

P S Y C H O   S U P

Sous la direction de  
**Christine Moroni**  
et **Pauline Narme**


# 20 cas cliniques en neuropsychologie

Enfant, adulte et personne âgée

DUNOD

## Illustration de couverture : Franco Novati

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, 2016

5 rue Laromiguière, 75005 Paris  
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-074023-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

---

## Liste des auteurs

---

### Sous la direction de :

Christine MORONI

Professeur de neuropsychologie et de réhabilitation cognitive à l'université de Lille, Laboratoire PSITEC, EA 4072, psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du service d'Exploration Fonctionnelle de la Vision, CHRU Lille.

Pauline NARME

Maître de conférences en neuropsychologie et psychopathologie du vieillissement à l'université Paris-Descartes, EA 4468, psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein de l'unité fonctionnelle Mémoire et Maladies Neurodégénératives (service de Neurologie) du CHU Avicenne (Bobigny).

### Avec la collaboration de :

Philippe ALLAIN

Professeur en neuropsychologie à la Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines de l'université d'Angers, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire – LPPL – UPRES EA 4638, psychologue spécialisé en neuropsychologie au sein du département de Neurologie, CHU d'Angers.

Caroline BACLET-ROUSSEL

Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du centre de Gériatrie de l'Hôpital Sainte-Périne à Paris, docteur en psychologie et chargée de cours à l'université Paris-Descartes.

Serge BAKCHINE

Professeur de neurologie à l'université de Reims-Champagne-Ardennes, service de Neurologie, CHU de Reims, Hôpital Maison Blanche.

Mélanie BARBAY	Neurologue, service de Neurologie, CHU d'Amiens.
Sophie BAYARD	Maître de conférences à l'université Paul Valéry-Montpellier 3, Laboratoire EPSYLON, équipe EVOLVE – EA 4556, psychologue spécialisée en neuropsychologie.
Hélène BEAUNIEUX	Professeur en neuropsychologie à l'université de Caen Basse-Normandie, INSERM, EPHE, Unité U1077.
Céline BOUDEHENT	Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du service d'Addictologie du CHU de Caen, membre de l'équipe de recherche U1077 EPHE, Université de Caen Basse-Normandie.
Marie DE MONTALEMBERT	Maître de conférences à l'université Paris Ouest-Nanterre La Défense, Laboratoire Cognition Humaine et Artificielle, EA 4004, psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Pavillon Marguerite Bottard.
Delphine DELLACHERIE	Maître de conférences à l'université de Lille, Laboratoire PSITEC, EA 4072, psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du service de Neuropédiatrie, CHRU de Lille.
Morgane DEMEULEMEESTER	Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein de la clinique Lautréamont (Loos), docteur en psychologie.
Marisa DENOS	Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Pavillon Marguerite Bottard.
Anne DOE DE MAINDREVILLE	Neurologue, service de Neurologie, CHU de Reims, Hôpital Maison Blanche.
Nathalie EHRLÉ	Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du service de Neurologie,

- CHU de Reims, docteur en psychologie, chercheur (HDR) associée au laboratoire PSITEC, EA 4072 et chargée de cours à l'université de Lille.
- Alexia FEUILLET Psychologue spécialisée en neuropsychologie en activité libérale, chargée de cours à l'université de Lille.
- Tony GARCIA Ophtalmologue, service d'Ophtalmologie, CHU de Reims, Hôpital Maison Blanche.
- Olivier GODEFROY Professeur de neurologie à l'université de Picardie-Jules Verne, service de Neurologie, CHU d'Amiens, Laboratoire de Neurosciences Fonctionnelles FRE 3291.
- Alma GUILBERT Psychologue spécialisée en neuropsychologie, doctorante en neuropsychologie, Laboratoire PSITEC, EA 4072, université de Lille.
- Cécile GUILLAUME Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein de la consultation de mémoire, CH Dron Tourcoing, docteur en psychologie et chargée de cours à l'université de Lille.
- Christophe JARRY Maître de conférences à la Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines de l'université d'Angers, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire – LPPL – UPRES EA 4638, psychologue spécialisé en neuropsychologie.
- Pierre KRYSKOWIAK Professeur de neurologie à l'université de Picardie-Jules Verne, service de Neurologie, CHU d'Amiens, Laboratoire de Neurosciences Fonctionnelles FRE 3291.
- Marie LANGE Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du service de Recherche clinique du Centre François Baclesse, docteur en psychologie.

