

La démarche générale lors du bilan

Annik Charnallet, Eve Tramoni, Caroline Hommet

Le bilan neuropsychologique a pour objectif l'évaluation des fonctions cognitives, mais aussi du comportement des patients. Cette démarche comporte deux étapes : l'entretien clinique et le recueil, au moyen d'épreuves standardisées, de données quantifiées reflétant les capacités déficitaires et préservées. Ce chapitre se propose d'exposer les grandes lignes de la démarche d'évaluation, ainsi que quelques recommandations à l'usage de tous les professionnels intervenant dans le domaine de la neuropsychologie.

Entretien

L'entretien constitue une étape clé de l'examen. Il permet : 1) d'informer le sujet sur l'évaluation ; 2) de recueillir des informations biographiques ; 3) de décrire le plus précisément possible les troubles actuels sur un plan clinique ; 4) de déterminer leurs répercussions au quotidien ; 5) d'avoir une idée du contexte psychologique et médical dans lequel ils interviennent. Ces différentes informations ont toute une utilité spécifique, qui sera brièvement décrite dans le paragraphe « contenu de l'entretien », qui ne prétend toutefois pas à l'exhaustivité (voir,

pour une description détaillée de l'anamnèse en neuropsychologie, « L'anamnèse et l'examen neuropsychologique de base », Seron & Van der Linden, 2000). La conduite de l'entretien et quelques recommandations générales seront ensuite présentées.

Contenu de l'entretien

L'INFORMATION DU SUJET

L'entretien permet d'établir la première prise de contact entre le sujet et le thérapeute. Il doit viser à la mise en confiance et à la réduction du stress et de l'anxiété. La situation d'évaluation neuropsychologique est, pour la plupart des personnes, une situation relativement anxiogène, d'autant plus que les déficits cognitifs, à la différence des troubles somatiques, sont fréquemment vécus comme « honteux », et susceptibles d'un jugement de valeur. Il est courant d'entendre des remarques du type : « vous devez me trouver bête », « j'ai honte de moi », « mes petits enfants feraient mieux que moi », etc. Afin que le patient aborde l'examen dans des conditions optimales, il convient d'essayer au maximum de contrer cette perception des troubles par une information claire. Il est

donc indispensable d'expliquer précisément le but du bilan, sa durée, son contenu, l'utilisation qui sera faite des résultats et, point essentiel, de s'assurer de l'accord du sujet pour participer à l'examen, qu'il est tout à fait en droit de refuser. Il arrive trop souvent encore que des patients se présentent sans avoir aucune idée de la nature de l'examen auquel ils se rendent, même si de gros efforts sont faits depuis quelques années par le milieu médical pour lutter contre cette sous-information.

RENSEIGNEMENTS BIOGRAPHIQUES

On commencera par recueillir des renseignements biographiques relativement neutres : âge, latéralité manuelle, niveau d'éducation et déroulement de la scolarité, situation socio-professionnelle, situation familiale, mode de vie et habitudes culturelles. L'ensemble permet de faire

VIGNETTE 1

L'ÉVALUATION DU NIVEAU PRÉ-MORBIDE

Si la mise en évidence d'un QI de 90 chez un patient enseignant à la retraite permet de soupçonner une perte d'efficacité intellectuelle, elle ne permet, en revanche, aucune conclusion de ce type chez un patient exerçant une profession moins intellectuelle, telle que jardinier, par exemple : celui-ci a en effet pu choisir ce métier car ce QI de 90 reflète son niveau pré-morbide, mais il se peut également qu'il l'ait choisi par goût ou à cause de circonstances de vie, alors que son efficacité intellectuelle antérieure aurait pu lui permettre une autre orientation. Il est impossible, dans de tels cas, d'inférer l'existence ou l'absence de détérioration intellectuelle à partir de ce seul résultat et des investigations supplémentaires sont nécessaires. Il faut donc se garder d'assimiler de façon rigide la profession et le mode de vie au niveau intellectuel et n'utiliser ces indices que dans le cas où il est manifeste qu'ils requéraient de hautes capacités intellectuelles.

des hypothèses sur le fonctionnement cognitif antérieur et d'avoir une idée préliminaire du niveau pré-morbide (vignette 1), ce qui permettra d'évaluer une perte éventuelle d'efficacité par rapport au niveau antérieurement acquis.

DESCRIPTION CLINIQUE DES DÉFICITS

Une fois ces premiers renseignements recueillis, l'entretien a pour but de faire le point sur les difficultés actuelles du patient. La caractérisation précise des troubles est d'une importance capitale, dans la mesure où elle va permettre de formuler de premières hypothèses diagnostiques et d'orienter le contenu de l'évaluation. L'entretien doit donc permettre de cerner la nature des troubles et les conditions de leur survenue. Il est évident que les hypothèses et l'orientation de l'évaluation seront très différentes si un patient se plaint, par exemple, de troubles du langage de survenue brutale ou de problèmes de mémoire d'apparition insidieuse. On se renseignera donc sur les déficits cognitifs ressentis par le patient, leur date de début, leur évolution, ainsi que sur les signes associés, en ciblant les questions sur des aspects évocateurs de certaines pathologies, comme par exemple, la présence de chutes, d'hallucinations, les modifications du caractère, de l'appétit, du comportement, du sommeil.

