Non-Pharmacological Intervention Society

Le Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses

Protocol : Programme HOBSCOTCH

Problème de santé : Troubles cognitifs



Psychosociales

Code de la fiche
NPIS-0000000115

Désignation

Programme HOBSCOTCH

Abréviation

HOBSCOTCH

Catégorie

Psychosociale

Objectif principal de santé

Soigner les plaintes mnésiques et attentionnelles et améliorer l'autogestion de l'épilepsie (Caller 2016; Streltzov 2022; Escoffery 2026).

Explication

Le programme HOBSCOTCH enseigne des stratégies d'organisation, des solutions mnémotechniques, des techniques de planification et des démarches d'utilisation d'aides externes contre l'épilepsie. Il développe également la conscience métacognitive qui réduit l'impact fonctionnel des déficits cognitifs perçus (Caller 2016; Streltzov 2022; Escoffery 2026).

Test de routine

Test Everyday Memory Questionnaire – Revised (EMQ-R) mesurant la plainte mnésique quotidienne. Ce test est court (5–10 min) et simple à administrer.

Seuil

L'EMQ-R mesure les plaintes mnésiques quotidiennes. Plus le score total est élevé, et plus la plainte est importante.

Seuil individuel de changement clinique

Il n'existe pas de différence minimale cliniquement importante (MCID) universellement validé pour l'EMQ-R. Une réduction du score indique des plaintes mnésiques quotidiennes moins importantes sans qu'un seuil soit fixé à ce jour. L'EMQ-R est une mesure subjective auto-rapportée donc sensible aux caractéristiques démographiques et cliniques (âge, sexe, comorbidités, ménopause). La moitié de l'écart-type de la population cible au début de l'intervention peut servir de seuil approximatif de changement clinique.

Bénéfice secondaires

- Réduction de l'impact fonctionnel des déficits cognitifs au quotidien (Caller 2016; Streltzov 2022; Escoffery 2026).
- Renforcement de l'autogestion (utilisation de stratégies compensatoires, de routines et d'aides externes) et des comportements de santé (Caller 2016; Streltzov 2022; Escoffery 2026).
- Effets positifs sur l'humeur et les symptômes dépressifs.
- Amélioration de la qualité de vie (Caller 2016; Escoffery 2026).
- Bénéfices pour l'aidant et la dyade patient-aidant.

Risques directs

- Peu d'effets indésirables graves (Caller 2016; Streltzov 2022; Cano-López 2025; Escoffery 2026).

- Fatigue cognitive après les séances et frustration légères et transitoires chez certains participants dues à la difficulté de certains exercices ou à la prise de conscience des déficits.

- Augmentation temporaire de l'anxiété chez certains patients lors de l'apprentissage de stratégies.

- Stress induit en cas d'usage de la version à distance à cause de problèmes techniques, d'une faible maîtrise des systèmes numériques ou d'un accès limité au matériel.

- Risque de non-adhésion par frustration ou manque de bénéfice perçu pouvant limiter l'effet attendu jusqu'à conduire à l'abandon.

- Charge pour l'aidant impliqué dans le programme le cas échéant.

Risques d'interaction

Aucune interaction pharmacocinétique directe avec les médicaments antiépileptiques. Des difficultés, rares, peuvent survenir au cours du programme :
- Risque chez certains patients de modification du traitement médicamenteux sans consultation médicale causée par une forte confiance en soi pouvant provoquer une recrudescence des symptômes épileptiques.

- Risque d'augmentation des plaintes cognitives et des troubles de l'humeur chez certains patients conduisant le médecin à modifier le traitement de base et/ou ajouter un antidépresseur à risque d'interactions médicamenteuses (Quon 2019).

- Risque d'interaction clinique avec une psychothérapie pouvant induire des messages contradictoires en l'absence de coordination.

Mécanismes biologiques et psychosociologiques

- Apprentissage de stratégies cognitives compensatoires appelées « targeting knowledge » (organisation, mnémotechniques, planification, utilisation d'aides externes) et de

stratégies de résolution de problèmes réduisant l'impact fonctionnel des déficits cognitifs perçus (Reyes 2026).

- Entraînement ciblé sur l'attention et les fonctions exécutives (planification, inhibition). Autrement dit, l'INM entraîne une modulation fonctionnelle des réseaux attentionnels et exécutifs (plasticité synaptique et renforcement de circuits compensatoires), une meilleure allocation des ressources cognitives (Caller 2016).