- Coralie LAZUNNEL Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du service d'Addictologie du CHU de Caen, membre de l'équipe de recherche, U1077 EPHE, Université de Caen Basse-Normandie.
- Justine LECUNFF Psychologue au sein du service de Génétique clinique, CHRU de Lille.
- Johan LE FEL Psychologue spécialisé en neuropsychologie au sein du centre Henri Becquerel, docteur en psychologie.
- Didier LE GALL Professeur en neuropsychologie à la Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines de l'université d'Angers, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire – LPPL – UPRES EA 4638, psychologue spécialisé en neuropsychologie au sein du département de Neurologie, CHU d'Angers.
- Isabelle LEGER-HARDY Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du centre Gustave Roussy.
- Marie-Pierre LEMAÎTRE Neuropédiatre, service de Neuropédiatrie, CHRU de Lille.
- Didier MAILLET Psychologue spécialisé en neuropsychologie au sein du service de neurologie, CHU Avicenne (Bobigny), membre associé au laboratoire PSITEC, EA 4072, université de Lille.
- Martine ROUSSEL Psychologue spécialisée en neuropsychologie au sein du service de Neurologie, CHU d'Amiens, docteur en psychologie, chargée de cours à l'université d'Amiens et à l'université de Lille.
- Catherine THOMAS-ANTERION Neurologue libérale, docteur en psychologie, membre associée au laboratoire EMC, EA 3082, Université de Lyon.
- Jean VAUNAIZE Neurologue libéral, Reims.

---

# Table des matières

---

AVANT-PROPOS (CHRISTINE MORONI ET PAULINE NARME)	1
Pourquoi un ouvrage de cas cliniques en neuropsychologie?	1
INTRODUCTION (CHRISTINE MORONI ET PAULINE NARME)	5
<b>1. Objectifs cliniques de l'évaluation neuropsychologique</b>	7
<b>2. Anamnèse et démarche hypothéticodéductive</b>	9
2.1 Qui est la personne? Quelle est son histoire de vie?	11
2.2 Quelle est l'histoire de la maladie?	12
2.3 Investiguer le vécu psycho-affectif	13
2.4 Observations cliniques et premières indications qualitatives du fonctionnement	14
<b>3. Utilisation d'un test cognitif: aspects psychométriques</b>	16
<b>4. Choix des tests</b>	25
<b>5. Compte rendu</b>	33

## ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

ILLUSTRÉE PAR 4 CAS CLINIQUES CHEZ L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

CHAPITRE 1	ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE D'UNE ADOLESCENTE DE 14 ANS VICTIME D'UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL MODÉRÉ À L'ÂGE DE 5 ANS (SOPHIE BAYARD)	39
<b>1. Introduction</b>		41
<b>2. Contexte de l'évaluation</b>		41
<b>3. Entretien clinique</b>		42
3.1 Anamnèse, antécédents et mode de vie		42
3.2 Plaintes actuelles		43
3.3 Observations et comportements en entrevue		44
<b>4. Argumentation du choix des outils d'évaluation</b>		44
<b>5. Résultats</b>		46
<b>6. Interprétations</b>		50

CHAPITRE 2	ÉTUDE DE CAS PRÉSENTANT UNE DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE EN NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE CHEZ UN ADOLESCENT SOUFFRANT DE TROUBLES RELATIONNELS ET DE LA COMMUNICATION : E. E. (MORGANE DEMEULEMEESTER)	57
<b>1. Introduction</b>		59
<b>2. Démarche diagnostique auprès de E. E.</b>		60
2.1 Anamnèse		60
2.2 Constat clinique, hypothèses de travail et bilan cognitif proposé		62
2.3 Démarche adoptée pour explorer la cognition de E. E.		63
<b>3. Principaux résultats</b>		63
3.1 Observations durant l'évaluation		64
3.2 Analyse qualitative des résultats		65
<b>4. Examens complémentaires</b>		67
<b>5. Conclusion</b>		68
CHAPITRE 3	LA DOUBLE EXCEPTION : CAS D'UN ENFANT À HAUT POTENTIEL INTELLECTUEL PRÉSENTANT UNE DYSLEXIE DÉVELOPPEMENTALE (DELPHINE DELLACHELERIE, JUSTINE LE CUNFF ET MARIE-PIERRE LEMAÎTRE)	71
<b>1. Motif de consultation</b>		73
<b>2. Cas clinique : principaux éléments d'anamnèse</b>		73
<b>3. Examen neuropédiatrique</b>		74
<b>4. Hypothèses diagnostiques</b>		75
<b>5. Bilan psychologique et cognitif</b>		77
5.1 Comportement lors de l'entretien et des tests		77
5.2 Limites de l'approche psychométrique classique		81
5.3 Bilan orthophonique		83
5.4 Bilan en ergothérapie centré sur le graphisme		87
5.5 Conclusion		87
<b>6. Préconisations</b>		87
<b>7. Réflexions sur le cas de Thomas</b>		88



