

En parallèle, un nouveau courant théorique s'est développé, amenant au sein de la neuropsychologie les concepts et les méthodes de la psychologie cognitive ; il s'agit de la neuropsychologie cognitive [1]. Au plan de la recherche, l'objectif majeur de ce courant était de tirer parti des déficits consécutifs aux lésions cérébrales afin d'élaborer des

modèles psychologiques décrivant la structure et le fonctionnement des processus mentaux, ces modèles pouvant ensuite servir de base pour l'exploration des sous-basements cérébraux des processus mentaux. L'approche cognitive en neuropsychologie a notamment conduit à la mise en cause des grands syndromes issus de la démarche classique anatomo-clinique et elle a dès lors favorisé la réalisation d'études de cas uniques. En effet, compte tenu de la complexité des systèmes cognitifs et de la variabilité des lésions cérébrales, il semblait peu vraisemblable de considérer que deux patients appartenant au même regroupement syndromique puissent manifester des déficits cognitifs de même nature. La neuropsychologie cognitive a fait l'objet de plusieurs critiques, mais différents auteurs ont récemment montré en quoi les postulats et la démarche de recherche de ce courant conservaient toute leur importance et leur pertinence [2, 3]¹.

Au plan clinique, la survenue du courant cognitif en neuropsychologie a eu pour effet de mettre en question l'utilité des tests neuropsychologiques traditionnels, du fait qu'ils n'avaient pas été explicitement conçus à partir d'un modèle théorique spécifique du fonctionnement psychologique. En outre, la neuropsychologie cognitive a influencé les pratiques de revalidation neuropsychologique en suscitant, d'une part, la réalisation d'une analyse individualisée très détaillée des troubles cognitifs – ainsi que des processus cognitifs préservés – et, d'autre part, l'identification de méthodes spécifiques d'intervention visant à réorganiser ou rétablir les processus cognitifs déficitaires [4].

■ Une perspective écologique et intégrative de l'évaluation et de la revalidation

Plus récemment, la revalidation a pris une dimension plus écologique et plus globale, avec pour objectif principal d'optimiser le fonctionnement des patients dans leur vie quotidienne, mais aussi, plus largement, leur bien-être et leur qualité de vie [5]. On a ainsi vu se développer des objectifs de revalidation conçus à partir de buts d'intervention (*goal settings*) définis en partenariat direct avec les patients et leurs proches [6], l'évaluation de l'efficacité des interventions consistant à déterminer dans quelle mesure les buts fixés ont été atteints (*Goal Attainment Scaling* [7]).

Cette démarche de revalidation s'est traduite par des évaluations neuropsychologiques plus larges, prenant aussi en compte les différents facteurs psychologiques, socio-culturels et environnementaux impliqués dans le bien-être et la qualité de vie. En d'autres termes, il s'est agi, d'une part, de s'affranchir d'une « neurobiologisation » excessive du fonctionnement psychologique – en ne réduisant

¹ Voir le numéro spécial à paraître dans la revue *Cognitive Neuropsychology* sur le thème *Theoretical and methodological issues for twenty-first century cognitive neuropsychology*.

pas les problèmes observés chez une personne à un dysfonctionnement cérébral avéré ou supposé – et, d'autre part, d'éviter la « pathologisation » des comportements, via ce que les psychologues sociaux appellent l'erreur fondamentale d'attribution. Dans ce type d'attribution erronée, les actions d'une personne sont interprétées comme étant « dispositionnelles » (liées à la façon d'être de la personne ou à sa lésion cérébrale) plutôt que « situationnelles » (liées aux circonstances auxquelles est confrontée la personne). Or, comme le relèvent Kitwood et Bredin [8], ces interprétations conduisent à la dépersonnalisation de l'individu et à une atteinte de l'estime qu'il a de lui-même, et peuvent ainsi mener à une « incapacité excessive » (*excess disability*), à savoir un déficit au-delà de ce qui pourrait être prédit sur la base des seuls éléments neuropathologiques.

Dans cette perspective, l'évaluation d'une personne cérébralisée nécessite non seulement des compétences dans le domaine strict de la neuropsychologie clinique, mais également une expertise plus large en psychologie clinique, ainsi qu'une ouverture aux dimensions sociales, culturelles et environnementales des difficultés psychologiques.