RÉPERCUSSIONS AU QUOTIDIEN

On s'intéressera aux répercussions des difficultés sur la vie quotidienne, sur deux plans : fonctionnel et psychologique. Au niveau fonctionnel, les répercussions seront éminemment variables d'un patient à l'autre en fonction du degré de gravité des troubles, mais aussi, à degré de gravité égal, du mode de vie. Par exemple, un trouble de l'identification des visages n'aura pas les mêmes conséquences pour un instituteur que pour un informaticien. De fait, la demande de prise en charge sera

différente. En ce qui concerne le degré de gravité, il sera apprécié notamment par une possible baisse d'autonomie dans la vie quotidienne pour des aspects tels que l'aptitude à la conduite automobile, la gestion des comptes ou les capacités de planification des activités quotidiennes.

Au niveau psychologique, les répercussions sont également variables et, à degré égal de sévérité des troubles et du handicap au quotidien, les troubles seront plus ou moins générateurs d'angoisse en fonction de la personnalité antérieure. La possibilité d'une aide psychologique peut alors être évoquée si le vécu des déficits s'avère trop difficile pour le sujet.

CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE ET MÉDICAL

Enfin, il est utile de situer les troubles cognitifs dans leur contexte général, qui pourra parfois amener à nuancer les résultats obtenus au cours de l'évaluation. On se renseignera sur tous les éléments susceptibles d'avoir une influence sur les performances, tels que les traitements médicamenteux, la prise de toxiques, l'existence d'autres pathologies éventuellement génératrices de fatigue et, point important, sur l'état psychologique du patient au moment de l'évaluation. Un état dépressif, mais également des états plus transitoires de stress ou d'anxiété, réactionnels à la maladie ou directement liés à la situation de test, sont des facteurs susceptibles de faire chuter de façon notable les performances et seront à prendre en compte ultérieurement dans l'interprétation des résultats.

En plus de permettre le recueil de toutes les informations que nous venons d'énumérer, il faut souligner que l'entretien constitue également, à travers l'analyse des signes cliniques manifestes dans la conversation avec le patient, une première approche de son fonctionnement cognitif actuel. Le clinicien pourra, par exemple, apprécier :

Vignette 2

EVALUATION DANS LE CADRE D'UN ÉTAT D'ANXIÉTÉ MAJEUR

Une femme de 58 ans, consulta pour des difficultés mnésiques apparues depuis environ 6 mois. Deux semaines avant l'évaluation cognitive, la sœur de la patiente, victime d'un accident vasculaire cérébral, décédait. Compte tenu de l'état d'anxiété majeur dans lequel elle se trouvait, seul un bilan très sommaire fut proposé. Ce dernier montrait des performances très déficitaires. L'examineur proposa de la revoir un mois plus tard et le bilan mit alors en évidence des performances dans les normes.

- a) les capacités linguistiques : le patient comprend-il correctement les questions ? s'exprime-t-il de façon fluente ou, au contraire, réduite ? son discours est-il cohérent ? existe-t-il des épisodes de manque du mot ?
- b) la mémoire : l'évocation des faits autobiographiques anciens est-elle satisfaisante ? Le sujet parvient-il sans problème à évoquer le parcours récent qui l'amène à cette évaluation ? A-t-il tendance à oublier les consignes ?
- c) les fonctions exécutives : les capacités d'attention/concentration semblent-elles préservées ? Le sujet a-t-il tendance à persévérer ?
- d) le comportement : l'attitude est-elle adaptée ou traduit-elle une désinhibition ? Le sujet est-il irritable, agressif ?
- e) l'humeur.

Ces différents signes cliniques peuvent être utilisés en complément de la description des troubles pour évoquer des hypothèses quant à la pathologie sous-jacente et permettent d'orienter l'évaluation en fonction de ces hypothèses, mais

également en fonction des tests praticables et de leur intérêt pour le patient. Par exemple, il sera peu pertinent d'évaluer la mémoire par le test du RL/RI-16 chez un patient présentant un manque du mot marqué, ou encore l'administration de tests à consignes complexes tels que le Wisconsin sera à éviter en cas de troubles de la compréhension manifestes dans la conversation courante...

Conduite de l'entretien et considérations générales

Après avoir informé le patient sur le contenu et les buts de l'évaluation et recueilli les informations biographiques et socioculturelles, la description des troubles et de leurs répercussions sera abordée par une question très générale et très ouverte qui laissera le patient exposer librement sa perception des problèmes. La demande peut être, par exemple, « *qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* ». Dans un second temps, on complètera avec des questions ciblées, en cherchant à déterminer s'il peut y avoir des renseignements utiles que le patient n'aurait pas fournis spontanément.

