**Objectifs et exigences de l'évaluation neuropsychologique**

 Tout examen neuropsychologique doit répondre à un nombre de questions dont l'importance varie selon les cas à évaluer. D'un point de vue général, les réponses à ces questions deviennent les objectifs de l'évaluation :

 - L'examen neuropsychologique doit permettre de se prononcer sur **le caractère organique de l'altération comportementale**. L'importance de cet objectif est centrale dans les cas où le neuropsychologue est appelé à examiner des patients pour lesquels, même avec l'apport de l'imagerie cérébrale, il est difficile de savoir s'il existe une altération de la structure cérébrale. Les exemples les plus fréquents concernent la plainte mnésique subjective chez le sujet autour de la soixantaine (s'agit-il des symptômes prodromiques de la maladie d'Alzheimer ?) et des plaintes diverses et importantes chez le patient ayant subi un traumatisme crânien léger. Dans ce dernier cas de figure, aucun examen physique ne s'est révélé concluant. Cependant, les patients se plaignent de manière relativement homogène de maux de têtes, de manque de concentration, d'irritabilité, de sensations de vertige avec un repli sur soi entraînant un isolement social. L'avis du neuropsychologue, comme dans le cas précédent, est indispensable.

 - Bien que la préoccupation du neuropsychologue se centre, essentiellement, sur la sphère cognitive, un deuxième objectif est celui de se prononcer sur l'impact de la lésion sur l'humeur du patient. À partir des observations réalisées en cours de séance d'évaluation, le neuropsychologue sera en mesure soit de conseiller au patient de consulter un autre professionnel (psychiatre ou psychologue, selon le cas), soit de suggérer au neurologue de le faire. Plus concrètement, concernant son évaluation, le neuropsychologue sera en mesure d'arriver à des conclusions plus complètes, tenant mieux compte des résultats car l'humeur dépressive peut avoir une influence négative sur plusieurs tests cognitifs.

 - Le troisième objectif de l'examen est en fait une des spécialités de la neuropsychologie clinique depuis des décennies, il s'agit de l'appréciation des effets possibles, secondaires à la neurochirurgie sur les capacités cognitives. Le cas le plus récurrent est celui des patients souffrant d'une épilepsie pharmaco-résistante du lobe temporal médian et pour qui le seul traitement fiable pour soulager les crises, est la chirurgie. Étant donné la localisation du foyer épileptogène (lobe temporal médian), et donc de l'exérèse (qui s'étend sur le néocortex temporal latéral), il est nécessaire d'évaluer le langage et la mémoire après l'opération.

 - Le dernier but de l'évaluation cognitive que nous mentionnons ici concerne la rééducation du patient. Il s'agit de dresser un bilan des conséquences générales des déficits cognitifs, ce qui requiert une observation clinique dans des contextes divers de la vie quotidienne. Le bilan inclut une description des effets invalidants de la lésion dans la vie de tous les jours, aussi bien dans la sphère professionnelle ou de formation que dans les relations familiales et sociales.

 Quant aux exigences de l'examen des fonctions cognitives, nous verrons d'abord l'attitude du neuropsychologue clinicien et nous aborderons ensuite les conditions préalables qui doivent être présentes chez le patient.

 L'interaction patient-neuropsychologue ne devrait en aucun cas rappeler celle qui se joue entre l'instituteur et l'enfant. Le professionnel qui exerce la neuropsychologie clinique a pleine conscience d'interagir avec une personne adulte qui souffre d'une des affections les plus stressantes auxquelles l'être humain puisse être confronté, la lésion cérébrale. Le respect implique, entre autres, un refus d'infantiliser l'adulte malade. L'attitude doit être suffisamment chaleureuse pour que le patient sente un climat d'empathie lui permettant de « faire de son mieux ». Si l'examen des patients cérébro-lésés ne se réalise pas avec ce préalable, le profil neuropsychologique obtenu n'offrira pas les garanties nécessaires aux conclusions utiles. Nous sommes, en effet, dans un domaine de l'évaluation où certaines attitudes du neuropsychologue, telles qu'une distance ou une froideur ou des signes d'impatience, ont une influence négative sur la performance cognitive du patient. (Nous avons eu l'occasion de constater l'anxiété de certains patients à l'idée de « subir » encore une évaluation car ils avaient été négativement marqués par une séance de tests préalable où la jeune neuropsychologue s'était montrée excessivement froide et impatiente).