CHAPITRE 4	ÉVALUATION DES CAPACITÉS COGNITIVES D'UNE ENFANT ADOPTÉE À L'ÉTRANGER : APPORT ET INTÉRÊT DE LA NEUROPSYCHOLOGIE (ALEXIA FEUILLET ET CHRISTINE MORONI)	95
<b>1. Anamnèse</b>		99
<b>2. Examens précédemment réalisés</b>		101
2.1	Suivi médical	101
2.2	Prises en charge orthophonique et psychologique	101
2.3	Bilan neuropsychologique initial	102
<b>3. Comportement pendant l'examen</b>		102
3.1	Fonctionnement mnésique	103
3.2	Fonctions attentionnelles	106
3.3	Fonctions exécutives	106
3.4	Fonctions perceptives, visuo-spatiales et sensorimotrices	106
3.5	Fonctions langagières	107
3.6	Synthèse	107
<b>4. Prise en charge neuropsychologique</b>		107
<b>5. Bilan neuropsychologique comparatif</b>		109
5.1	Fonctionnement cognitif global	109
5.2	Fonctionnement mnésique	110
5.3	Fonctions attentionnelles	111
5.4	Fonctions exécutives	111
5.5	Cognition sociale	112
5.6	Synthèse	112
<b>6. Discussion</b>		113
<b>7. Conclusion</b>		114

ÉVALUATION NEURO-PSYCHOLOGIQUE ILLUSTRÉE  
PAR 16 CAS CLINIQUES CHEZ L'ADULTE

CHAPITRE 5	TRANSFERT INTER-HÉMISPHÉRIQUE ET ACTIVITÉ MOTRICE INVOLONTAIRE ( <i>ALIEN HAND</i> ) (CHRISTINE MORONI)	119
<b>1. Cas clinique et anamnèse</b>		121
<b>2. Évaluation d'un syndrome de dysconnexion calleuse</b>		124

2.1	Agraphie de la main gauche	126
2.2	Alexie dans le champ visuel gauche	126
2.3	Anomie tactile de la main gauche	127
2.4	Apraxie idéomotrice de la main gauche	128
2.5	Extinction auditive de l'oreille gauche	128
2.6	Apraxie constructive de la main droite	129
<b>3.</b>	<b>Caractériser le comportement d'AMI de la patiente D. A.</b>	<b>130</b>
CHAPITRE 6	TROUBLES COGNITIFS ET PATHOLOGIES CÉRÉBRO-VASCULAIRES (MARTINE ROUSSEL, MÉLANIE BARBAY ET OLIVIER GODEFROY)	135
<b>1.</b>	<b>Étude de cas 1 : Monsieur C. F.</b>	<b>137</b>
1.1	Quelle évaluation neuropsychologique sera réalisée ?	138
1.2	Interprétation du bilan neuropsychologique	140
<b>2.</b>	<b>Étude de cas 2 : M<sup>me</sup> D. M.</b>	<b>145</b>
2.1	Quelles seraient les hypothèses diagnostiques ?	148
2.2	Résultats des examens complémentaires	149
<b>3.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>149</b>
CHAPITRE 7	NÉGLIGENCE SPATIALE UNILATÉRALE OU TROUBLE NEUROVISUEL ? (MARIE DE MONTALEMBERT)	153
<b>1.</b>	<b>Anamnèse : importance de l'interrogatoire concernant les difficultés visuelles</b>	<b>156</b>
<b>2.</b>	<b>Évaluation neuropsychologique de la négligence spatiale unilatérale</b>	<b>158</b>
2.1	Épreuves visuo-spatiales et visuo-graphiques	158
2.2	Épreuves représentationnelles	161
<b>3.</b>	<b>Diagnostic différentiel trouble visuo-attentionnel (NSU) versus trouble neurovisuel (HLH)</b>	<b>163</b>
<b>3.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>164</b>

