

Master1 pathologies du langage et de la communication.

Module : Neuropsychologie et prise en charge.

Enseignant : HADBI.

Cours 2 : l'orientation du bilan neuropsychologique.

Le premier contact avec le patient est une étape importante pour le déroulement de la suite de la rééducation, le thérapeute veillera et aura pour objectif de cerner la demande, de prendre connaissance de l'histoire du patient et des troubles qui l'ont amené à consulter. Tous ces éléments doivent figurer dans le bilan neuropsychologique, ceux qui favorisera l'orientation de la rééducation et l'interprétation des résultats obtenus.

1)- La demande :

Identifier la source d'où émane la demande est très importante pour apprécier le degré d'implication du patient, même, si généralement l'enfant consulte à la demande d'une tiers personnes qui aura remarqué une anomalie de nature cognitive chez le patient. Le bilan neuropsychologique est souvent réclamer soit par le médecin traitant, ce dernier voudra sans doute apprécier la performance du patient dans des domaines précis. Soit par l'enseignant ou l'EDS. Dans tous les cas, la demande permet de vérifier ce qu'on exige du thérapeute et orientera le choix de la méthode et des outils qu'il utilisera par la suite.

En effet, il peut arriver que les parents ne cernent pas le problème, et décrivent des symptômes qui sont loin du centre d'expertise du thérapeute, dans ce cas, il veillera à expliquer son rôle et le but de sa démarche pour que les parent coopèrent avec lui et fassent de leur mieux pour l'aider. Ce contact avec les autres intervenants est toujours informatif et judicieux. La motivation de cet examen est variée, généralement c'est l'entourage de l'enfant qui remarque une anomalie dans son développement, et voudra savoir la nature de cet déficit est les solutions envisageables pour aider l'enfant.

Cette intervention peut être une prise en charge neuropsychologique ou orthophonique, parfois, une orientation scolaire peut être discutée

(redoublement d'année, changement de spécialité, orientation vers un établissement d'enseignement spécialisé...). Le bilan pourra aussi conduire à la proposition d'une psychothérapie (individuelle ou familiale), de guidance parentale ou bien vers la consultation d'autres spécialités.

Dans d'autres cas, le bilan neuropsychologique fait partie d'un suivi multidisciplinaire d'enfants nés avec des risques particulières de troubles cognitifs. Il peut s'agir d'enfants présentant un trouble génétique, nés prématurément, souffrant d'épilepsies, ou présentant des troubles métaboliques... Le bilan peut aussi être sollicité pour évaluer des traitements médicamenteux (tels que des psychostimulants pour améliorer l'attention, les effets secondaires des antiépileptiques...). Aussi, dans certains pays il est réclamé dans les affaires d'expertise légale pour évaluer les séquelles d'un accident pour que la victime soit remboursée, le thérapeute compare les performances pré-accident avec ses prouesses actuelles (post-accident). Dans le cas où le patient est un enfant il faut faire attention à son développement, et cela en le comparant à un groupe témoin, en effet, les séquelles accidentelles peuvent affecter le développement cognitif et intellectuel du patient et retarder ainsi son développement. Par conséquent, des examens réguliers jusqu'à la fin de l'adolescence sont nécessaire avant de consolider le dossier.

Parfois, la demande n'est pas réaliste et ne correspond pas à ce que le thérapeute peut offrir. Dans ce cas, il est important d'expliquer à la famille les limites de notre intervention, et si nécessaire, les réorienter vers d'autres types d'intervention plus appropriés.

D'un point de vue pratique, l'entretien commence très souvent par une discussion avec les parents de l'enfant. Le thérapeute peut compléter (et c'est souhaitable) le bilan en posant les questions à l'enfant lui-même pour consolider la partie réservée à l'anamnèse. Il arrive que les parents veuillent s'exprimer en privé avec le neuropsychologue sans la présence de l'enfant. Cela se justifie, et parfois est nécessaire, surtout si ils sont anxieux, désespérés, ou dépassés par ce qu'ils vivent avec leur enfant et aient besoin d'exprimer des émotions.