- Amélioration de l'autogestion et des comportements quotidiens (routines, stratégies de rappel, adaptation de l'environnement). L'offre numérique renforce l'adhésion et la transformation de ces nouveaux comportements appris en habitudes quotidiennes.

- Réduction des symptômes émotionnels et anxiodépressifs améliorant la motivation, l'attention et la mémorisation (moins de distraction interne, meilleure concentration).

- Amélioration du sommeil améliorant l'état d'éveil et la consolidation des apprentissages.

- Augmentation de la confiance à suivre les traitements médicamenteux prescrits.

- Réduction de l'isolement et de la stigmatisation (Prieto 2026), meilleure collaboration avec les soignants, meilleure compréhension de l'aidant.

Public répondeur

- Adulte épileptique présentant des plaintes cognitives (mémoire/attention) (Caller 2016).

- Adulte épileptique ayant des déficits objectifs légers à modérés.

- Adulte dont l'épilepsie est contrôlée ou non contrôlée, le programme étant conçu pour être applicable quel que soit le contrôle des crises, l'objectif étant l'autogestion cognitive.

- Adulte motivé à participer à toutes les séances du programme.

- Adulte disposant d'un système de vidéo-conférence s'il/elle choisit cette option.

Public non répondeur

- Adulte épileptique avec une comorbidité psychiatrique sévère non traitée (Lin 2012).

- Adulte épileptique avec un déficit cognitif très sévère ou neurodégénératif étendu.

- Adulte épileptique avec une dépression sévère non traitée.

- Adulte épileptique non motivé à suivre les 8 séances du programme.

- Adulte épileptique sans moyen technologique de vidéoconférence voulant suivre le format supervisé à distance.

- Adulte épileptique en instabilité médicale (crises fréquentes, hospitalisations).

Participants

Individuel

Durée

8 semaines

Nombre de séances par semaine

1 séance par semaine.

Procédure

Le programme HOBSCOTCH améliore la cognition perçue et la qualité de vie en combinant éducation sur la mémoire et l'épilepsie, entraînement attentionnel, stratégies compensatoires et stratégie de résolution de problème délivrés par un professionnel formé sur 8 séances hebdomadaires de 45 à 60 minutes (Caller 2016; Streltzov 2022; Escoffery 2026). Chaque séance est conduite de façon participative et adaptée aux problèmes identifiés par le patient. Le HOBSCOTCH Institute fournit le manuel, les fiches de séance et la formation certifiante pour les professionnelles puissent garantir la fidélité de l'application (Kiriakopoulos 2026).

	Objectif principal	Contenu	Devoirs pratiques entre séances
Séance 1	Comprendre la mémoire et l'épilepsie	Psychoéducation sur le fonctionnement de la mémoire;	Tenir un journal de situations problématiques;

		facteurs influençant la cognition en épilepsie.	repérer les moments de difficultés.
Séance 2	Auto-observation et prise de conscience	Auto-évaluation des situations à risque; introduction à la pleine conscience et à la surveillance des déclencheurs.	Exercices de prise de conscience; noter les déclencheurs et contexte.
Séance 3	Stratégies externes de mémoire	Enseignement d'aides externes (agenda, alarmes, listes, organisation de l'environnement).	Mettre en place au moins 2 aides externes et rapporter l'efficacité.
Séance 4	Stratégies internes de mémoire	Mnémotechniques, visualisation, segmentation d'informations, techniques d'encodage et de récupération.	Pratique quotidienne de techniques mnésiques sur tâches réelles.
Séance 5	Entraînement attentionnel et fonctions exécutives	Exercices ciblés d'attention soutenue et d'organisation; conseils pour réduire les interférences.	Exercices d'attention à domicile; appliquer les stratégies en situations ciblées.
Séance 6	Pratique appliquée de résolution de problème	Processus structuré de résolution de problèmes pour résoudre un problème cognitif concret; plan d'action collaboratif.	Mettre en oeuvre le plan d'action; carnet journalier des obstacles et des adaptations.
Séance 7	Intégration et généralisation	Révisions des stratégies; entraînement à généraliser les les solutions à d'autres contextes; rôle des aidants si pertinent.	Appliquer les stratégies dans au moins 2 nouveaux contextes; feedback au professionnel.
Séance 8	Consolidation et plan de maintien	Bilan des progrès; plan de maintien à long terme; ressources et voies de suivi; évaluation de la satisfaction	Plan de maintien écrit; ressources et contacts pour suivi.