CHAPITRE 8	DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DE L'APHASIE PROGRESSIVE PRIMAIRE (NATHALIE EHRLÉ, ANNE DOÉ DE MAINDREVILLE ET SERGE BAKCHINE)	169
<b>1. Cas clinique : anamnèse</b>		171
<b>2. Examen neurologique</b>		171
<b>3. Rappels nosologiques sur les tableaux dégénératifs avec une sémiologie langagière inaugurale</b>		172
3.1 Atrophies lobaires fronto-temporales : deux syndromes et trois sous-types		172
3.2 Paralyse supranucléaire progressive (PSP)		176
3.3 Dégénérescence cortico-basale		176
<b>4. Bilan neuropsychologique de B. J.</b>		177
<b>5. Discussion sémiologique et syndromique du cas</b>		182
5.1 Hypothèse d'une PSP		183
5.2 Hypothèse d'une ALFT		183
<b>6. Évolution</b>		184
<b>7. Conclusion</b>		185
CHAPITRE 9	ÉVALUATION D'UNE APHASIE PRIMAIRE PROGRESSIVE CHEZ UN PATIENT DE LANGUE MATERNELLE KABYLE (DIDIER MAILLET)	187
<b>1. Cas clinique et anamnèse</b>		189
<b>2. Entretien avec l'épouse de M. B.</b>		196
<b>3. Hypothèse diagnostique</b>		197
<b>4. Conclusion</b>		200
CHAPITRE 10	APPROCHE DIAGNOSTIQUE DE L'ATROPHIE CORTICALE POSTÉRIEURE DE BENSON (NATHALIE EHRLÉ, SERGE BAKCHINE, TONY GARCIA ET JEAN VAUNAIZE)	205
<b>1. Cas clinique</b>		207
1.1 Description du neurologue		207
1.2 Anamnèse neuropsychologique		209
1.3 Bilan neuropsychologique		210
<b>2. Tableau clinique de l'atrophie corticale postérieure</b>		215

<b>Retour sur le cas clinique</b>	219
<b>3. Conclusion</b>	222
CHAPITRE 11 ÉVALUATION COGNITIVE D'UNE PATIENTE PRÉSENTANT UNE NÉCROSE HIPPOCAMPIQUE POST-RADIQUE (CAROLINE BACLET-ROUSSEL)	225
<b>1. Cas clinique</b>	227
1.1 Première rencontre: présentation et contexte	227
1.2 Anamnèse	228
1.3 Bilan neuropsychologique	228
1.4 Deuxième rencontre	231
<b>2. Retour sur le cas de M<sup>me</sup> X. et hypothèses</b>	234
<b>3. Conclusion</b>	240
CHAPITRE 12 ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE CHEZ UN PATIENT PRÉSENTANT UNE ÉPILEPSIE PHARMACO-RÉSISTANTE TEMPORALE CANDIDAT À LA CHIRURGIE (MARISA DENOS)	245
<b>1. Étude de cas</b>	247
<b>2. Évaluation neuropsychologique préopératoire</b>	248
<b>3. IRM fonctionnelle Langage et mémoire</b>	256
<b>4. Conclusion des investigations préopératoires et proposition d'intervention</b>	257
<b>5. Évaluation neuropsychologique postopératoire</b>	257
<b>6. Conclusion</b>	261
CHAPITRE 13 ÉVALUATION D'UNE MALADIE D'ALZHEIMER CHEZ UN PATIENT AYANT UNE FAIBLE MAÎTRISE DU FRANÇAIS (DIDIER MAILLET)	265
<b>1. Premier bilan neuropsychologique (avril 2014)</b>	267
1.1 Passation et analyse des tests	268
<b>2. Second bilan neuropsychologique (janvier 2015, soit 9 mois après)</b>	273
<b>3. Examens complémentaires</b>	277
<b>4. Conclusion</b>	280