 Par ailleurs, le neuropsychologue doit faire un effort de clarté et de concision lors de la transmission des consignes de tests. Comparons deux manières de présenter un même test (Test de mémoire de reconnaissance des visages de Warrington, 1984) :

 - « Nous allons faire un test de mémoire. Regardez attentivement ces visages, s'il vous plaît, et dites-moi si vous les trouvez sympathiques ou non. Vous aurez à les reconnaître tout de suite après. On commence ? ». Ces consignes seront suivies d'indications très précises (à différents moments et selon le besoin de chaque patient), afin d'assurer un suivi en tout point correct des consignes.

 - Exemple à ne pas suivre : « Ce petit test n'est pas trop difficile, c'est un test de mémoire de reconnaissance. Je vous demanderai d'aller très vite parce que je vais vous présenter chaque visage pendant seulement 3 secondes. Il faudra bien les regarder et essayer de vous en souvenir. Dans un premier temps, je vais vous montrer 50 visages, un par un, et à vous de me dire pour chacun s'il est sympathique ou antipathique, comme ça vous ne serez pas distrait. Dans la deuxième partie du test, vous allez voir les visages que je vous ai déjà montrés avec des distracteurs... ». Des commentaires superflus dans la transmission des consignes, tels que l'illustre abondamment le deuxième exemple, n'aident pas le patient, le fatiguent, génèrent des confusions et ont donc un effet négatif sur sa performance.

 Nous abordons à présent les trois réquisits qui concernent le patient et dont le neuropsychologue doit vérifier la présence, lors de l'entretien initial avec le patient et, si nécessaire, avec un de ses proches. Ces trois points sont suffisamment importants pour que l'absence de l'un ou l'autre empêche la réalisation de l'examen ou invalide les résultats (par manque de connaissance ou d'expérience, par inadvertance jusqu'à la fin de la séance, etc.).

 Tout d'abord, il ne suffit pas de s'assurer que le patient ne souffre pas d'un état confusionnel, il faut qu'il soit en mesure de maintenir un niveau d'attention suffisant pour comprendre et suivre les consignes ainsi que pour réaliser les tests. La durée des séances est très variable, pouvant aller de 5 à 10 minutes dans des cas d'extrême fatigue du patient, jusqu'à 3 heures pour une évaluation complète. Dans tous les cas qui dépassent 30 à 45 minutes, il est nécessaire d'introduire des pauses. Le nombre de pauses dépend de la durée de concentration dont le patient est capable. Un neuropsychologue expérimenté et maîtrisant les tests est en mesure d'observer attentivement son patient et d'apercevoir ses éventuels changements attentionnels. Cependant, il est conseillé de proposer des pauses, même en l'absence de signes de fatigue, en expliquant au patient que ses résultats seront plus fidèles si sa concentration est bonne. La fatigue est une des raisons constantes du manque de concentration. Toutefois, il existe bien d'autres causes à propos desquelles il faut également se poser des questions, dans le cas où le patient ne les exprimerait pas spontanément. La douleur, notamment les maux de tête, de fortes préoccupations associées à l'anxiété et/ou à une humeur dépressive et le manque de sommeil sont les causes les plus fréquemment évoquées du manque de concentration. Il existe encore une autre raison, moins évidente mais toute aussi importante, c'est la peur de constater l'échec. Certains patients ressentent cette crainte plus que d'autres mais ils sont tous, à un moment ou à un autre, confrontés à ce sentiment puisque l'examen vise, justement, les faiblesses et les déficits des fonctions cognitives.