Composants

Exemple type d'une séance HOBSCOTCH.

Objectif principal : travailler une compétence précise par exemple une pratique de résolution de problème.

Durée: 60 minutes en entretien individuel par visioconférence.

Format: session guidée par le professionnel certifié et centrée sur la demande du patient sur un problème ciblé.

1- Accueil et vérification rapide (5–8 min) dans le but de détecter contre-indications temporaires et d'adapter le contenu.

Rappel de l'objectif global du programme et de la séance. Vérification de l'humeur, de la fatigue et de la sécurité (crises récentes, effets médicamenteux).

2- Revue du travail à domicile et feedbacks (10–12 min)

Discussion des stratégies testées depuis la séance précédente (aides externes, mnémotechniques, exercices d'attention).
Identification des succès et des obstacles concrets.

3- Introduction du thème de la séance et psychoéducation ciblée (8–10 min)
Brève explication théorique adaptée au participant (ex. pourquoi la planification aide la mémoire; comment le stress interfère avec l'attention).
Utilisation d'exemples concrets liés à la vie quotidienne du patient.

4- Travail actif dirigé (20–25 min)
Identification d'un problème concret, génération d'options, évaluation des solutions, choix d'un plan d'action et définition d'étapes mesurables (Moncrief 2021).
Pour une stratégie mnésique, démonstration et pratique guidée (encodage, segmentation, aides externes) suivi d'une mise en pratique et d'une correction de la technique en temps réel.

5- Plan d'action et pratique personnelle à domicile (5–8 min)
Formalisation d'un plan précis à appliquer entre les séances (qui fait quoi, quand, comment mesurer le progrès).
Mise en place d'aides externes (alarme, checklist) si pertinent.

6- Clôture et évaluation rapide (2–5 min)
Mesure pragmatique de sortie (auto-évaluation courte, ex. échelle de confiance/auto-efficacité).
Rappel du prochain rendez-vous et des ressources (fiches, contacts).

Matériel

- Appareil de communication : ordinateur, tablette ou smartphone avec caméra et micro fonctionnels.
- Connexion Internet stable
- Carnet ou journal de bord pour repérer les situations problématiques, devoirs et progrès.
- Agenda papier ou outils numériques simples (alarmes/notifications, calendrier partagé) pour généraliser les stratégies
- Fiches de séance et devoirs imprimés ou numériques fournis par le coach (« Memory Toolkit »).
- Manuel HOBSCOTCH et « Memory Toolkit » (scripts de séance, fiches participant, worksheets PST).
- Plateforme de visioconférence sécurisée conforme aux règles de confidentialité locales.
- Feuilles de suivi et formulaires d'évaluation (test EMQ - Everyday Memory Questionnaire)

- Procédure d'orientation et de consentement écrit.
- Protocole de signalement au prescripteur en cas de détérioration.
- Système de planification et de rappels (SMS ou e-mail) pour améliorer l'adhérence.
- Ressources techniques : assistance pour les patients en télésanté (tutoriels, test de connexion).
- Applications d'entraînement attentionnel ou d'exercices numériques validés (complément au travail en séance).
- Supports pédagogiques multimédias (diapositives, vidéos courtes) pour la psychoéducation.
- Impression de fiches pour l'aidant le cas échéant.

Lieu de pratique

L'INM est conçue comme un programme réalisé dans un lieu de santé ambulatoire (maison de santé, service hospitalier de neurologie) ou à domicile par téléconsultation.

Bonnes pratiques de mise en œuvre

- Évaluer la motivation, la stabilité médicale, la présence de comorbidités psychiatriques sévères et l'accès technologique avant inclusion pour maximiser l'adhérence et la sécurité (Kiriakopoulos 2026).
- Assurer une formation standardisée des encadrants (didactique, jeux de rôle, supervision) pour garantir la fidélité au protocole et la qualité du coaching.
- Planifier des sessions hebdomadaires structurées d'environ 60 minutes (Kiriakopoulos 2026).
- Respecter la séquence (psychoéducation, auto-observation, stratégies externes/internes, résolution de problème, consolidation) pour reproduire les effets observés dans les études (Kiriakopoulos 2026).
- Laisser le participant choisir les problèmes ciblés, adapter les stratégies à son quotidien et fixer des plans d'action SMART pour favoriser la généralisation (Kiriakopoulos 2026).
- Utiliser des instruments validés et peu contraignants comme l'EMQ-R pour la mémoire afin de suivre l'impact et la fidélité.
- Informer le médecin (traitant, neurologue, psychiatre) sur le démarrage de l'INM et lui signaler toute détérioration (ou question relative à la gestion des médicaments et des comorbidités).
- Fournir les tutoriels.
- Vérifier la connexion et les alternatives au présentiel pour les patients aptes.
- Suivre l'adhésion et réagir rapidement aux premiers signes d'abandon.
- Mettre en place des rappels, des bilans intermédiaires et des procédures d'alerte en cas

