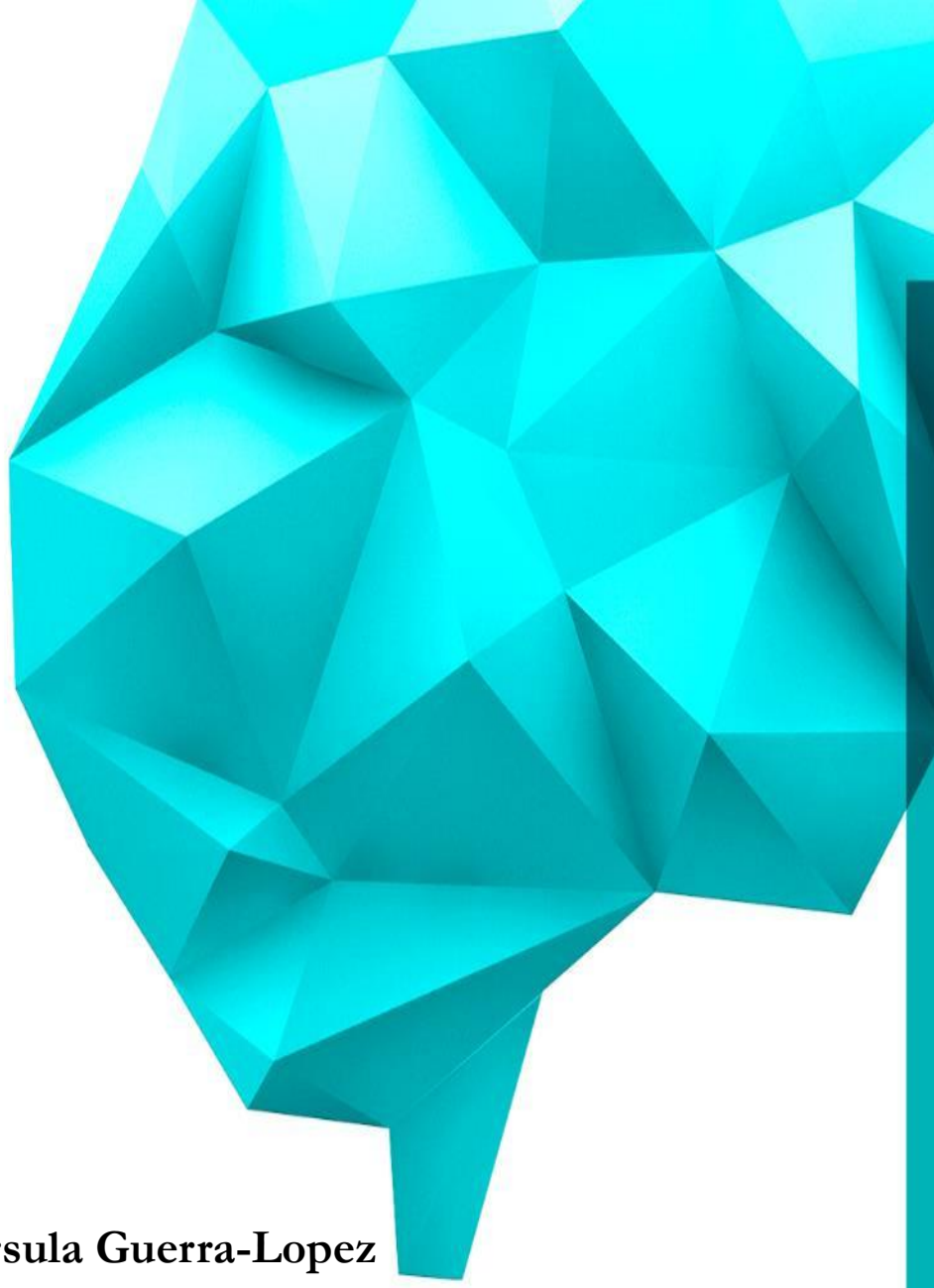


Syndrome dysexécutif: composantes cognitives, émotionnelles et comportementales

27.03.2026

Ursula Guerra-Lopez
Service Universitaire de Neuroréhabilitation
ursula.guerra-lopez@chuv.ch

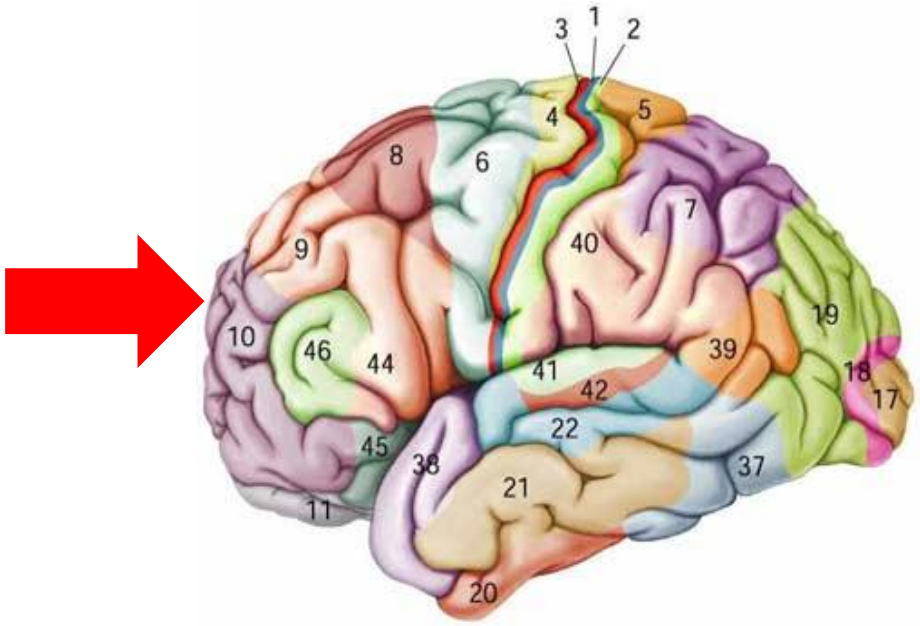
Plan

1. Notions anatomiques
2. Syndrome dysexécutif
3. Trois syndromes préfrontaux
    - Dorsolatéral
    - Orbitaire / ventral
    - Médian
4. Attitudes thérapeutiques générales
    - Interventions thérapeutiques

Plan

1. Notions anatomiques

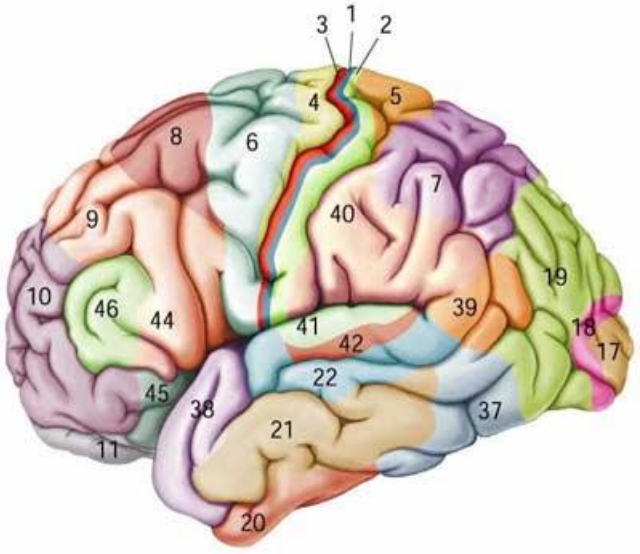
1. Notions anatomiques



Lobe frontal :

- Situé en avant de la scissure de Rolando (centrale) et au-dessus de la scissure de Sylvius (latérale)
- Représente le tiers de la surface des hémisphères cérébraux

1. Notions anatomiques

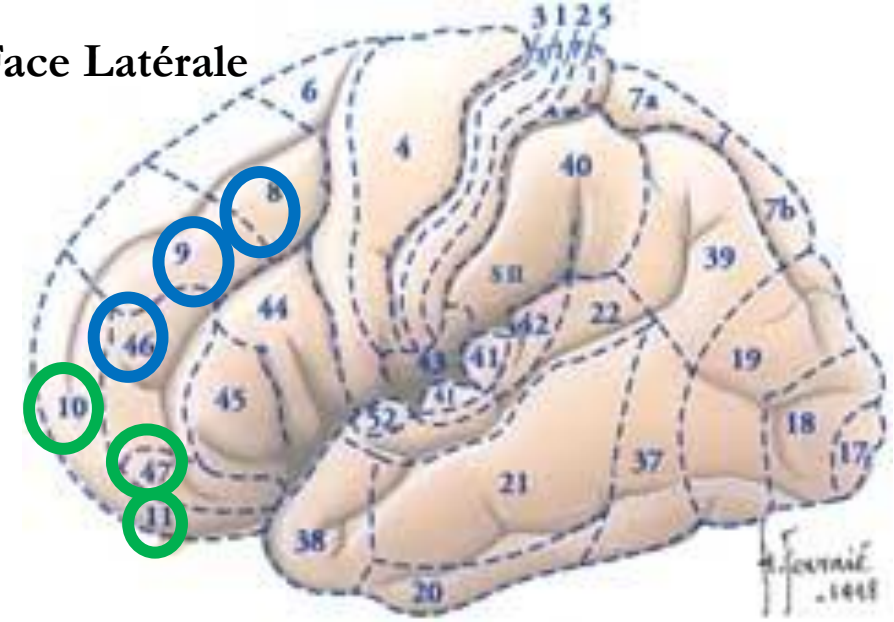


Lobe frontal constitué :

- Cortex moteur primaire (BA 4)
- Cortex prémoteur et de l'aire motrice supplémentaire (BA 6)
- Cortex préfrontal (CPF)