CHAPITRE 14	COMMENT EXPLORER, DANS UNE CONSULTATION À VISÉE DIAGNOSTIQUE, LES SITUATIONS D'AMNÉSIES DISSOCIATIVES ? (CATHERINE THOMAS-ANTÉRION)	285
<b>1. Situation 1</b>		287
1.1	L'évaluation cognitive	291
1.2	L'évaluation de la mémoire rétrograde « en pratique clinique » : réflexions	292
1.3	L'évaluation de la mémoire rétrograde « en pratique clinique » : l'épreuve des mots indices	293
<b>2. Situation 2</b>		297
<b>3. Situation 3</b>		299
<b>4. Situation 4</b>		300
<b>5. Conclusion et synthèse</b>		301
CHAPITRE 15	ÉVALUATION D'UNE PLAINTÉ MNÉSIQUE NON AUTHENTIFIÉE PAR UN BILAN STANDARD (ALMA GUIBERT ET CÉCILE GUILLAUME)	305
<b>1. Motif de consultation et consultation initiale avec le médecin</b>		307
<b>2. Premier bilan neuropsychologique standard</b>		308
<b>3. Deuxième bilan neuropsychologique standard</b>		309
<b>4. Bilan neuropsychologique approfondi</b>		311
<b>5. Interprétation de ces difficultés et de ses ressentis</b>		314
<b>6. Conclusion</b>		315
CHAPITRE 16	ÉVALUATION DES TROUBLES EXÉCUTIFS ET/OU COMPORTEMENTAUX DANS LE CADRE D'UNE PATHOLOGIE NEURODÉGÉNÉRATIVE (PAULINE NARME, MARTINE ROUSSEL, PIERRE KRYSKOWIAK ET OLIVIER GODEFROY)	317
<b>1. Cas de M. J.</b>		319
1.1	Bilans neuropsychologiques	319
1.2	Examens complémentaires	325
1.3	Conclusions	325
<b>2. Cas de M. S.</b>		326
2.1	Bilan neuropsychologique	327

2.2 Conclusions	331
<b>3. Conclusions générales</b>	331
CHAPITRE 17 ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE NEUROPSYCHOLOGIQUE DANS LE CADRE D'UN TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL (CÉLINE BOUDEHENT, CORALIE LANNUZEL ET HÉLÈNE BEAUNIEUX)	
<b>1. Introduction</b>	339
<b>2. Parcours antérieur</b>	339
<b>3. Évaluation neuropsychologique initiale</b>	341
<b>4. Hypothèses diagnostiques</b>	346
<b>5. Suivi à court terme</b>	348
<b>6. Suivi à long terme</b>	349
<b>7. Conclusion</b>	350
CHAPITRE 18 ÉVALUATION COGNITIVE DANS LE CADRE D'UN CHEMOBRAIN/CHEMOFOG (ISABELLE LÉGER, JOHAN LE FEL ET MARIE LANGE)	
<b>1. Anamnèse</b>	359
1.1 Éléments personnels	359
1.2 Autres antécédents médicaux	359
1.3 Contenu de l'entretien clinique	360
1.4 Hypothèses diagnostiques	361
<b>2. Évaluation neuropsychologique</b>	363
2.1 Choix des outils proposés	363
2.2 Interprétation du bilan neuropsychologique	364
<b>3. Prise en charge</b>	369
<b>4. Évaluation comparative à trois mois</b>	370
<b>5. Résumé de l'évaluation cognitive et des propositions de prise en charge (figure 18.1)</b>	371

CHAPITRE 19	ÉVALUATION DES CAPACITÉS COGNITIVES DANS LE CADRE D'UNE EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE D'UNE JEUNE ADULTE SUITE À UN ACCIDENT NEUROLOGIQUE <i>IN-UTERO</i> (ALEXIA FEUILLET)	375
<b>1.</b>	<b>Dans quel cadre légal le « neuropsychologue expert » intervient-il ?</b>	377
<b>2.</b>	<b>Contexte de l'évaluation</b>	378
<b>3.</b>	<b>Choix des tests et de la méthode</b>	379
<b>4.</b>	<b>Anamnèse</b>	380
4.1	Rappel des faits	380
4.2	Sur le plan personnel et familial	381
4.3	Sur le plan scolaire et professionnel	381
4.4	Au niveau des activités de vie quotidienne	382
4.5	Au niveau des loisirs	382
4.6	Sur le plan des plaintes	382
4.7	Bilans neuropsychologiques précédents	383
<b>5.</b>	<b>Résultats aux tests du bilan actuel</b>	383
5.1	Fonctionnement intellectuel	383
5.2	Fonctionnement mnésique	385
5.3	Fonctionnement attentionnel	387
5.4	Fonctionnement exécutif	387
5.5	Comportement, cognition sociale, qualité de vie	387
5.6	Fonctions instrumentales	388
5.7	Analyse du bilan neuropsychologique actuel	388
<b>6.</b>	<b>Conclusion</b>	391
CHAPITRE 20	ANALYSE DIFFÉRENTIELLE DE TROUBLES PRAXIQUES D'UTILISATION D'OBJETS (CHRISTOPHE JARRY, PHILIPPE ALLAIN, DIDIER LE GALL)	395
<b>1.</b>	<b>Présentation des cas cliniques</b>	398
1.1	L. G., 62 ans, droitière	398
1.2	D. G., 69 ans, droitière	399
1.3	E. D., 61 ans, droitier	399
<b>2.</b>	<b>Stratégies d'évaluation</b>	400