de fatigue, d'anxiété ou de crises pour adapter le rythme ou orienter vers une prise en charge complémentaire.
- Clarifier le rôle des proches.
- Fournir des fiches pratiques et limiter la charge de l'entourage.
- Collecter systématiquement les retours, la satisfaction et les résultats pour ajuster les supports et les parcours de référence.

Bonnes pratiques de pérennisation

- Institutionnaliser le programme au sein des services de neurologie et de centres experts (Chu 2025). Cela facilite le repérage des patients, la coordination avec les prescripteurs et la continuité des soins (Mameniškienė 2025).
- Former et certifier les professionnels selon un référentiel standardisé. La fidélité au protocole et la qualité d'animation sont corrélées aux effets observés. Les manuels et la formation centralisée sont des éléments clés de mise à l'échelle (Escoffery 2023).
- Mesurer systématiquement les résultats cliniques et d'implémentation (EMQ, adhésion, satisfaction). Ce suivi pragmatique pré/post permet d'évaluer l'impact réel, d'identifier les non-répondeurs et d'ajuster le programme (Escoffery 2023).
- Standardiser les outils et les supports (manuel, fiches de séance…). Ils garantissent la reproductibilité des effets et facilitent la formation et la supervision.
- Financer des postes dédiés (intervenants, coordinateurs) et prévoir des ressources pour la télésanté.
- Coordonner activement avec les prescripteurs (neurologues, psychiatres) et documenter les échanges (Mameniškienė 2025).
- Adapter les modalités (distanciel / présentiel / hybride) selon le profil des patients et les contraintes locales (Becker 2022; Hopp 2022). La flexibilité augmente l'adhésion et réduit les inégalités d'accès.
- Suivre l'adhérence et réengager rapidement les participants à risque d'abandon (rappels, sessions de rattrapage).
- Évaluer en continu la qualité et améliorer le programme via des retours utilisateurs et des audits de fidélité. La fiche INM permet de collecter les retours des professionnels et des usagers à cet effet.
- Documenter et publier les résultats d'implémentation (succès, obstacles, coûts) pour favoriser la diffusion et l'adhésion institutionnelle.
- Impliquer les parties prenantes (patients, aidants, directions, financeurs) dans la gouvernance du programme.

Précautions

- Présélectionner les candidats selon la stabilité médicale, l'absence de comorbidité psychiatrique sévère non traitée et la motivation à s'engager (Escoffery 2023).

- Dépister systématiquement la détresse psychique et le risque suicidaire avant inclusion et proposer si tel est le cas un examen psychiatrique pour garantir la sécurité du participant (Escoffery 2023).

- Informer le patient et l'aidant des objectifs, des limites et des effets attendus et transitoires (fatigue cognitive, frustration).

- Coordonner l'INM avec le prescripteur (médecin traitant, neurologue ou psychiatre) avant et pendant le programme pour tout changement de médicament ou tout signe clinique d'alerte (Mameniškienė 2025).

- Surveiller l'adhésion et l'observance aux séances et aux exercices à faire à domicile. Proposer un soutien dès la première défection en tentant d'en comprendre les raisons.

- Former et superviser les encadrants selon le manuel standardisé.

- Fournir un support technique et des alternatives au présentiel pour des patients ayant des difficultés avec les outils numériques.

- Adapter le rythme et la charge des séances en cas de fatigue cognitive, de crises d'épilepsie récentes ou de contraintes médicales.

- Documenter systématiquement les événements indésirables, les changements de traitement et les signes psychologiques.

- Impliquer l'aidant de façon encadrée en clarifiant son rôle et en limitant sa charge.

- Prévoir une procédure d'alerte et d'orientation (contact prescripteur, consultation urgente) en cas d'aggravation clinique ou d'apparition de crises.