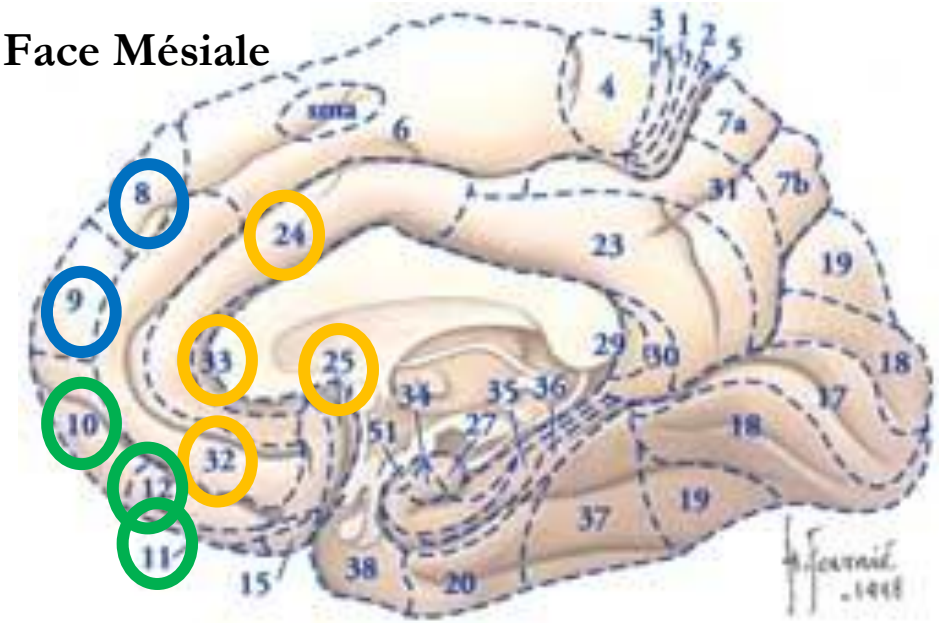
1. Notions anatomiques

Face Latérale



CPF Dorsolateral
BA 8, 9, 46

Face Mésiale



CPF Orbitaire / ventral
BA 10, 11, 12, 47

CPF Médian (+cortex cingulaire antérieur)
BA 24, 25, 32, 33

1. Notions anatomiques

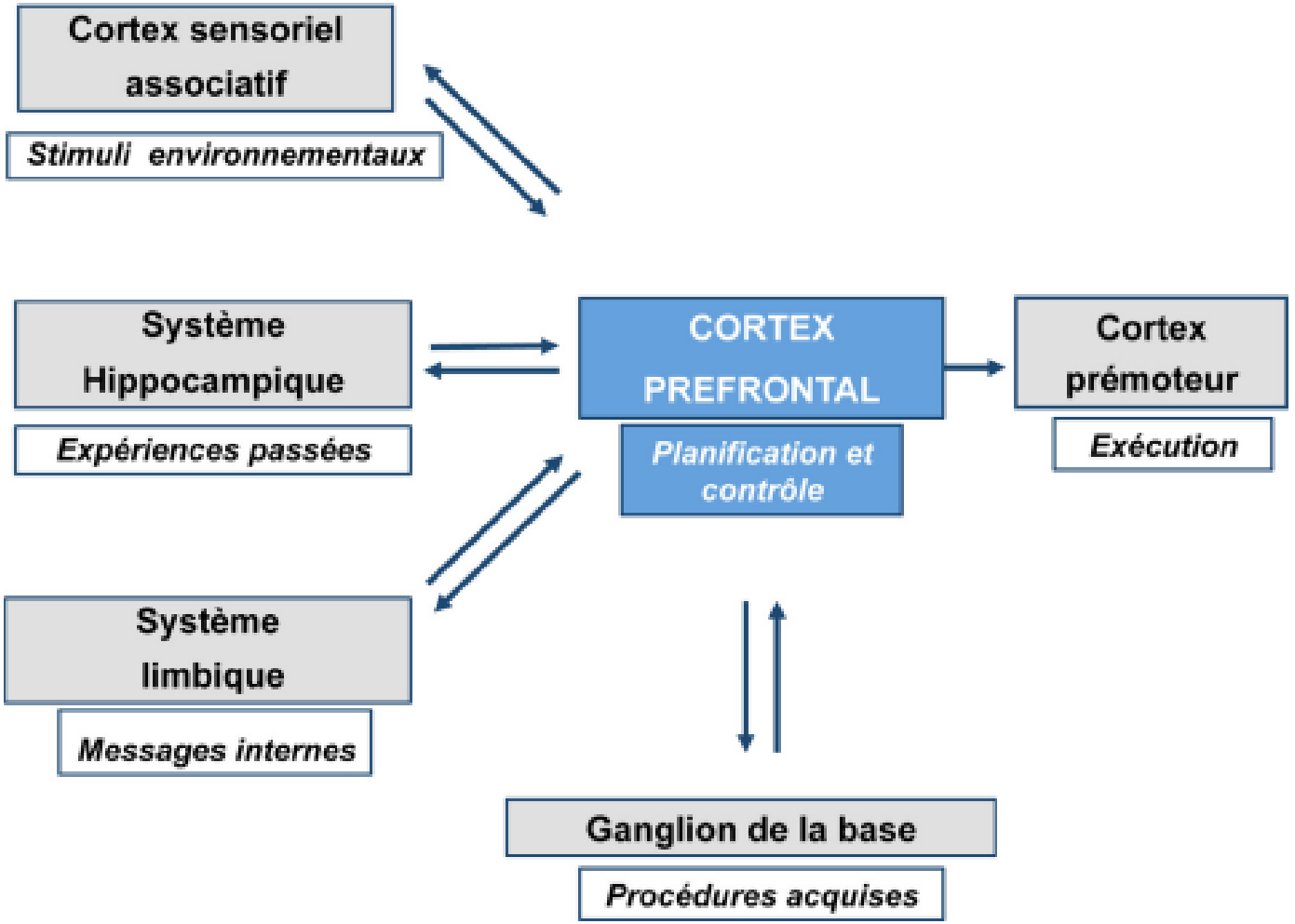


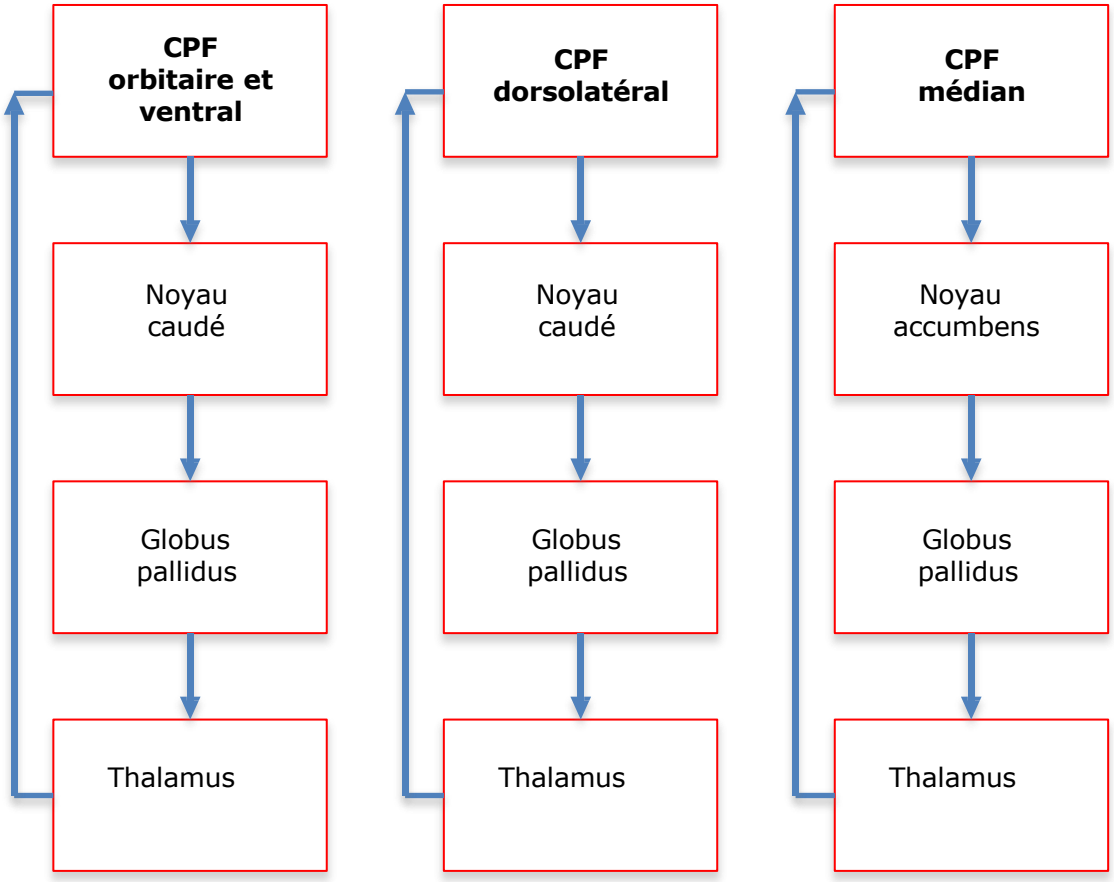
Figure 3 Les principales connections anatomiques du cortex préfrontal.