<b>3. Discussion autour de la distinction apraxie de conception-apraxie de production</b>	403
<b>4. Analyse qualitative des troubles d'utilisation des patients</b>	405
<b>5. Conclusion</b>	408
<b>Remerciements</b>	409
CONCLUSION (CHRISTINE MORONI ET PAULINE NARME)	411
INDEX DES NOTIONS	415



---

## Avant-Propos<sup>1</sup>

---

### Pourquoi un ouvrage de cas cliniques en neuropsychologie ?

Toutes deux psychologues spécialisées en neuropsychologie, c'est au fil de notre expérience clinique mais surtout dans le cadre de l'exercice de l'enseignement de la neuropsychologie auprès des futurs psychologues, que nous sommes arrivées au constat de la nécessité d'un ouvrage présentant concrètement l'activité des professionnels exerçant dans ce domaine.

La neuropsychologie est une spécialité de la psychologie et, malgré ce titre, elle reste bien souvent absente des premières années du cursus de psychologie à l'échelle nationale. Il est également certain qu'il existe – de manière générale – une méconnaissance importante des pratiques en neuropsychologie. Si l'on ajoute à cela, les tentatives de réduire la fonction du psychologue spécialisé en neuropsychologie à celle d'un « technicien », expert des tests, on comprend alors que la représentation que peuvent avoir les étudiants de cette activité soit très partielle. De plus, enseigner la psychologie est un exercice délicat. La neuropsychologie n'échappe pas à la règle. S'il est possible de transmettre des connaissances théoriques concernant les grandes fonctions cognitives (des modèles existants à la manière de les évaluer en pratique) ou encore la sémiologie des pathologies, il est plus ardu de transmettre la démarche intellectuelle qui guide de manière très concrète le professionnel lors d'un entretien clinique et d'une évaluation neuropsychologique, tout comme il est complexe de transmettre un savoir être. C'est notamment en cela que la formation ne peut se restreindre à une formation théorique et que l'expérience des stages s'avère incontournable.

Il nous est alors apparu qu'une manière de répondre à ces écueils, et par là même de répondre aux demandes fréquentes des étudiants, était de proposer un support pédagogique au plus près de la réalité du terrain, c'est-à-dire en apportant des situations de cas cliniques issues d'expériences professionnelles. Cette idée a également découlé du constat de l'absence de ce type de support en neuropsychologie, alors même qu'ils existent en langue anglaise (ouvrages qui ont pu nous inspirer [1]) et que de nombreux ouvrages de cas cliniques en langue française sont régulièrement édités dans d'autres disciplines de la psychologie.

---

1. Par **Christine Moroni et Pauline Narme**.

Suivant cet objectif pédagogique, nous avons souhaité mettre en exergue quelques clés de la démarche du professionnel en neuropsychologie en proposant des outils didactiques (*e. g.* aides visuelles, arbres décisionnels, retour aux cadres théoriques), s'inspirant notamment d'une série d'ouvrages proposée par E. Guichart-Gomez et V. Hahn-Barma [2]. Il nous a semblé qu'il s'agissait là d'un moyen intéressant d'illustrer la démarche en pratique clinique, montrant de quelle manière les interactions entre l'intuition clinique, le recueil de données quantitatives, l'observation qualitative d'une part et les modèles théoriques d'autre part, sont au cœur de la réflexion du psychologue spécialisé en neuropsychologie.