2)- L'entretien :

L'entretien de l'anamnèse doit permettre de décrire le plus finement possible les difficultés de l'enfant pour orienté le bilan. En effet dans la pratique clinique, il est quasi impossible de réaliser un bilan neuropsychologique complet. Les fonctions sélectionnées pour l'évaluation le seront en grande

partie sur base des informations relevées lors de l'entretien d'anamnèse avec les parents et l'enfant. Ainsi, cette partie est très importante et dirigera la suite du bilan, c'est pour cela que les interlocuteurs doivent se sentir à l'aise et peuvent en toute quiétude parler des difficultés de l'enfant.

Lors de l'entretien le thérapeute doit essayer de cerner le(s) problème(s) que rencontre(nt) l'enfant, dans cette première phase le thérapeute jugera peut être nécessaire de se demander : Pourquoi cette famille vient en consultation ? Par cette démarche il pourra mettre le doigt sur la source du problème, et identifiera l'habilité qui fait défaut, ou la nature du dysfonctionnement. Par exemple, une plainte en termes d'oubli « Sofia oublie tout, je lui demande quelque chose et deux minutes après, elle a déjà oublié, elle part à l'école sans sa trousse, elle revient sans son manteau... ». Ici le thérapeute pourra suspecter soit un trouble mnésique ou attentionnel. L'un et l'autre peuvent être décrits plus précisément. (Est-ce qu'il se rapporte plutôt à du matériel verbal ou visuel ?) Pour cerner le type de matériel déficitaire, on peut demander à la patiente citée précédemment, est-ce qu'elle a des difficultés de fixer le nom des personnes versus de reconnaître leur visage ? S'il apparaît dans des situations de mémoire à court terme ou à long terme, Est-ce que l'enfant oublie les choses qu'on lui dit lors d'une conversation ou plutôt ce qui s'est passé hier ? Au niveau de la mémoire rétrospective ou prospective (ne plus se souvenir de la date des examens versus monter dans sa chambre chercher un cahier et ne plus s'en souvenir une fois arrivé là).

De la même manière, on peut imaginer une situation (qu'on appellera situation 1) un trouble attentionnel sera précisé, pour déterminer est-ce qu'il s'agit du matériel du type visuel ou auditif ? (écouter le professeur tout en recopiant au tableau ou trouver l'erreur sur une image). Il s'agira également de préciser si les difficultés se rapportent à un contexte spécifique (à l'école, à la maison...) ou bien s'observe quel que soit le contexte mais dans des situations déterminées (par exemple, en classe mais pas à la récréation, à la maison quand l'enfant fait ses devoirs mais pas quand il joue avec ses amis).

Il est également important d'entendre l'interprétation que la famille donne au problème, les démarches que les parents ont déjà entreprises par rapport à cela (qui ont-ils consulté, quels ont été les résultats ?) et les stratégies éventuelles qui sont utilisées par l'enfant ou les parents pour alléger le problème.

Le caractère évolutif des symptômes doit également être abordé. Par exemple, (situation 2) un retard de langage, apparu depuis la petite enfance et persiste jusqu'à maintenant. Ou l'enfant qui présente un profil hyperactivité décrit vif depuis toujours, même, lorsqu'il était tout petit. Dans d'autres situations, au contraire le problème est apparu à un moment bien précis. Il s'embles qu'il y a eu un « avant » et un « après » qui se définissent autour d'un événement marquant : une chute, un accident de la route, la mort tragique d'un parent...

Enfin, en situation 3, il arrive qu'on assiste à une régression progressive de l'enfant. Par exemple, l'enfant parlait normalement et puis du jour au lendemain s'est mis à parler de moins en moins et avec de plus en plus de difficultés, ou bien il écrivait bien mais progressivement son écriture à commencer à changer, et aujourd'hui elle ressemble plus à des gribouillis.

Dès que les parents exposent la situation de leur enfant, le thérapeute, en même temps, essaye de situer le profil du patient, puisque ces distinctions sont très importantes et permettent d'orienter le bilan. La première situation suggère que l'enfant souffre de troubles développementaux, Tandis, que la deuxième situation, fait souvent référence à des troubles acquis ou à des réactions psychoaffective. Par contre, la troisième situation s'avère être liés à des atteintes cérébrale, telle des tumeurs, des pathologies dégénératives de l'enfant...