L'entretien présente fréquemment des limites intrinsèques à la pathologie. Les raisons de cette limitation peuvent être variées. Des déficits cognitifs tels que des problèmes de mémoire ou de langage peuvent diminuer la fiabilité des informations fournies par le patient. L'anosognosie peut également limiter la pertinence des renseignements et, à l'inverse, une sensibilité exagérée aux déficits, telle qu'on peut la rencontrer dans les états anxieux, peut conduire à une dramatisation des déficits. Enfin, dans un autre registre, des mécanismes de défense face aux déficits ou un désir de « donner le change » peuvent amener certains sujets à minimiser ou à tenter de justifier leurs déficits par des argu-

ments tels que « je n'ai jamais eu une bonne mémoire », « j'ai toujours été nul en calcul », « mes lunettes ne sont plus à ma vue »...

VIGNETTE 3

DE L'IMPORTANCE D'EMBLÉE DE L'ANAMNÈSE

Un homme de 61 ans, est adressé par son médecin traitant : « merci de pratiquer un bilan de mémoire. Celui-ci n'a plus d'activités. Il oublie beaucoup. Il a des soucis importants (commission de surendettement) et sera accompagné par son ex-femme qui rapporte qu'il a toujours été bizarre ». Le patient est vu seul pendant un premier temps. Le MMS est à 28 (nous ne détaillons pas l'ensemble des tests). La présentation clinique : apathie, comportement de préhension des objets qui sont sur le bureau, écholalie, absence de distance, anosognosie fait d'emblée évoquer un diagnostic de DFT possible que le discours de l'épouse va corroborer. Dès le début, le sujet nous apprend que son père « est mort chez les fous » vers 60 ans. Le père est l'aîné d'une fratrie de 7 enfants. Il serait décédé, ayant toujours été bizarre, après une chute d'un arbre à l'adolescence. L'épouse, vue seule, explique que le psychiatre avait dit à l'époque que le père « faisait de la démence pré-sénile » mais « personne n'en parle ». Surtout, elle explique que dans la famille, il y a des maladies, deux frères ont eu la maladie de Charcot et une sœur est bizarre depuis plusieurs années. Ces éléments sont primordiaux pour l'élaboration du diagnostic. Il est très important de prendre *d'emblée* en compte dans le discours de la première consultation que l'épouse est convaincue (plus que le médecin) de la nature neurologique du problème et avec déjà la question : est-ce héréditaire ? De plus, il est important de voir que le sujet, malgré un niveau global correct, a une anosognosie (ou un déni) ce qui sera à prendre en compte dans l'explication des bilans à venir et notamment d'une possible étude génétique dont le consentement doit être « éclairé »... Un temps à deux est proposé à l'issue de l'anamnèse pour une synthèse et exposer les suites à donner à la consultation.

VIGNETTE 4

L'ENTRETIEN, UN PAR UN,
UN ESPACE POUR CHACUN DES DEUX...

Un homme, charpentier en retraite, 76 ans, se présente à la consultation avec son épouse, adressé par son médecin traitant : « ...pas d'antécédent médical particulier, hormis une HTA traitée, et un glaucome régulièrement surveillé. La famille, et particulièrement l'épouse (mais également la fille aînée) rapportent des troubles de mémoire depuis 2 ans et moins d'envie de faire les choses. Le patient me semble les minimiser. Il ne me paraît pas déprimé ». Le médecin propose au patient de venir dans le bureau de consultation, seul, demandant à l'épouse de patienter, lui disant qu'un entretien sera ensuite proposé. Le patient est d'emblée à l'aise. Il répond aisément aux questions anamnestiques. Le médecin demande « ce qui l'amène ». D'un sourire entendu, il explique que sa femme et sa fille qui sont « bien gentilles mais qui font des pailles de tout ont dit au docteur qu'il oubliait tout. » Le neurologue lui demande ce qu'il en pense. Il évoque le fait que certes il oublie depuis quelque temps, « à mon âge », mais « qu'elles exagèrent beaucoup ». Le médecin lui demande s'il est néanmoins d'accord de réaliser quelques tests, ce qui est le cas. Le MMS est à 20/30 (le reste du bilan n'est pas détaillé). A l'issue, de ce temps, le neurologue lui demande ce qu'il en a pensé. L'homme dit que « c'était pas bien méchant ». Il précise que « c'est pas tout bon, mais pas tout mauvais ». Le médecin lui fait préciser comment il organise ses journées. Il déclare avoir des activités de jardin et un bel atelier où il bricole. Il lui est demandé ce qu'il penserait d'un bilan complémentaire (prise de sang, scanner) et d'un éventuel traitement. « Il faudra voir avec ma femme ». Enfin, le médecin propose de voir seule celle-ci pour un entretien afin de voir ce qu'elle en pense. Le patient donne son accord : « elle va vous en dire mais vous verrez bien ». L'épouse raconte des difficultés insidieuses et progressives qui évoquent d'emblée une maladie d'Alzheimer. A la question, des journées du patient, elle répond : « il ne fait trop rien,

cela fait six mois qu'il n'a pas bricolé, il va à l'atelier, range un peu les outils, c'est tout. Le jardin, c'est pareil ». Le couple part avec un RV d'imagerie, satisfaits l'un et l'autre, d'avoir eu un temps de parole libre suffisant avec le médecin.