Caractéristiques réglementaires

Le programme HOBSCOTCH est une intervention psycho-éducative et de réadaptation cognitive destinée aux adultes vivant avec une épilepsie (Dartmouth Hitchcock Medical Center and Dartmouth Hitchcock Clinics, 2026). Ce programme de self-management ou d'éducation thérapeutique est un protocole comportemental structuré, non pharmacologique et non invasif, développé et diffusé par des équipes académiques et un

institut dédié, l'HOBSCOTCH Institute. Cette INM dispose des preuves nécessaires.

Sa mise en œuvre standardisée repose sur des coaches formés et certifiés par l'HOBSCOTCH Institute (Kiriakopoulos 2026). Cette formation et une supervision sont recommandées pour garantir la fidélité à l'INM (Kiriakopoulos 2026). Les encadrants sont généralement des professionnels de santé (neurologie, réadaptation, psychologie, infirmiers formés) travaillant dans le cadre de leur champ de compétence local (Kiriakopoulos 2026). La pratique doit respecter les règles professionnelles nationales (ex. exercice paramédical vs psychothérapeutique selon pays).

L'usage d'un système de téléconsultation ou de visioconférence doit être en conformité avec la réglementation en vigueur dans le pays. L'obtention du consentement éclairé pour son usage ainsi que de l'exploitation des données est requise. La tenue des fiches de suivi, l'enregistrement des évaluations pré et post et les procédures de signalement des événements cliniques sont recommandés pour la sécurité et l'auditabilité. La responsabilité civile et la conformité aux règles locales (licence, assurance) incombent à la structure et aux intervenants qui délivrent le programme.

Initiateur principal

NA Streltzov et B Jobst, RM Roth, Dartmouth-Hitchcock / centre d'épilepsie régional, USA.

Qualification requise

Pour délivrer HOBSCOTCH de façon fidèle et sûre, il faut un professionnel de santé formé et certifié. Un neuropsychologue, un psychologue clinicien, un ergothérapeute, un infirmier spécialisé, un orthophoniste ou un autre intervenant de réadaptation formé est attendu. L'exercice dépend ensuite du cadre légal du pays (champ d'exercice, réglementation professionnelle du pays, licence, assurance, limites de pratique).

Le HOBSCOTCH Institute ou un organisme formateur affilié donne la certification de « Cognitive Coach ». Ce professionnel doit maîtriser le manuel et les scripts du programme (fiches de séance, worksheets, protocoles d'évaluation) pour garantir fidélité au protocole. Il ou elle est capable de :
- Conduire les méthodes de résolution de problème et d'enseigner les stratégies compensatoires (mnémotechniques, aides externes).
- Evaluer et surveiller la cognition subjective/objective et repérer la détresse psychiatrique nécessitant une orientation.
- Coordonner son travail avec le neurologue ou l'équipe prescriptrice (Kiriakopoulos 2026).

- Maîtriser une plateforme sécurisée et la gestion technique des sessions à distance.
- Comprendre les personnes épileptiques.
- Réaliser des sessions de réadaptation cognitive et d'accompagnement psychoéducatif.
- D'avoir des compétences de communication (motivation, pédagogie, travail avec aidants) et de supervision.
- Recevoir des supervisions régulières (cas complexes, fidélité au protocole), de participer à des audits de qualité, de documenter les évaluations, d'élaborer des plans personnalisés d'action (Atkinson-Clark 2018), de maîtriser la sécurité, de respecter la confidentialité et de suivre la réglementation en vigueur dans le pays.

Bibliographie

Étude prototypique
Caller TA et al. A cognitive behavioral intervention (HOBSCOTCH) improves quality of life and attention in epilepsy. Epilepsy Behav. 2016 Apr;57(Pt A):111-117. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.01.024

Étude mécanistique
Reyes A et al. The role of social context in cognitive and neurobehavioural outcomes in epilepsy. Nat Rev Neurol. 2026 Jan 26. https://doi.org/10.1038/s41582-026-01184-0

Études interventionnelles
Streltzov NA et al. Effectiveness of a Self-Management Program to Improve Cognition and Quality of Life in Epilepsy: A Pragmatic, Randomized, Multicenter Trial. Neurology. 2022 May 24;98(21):e2174-e2184. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200346
Scoffery C et al. Replication of an evidence-based epilepsy self-management program in Georgia (USA): The HOBSCOTCH trial. Epilepsy Behav. 2026 Jan;174:110805. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2025.110805

Études des risques
Streltzov NA et al. Effectiveness of a Self-Management Program to Improve Cognition and Quality of Life in Epilepsy: A Pragmatic, Randomized, Multicenter Trial. Neurology. 2022 May 24;98(21):e2174-e2184. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200346