Ce premier exposé permettra au thérapeute, de cerner les grandes lignes des troubles de l'enfant, mais ne sont pas suffisant en soit, il faudra une analyse plus profonde des capacités et des déficits du plaignant, c'est pour cela que le thérapeute posera des questions pour savoir si l'enfant à des difficultés dans d'autres domaines cognitifs, par exemple pour évaluer le langage, il pourra demander aux parents, Comment l'enfant parle-t-il, est-il compris facilement par son entourage ou seulement par ceux qui le connaissent ? Si, il veut apprécier les fonctions mnésiques, il posera une question relative à ce sujet, telle que : L'enfant est-il souvent dans la lune, oublie-t-il régulièrement ses effets personnels, peut-il rester concentré dans une tâche acariâtre ? L'enfant retient-il facilement ses cours, les noms des amis, les trajets ? Le loisir de l'enfant est aussi une source très importante d'information, c'est pour cela que le thérapeute veillera à aborder le sujet avec les parents, puisque un enfant évitera les loisirs où il se sent mal à l'aise, par exemple, un enfant avec des visuo-spatiaux se montrera rarement intéressé par le dessin, les puzzles...

Il peut arriver aussi que des lésions cérébrales modifient les loisirs de la victime. Un enfant qui avait l'habitude de lire avant un accident, ne pourra plus se souvenir du chapitre précédent, et perdra l'envie de passer du temps devant un bouquin. Ce changement est très informatif et suggère souvent l'apparition d'une lésion qui handicapera la fonction utilisée généralement pour effectuer son loisir.

Lors de l'anamnèse, il est également important de décrire l'état actuel de l'enfant. Comment dort-il (insomnies, cauchemars, fatigue perpétuelle) ? Est-ce qu'il a des problèmes d'appétit ? A-t-il des problèmes médicaux au moment où il consulte ? En effet, des maladies telles que les troubles de la thyroïde, des troubles psychoaffectifs et des médicaments tels que les psychostimulants ou les antiépileptiques peuvent avoir des effets négatifs sur les capacités cognitives de l'enfant.

Le thérapeute examinera aussi, l'histoire du développement de l'enfant, y compris aux niveaux médical, scolaire et psychoaffectifs, puisque chez l'enfant l'affectif et le cognitif est étroitement liés. Des problèmes d'attention, d'agitation, d'opposition ou encore d'apprentissage peuvent être liés à une problématique affective.

La place donnée à un aspect de l'entretien pourra varier suivant les cas, Par exemple, un bilan neuropsychologique chez un enfant qui a subi un traumatisme crânien ne nécessitera sans doute pas une analyse approfondie de l'histoire affective de l'enfant. En revanche, un enfant qui se présente pour des problèmes d'inattention associés à de l'hyperactivité exigera une analyse plus détaillée de la structure familiale de l'enfant.

Enfin, l'observation de l'enfant et de sa famille est très importante, Ainsi, le thérapeute pourra apprécier le type de vocabulaire et de syntaxe qu'emploie l'enfant. La manière dont l'enfant interagit avec le thérapeute (contact visuel ou regard fuyant, enfant trop familier ou réservé, calme ou agité) permet de voir la personnalité de l'intéressé. Il est également sage de noter la manière dont se passent les interactions parents-enfant, d'observer l'apparition éventuelle de comportements déplacés de la part de l'enfant et la manière dont les parents réagissent ou non à ces comportements. Il est intéressant aussi de voir si l'enfant prend part à la discussion, donne son avis ou est invité par les parents à le donner.

3)- L'orientation du bilan :

Généralement le neuropsychologue travail avec un bilan de base comportant une évaluation des fonctions cognitives majeures. Cet arsenal sera néanmoins réajusté selon les données collectées lors de l'anamnèse. Il s'agira ainsi d'accorder une importance particulière à l'examen des fonctions correspondant au problème mentionné, et celle qui peuvent être fréquemment associés au problème rapporté. Cette adaptation ne doit pas se faire au détriment des autres fonctions cognitives majeures, de manière à ce que l'anamnèse contamine le moins possible l'évaluation des autres fonctions cognitives par le problème rapporté par le patient. Ainsi, dans le cas d'un enfant avec un problème de langage, le bilan neuropsychologique devra prévoir un maximum de tests non verbaux. Et dans le cas d'une pathologie acquise ou génétique, le thérapeute adaptera son bilan selon les troubles cognitifs liés au type de lésion cérébrale affectant l'enfant.