■ La conception des processus psychologiques médiateurs

Cette démarche d'évaluation en neuropsychologie clinique, qui assume la complexité du fonctionnement psychologique, pourrait utilement s'inspirer de l'approche des difficultés psychologiques défendue par Kinderman [9, 10]. Selon cette conception, dite des processus psychologiques médiateurs, les facteurs biologiques (par exemple, une lésion cérébrale), les facteurs sociaux (par exemple, une réduction du réseau social), ainsi que les facteurs circonstanciels (les événements, de vie, comme par exemple, une perte d'emploi) peuvent conduire à des problèmes psychologiques via leurs effets conjoints sur différents processus psychologiques. Autrement dit, ces processus sont conçus comme des médiateurs de la relation entre, d'une part, les facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels et, d'autre part, les problèmes ou difficultés psychologiques.

L'approche de Kinderman conduit à l'adoption d'une démarche d'évaluation clinique qui favorise la formulation d'une interprétation psychologique individualisée (une formulation psychologique de cas), prenant en compte la co-occurrence de difficultés différentes, leur caractère multifactoriel et l'hétérogénéité des mécanismes qui les sous-tendent. Il s'agit d'examiner différents types de processus psychologiques (cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels, en lien avec l'identité) et de tenter de les intégrer dans une interprétation cohérente, conduisant, autant que faire se peut, à l'identification du rôle des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels.

Cette approche, centrée sur la personne, permet d'aborder la dynamique du fonctionnement psychologique

dans toute sa complexité et dans son expression unique. Par ailleurs, elle implique la mise en place d'un travail multidisciplinaire, permettant à des approches distinctes de converger vers l'élaboration d'un modèle psychologique des difficultés de la personne. Il ne s'agit, en aucun cas, de renoncer à des analyses précises des déficits (cognitifs, relationnels, émotionnels, motivationnels) consécutifs à une lésion cérébrale (en se référant à des modèles du fonctionnement normal), mais il importe de placer ces analyses dans un contexte psychologique, social et environnemental plus large, aboutissant à un projet de revalidation au service d'objectifs en lien avec le fonctionnement quotidien, le bien-être et la qualité de vie de la personne.

Par ailleurs, cette conception des difficultés psychologiques amène à considérer que les interventions psychologiques doivent être taillées sur mesure en fonction des problèmes spécifiques de la personne : des interventions à plusieurs facettes complémentaires, focalisées sur différents processus psychologiques. Parallèlement, des interventions doivent également être envisagées aux niveaux sociaux et environnementaux, afin d'améliorer les conditions de vie des personnes, ainsi qu'au niveau médical, dans le but d'aborder les dimensions somatiques des problèmes. Il faut relever qu'une revalidation individualisée et à plusieurs facettes soulève des problèmes méthodologiques importants quant à l'évaluation de son efficacité. Il importe, en effet, d'adopter une méthode suffisamment analytique pour permettre d'identifier les facteurs responsables des éventuels progrès suite à des interventions séquentielles et menées sur des cas uniques [11]. Enfin, une telle approche conduit à envisager autrement les structures d'aide aux personnes cérébralisées, avec notamment la mise en place d'équipes aux compétences pluridisciplinaires (psychologie, neurologie, psychiatrie/gériatrie, médecine générale, orthophonie, ergothérapie, soins infirmiers, travail social, médiation culturelle, etc. ; aucune profession n'ayant préséance sur l'autre), et ce au sein même des collectivités locales.

■ La réappropriation de soi

Les objectifs d'intervention plus directement en lien avec les dimensions de qualité de vie et de bien-être rejoignent globalement ceux du mouvement du rétablissement (*recovery*) – aussi appelé réappropriation de soi – qui s'est développé ces 20 dernières années et a été initié par des personnes avec problèmes psychiatriques ayant fait cette expérience de la réappropriation de soi et ayant souhaité soutenir celles ou ceux qui voulaient aussi s'engager dans cette démarche.

La réappropriation de soi ne se focalise pas sur la réduction ou la disparition des symptômes, des déficits ou des difficultés, mais elle vise à ce que les personnes retrouvent – ou trouvent – un sens à leur vie, un sentiment de bien-être, le pouvoir d'agir, un rôle social, après avoir souffert ou en dépit de problèmes psychologiques. Leamy *et al.*

[12] ont identifié cinq composantes-clés du processus de rétablissement ou de réappropriation de soi :

- être en relation (être soutenu, faire partie de la communauté) ;
- espoir et optimisme concernant le futur ;
- un sentiment positif d'identité (en s'affranchissant de la stigmatisation) ;
- un sens à la vie ;
- un sentiment de contrôle de son existence.