Dubois et al., 2021

1. Notions anatomiques

Trois boucles thalamo-préfrontales

- Syndrome sous-cortical ou sous-cortico-frontal



1. Notions anatomiques

Des lésions du cortex frontal affectent l'action sous toutes ses formes :

- Motricité, planification/initiation motrice
- Cognition (fonctions exécutives, …)
- Emotions
- Comportement
- Interactions sociales

➢ PAS un syndrome frontal mais PLUSIEURS sémiologies frontales selon le site frontal en question

Plan

1. Notions anatomiques
2. Syndrome dysexécutif
3. Trois syndromes préfrontaux
   - Dorsolatéral
   - Orbitaire / ventral
   - Médian
4. Attitudes thérapeutiques générales
   - Interventions thérapeutiques

2. Syndrome dysexécutif

Fonctions exécutives (FE)

- Fonctions de **contrôle** qui permettent de ne pas se comporter de façon réflexe, impulsive ou stéréotypée, mais de façon volontaire, en adéquation avec les besoins de l'individu et les contraintes de l'environnement

- Classiquement, le terme « FE » inclut les fonctions suivantes :
  - ❖ Planification
  - ❖ Manipulation mentale d'informations
  - ❖ Inhibition
  - ❖ Flexibilité
  - ❖ Abstraction
  - ❖ Elaboration de règles
  - ❖ Résolution de problèmes

2. Syndrome dysexécutif

Fonctions exécutives (FE)

- Permettent l'exécution d'une tâche avec intention d'agir et but visé
- Sollicitées lors d'actions non routinières (nouvelles) et/ou complexes



2. Syndrome dysexécutif

Tâche nouvelle et/ou complexe:

- Formulation d'un but
- Planification et choix des séquences de comportement
- Elaboration choix alternatifs
- Comparaison plans pour choisir le plus efficace
- Mise en œuvre du plan (initiation) jusqu'à son accomplissement
- Inhibition réponses inappropriées au context
- Coordination de l'action avec les autres demandes environnementales
- Arrêt si échec
- Réévaluation pour corriger les erreurs
- Vérification action + auto-appréciation et auto-critiques
- Apprentissage des erreurs



2. Syndrome dysexécutif



Planifier
Initier
Contrôler
Inhiber
Adapter/Etre flexible
Coordonner
…

Supervision attentionnelle

Mémoire de travail

Fonctions exécutives (FE)

- Lien avec les fonctions attentionnelles et la mémoire de travail
- Doivent être préservées pour :
  - Autonomie normale
  - Activité professionnelle

2. Syndrome dysexécutif

- Classiquement, le lobe frontal a été considéré comme le soubassement des FE

  → **Syndrome frontal**

- Cependant les FE exigent la contribution d'un réseau cérébral plus étendu (lobe pariétal, structures sous-corticales et cérébelleuses)

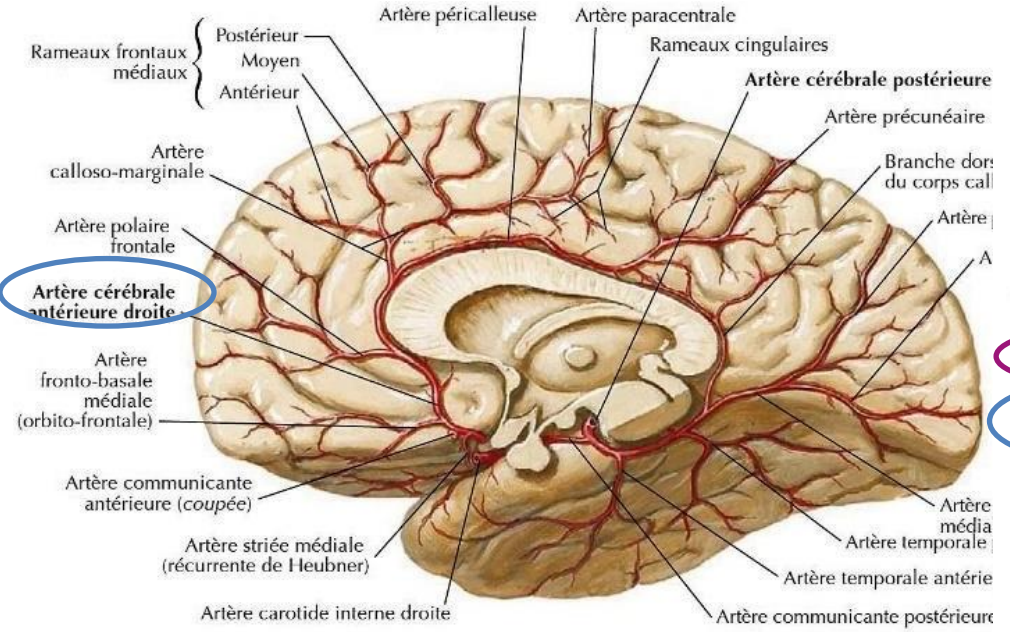
  → **Syndrome dysexécutif**

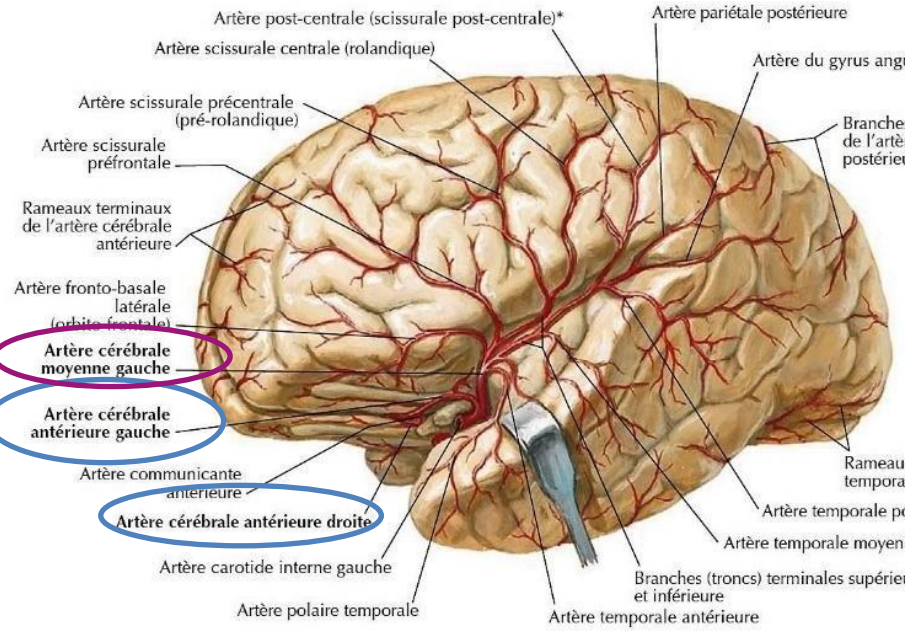
- Syndrome dysexécutif : définir les sphères affectées
  - Cognition
  - Emotion
  - Comportement
  - Interactions sociales

2. Syndrome dysexécutif

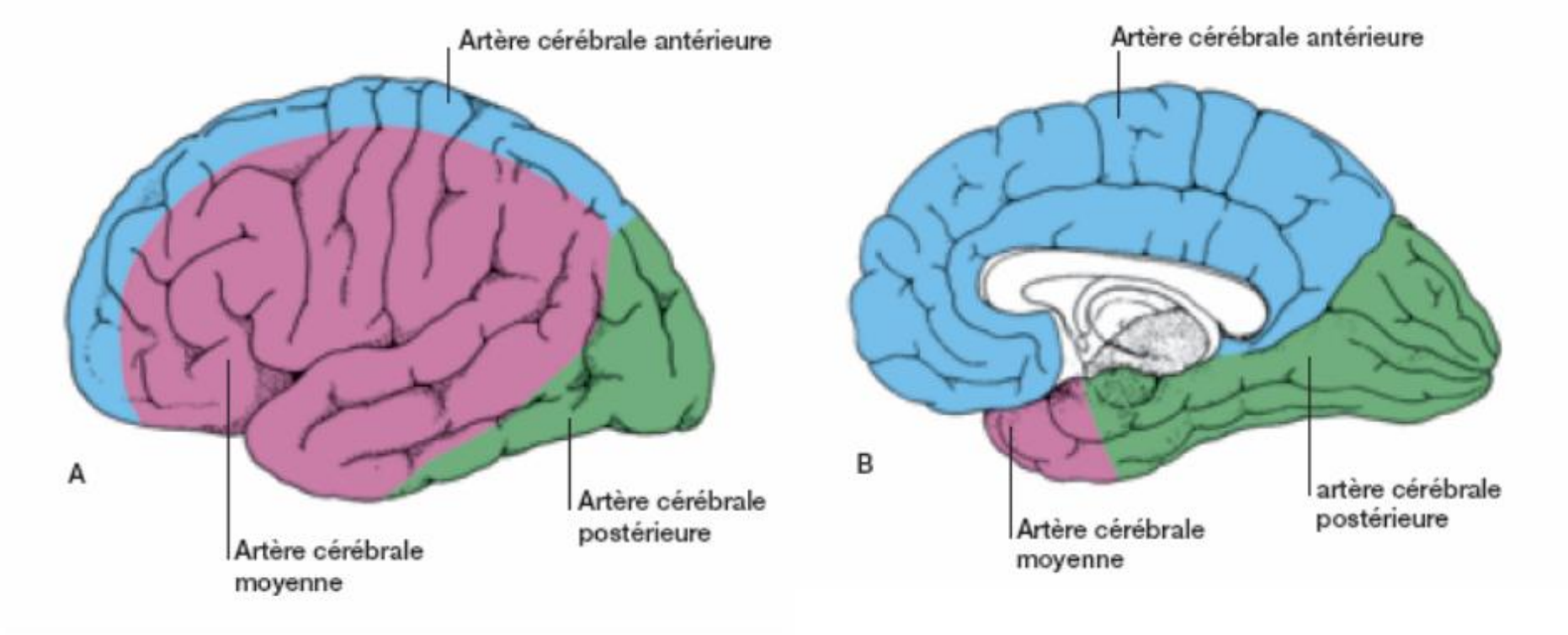
Etiologies responsables d'un syndrome dysexécutif

- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) :
  - artère cérébrale moyenne ou artère sylvienne (ACM)
  - artère cérébrale antérieure (ACA)





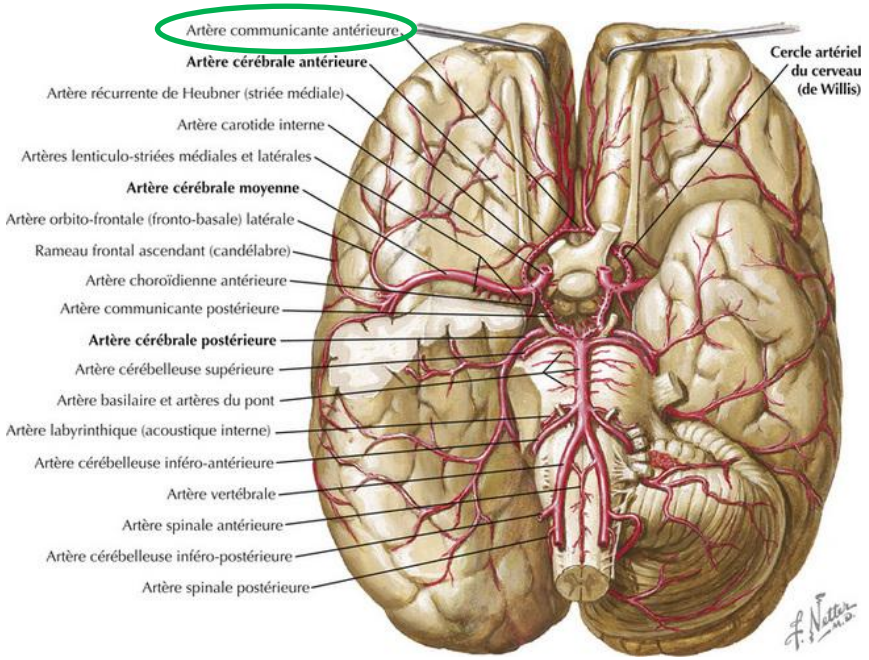
2. Syndrome dysexécutif



2. Syndrome dysexécutif

Etiologies responsables d'un syndrome dysexécutif

- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) :
  - artère cérébrale moyenne ou artère sylvienne (ACM)
  - artère cérébrale antérieure (ACA)
- Rupture d'anévrisme de l'artère communicante antérieure (ACoA)



2. Syndrome dysexécutif

Etiologies responsables d'un syndrome dysexécutif

- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) :
  - artère cérébrale moyenne ou artère sylvienne (ACM)
  - artère cérébrale antérieure (ACA)
- Rupture d'anévrisme de l'artère communicante antérieure (ACoA)
- Tumeurs ou abcès (régions frontales, thalamiques, striatales)

2. Syndrome dysexécutif

Etiologies responsables d'un syndrome dysexécutif

- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) :
  - artère cérébrale moyenne ou artère sylvienne (ACM)
  - artère cérébrale antérieure (ACA)
- Rupture d'anévrisme de l'artère communicante antérieure (ACoA)
- Tumeurs ou abcès (régions frontales, thalamiques, striatales)
- Traumatismes crâniens cérébraux (TCC) : vulnérabilité préférentielle des lobes frontaux et temporaux

2. Syndrome dysexécutif

Etiologies responsables d'un syndrome dysexécutif

- Processus neurodégénératifs :
  - Démences sous-cortico-frontales (Maladie de Parkinson, Huntington)
  - Démence fronto-temporale
  - Dégénérescence cortico-basale
  - Maladie d'Alzheimer
- Processus inflammatoires :
  - Sclérose en plaques (SEP)
  - Encéphalites
- Hydrocéphalie
- Pathologies psychiatriques

…

Plan

1. Notions anatomiques
2. Syndrome dysexécutif
3. Trois syndromes préfrontaux
    - Dorsolatéral
    - Orbitaire / ventral
    - Médian
4. Attitudes thérapeutiques générales
    - Interventions thérapeutiques

Plan

1. Notions anatomiques
2. Syndrome dysexécutif
3. Trois syndromes préfrontaux
   - **Dorsolatéral**
   - Orbitaire / ventral
   - Médian
4. Attitudes thérapeutiques générales
   - Interventions thérapeutiques

a. Syndrome du CPF dorsolatéral

Cognition

Recoupe les troubles des fonctions dites exécutives, en général dans leur aspect **cognitif**, mais avec répercussions possibles dans la sphère comportementale

- Capables d'effectuer seuls la plupart des activités routinières de la vie quotidienne

- Difficultés pour planifier des activités inhabituelles, nouvelles et/ou complexes (ex : un déménagement)

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Syndrome du CPF dorsolatéral

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Génération verbale

- Test de fluence verbale catégorielle / littérale

Catégorielle (Animaux en 1')	Littérale (M en 1')
- Chien	- Maison
- Chat	- Mère
- Cheval	- Matinée
- Vache	- ~~Martine~~
blocage	- Miel
	- Musique
	- ~~Maison~~

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

- Appétence au langage réduite
- Faible initiation des conversations
- Réponses à minima
- Pauvreté des sujets/contenus des discussions

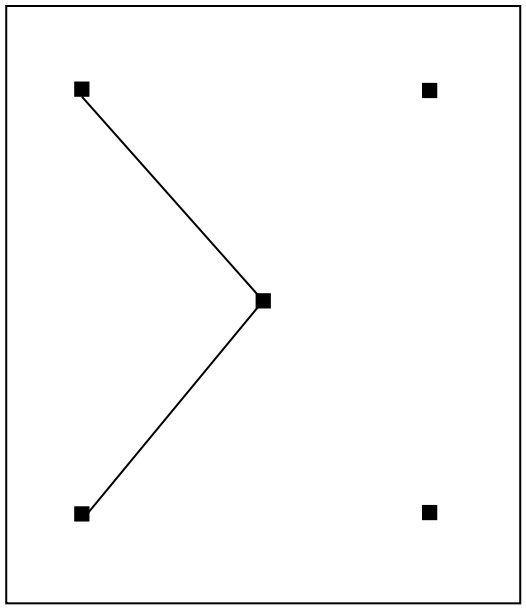
Syndrome du CPF dorsolatéral

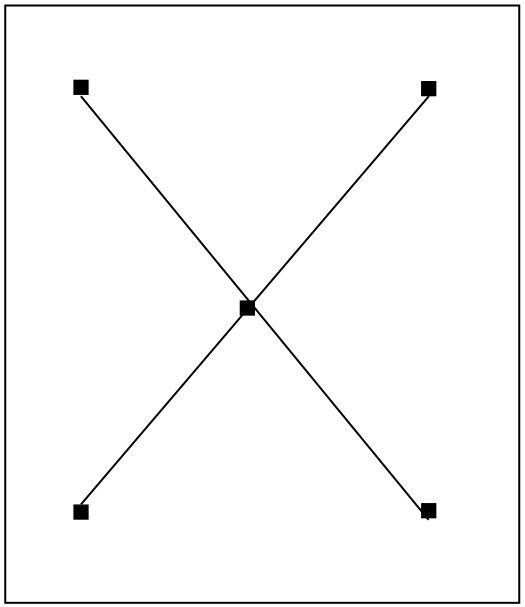
Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Génération non verbale

- Fluence figurale (test des 5 points)





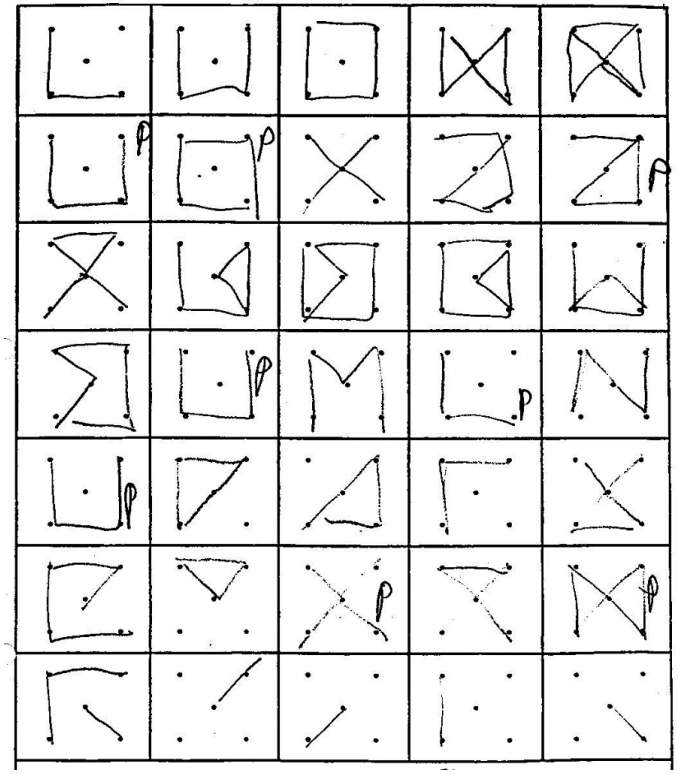
Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Génération non verbale

- Fluence figurale (test des 5 points)



Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

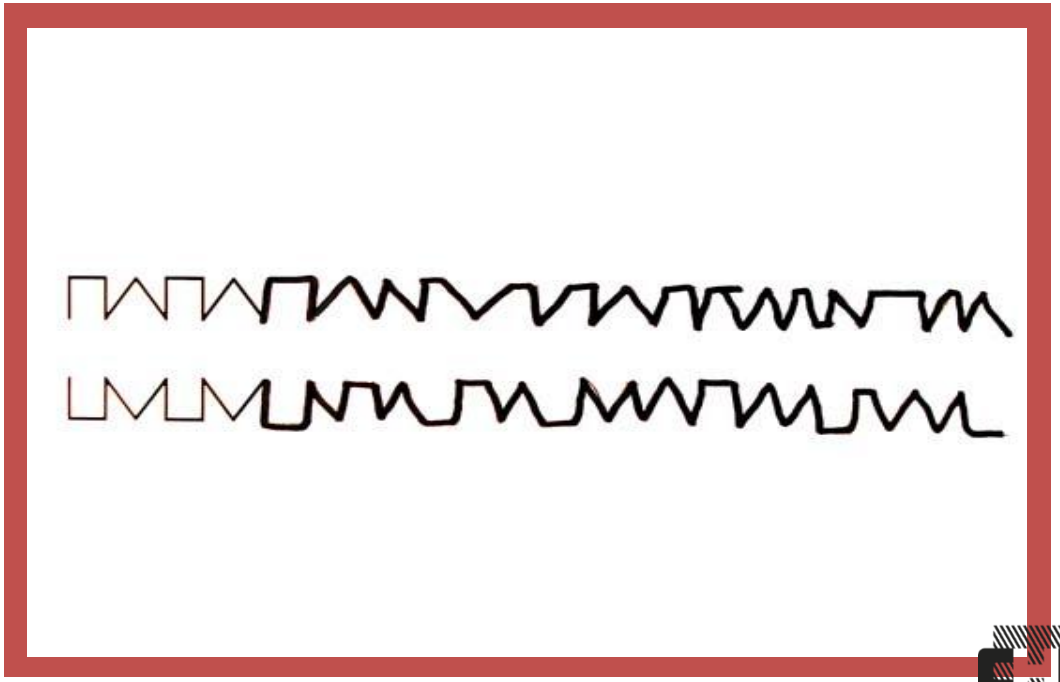
- Faibles capacités d'initiative sur le plan idéique et comportemental
- Faible incitation à l'action (initier/poursuivre)
- Activités réalisées sur un mode routinier, sans diversité et parfois sur un mode persévératif