L'entretien avec le patient doit donc, dans la mesure du possible, être complété par le point de vue d'un proche, généralement le conjoint ou un membre de l'entourage le connaissant bien, qui s'avèrera plus fiable dans les cas de figure que nous venons d'exposer et fournira un autre éclairage sur son comportement au quotidien.

Cet entretien avec l'accompagnant doit évidemment se faire avec l'accord du patient. En revanche, il ne semble pas pertinent d'édicter des règles strictes concernant le moment auquel il doit avoir lieu et la présence ou pas du patient lui-même, il est préférable de s'adapter aux différentes situations pouvant se présenter et au savoir-faire des uns et des autres. Par exemple, si le patient n'est vraiment pas informatif et que l'on manque des informations les plus élémentaires, un entretien avec l'accompagnant avant le bilan peut s'avérer nécessaire. Dans d'autres cas, le clinicien pourra préférer évaluer sans présupposés les déficits cognitifs et confronter ensuite ses impressions aux déclarations des proches.

La présence ou pas du patient pendant l'entretien avec l'accompagnant est une question très délicate. Il peut être préférable que cet entretien ait lieu en sa présence, lorsque le comportement ou le discours du sujet laisse évoquer un sentiment de mise à l'écart, mais, en revanche, cette situation peut parfois limiter la portée des renseignements fournis, en fonction de la nature des troubles et, également, en fonction de la qualité de la relation entre les deux personnes. Il est ainsi fréquent de voir des accompagnants hésiter à évoquer des troubles du comportement devant le patient ou, à l'inverse, être exaspérés par les troubles de leur

conjoint qu'ils comprennent mal et tenir à leur égard des propos durs, voire humiliants.

Il n'est pas facile de prévoir ce type de réactions lors des premières consultations. C'est pourquoi il est peut-être souhaitable que le clinicien adopte une conduite *a priori* qui corresponde à son éthique : voir « toujours » l'accompagnant en présence du malade ou « toujours » seul en expliquant au patient l'importance de cet entretien seul avec l'accompagnant. Dans les cas où le patient semble donner son accord avec réticence, un temps de synthèse avec l'accompagnant sera proposé. Ces situations doivent être gérées au cas par cas, en fonction du ressenti du clinicien et l'on peut rappeler, à cette occasion, que dans « neuropsychologue », il y a « psychologue ».

En conclusion, l'entretien amène à aborder des sujets très personnels et doit être conduit avec précaution, dans un lieu permettant la confidentialité et dans une optique de respect de la personne. L'attitude du clinicien doit être compréhensive, ouverte et rassurante et le concept bien connu de « neutralité bienveillante » ne doit pas, à notre sens, empêcher une certaine empathie. Par ailleurs, il semble essentiel de ne pas forcer des résistances et de respecter, si cela est le cas, les réticences éventuelles à se livrer. Il est fréquent que certains sujets, en début d'examen, soient sur la réserve et une certaine flexibilité est indispensable pour différer certaines questions et y revenir au cours de l'évaluation, voire en fin de bilan, quand le contact aura été mieux établi.

L'attitude générale du clinicien dans la conduite de l'entretien nous semble être dictée par la nécessité de s'adapter au patient, à ses attentes et à sa personnalité. Une vignette sur l'anamnèse est disponible dans le chapitre II (vignette 2).

VIGNETTE 5

UN ENTRETIEN, DEUX ENTRETIENS...
TROIS ENTRETIENS :
CELA LIMITE LES DÉGÂTS !