Cette approche prend toute son importance chez des personnes cérébrólésées présentant des troubles sévères et chroniques. Elle conduit à mettre les composantes-clés du processus de réappropriation de soi au premier plan des objectifs d'une intervention individualisée, pouvant aborder différentes dimensions : personnelles (psychologiques, spirituelles, en lien avec la santé physique), familiales, sociales et environnementales. Des interventions focalisées sur les déficits associés à la lésion cérébrale peuvent évidemment être envisagées, mais elles le seront sur base d'objectifs plus généraux en lien avec la réappropriation de soi, et pas uniquement dans le but des « traiter les symptômes d'une atteinte cérébrale ».

■ S'affranchir du réductionnisme

L'implémentation et la diffusion dans la pratique clinique d'une démarche plurielle, intégrative et individualisée de l'évaluation et la revalidation auprès de personnes cérébrólésées se heurtent toutefois à la neuroculture dominante en ce début de XXI^e siècle [13], qui conduit de plus en plus à réduire les comportements, les croyances et les compétences à leurs seuls déterminants neurobiologiques. L'influence de cette neuroculture se mesure notamment par le pouvoir qu'ont pris les neurosciences dans la recherche et la pratique clinique avec, notamment, une mise en question croissante de la légitimité des niveaux d'analyse psychologique et sociologique, ainsi qu'une focalisation grandissante sur les traitements psychopharmacologiques et, plus largement, neurobiologiques, mais aussi par le développement de multiples neurodisciplines hybrides (neuro-économie, neuromarketing, neuro-éducation, neurodidactique, neuro-esthétique, neuropolitique, neurodroit, neurothéologie, neuro-éthique, etc.).

Dans la même perspective, il s'agit de s'affranchir d'une conception essentialiste et catégorielle des troubles observés chez les personnes cérébrólésées. Un exemple particulièrement frappant de cette conception concerne les aspects problématiques du vieillissement cérébral et cognitif. En effet, la démarche biomédicale dominante envisage ces problèmes comme étant le reflet de maladies (les démences neurodégénératives, telles que la maladie d'Alzheimer, la démence frontotemporale, la démence à corps de Lewy...), ayant chacune une cause neurobiologique précise et spécifique (une essence) qui les distingue les unes des autres et aussi du vieillissement dit normal. Des

voix de plus en plus nombreuses [14, 15] contestent cependant cette conception et défendent l'idée selon laquelle l'évolution plus ou moins problématique du vieillissement cognitif et fonctionnel dépend en réalité de très nombreux facteurs (biologiques, médicaux, psychologiques, liés au style de vie, sociaux, culturels, et environnementaux) et de nombreux mécanismes (problèmes vasculaires, neuro-inflammation, stress, anomalies de la connectivité/activité neuronale, etc.), en interaction, et agissant tout au long de la vie. Ce changement d'approche amène à envisager de façon radicalement différente l'évaluation et les interventions pouvant être proposées aux personnes âgées, et ce en prenant en compte la complexité et les nuances du vieillissement cérébral, cognitif et fonctionnel [16-18].

Le concept d'apathie constitue une autre illustration de l'approche catégorielle et essentialiste en neuropsychologie. La recherche sur l'apathie a réellement pris son envol depuis le début des années 2000, avec une impressionnante progression des publications en lien avec ce concept. L'apathie est ainsi devenue un syndrome clinique et divers experts [19] ont proposé des critères diagnostiques de l'apathie, en se basant sur le modèle catégoriel du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM). Ces critères conduisent à l'identification de trois types de manifestations apathiques, à savoir la perte ou la diminution des comportements dirigés vers un but (perte des comportements auto-initiés et perte des comportements stimulés par l'environnement), la perte ou la diminution de l'activité cognitive dirigée vers un but (perte des idées et de la curiosité spontanées pour les événements tant routiniers que nouveaux et perte des idées et de la curiosité stimulées par l'environnement pour les événements tant routiniers que nouveaux), et la perte ou la diminution des émotions, observée ou auto-rapportée (perte de l'émotion spontanée et perte de la réactivité émotionnelle face à des stimuli et à des événements positifs ou négatifs). La présence d'une apathie, considérée comme une entité pathologique distincte de la dépression, est déterminée à partir de l'identification d'au moins un symptôme, dans au moins deux des trois types de manifestations apathiques, les symptômes étant présents la plupart du temps pendant au moins quatre semaines.