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

- Exécuter une séquence gestuelle (poing, paume, tranche)
- Frises de Luria



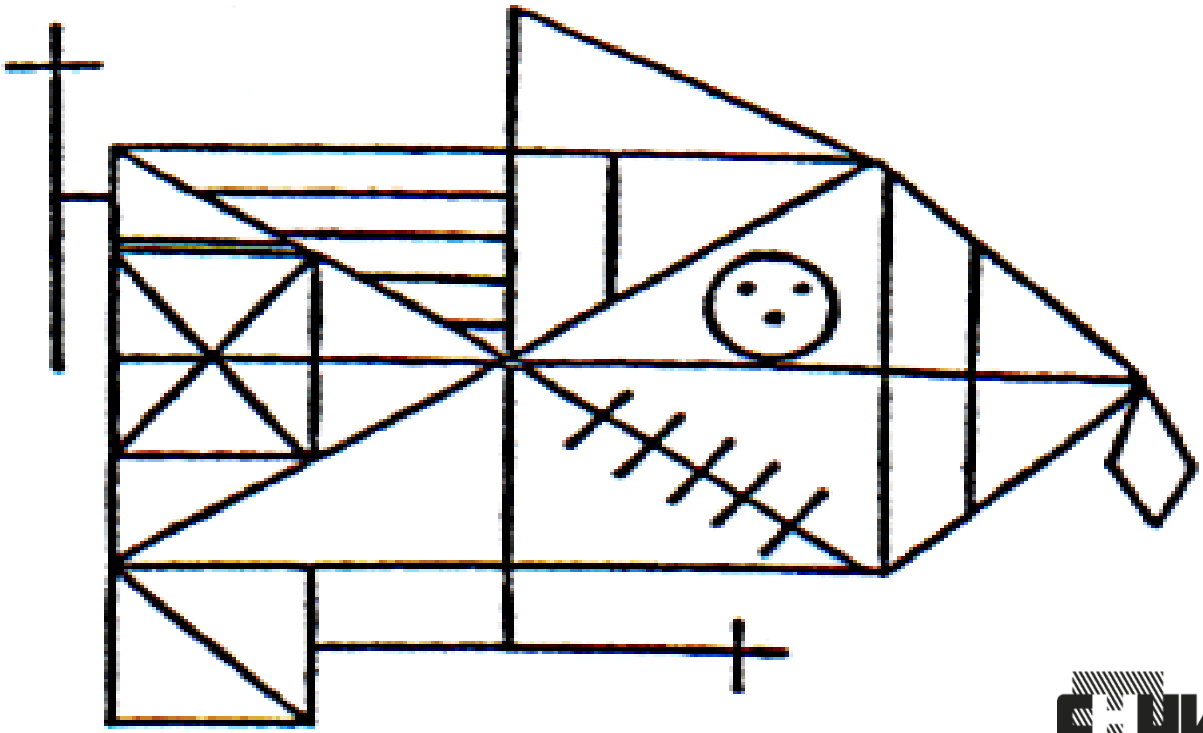
Syndrome du CPF dorsolatéral

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

- Figure complexe de Rey

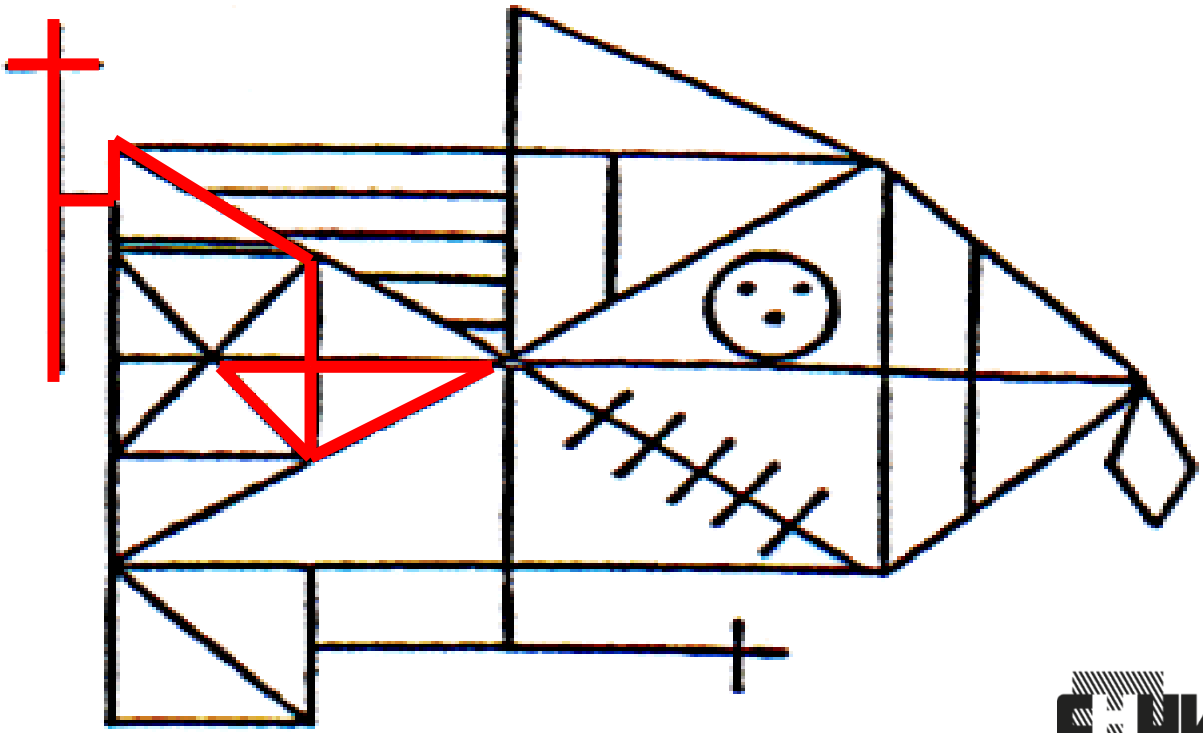


Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

- Figure complexe de Rey

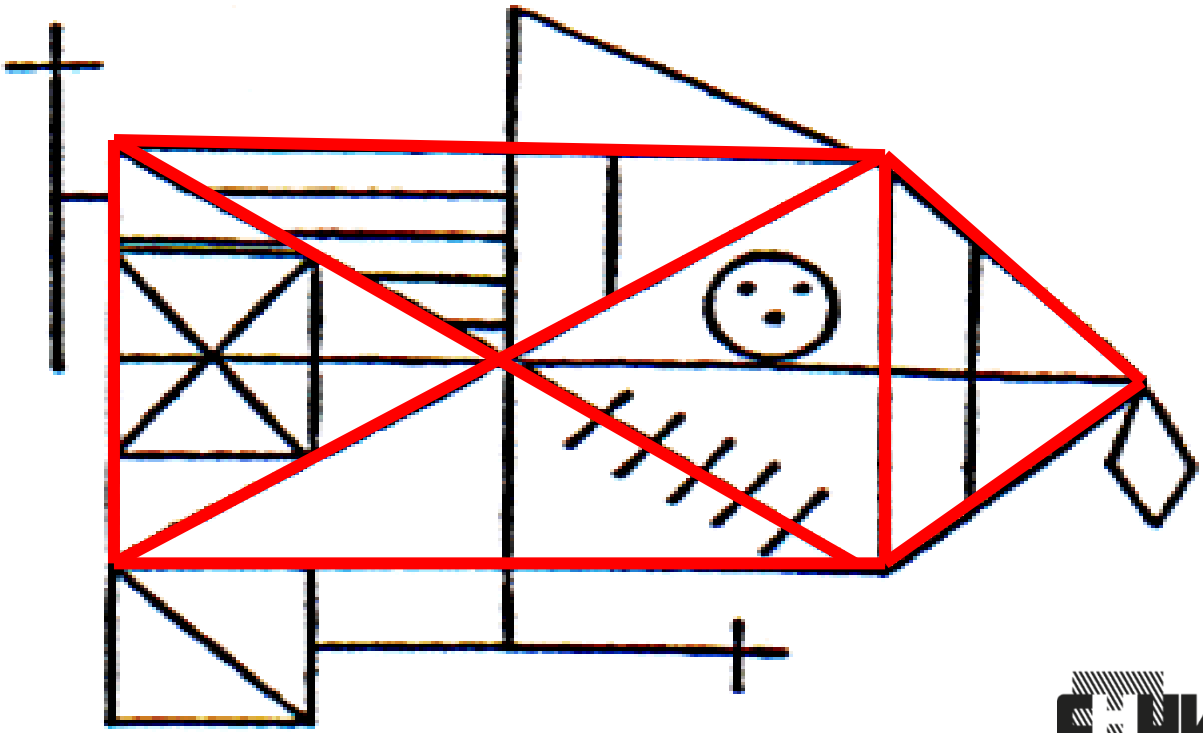


Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

- Figure complexe de Rey



Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

- Difficultés de programmation des AVQ
- Défaut de gestion des priorités
- Entame l'action sans plan préalablement établi (erreurs, omissions, précipitation)

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

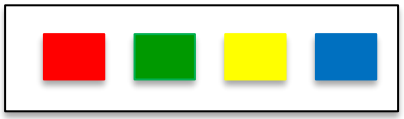
1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Paradigme du Stroop : 3 conditions

- **Lecture** : lire le nom des couleurs

VERT JAUNE BLEU ROUGE

- **Dénomination** : dénommer la couleur des rectangles colorés



- **Interférence** : dénommer la couleur de l'encre sans lire le mot

Rouge Vert Bleu Jaune Vert

Bleu Rouge Jaune Rouge Vert

Bleu Vert Jaune Bleu Rouge

Jaune Rouge Bleu Vert Bleu

Rouge Bleu Jaune Vert Bleu

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

- Comportement de dépendance à l'environnement
- Inadéquation verbale/comportementale
- Difficultés pour s'adapter à des situations changeantes

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Capacité à déplacer le focus attentionnel d'une classe de stimuli à une autre (chiffres/lettres)

ex : Trail Making Test (A et B)

Syndrome du CPF dorsolatéral

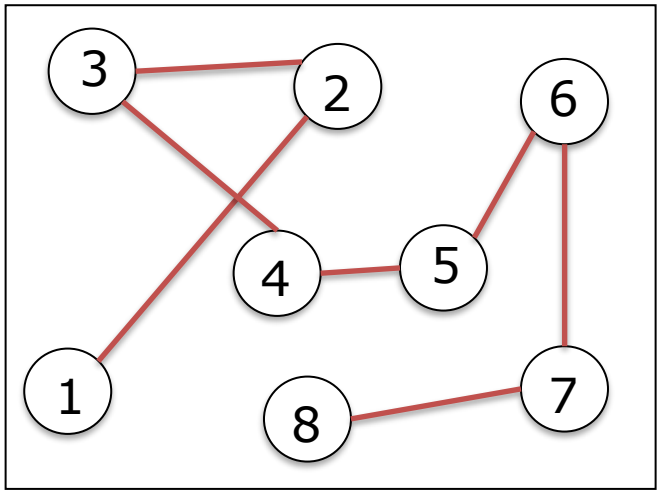
Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

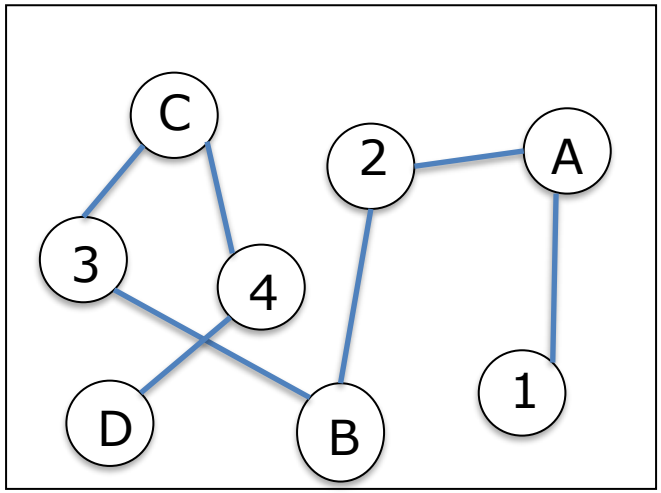
Capacité à déplacer le focus attentionnel d'une classe de stimuli à une autre (chiffres/lettres)

ex : Trail Making Test (A et B)

Partie A
Rapidité/vitesse de traitement



Partie B
Flexibilité mentale



Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

- Manque de flexibilité, d'adaptation à des situations changeantes
- Peu/pas de schémas alternatifs (blocages)
- Difficultés à passer d'un thème/activité à l'autre (latences, persévérations)

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Pensée conceptuelle et capacités de catégorisation

ex : l'épreuve des similitudes

En quoi une chaise et une table se ressemblent ?

- meubles ✓
- table/manger, chaise/s'asseoir ✗

En quoi un poème et une statue se ressemblent ?

- créations artistiques ✓
- vous lisez un poème et regardez une statue ✗

Syndrome du CPF dorsolatéral

L'inférence : opération logique de déduction qui consiste, à partir d'indices, à rendre explicite une information qui n'est qu'évoquée ou supposée

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

- Ne parvient pas à saisir/extraire les informations qui ne sont pas écrites noir sur blanc (ce qu'on appelle « lire entre les lignes ») ou clairement dites
- Ne peut pas faire des inférences logiques fondées sur les propres connaissances/expériences

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

- Rappel libre : ko
- Rappel indicé (ex : quel est le nom du meuble : tabouret) : ok

➢ Atteinte mnésique dite exécutive : défaut de récupération stratégique en mémoire

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

- Défaut de rappel libre spontané
- Nécessaire de donner des indices de rappel pour structurer la recherche en mémoire
- Déficit de mémoire « de la source »
- Trouble d'ordonnancement temporel
- Interférences

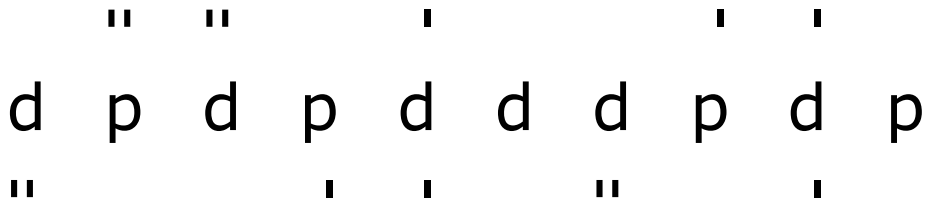
Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Maintenir son attention sur une tâche répétitive et soutenue

ex : test du d^2 : barrer tous les d qui sont munis de 2 traits



Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

- Défaut de maintien de l'attention sur une tâche en cours (ralentissement, interruption, distraction, erreurs)

Syndrome du CPF dorsolatéral

Examen cognitif dirigé :

1. Génération
2. Programmation/ Organisation
3. Inhibition
4. Flexibilité mentale
5. Abstraction, inférence, implicite
6. Mémoire
7. Attention soutenue
8. Attention divisée

Vie quotidienne :

- Difficultés à réaliser deux activités simultanément
- Défaut de partage attentionnel

Syndrome du CPF dorsolatéral

Difficultés d'évaluation des FE

La plupart des tests neuropsychologiques conventionnels sont parfois incapables d'appréhender les perturbations réelles du fonctionnement exécutif dans la mesure où :

- hautement structurés
- objectifs clairement prédéfinis
- procédure à suivre explicitement donnée
- critères de réussite clairement spécifiés

Syndrome du CPF dorsolatéral

Difficultés d'évaluation des FE

- Résultats parfois normaux en présence de perturbations significatives au quotidien
- Importance de recourir à des questionnaires abordant les difficultés rencontrées en milieu réel
- Utiliser des épreuves écologiques : se mettre en situations non routinières qui requièrent des capacités pour effectuer plusieurs tâches simultanément (multitasking task)