 Il est également important de s'assurer que le patient comprend les consignes et qu'il est physiquement en mesure de réaliser les tests. Les patients qui ont des difficultés de compréhension verbale peuvent être aidés par l'utilisation de matériel non-verbal et parfois par le fait d'imiter des gestes de l'examinateur. Ainsi par exemple, si l'examinateur copie une figure géométrique et la reproduit sans le modèle, le patient peut souvent réaliser les mêmes activités dès que l'on place une autre figure géométrique à reproduire devant lui. Des patients moins atteints peuvent poser, cependant, autant de problèmes, par le fait qu'il n'existe pas de test « pur » en neuropsychologie et que la réalisation d'un test s'appuie toujours sur plusieurs fonctions. Par exemple, un niveau culturel modeste du patient entrave sa compréhension de certains mots présents dans un test de « mémoire logique », qu'il doit rappeler le plus fidèlement possible. Le rappel de toute l'histoire sera compromis et le résultat déficitaire reflétera non pas un trouble mnésique, mais une compréhension fragile du vocabulaire. Chez d'autres patients encore, la compréhension sera bonne mais d'autres facteurs rendront le test inutilisable, c'est le cas, par exemple, du patient qui ayant bien compris les consignes pour la copie et la reproduction d'une figure complexe, sera dans l'incapacité de réaliser le test à cause de troubles visuels non corrigés par ses lunettes.

 La troisième exigence concerne la motivation. En dehors des cas où la lésion provoque directement une perte d'initiation de l'action (voir chapitre 8), le manque de motivation peut s'avérer plus difficile à évaluer puisque plus « fuyant ». En effet, des performances faibles ou déficitaires peuvent être imputées, tout naturellement, à la difficulté des tests proposés. Comment s'aperçoit-on qu'il s'agit d'un manque de motivation ? L'expérience montre que la prise en compte globale du profil cognitif recueilli chez un patient démotivé, présente quelques éléments contradictoires. Un exemple très basique est celui du patient qui obtient un score faible à l'empan chiffré en ordre direct mais un bon résultat en ordre inverse. La manipulation mentale de chiffres qui conditionne la réussite de la tâche en ordre inverse implique obligatoirement une répétition exacte des chiffres en ordre direct : le résultat montre donc une meilleure motivation pour la tâche qui est plus difficile. Un autre exemple est constitué par une distribution hétérogène des scores à l'échelle supérieure de Matrices Progressives de Raven. Comme son nom l'indique, l'échelle présente une difficulté de plus en plus élevée. Les résultats d'un patient démotivé peuvent montrer par exemple des échecs pour les items 2, 4, 5, qui se trouvent parmi les plus faciles, alors que les items 11 et 12, considérablement plus difficiles, sont réussis.

 Le patient dépressif trouve parfois impossible de fournir l'effort nécessaire à la réalisation d'une tâche cognitive, surtout si elle demande un effort attentionnel. Dans ce cas-là, les tests de mémoire basés sur le rappel libre (voir chapitre 3) sont plus sensibles à l'humeur dépressive que les tests de mémoire de reconnaissance, souvent seuls à fournir des résultats fiables.

 Il existe un problème annexe chez certains patients et souvent dans le contexte des expertises médico-légales. Ce problème consiste en une motivation pour l'échec et ce, pour l'obtention d'un gain secondaire, habituellement économique (attribution d'une pension en fonction d'un taux d'invalidité par exemple). Il s'agit dans ce cas d'un patient « simulateur» (malingering en anglais). Nous indiquons quelques indices qui doivent alerter le neuropsychologue sur une possible simulation. Les tests de mémoire de reconnaissance verbale et non-verbale (Warrington, 1984) demandent une réponse en choix forcé. Il est statistiquement très rare de commettre plus de 50 % d'erreurs et il est statistiquement impossible d'avoir plus de 60 % d'échecs. Lorsqu'elle est constatée, cette « rupture statistique » indique que le patient est capable de choisir l'erreur pour dégrader sa performance. Prenons un autre exemple. Les tests d'amorçage visuel (voir chapitre 3) sont bien réalisés par des patients non-simulateurs, amnésiques profonds (qui ne sont plus capables, entre autres, de se rendre seuls à l'hôpital). Par contre des sujets simulateurs, alors qu'ils se rappellent de leur rendez-vous à l'hôpital et qu'ils viennent, souvent, seuls à la consultation, auront aux tests d'amorçage visuel une performance inférieure à celle des patients réellement amnésiques.

 Les réquisits commentés, qui conditionnent la validité de l'examen neuropsychologique, sont les plus importants mais non pas les seuls, comme nous le verrons dans l'alinéa suivant.