Cette approche catégorielle de l'apathie soulève de nombreuses questions. Le problème le plus important est qu'elle conduit à envisager l'apathie comme une entité homogène (dont il faut identifier le soubassement cérébral spécifique), en négligeant la multiplicité des facteurs et mécanismes sous-tendant les différentes manifestations apathiques, ainsi que les recouvrements existant entre les manifestations apathiques et les manifestations dépressives. Ainsi, Arnould *et al.* [20] ont montré en quoi les manifestations apathiques observées chez les personnes ayant été victimes d'un traumatisme crânien étaient associées à différents types de mécanismes psychologiques (cognitifs, affectifs, motivationnels, identitaires), en lien avec des facteurs biologiques (par exemple, les atteintes cérébrales et les séquelles physiques), sociaux (par exemple, la stigmatisation, un milieu familial peu soutenant), environnementaux

(par exemple, la faible disponibilité en activités signifiantes et gratifiantes), et circonstanciels (par exemple, la perturbation des croyances suite au traumatisme).

Il apparaît donc bien qu'une évaluation des difficultés d'une personne cérébrolésée, telles qu'elles s'expriment dans la vie quotidienne, tenant compte des multiples facteurs et mécanismes qui sont en jeu, doit à la fois pouvoir se fonder sur des modèles intégratifs du fonctionnement psychologique et sur des méthodes d'évaluation véritablement aptes à identifier la nature de ces difficultés. Nous illustrons ces points en abordant la question de l'évaluation de la mémoire épisodique.

■ Évaluer autrement les difficultés dans la vie quotidienne : l'exemple de la mémoire épisodique

Les troubles de la mémoire épisodique sont fréquents à la suite d'une lésion cérébrale et ils peuvent considérablement entraver l'autonomie et l'insertion familiale, sociale et professionnelle des patients. Et pourtant, il apparaît que les tests traditionnels de mémoire épisodique ne sont clairement pas conçus pour permettre d'évaluer les souvenirs épisodiques tels qu'ils sont formés au quotidien [21]. Ainsi, les consignes d'encodage adoptées par ces tests classiques sont des consignes intentionnelles, la personne étant informée du fait que sa mémoire sera évaluée après la présentation du matériel. Or, la plus grande partie du fonctionnement de la mémoire épisodique dans la vie quotidienne s'observe dans des situations de mémoire incidente. De même, le matériel à mémoriser (par exemple, une liste de mots) est présenté plusieurs fois, alors que les situations quotidiennes où intervient la mémoire épisodique n'impliquent le plus souvent qu'une seule présentation. La mémoire épisodique est testée à partir de stimuli (mots, visages, figures géométriques, courtes histoires) qui ne sont que des approximations très appauvries du flux quotidien des événements de la vie quotidienne, dans toute leur richesse multimodale. Plus généralement, les tâches auxquelles sont soumises les patients sont très éloignées de leurs buts quotidiens, avec une implication émotionnelle et identitaire réduite. L'accent est placé sur les aspects quantitatifs de la performance (par exemple, le nombre de mots rappelés), et pas sur les caractéristiques phé-

noménologiques (la vivacité du souvenir et des images mentales visuelles qui y sont associées, le sentiment de reviviscence, etc.) qui constituent pourtant des composantes fondamentales du souvenir épisodique. Enfin, les intervalles de rétention sont le plus souvent très courts (quelques dizaines de minutes), ce qui ne permet pas d'évaluer le maintien à long terme de certains souvenirs épisodiques. Il faut d'ailleurs relever la présence fréquente de dissociations entre les performances de patients aux tests traditionnels de mémoire épisodique et leurs capacités mnésiques dans la vie quotidienne.

Ces tests traditionnels ne sont pas non plus adaptés aux conceptualisations récentes qui accordent une grande importance aux relations entre la mémoire des événements personnels et l'identité, à savoir les buts (à court et long termes), les valeurs, les croyances, les représentations de soi (voir notamment le modèle *Self-Memory System* élaboré par Conway [22]). Ces conceptions amènent à considérer très différemment la sémiologie des troubles de la mémoire épisodique (et plus généralement de la mémoire des événements personnels) et à prendre aussi en compte le rôle de facteurs psychologiques en lien avec l'identité (sentiment d'efficacité personnelle, stéréotypes négatifs, menace du diagnostic, existence dénuée de sens, changements de buts et de valeurs, etc.) dans la survenue de déficits mnésiques [21].