Plan

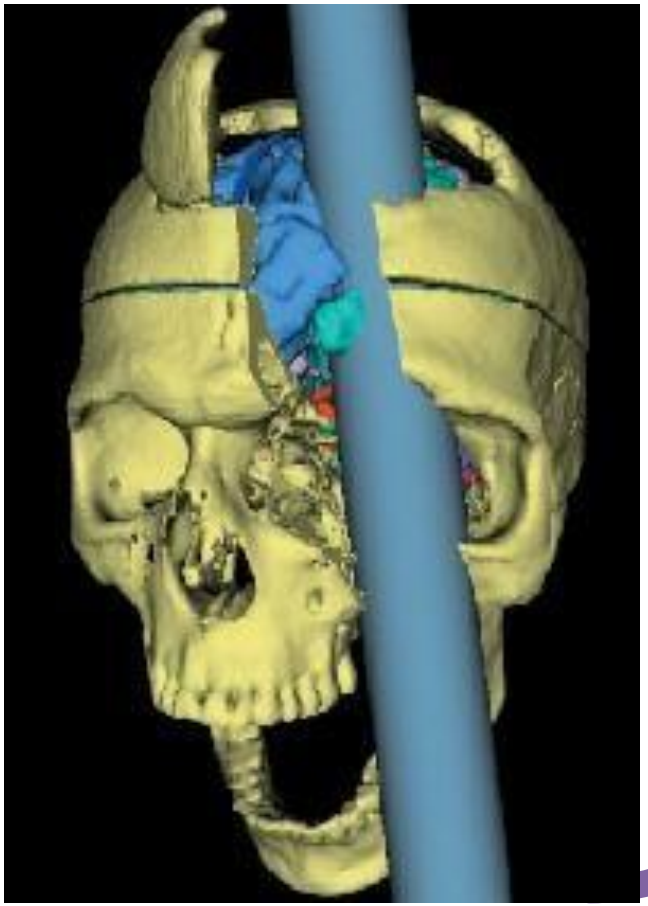
1. Notions anatomiques
2. Syndrome dysexécutif
3. Trois syndromes préfrontaux
   - Dorsolatéral
   - **Orbitaire / ventral**
   - Médian
4. Attitudes thérapeutiques générales
   - Interventions thérapeutiques

b. Syndrome du CPF orbitaire et ventral

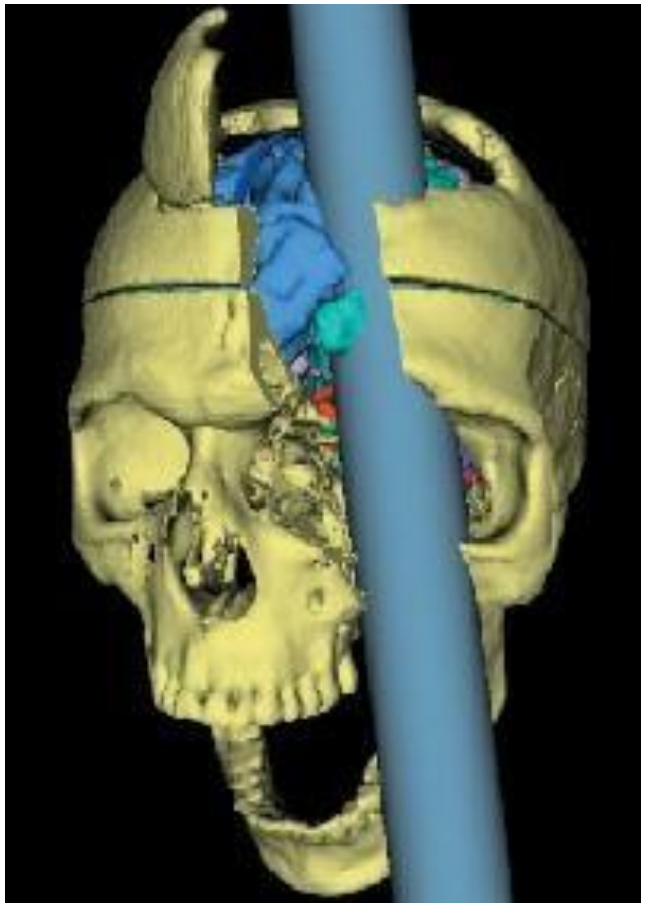
Troubles endogènes du comportement/personnalité

- Concerne la boucle d'adaptation et de régulation comportementale

Premier cas décrit: Phineas Gage (1868)



Syndrome du CPF orbitaire et ventral



Quelques mois après l'accident:

- Sa **personnalité avait tellement change que ses employeurs ne veulent plus le réengager**.
- Avant accident: était efficace, avec un esprit posé, un habile négociateur et un homme habile.
- Etait devenu **colérique, grossier, montrant peu d'égard pour ses pairs, impatient et obstiné, capricieux** et fluctuant, **incapable de prendre en compte les conséquences futures de ses actes**.
- Ses amis disaient **qu'il "n'était plus Gage".**

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

- Comportement familier, désinhibé
- Agitation, excitation
- Affect superficiel ou inapproprié : jovialité, euphorie
- Tendance à faire des calembours, des plaisanteries à caractère érotique ; puérilisme
- Labilité émotionnelle, instabilité de l'humeur
- Faible tolérance à la frustration, irritabilité
- Immédiateté, impatience, impulsivité
- Troubles alimentaires

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

- Pauvreté des capacités de jugement et d'introspection
- Choix non avantageux
- Incapacité d'anticiper les bénéfices ou pertes prévisibles d'une action
- Incapacité d'apprendre de leurs erreurs passées
- Paradoxalement : capacités de résolution de problème et de jugement normales en situation de test de laboratoire

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

- Difficultés à gérer les interactions sociales
- Perte des convenances sociales
- Comportement « pseudo-psychopathique » ou antisocial avec actes délictueux
- Négligence hygiéno-vestimentaire
- Trouble des affects
- Déficit de la reconnaissance des expressions émotionnelles
- Anosognosie des modifications comportementales et de leurs conséquences

➢ Sociopathie acquise avec trouble de la cognition sociale

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

Cognition sociale : ensemble des processus cognitifs permettant de décoder et d'encoder le monde social

1. **Volet perceptif** : capacité à lire les indices périphériques aux émotions, tels que les émotions faciales, la voix (prosodie/timbre), la gestuelle, la posture

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

Cognition sociale : ensemble des processus cognitifs permettant de décoder et d'encoder le monde social

1. **Volet perceptif** :



Joie, peur, dégoût, colère, surprise, tristesse

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

Cognition sociale (suite)

2. **Théorie de l'esprit (TDE)** : capacité à inférer des états mentaux à soi-même et à autrui
   - ❖ TDE **cognitive**, dite « froide » : capacité à se représenter les états mentaux d'autrui (connaissances/croyances sur le monde), permettant de comprendre/inférer/raisonner sur leurs pensées/croyances/intentions, et ce indépendamment de toute connotation émotionnelle

Syndrome du CPF orbitaire et ventral



Un employé n'a pas envie d'aller au travail car il veut assister à un match de football. Il appelle son patron pour lui dire qu'il est malade



Au stade, le patron reconnaît l'employé mais celui-ci ne le voit pas



Le lendemain, le patron va voir l'employé et lui demande s'il va mieux. L'employé lui répond que rester hier au chaud lui a fait le plus grand bien

Si on demande à l'employé si son patron l'a cru, que va-t-il répondre ?

- Oui
- Non

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

Cognition sociale (suite)

2. **Théorie de l'esprit (TDE)** : suite

   - ❖ TDE **affective**, dite « chaude » : capacité à se représenter les états affectifs d'autrui, à comprendre/déduire leurs émotions/sentiments, permettant d'interpréter la valence/signification émotionnelle des actions/intentions d'autrui dans un contexte social

- ➢ Cela passe par l'empathie, qui permet de partager/ressentir les émotions des autres et d'adopter un comportement altruiste

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

Cognition sociale (suite)

2. **Théorie de l'esprit (TDE)** : suite
   - ❖ TDE **affective**, dite « chaude » : capacité à se représenter les états affectifs d'autrui, à comprendre/déduire leurs émotions/sentiments, permettant d'interpréter la valence/signification émotionnelle des actions/intentions d'autrui dans un contexte social

Julie vient juste d'emménager dans son nouvel appartement. Elle est partie faire des achats et a acheté des nouveaux rideaux pour sa chambre. Après avoir juste fini de décorer l'appartement, sa meilleure amie, Lise, est venue lui rendre visite. Julie lui fit visiter son appartement et lui demande: "aimes-tu ma chambre?" Lise répond: "ces rideaux sont horribles! J'espère que tu vas en mettre des nouveaux!"

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

Cognition sociale (suite)

- Qui a dit quelque chose qu'il ne devait pas dire / quelques chose de maladroit ?
- Pourquoi il/elle n'aurait pas dû le dire ou pourquoi est-ce maladroit ?
- Pourquoi pensez-vous qu'il/elle l'a dit ?
- Lise savait-elle qui avait acheté les rideaux?
- Qu'est-ce que Julie a ressenti ?

Il faut donc que le participant :

- réalise que le locuteur a une fausse croyance à propos d'un fait (expliquant le caractère non intentionnel du faux pas : versant cognitif)
- prédise la réaction émotionnelle de l'interlocuteur concerné (caractère blessant ou maladroit du faux pas : versant affectif)

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

Cognition sociale

Trouble de la cognition sociale et régulation émotionnelle

Forte implication également de nos fonctions **exécutives cognitives** qui contribuent à la régulation des réactions émotionnelles :

- Inhiber une réponse émotionnelle (inhibition d'une réaction immédiate en réponse aux signaux de l'environnement)
- Inhiber une réponse qui pourrait ne plus être adaptée (shifting émotionnel)
- Ajuster un comportement en fonction du ressenti émotionnel et des informations issues de l'environnement (coordination état interne/externe)

Syndrome du CPF orbitaire et ventral

Bilan neuropsychologique

<u>Comportement</u> : (moyens : observations cliniques, entretien et questionnaires en auto- et hétéro-évaluation)

- Troubles du comportement et anosognosie fréquente

<u>Cognition sociale</u> : (moyens : test de reconnaissance d'émotions faciales, tâches de fausses croyances et de reconnaissance des faux pas)

- Trouble de la cognition sociale (à différents niveaux)

<u>Cognition</u> : (moyens : bilan neuropsychologique et questionnaires)

- Distractibilité, erreur/ralentissement dans les épreuves d'attention sélective et focalisée
- Déficit d'inhibition go-nogo

Plan

1. Notions anatomiques
2. Syndrome dysexécutif
3. Trois syndromes préfrontaux
   - Dorsolatéral
   - Orbitaire / ventral
   - **Médian**
4. Attitudes thérapeutiques générales
   - Interventions thérapeutiques

c. Syndrome du CPF médian

Motivation

- Forte réduction de l'output verbal, discours laconique, faible appétence au langage, n'engage, ni ne soutient la conversation
- Parfois incapacité à autogénérer une sortie verbale spontanément versus répétition hétérogénérée préservée