Une femme, mère au foyer, 68 ans est adressée par son médecin traitant : « ... oublie beaucoup, est irritable quand on lui fait remarquer. » Le médecin convie la patiente à venir seule dans son bureau. Elle est participante et informative. Toutefois, elle se dit « très fâchée » de ce que « son mari et sa fille préférée » ont « fait derrière son dos ». Sa mère a eu une maladie d'Alzheimer, « si j'étais folle, je le saurais, pardi ! ». Elle va se prêter à l'entretien et accepter les tests (puis le bilan avec la psychologue « bien que je ne les aime pas beaucoup »). Le MMS est à 22/30 (nous ne détaillons pas l'ensemble de l'entretien et du bilan). La patiente dira à plusieurs reprises : « heureusement, qu'il ne voit pas mes conneries, parce que qu'est-ce que j'entendrais ». A la fin de la consultation, le neurologue explique qu'il va avoir un temps avec le conjoint. La patiente se fâche : « nous y voilà ! Vous voulez lui dire quoi ? ». A la question de savoir si elle s'oppose à cet entretien, sachant que cela est possible mais qu'il nous semble important que l'on puisse s'entretenir avec son mari comme avec elle, librement, elle acquiesce, « en n'en pensant pas moins ». L'entretien se passe avec le mari, épuisé par l'irritabilité de son épouse « qui a si peur de ce qui lui arrive ». Au retour dans la salle d'attente, l'épouse a un air entendu. Un temps d'entretien à trois est proposé : « pour quoi faire ? » dit-elle en suivant le médecin. En fait, ce temps s'avèrera très serein. La dame sera invitée à dire ce qu'elle a pensé de ses tests (« tout n'est pas foutu. ») et le mari dira devant elle qu'il se fait du souci. Le bilan sera accepté ce qui aurait été – nous semble-t-il – plus difficile dans une opposition frontale d'emblée du couple.

Le contenu : le bilan est-il standardisé ?

Le but premier de l'évaluation consiste à objectiver les conséquences d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral sur le fonctionnement cognitif. Il s'agit donc d'établir un tableau aussi exhaustif que possible de celui-ci, incluant non seulement les fonctions déficitaires, mais aussi les capacités préservées. Ainsi, le neuropsychologue va évaluer de façon systématique le fonctionnement mnésique du patient, ses fonctions exécutives, attentionnelles, perceptives et instrumentales. En ce sens, le cadre général d'un bilan cognitif est standardisé. Néanmoins, il n'y a pas de bilan consensuel « type » *et imposer d'emblée l'administration de tel ou tel test serait non seulement contraire au code de déontologie des psychologues, mais constituerait surtout une aberration aux plans clinique et scientifique.* Pour deux patients présentant par exemple une maladie d'Alzheimer, une batterie « standard » peut très bien conduire au constat de l'absence de déficit chez l'un qui présente un niveau socio-éducatif élevé et à un profil évocateur d'une autre pathologie chez l'autre qui présente une forme atypique de maladie d'Alzheimer, à début instrumental par exemple.

Ainsi, le contenu d'un bilan neuropsychologique doit tenir compte de différentes informations/variables issues du dossier médical mais également recueillies au cours de l'anamnèse et tout au long de l'évaluation. Le neuropsychologue devra donc adapter le contenu du bilan en fonction de différents paramètres.

Les types de bilan

Le chapitre III sur les « indications du bilan neuropsychologique » contient une typologie des

divers types de bilan, qui vient utilement compléter celle rapportée ci-dessous.

BILAN À VISÉE DIAGNOSTIQUE

Il devra contenir des épreuves permettant d'estimer de la façon la plus exhaustive possible l'ensemble du fonctionnement cognitif. On cherchera donc en général à évaluer la mémoire, les fonctions exécutives et instrumentales et l'efficacité intellectuelle globale.

L'analyse des résultats devra permettre d'établir une ou plusieurs hypothèses diagnostiques susceptibles d'expliquer les troubles, hypothèses qui seront discutées par la suite au regard des autres examens effectués dans le cadre de la consultation mémoire.

BILAN DANS LE CADRE DE PROTOCOLES DE RECHERCHE

Il est « standardisé » puisqu'une liste de tests est établie en fonction de la question scientifique posée. Tous les patients d'un même groupe passeront donc le même bilan, dans des conditions aussi comparables que possible. Néanmoins, les différences interindividuelles obligent parfois le clinicien à adapter le contenu du bilan. Ainsi par exemple, dans le cadre des maladies neurodégénératives, certaines épreuves ne peuvent plus être administrées à des patients dont l'évolution a été particulièrement rapide.

BILAN DANS LE CADRE D'UNE EXPERTISE

Il ne diffère pas fondamentalement d'un bilan réalisé dans une perspective diagnostique (voir Meulemans & Seron, 2004). Néanmoins, dans ce cadre particulier, il apparaît nécessaire de procéder à une estimation aussi fiable que possible du niveau de fonctionnement prémorbide du patient afin de déterminer l'importance de la perte des capacités due à l'accident. Par ailleurs, dans certains cas il peut s'avérer aussi nécessaire d'intégrer des tests permettant

d'évaluer des comportements de simulation ou d'exagération des déficits (Meulemans, 2003).

BILAN DE SUIVI

Son contenu sera dicté par les tests qui ont déjà été administrés au patient lors du bilan neuropsychologique antérieur. En effet, que ce soit dans le cadre d'un bilan de contrôle (par exemple après une prise en charge pour estimer ses effets) ou d'un bilan évolutif (dans le cadre des maladies neurodégénératives), l'objectif est de pouvoir apprécier l'évolution des performances. Pour ce faire, il est important de tenir compte des effets test-retest et de choisir les épreuves les plus adaptées (par exemple opter pour une forme parallèle d'un test). L'effet test-retest est problématique car il peut s'observer, non seulement lorsque l'on propose au sujet de mémoriser une liste de mots déjà apprise lors de la précédente évaluation mais aussi par la simple familiarisation avec des tâches déjà administrées.