Les différentes limites (théoriques et méthodologiques) des tests classiques de mémoire épisodique indiquent en quoi il importe de concevoir des outils d'évaluation plus pertinents (voir, par exemple, la tâche de mémoire épisodique en lien avec l'identité [TMI] élaborée par Bendahan [23]). De façon plus générale, il s'agit de suivre une autre démarche d'évaluation en adoptant différentes méthodes complémentaires (quantitatives et qualitatives : tâches psychométriques proches des situations mnésiques quotidiennes, simulations d'épisodes de la vie quotidienne, entretiens semi-structurés avec les patients et leurs proches, questionnaires d'auto- et d'hétéro-évaluation) afin d'aboutir à une interprétation la plus complète et détaillée possible des difficultés de mémoire épisodique (et plus largement de mémoire des événements personnels) telles qu'elles se manifestent dans la vie réelle. Ce type d'évaluation (multiméthode et multifactorielle) devrait permettre la mise en place d'un projet d'interventions correspondant au mieux aux caractéristiques spécifiques des problèmes mnésiques de chaque personne cérébrolésée. ■

Références

1. Seron X. *La neuropsychologie cognitive*. Paris : Presses universitaires de France, 2002.
2. Coltheart M. The assumptions of cognitive neuropsychology: reflections on Caramazza (1984, 1986). *Cogn Neuropsychol* 2018 (à paraître).
3. McCloskey M, Chaisilprungraung T. The value of cognitive neuropsychology: the case of vision research. *Cogn Neuropsychol* 2018 (à paraître).
4. Seron X, Deloche G. *Cognitive approaches in neuropsychological rehabilitation*. New York : Lawrence Erlbaum Associates, 1989.
5. Wilson B. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychol Rehabil* 2010; 12 : 97-110.
6. Krasny-Pacini A, Hiebel J, Pauly F, et al. Goal attainment scaling in rehabilitation: a literature-based update. *Ann Phys Rehabil Med* 2013 ; 56 : 212-30.

7. Seron X, Van der Linden M. Objectifs et stratégies de la réévaluation neuropsychologique. In : Seron X, Van der Linden M, éd. *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte (deuxième édition), tome 2, réévaluation*. Paris : De Boeck/Solal, 2016, p. 3-12.
8. Kitwood T, Bredin K. Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing Soc* 1992 ; 12 : 269-87.
9. Kinderman P. A psychological model of mental disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2005 ; 13 : 206-17.
10. Kinderman P. *A prescription for psychiatry: why we need a whole new approach to mental health and wellbeing*. Basingstoke (UK) : Palgrave Macmillan, 2014.
11. Krasny-Pacini A, Evans J. Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: a practical guide. *Ann Phys Rehabil Med* 2018 (à paraître).
12. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011 ; 199 : 445-52.
13. Williams SJ, Higgs P, Katz S. Neuroculture, active ageing and the "older brain": problems, promises and prospects. *Sociol Health Illn* 2002 ; 34 : 64-78.
14. Van der Linden M, Juillerat Van der Linden AC. *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles : Mardaga, 2014.
15. Van der Linden M, Juillerat Van der Linden AC. A life course and multifactorial approach to Alzheimer's disease: implications for research, clinical assessment and intervention practices. *Dementia* 2018 (à paraître).
16. Van der Linden M, Juillerat Van der Linden AC. L'évaluation neuropsychologique de la démence : un changement d'approche. In : Seron X, Van der Linden M, éd. *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte (deuxième édition), tome 1, évaluation*. Paris : De Boeck/Solal, 2014, p. 575-98.
17. Van der Linden M, Juillerat Van der Linden AC. Les interventions psychologiques et psychosociales chez les personnes présentant une démence légère à modérée. In : Seron X, Van der Linden M, éd. *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte (deuxième édition), tome 2, réévaluation*. Paris : De Boeck/Solal, 2016, p. 411-36.
18. Juillerat Van der Linden AC, Van der Linden M. Les interventions psychologiques et psychosociales chez les personnes présentant une démence sévère. In : Seron X, Van der Linden M, éd. *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte (deuxième édition), tome 2, réévaluation*. Paris : De Boeck/Solal, 2016, p. 437-54.
19. Robert P, Onyike CU, Leentjens AF, et al. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *Eur Psychiatry* 2009 ; 24 : 98-104.
20. Arnould A, Rochat L, Azouvi P, et al. A multidimensional approach to apathy after traumatic brain injury. *Neuropsychol Rev* 2013 ; 3 : 210-33.
21. Van der Linden M. L'évaluation de la mémoire épisodique, autobiographique et prospective. In : Seron X, Van der Linden M, éd. *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte (deuxième édition), tome 1, évaluation*. Paris : De Boeck/Solal, 2014, p. 211-48.
22. Conway MA. Memory and the self. *J Mem Lang* 2005 ; 52 : 594-628.
23. Bendahan C. *Les liens entre la mémoire des événements personnellement vécus et l'identité : élaboration d'une nouvelle tâche de mémoire épisodique*. [Thèse de doctorat en psychologie]. Paris : Université de Genève, 2018.