Syndrome du CPF médian

- Appauvrissement des comportements spontanés (laissant relativement intacte la capacité d'agir sur stimulation externe)

➢ **Apathie**

Apathie

- **Comportementale ou d'auto-activation**

  Diminution du comportement intentionnel : réduction de l'effort, de l'initiative, de la productivité

- **Cognitive**

  Diminution des activités cognitives intentionnelles : réduction de l'intérêt, des projets et objectifs

- **Emotionnelle**

  Diminution des aspects émotionnels du comportement orienté : indifférence, faible réactivité aux évènements de vie

Syndrome du CPF médian

- A l'extrême (en cas de lésions bilatérales) : **mutisme akinétique**
  - Yeux ouverts avec préservation d'un certain degré d'alerte
  - Cycles veille/sommeil préservés
  - Pas de trouble de l'oculomotricité ni de l'audition
  - Réflexe de clignement à la menace et au bruit présent/symétrique
  - Poursuite visuelle d'objets/personnes possible
  - Conscience de l'environnement fortement suspectée par l'intensité du regard (« promesse du regard »)

Syndrome du CPF médian

Mutisme akinétique, caractérisé par : (suite)

- Sur commande verbale/imitation, aucune consigne n'est exécutée
- Aucune tentative de communication verbale/non verbale
- Mimique quasi nulle
- Perturbation de l'activation motrice volontaire versus activité stéréotypée dépourvue de caractère intentionnel
- Occasionnelles réponses/mouvements rudimentaires à la stimulation nociceptive
- Marche avec assistance
- Aucun comportement alimentaire spontané

Plan

1. Notions anatomiques
2. Syndrome dysexécutif
3. Trois syndromes préfrontaux
   - Dorsolatéral
   - Orbitaire / ventral
   - Médian
4. Attitudes thérapeutiques générales
   - Interventions thérapeutiques

4. Attitudes thérapeutiques générales

Importance des interventions thérapeutiques car :

- Conséquences graves des déficits dans la AVQ
- Bon fonctionnement exécutif : indispensable à la rééducation des autres fonctions cognitives (mémoire, langage, héminégligence, etc.)
- Difficultés particulières liées à l'anosognosie, au manque de motivation (sources d'échec de la PEC)

4. Attitudes thérapeutiques générales

- Attitude :
  - Rassurances, explications
  - Rester cohérent

- Cadrer les séances de thérapie
  - Eviter les confrontations, la frustration
  - Eviter les thèmes sensibles
  - Eviter d'élever la voix pour ne pas amplifier un comportement inadéquat
  - Eviter les éléments de surprise, anticiper
  - Adapter l'environnement et réduire les facteurs de stress (monde, bruit, distractions)

4. Attitudes thérapeutiques générales

- Cadrer le patient
  - Ne pas écouter sans limite
  - Rester maître des décisions
  - Ne pas brusquer, proposer des choix
  - Adapter le discours aux capacités réceptives
  - Se limiter au présent ou au futur proche
  - Déterminer avec le patient les buts à atteindre
  - Organiser des comportements positifs en s'adaptant à ses compétences pour qu'il puisse identifier ses réussites et ses progrès
  - Créer avec le patient des routines d'action pour diminuer la complexité

4. Attitudes thérapeutiques générales

Confrontation aux troubles :

- **Non conseillée** :
  - en début d'évolution (fragilité émotionnelle, réactions vives, absence de repères/réalité)
  - en l'absence d'un bon soutien

- **Conseillée** :
  - si un délai raisonnable est passé depuis l'accident/la maladie
  - si les progrès stagnent
  - s'il y a des conflits entre le patient et ses proches
  - si on constate la poursuite de projets irréalistes

4. Attitudes thérapeutiques générales

Confrontation aux troubles (suite) :

- **Quand** ?

  - La relation patient/thérapeute est suffisamment solide

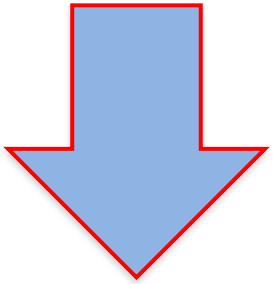
- **Comment** ?

  - En situation naturelle (mieux compris si contexte réel)

  - En explicitant les progrès déjà réalisés

  - En présentant les résultats objectivés, au moyen d'exemples concrets (vidéo)

4. Attitudes thérapeutiques générales



Diversité de la symptomatologie

=

Diversité des approches

4. Interventions thérapeutiques

Syndrome dorsolatéral
Déficit de programmation et de résolution de problèmes

Encourager une bonne analyse de la situation :

- Quel est le but ?
- Quelles sont les données pertinentes?
- Définir les étapes pour y parvenir
- Contrôler que la solution obtenue corresponde au but initial

4. Interventions thérapeutiques

Syndrome dorsolatéral
Déficit de programmation et de résolution de problèmes

- Démonstration et explication par le thérapeute des étapes de résolution
- Rôle régulateur du langage, stimuler, fournir des incitations
- Utilisation par le patient de cette technique en la verbalisant à haute voix avec correction éventuelle par le thérapeute (guidance externe) et régulation du comportement pendant l'exécution
- Diminution progressive de la verbalisation, passage au chuchotement puis au langage intérieur (guidance interne)

4. Interventions thérapeutiques

Syndrome médian
Défaut d'initiation verbale/comportementale

- Initier le comportement en contexte avec guidance verbale et motrice
- Utiliser le rythme (chant, mélodie, compter) et les gestes exagérés pour déclencher le comportement et/ou le langage
- Donner un rôle actif (ne pas « faire à la place de » mais « faire avec ») en respectant les temps de latence
- Inviter le patient à décrire l'action en cours et/ou à donner des feed-backs (l'impliquer dans l'activité)

4. Interventions thérapeutiques

Syndrome médian
Défaut d'initiation verbale/comportementale

- Créer des échanges, une réciprocité (je vous donne et vous me donnez)
- Exagérer l'intonation et les mimiques pour favoriser l'imitation
- Utiliser un humour adapté pour qu'il y réponde
- Sonder son humeur (amimie ≠ tristesse)

4. Interventions thérapeutiques

Syndrome orbitaire et ventral
Distractibilité, précipitation

- Freiner le patient et l'obliger à analyser la situation avant de se lancer dans l'action

- Verbaliser l'action avant de l'entreprendre (rôle régulateur du langage)

- Adapter l'environnement
  - Réduire les interférences
  - Retirer les objets qui pourraient le distraire
  - Travailler dans une pièce au calme, sans bruit environnant

4. Interventions thérapeutiques

Syndrome orbitaire et ventral
Irritabilité, agressivité, désinhibition

- Renforcer positivement les comportements adéquats

- Renforcer négativement les comportements inappropriés
  - Favoriser la prise de conscience

- Identifier avec le patient :
  - Les comportements problématiques
  - Les facteurs déclencheurs
  - Les conséquences de ses actes

- Proposer/formuler des schémas alternatifs

4. Interventions thérapeutiques

Syndrome orbitaire et ventral
Désinhibition

- Maintenir une distance relationnelle
- Ne pas tutoyer (adulte)
- Avoir une attitude « cadrante » et consistante entre les différents intervenants

4. Interventions thérapeutiques

Syndrome orbitaire et ventral
Difficultés à reconnaître les intentions d'autrui et à comprendre et/ou gérer les interactions sociales

Identifier certains paramètres :

- A-t-il perdu certaines règles sociales ?
- Sait-il exprimer ses émotions ?
- Sait-il reconnaître les émotions chez autrui ?
- Possède-t-il la théorie de l'esprit ?

Travailler à partir de scénarii sociaux : possibilité de symbolisation des émotions/états mentaux à l'intérieur de bulles

Améliorer la reconnaissance des émotions et l'expression de ses propres émotions en se mettant à la place de l'autre (situation théâtrale)

Conclusion

Syndrome dysexécutif : diagnostic et interventions

- Approche globale :

  - Lésions
  - Cognition
  - Emotion/comportement
  - Cognition sociale
  - Anosognosie (troubles / conséquences des troubles)
  - Participation
  - Humeur
  - Motivation, désirs, aspirations
  - Environnement/soutien familial et social
  - Niveau d'éducation/professionnel

Bibliographie

Godefroy, O. (2003). Frontal syndrome and disorders of executive functions. J Neurol, 250, 1- 6.

Levy, R. & Dubois, B. (2006). Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex- basal ganglia circuits. Cerebral Cortex, 16, 916-928.

Levy, R. & Volle, E. (2009). Le cortex préfrontal: compositeur et chef d'orchestre des comportements volontaires. Revue Neurologique ; Vol. 165. 159-77.

Paquette (2005). La réadaptation cognitive chez les cérébrolésés. In Botez-Marquard & Boller, Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement (pp.795-815). Les Presses de l'Université de Montréal.

Pegna, Annoni & Schnider (2005). Le syndrome frontal. In Botez-Marquard & Boller, Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement (pp.151-166). Les Presses de l'Université de Montréal.

Van der Linden, Meulemans, Seron, Coyette, Andrès & Prairial (2000). L'évaluation des fonctions exécutives. In Seron & Van der Linden (Eds.), *Traité de Neuropsychologie clinique, Tome 1* (pp. 275-300). Solal.

Van der Linden, Seron & Coyette (2000). La prise en charge des troubles exécutifs. In Seron & Van der Linden (Eds.), *Traité de Neuropsychologie clinique, Tome 2* (pp. 253-268). Solal.

Merci de votre attention !