Étude d'implémentation en Europe
Mameniškienė R et al. The current state of cognitive rehabilitation for individuals with epilepsy and pathways for improvement: a multinational cross-sectional survey of epilepsy specialists. Seizure. 2025 Aug;130:4-10. https://doi.org/10.1016/j.seizure.2025.04.008
Cano-López I et al. Examining the Effectiveness of Neuropsychological Interventions on

Cognition in Patients with Epilepsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuropsychol Rev. 2025 Oct 23. https://doi.org/10.1007/s11065-025-09678-2

Autres publications

Atkinson-Clark E et al. A discrete-choice experiment to elicit preferences of patients with epilepsy for self-management programs. Epilepsy Behav. 2018 Feb;79:58-67. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.11.015
Becker DA. HOBSCOTCH Your Way to Improved Cognition for Patients With Epilepsy. Epilepsy Curr. 2022 Sep 19;22(6):351-353. https://doi.org/10.1177/15357597221120355
Chu FC et al. Clinician and patient readiness to engage with community health workers at epilepsy care centers. Front Neurol. 2025 Apr 15;16:1580655. https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1580655
Dartmouth Hitchcock Medical Center and Dartmouth Hitchcock Clinics. HOBSCOTCH, 2026. https://www.dartmouth-hitchcock.org/hobscotch-institute/research-publications
Escoffery C et al. MEW network self-management program characteristics and lessons learned through the RE-AIM framework. Epilepsy Behav. 2023 Mar;140:109111. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109111
Hopp JL.Beyond Seizures: Can Persons With Epilepsy Play HOBSCOTCH to Take Control? Neurology. 2022 May 24;98(21):873-874. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200106
Kiriakopoulos ET et al. A qualitative analysis of clinician perspectives on community health worker integration at epilepsy centers. Front Neurol. 2025 Apr 9;16:1560077. https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1560077
Kiriakopoulos ET et al. Increasing capacity for epilepsy self-management via a hub and spoke implementation model: Clinician perspectives from epilepsy centers in the United States. Epilepsy Behav. 2026 Mar;176:110865. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2025.110865
Kiriakopoulos ET et al. Real world telehealth delivery of an evidence based self-management education program for people with epilepsy and cognitive comorbidity. Front Neurol. 2025 Jul 4;16:1617539. https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1617539
Lin JJ et al. Uncovering the neurobehavioural comorbidities of epilepsy over the lifespan. Lancet. 2012 Sep 29;380(9848):1180-92. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61455-X
Moncrief GG et al. Self-rated executive dysfunction in adults with epilepsy and effects of a cognitive-behavioral intervention (HOBSCOTCH). Epilepsy Behav. 2021 Aug;121(Pt A):108042. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108042
Prieto S et al. Toward a multimodal model of internalized epilepsy stigma. Epilepsy Behav. 2026 Jan;174:110812. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2025.110812
Quon R et al. Self-management practices associated with quality of life for adults with epilepsy. J Neurol. 2019 Nov;266(11):2821-2828. https://doi.org/10.1007/s00415-019-09503-w

Auteur(s) de la fiche

NPIS (comité scientifique)

Date de création : **13/03/2026**
Date de révision : **08/04/2026**
Version : **V01**

Programme HOBSCOTCH, Référentiel NPIS des INM, Fiche code NPIS-0000000115, Version V01, 2026.

Lien vers la fiche online : cliquez-ici.

Suggérez une amélioration : Rendez-vous sur sa fiche numérique de la plateforme du Référentiel NPIS des INM en cliquant-ici.

Contacter la NPIS
5, rue des Reculettes, 75013 Paris - France
Tél. : +33 (0)1 56 79 17 91
Non Pharmacological Intervention Society - Société savante d'intérêt général à but non lucratif

Nos soutiens

Nos partenaires

Information réglementaire et précaution :
Toute exploitation ou reproduction nécessite une autorisation préalable de la NPIS. Toute référence et toute citation doit faire mention du Référentiel NPIS des INM.

Le lecteur reconnait utiliser ces informations sous sa responsabilité exclusive.

La NPIS n'a pas vocation à répondre à des questions sur un cas personnel ou celui d'un proche. Celles-ci doivent être posées à un professionnel de santé. Rien ne remplace la consultation d'un médecin.

La fiche INM contient des liens bibliographiques vers d'autres sources dont la NPIS décline toute responsabilité quant à leur contenu.

Tous droits réservés © 2026 NPIS