BILAN RÉALISÉ DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE

Il devra contenir des épreuves qui permettent d'explorer le fonctionnement cognitif général mais aussi certaines permettant d'indiquer quels aspects du tableau nécessitent un complément d'examen. En effet, ce premier bilan ne pourra pas fournir d'indications suffisamment précises quant aux composantes spécifiques de traitement qui sont altérées et sur lesquelles pourrait reposer la rééducation cognitive. Pour mener cette dernière, il sera nécessaire d'administrer au patient un ensemble complémentaire d'épreuves explicitement construites en fonction de modèles cognitifs sur lesquels reposent les hypothèses de prise en charge.

Les facteurs liés au patient

SA PLAINTES ET CELLE DE SON ENTOURAGE

L'anamnèse permet d'identifier la nature, l'étendue et l'histoire des plaintes cognitives du patient, mais également de cerner les handicaps et les difficultés d'adaptation dans la vie quotidienne qui en résultent (voir la première partie de ce chapitre). Le clinicien adapte donc le contenu de son bilan en fonction de ces informations. Ainsi évaluera-t-il plus spécifiquement les fonctions linguistiques face à un patient qui se plaint d'avoir des difficultés pour trouver ses mots, et les fonctions visuo-spatiales face à des difficultés pour saisir les objets. Cependant, les plaintes varient considérablement d'une personne à l'autre et dans certains cas elles sont absentes, du fait par exemple d'un manque de prise de conscience, ou parce que le patient n'a pas encore été confronté aux conséquences de ses déficits. Elles peuvent parfois aussi être surexprimées par des sujets très exigeants vis-à-vis d'eux mêmes ou mal exprimées (par exemple, un patient se plaignant de ne plus se souvenir où il met les objets peut, en fait, présenter des troubles visuo-spatiaux). Afin de mieux caractériser les plaintes et leurs répercussions dans la vie quotidienne, des questionnaires d'auto- et/ou d'hétéro-évaluation de la mémoire, de l'attention et de l'anosognosie peuvent être distribués au patient et/ou à la personne proche.

SON NIVEAU SCOLAIRE

Il est important que la sensibilité des épreuves utilisées soit adaptée au niveau socio-éducatif du sujet. Des épreuves trop difficiles conduiront à des effets plancher et pourront entraîner des réactions de stress ; à l'inverse, des épreuves trop faciles entraînent des effets plafond et empêchent d'objectiver la présence du trouble. Par ailleurs, pour des personnes avec

un niveau scolaire très faible ou, au contraire, très élevé, il est important de choisir des épreuves qui disposent de normes adaptées à ce type de population.

SES DÉFICITS, MIS EN ÉVIDENCE AU COURS DE L'ÉVALUATION

Au fur et à mesure de la passation des différents tests, l'examen sera ajusté et complété en fonction des déficits observés. Ceci justifie donc dans un premier temps de sélectionner des épreuves dont la réalisation nécessite la mise en œuvre de plusieurs types de processus informant globalement le clinicien sur l'intégrité des différentes fonctions. Par exemple, de bonnes performances à une épreuve de dénomination suggèrent l'intégrité de certains aspects des processus perceptifs, mais aussi lexico-sémantiques. Au contraire, si un déficit apparaît à ce type d'épreuve, il faudra sélectionner des tests évaluant un seul type de processus (par exemple lexico-sémantique) afin d'identifier le déficit le plus élémentaire susceptible de rendre compte des difficultés observées.

Cette adaptation des épreuves au fur et à mesure implique la prise en compte d'un certain nombre de contraintes relatives notamment à la succession de celles-ci. En ce qui concerne les épreuves à placer en début ou en fin de bilan, leur choix dépendra principalement des exigences qu'elles impliquent sur le plan de l'investissement attentionnel. Il sera ainsi judicieux de réserver pour la fin de la séance les épreuves les moins susceptibles d'être influencées par la fatigabilité. Par ailleurs, au cours de l'évaluation, il faudra éviter les effets d'interférence occasionnés, par exemple, par la présentation d'un matériel verbal (fluences verbales) durant la phase de rétention d'une tâche de mémoire verbale.

SA MOTIVATION ET SA FATIGABILITÉ

Les performances obtenues aux différentes épreuves sont particulièrement sensibles à l'investissement du sujet. Si ce dernier se montre opposant à l'évaluation ou particulièrement fatigué, il faut adapter les tests (choisir ceux dont le temps d'administration est le plus court) sans quoi les résultats seront faussés et les interprétations erronées. Parfois *il est préjudiciable de vouloir « tout » évaluer*. C'est souvent le cas dans les premières années d'exercice de la profession, le clinicien débutant voulant ainsi se rassurer et se donner bonne conscience. Or, il n'est pas nécessaire, par exemple, d'administrer à un patient présentant un syndrome amnésique grave une épreuve d'apprentissage de 16 mots alors qu'il ne peut rappeler après quelques dizaines de secondes une information simple.

L'ÉTILOGIE – LA LOCALISATION DES LÉSIONS

Dans certains bilans l'étiologie est connue, ce qui constitue un élément important pour l'évaluation neuropsychologique. À partir de ses connaissances de la sémiologie associée aux atteintes cérébrales, le clinicien pourra choisir des tests permettant de rechercher des signes habituellement rencontrés dans tel ou tel complexe syndromique. De même, ses connaissances sur les corrélats anatomo-fonctionnels des différentes fonctions cognitives vont permettre au neuropsychologue, s'il a une idée, même relative, de la localisation et de l'étendue des lésions, de rechercher les déficits cognitifs habituellement décrits dans ce type de lésions. Cependant, la spécificité des signes associés à une localisation lésionnelle est loin d'être absolue. Elle est encore souvent mal établie. C'est pourquoi il est important d'évaluer des domaines cognitifs pour lesquels on sait que la probabilité d'observer un déficit est grande. C'est notamment le cas de la mémoire épisodique

dont le fonctionnement est sous la dépendance d'un vaste réseau cérébral (Cabeza & Nyberg, 2000).

En résumé, le contenu du bilan neuropsychologique de base doit répondre à des critères différents qu'il n'est pas toujours simple de concilier : il doit tenir compte du patient, de la demande, couvrir suffisamment de domaines cognitifs, présenter une sensibilité suffisante et ouvrir la piste à des hypothèses quant à la nature des déficits sous-jacents. Pour répondre à ces exigences, le clinicien a notamment besoin de temps. Or, actuellement, il est parfois soumis à des contraintes de rendement (bilans à la chaîne) qui rendent difficiles les possibilités d'adaptation et amènent malencontreusement à une « standardisation » de l'évaluation neuropsychologique.

Quelques questions « éthiques » autour des différents acteurs du bilan

La réalisation d'un bilan neuropsychologique n'est pas un acte anodin pour le sujet et nécessite de sa part un investissement évident, d'autant plus que sa durée dépasse largement celle d'une consultation médicale courante. Certaines considérations éthiques sont évoquées dans le chapitre IX.

Le prérequis à toute évaluation est le plein consentement du patient, qui est tout à fait en droit de refuser le bilan (code de déontologie des psychologues du 22 mars 1996). Ce consentement de principe obtenu, une pleine coopération est indispensable pour que les résultats reflètent

ses capacités réelles et que l'interprétation ne les sous-évalue pas. Cette coopération nécessite que le sujet soit conscient du bien-fondé et de l'importance de l'évaluation, ce qui n'est pas toujours le cas, notamment en cas de non conscience des troubles. Un des rôles de l'examineur est donc de le motiver et de s'assurer de son investissement. De la même façon, tout au long du bilan, le clinicien doit, par son attitude encourageante et ses stimulations, inciter le sujet à utiliser le maximum de ses capacités cognitives.

L'examineur doit se donner les moyens de pouvoir réaliser l'évaluation dans des conditions correctes d'environnement, dans une pièce calme, un cadre rassurant et préservant l'intimité, afin d'obtenir une qualité satisfaisante d'échange. En ce sens, les évaluations au lit du patient dans des chambres doubles sont à éviter, dans la mesure du possible. Le praticien doit garder une attitude bienveillante, tout en sachant réagir à bon escient face à certains comportements, commentaires ou questionnements du sujet. Certaines situations, éminemment variables en fonction du sujet lui-même mais aussi de la pathologie sous-jacente, peuvent être difficiles à gérer et nécessitent des réactions appropriées. Nous en proposons ci-dessous quelques exemples :

- *La situation d'échec* est difficilement évitable, mais doit être gérée de façon à ne pas être trop douloureuse pour le patient. Il est conseillé d'alterner les épreuves mettant l'accent sur les déficits avec des tests que l'on peut supposer facilement accessibles. Dans la mesure du possible, le bilan devra s'achever plutôt sur des épreuves réussies, pour éviter de laisser une impression globale et durable de mise en échec. *Les réactions agressives* (relativement peu fréquentes en pratique) sont généralement motivées par la situation d'échec et doivent

être désamorçées par le clinicien. Dans ce cas, il convient de faire taire ses propres réactions et d'adopter un ton et une attitude d'autant plus calmes que le patient est énervé. Bien souvent, faire expliciter les motifs de l'agressivité et signifier au patient que l'on comprend sa réaction sans la juger suffit à restaurer un climat serein.

- *L'anxiété, voire l'angoisse*, sont des réactions fréquentes en début d'évaluation. Dans cette situation, il est indispensable de prendre le temps de calmer le patient, de lui faire verbaliser ses peurs et de dialoguer. Différer le début de l'évaluation et faire diversion en amenant le patient à parler de sujets familiers comme, par exemple, sa famille, son mode de vie... peut également faire baisser le stress et permettre, par la suite, d'aborder le bilan dans des conditions plus satisfaisantes.
- *Les tests peuvent parfois être vécus comme infantilisants et faire l'objet d'une remise en question* : il arrive fréquemment que le vécu des tests soit exprimé par des propos du type « j'ai l'impression de retourner à l'école », « un bébé saurait faire ça ». Ces réactions justifient d'expliquer de façon précise les déficits que l'on recherche à travers ces épreuves et d'expliquer clairement la différence entre la perturbation d'un processus cognitif particulier et un fonctionnement « infantile ».
- *La demande d'arrêt du bilan* est également une situation à laquelle le clinicien est parfois confronté : dans ce cas, il faut tout d'abord insister et expliquer au patient l'utilité de l'examen pour lui. S'il persiste, il faudra évaluer les motifs de cette demande d'arrêt : souffrance morale, fatigue physique... Proposer des pauses et reporter, dans la mesure du possible, la suite de l'évaluation, peut s'avérer utile,

mais sa volonté devra, bien sûr, être respectée s'il persiste dans son refus.

Nous n'énumérerons évidemment pas de façon exhaustive toutes les situations délicates pouvant se présenter. Dans tous les cas, leur résolution nous semble passer par les mêmes réactions de la part de l'expérimentateur : compréhension, explication et respect de la décision – au sens de l'autonomie de décision – du patient.

Pour terminer, les bonnes pratiques de la neuropsychologie clinique passent par un apprentissage encadré via un « tuteur » en la personne du professionnel. Dans le domaine de la santé en général, *le nombre de stagiaires est important*. De ce fait, les cliniciens seniors qui sont les tuteurs de ces stagiaires en formation, doivent respecter des règles qui font souvent appel au bon sens plus qu'à des recommandations. Le nombre de stagiaires doit être limité (un ou deux au maximum) et les étudiants doivent être parfaitement informés qu'ils sont soumis au secret médical, au même titre qu'un professionnel en exercice. Le consentement à leur présence au cours de l'évaluation doit être recueilli auprès des patients, qui pour la plupart, sont conscients de la nécessité de formation des plus jeunes et ne formulent aucune objection. Toutefois, en cas de refus ou simplement de réticences, la volonté du patient devra être respectée. Imposer un stagiaire nuirait à l'instauration du climat de confiance et serait préjudiciable à l'évaluation.

Pour conclure, le message que nous souhaiterions transmettre est que la rigueur et la précision nécessaires à l'évaluation neuropsychologique ne doivent pas pour autant impliquer une démarche rigide, mais sont, au contraire, totalement compatibles avec une certaine flexibilité. Le bilan neuropsychologique est une situation

d'interaction entre le patient et l'examineur, dont les capacités de compréhension et d'adaptation sont les meilleurs garants de la fiabilité des résultats obtenus.

Références

- Code de déontologie des psychologues du 22 mars 1996. <http://www.sfpsy.org/-Deontologie-et-Ethique-de-la-.html>
- CABEZA R, NYBERG L. (2000). Imaging cognition II: An empirical review of 275 PET and fMRI studies. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 1-47.
- MEULEMANS T. (2003). L'évaluation des troubles de la mémoire dans le cadre de l'expertise médico-légale. In T. MEULEMANS, B. DESGRANGES, S. ADAM & F. EUSTACHE (Eds), *Evaluation et prise en charge des troubles mnésiques* (pp. 249-266). Marseille : Solal.
- MEULEMANS T, SERON X. (2004). L'examen neuropsychologique dans le cadre de l'expertise médico-légale. In *Pratiques psychologiques, Evaluation et diagnostic*. Mardaga.
- SERON X, VAN DER LINDEN M. (2000). L'anamnèse et l'examen neuropsychologique de base. In *Traité de neuropsychologie clinique*. Marseille : Solal.

Points forts du chapitre

- ⇒ L'entretien avec le patient constitue une étape-clé de l'examen. Il ne doit pas être négligé, et doit être conduit avec un grand sens clinique.
- ⇒ L'entretien avec l'accompagnant est encouragé chaque fois que possible mais doit être conduit après information préalable du patient.
- ⇒ Le but de l'évaluation cognitive est d'établir un tableau aussi exhaustif que possible du fonctionnement cognitif du patient, incluant non seulement les fonctions déficitaires, mais aussi les capacités préservées.
- ⇒ Il existe différents types de bilan, qu'il faut connaître et utiliser à bon escient.
- ⇒ La rigueur et la précision nécessaires à l'évaluation neuropsychologique ne doivent pas pour autant impliquer une démarche rigide, mais sont, au contraire, totalement compatibles avec une certaine flexibilité basée sur l'expérience clinique.