### Précautions d'utilisation

Il semble fondamental de rappeler qu'il ne s'agit pas là d'un ouvrage qui prétendrait fournir une **représentation exhaustive** des missions du psychologue spécialisé en neuropsychologie sur le terrain, celles-ci pouvant être particulièrement riches et variées (*cf.* Introduction paragraphe 1), en fonction du contexte institutionnel, de la population auprès de laquelle il exerce, du rôle principal de son intervention (*e. g.* contribution diagnostique, aspects légaux et expertise, réhabilitation/stimulation cognitive). Bien que nous ayons pris le parti d'illustrer ici principalement la contribution diagnostique de l'évaluation cognitive, les différents cas cliniques choisis rendent compte de la richesse des champs d'applications.

Cet ouvrage s'adresse en premier lieu aux étudiants en psychologie souhaitant découvrir cette spécialité afin de choisir/confirmer une orientation professionnelle ainsi qu'aux étudiants suivant déjà un parcours spécialisé dans ce domaine. L'idée première était de proposer à « l'apprenti psychologue » spécialisé en neuropsychologie un guide pratique lui permettant de l'aider dans la construction d'une démarche/méthodologie/réflexion aboutissant à la formulation d'hypothèses pertinentes face à une situation donnée. Il est évident qu'il s'agit là d'un outil de travail qui ne saurait remplacer une formation théorique conséquente, ni se substituer à la formation clinique sur le terrain encadrée par des neuropsychologues cliniciens expérimentés.

L'introduction rappelle les grands principes de l'évaluation neuropsychologique à savoir quels sont ses objectifs cliniques, quels sont ses outils (la psychométrie, l'entretien clinique et l'observation), quelle en est la démarche en pratique, en rappelant que l'ensemble de cette activité est encadrée par des principes éthiques et déontologiques. Cette introduction se veut être une présentation générale des fondamentaux

de l'évaluation neuropsychologique permettant une lecture avisée des cas cliniques, mais il ne s'agit pas là, à nouveau, de proposer une discussion exhaustive de ces différents aspects qui sont déjà décrits en détail dans d'autres ouvrages de renommée [3-4]. Dans les deux parties du livre, nous avons rassemblé vingt cas cliniques en neuropsychologie, issus de l'expérience de nombreux psychologues spécialisés. Nous leur avons demandé de choisir des cas ayant marqué leur expérience, de par les questionnements qui en ont découlé, la rareté et/ou la complexité des histoires de vie, des présentations cliniques, des tests utilisés et/ou de la pathologie présentée. De ce fait, ces cas cliniques peuvent sembler particulièrement singuliers et peu représentatifs d'une pratique clinique «quotidienne». Néanmoins, il nous est apparu qu'ils illustraient parfaitement la démarche intellectuelle mais aussi le questionnement perpétuel du professionnel, autant qu'ils illustraient le caractère unique du fonctionnement humain. Nous espérons que ces cas cliniques contribueront à illustrer en quoi le psychologue spécialisé en neuropsychologie est avant tout un psychologue clinicien pour qui le test est, certes, un outil au service d'une démarche et d'une réflexion théorico-clinique (*cf.* introduction paragraphes 2 et 3) mais qu'il est loin d'en être le seul, illustrant par là même que la neuropsychologie ne peut se définir comme une pratique restreinte à la passation de tests qui considéreraient la personne comme une suite de scores.

## Bibliographie



- [1] CAMPBELL R. (1992). *Mental Lives: Case Studies in Cognition*. Oxford : Blackwell Publishers.
- [2] HAHN-BARMA V., GUICHART-GOMEZ E. (2007). *Manuel de neuropsychologie clinique des démences*. Tome I : *Troubles mnésiques inauguraux*. Paris : Éditions médicales.
- [3] SERON X., VAN DER LINDEN M. (2013). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte*. Tome I : *Évaluation*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : De Boeck-Solal.
- [4] THOMAS-ANTÉRION C., BARBEAU E. (2011). *Neuropsychologie en pratique(s)*. Marseille : Solal.



# Introduction<sup>1</sup>

---

1. Par **Christine Moroni et Pauline Narme.**

# Sommaire

1. Objectifs cliniques de l'évaluation neuropsychologique...	7
2. Anamnèse et démarche hypothético-déductive.....	9
3. Utilisation d'un test cognitif : aspects psychométriques ..	16
4. Choix des tests .....	25
5. Compte rendu .....	33

---

## 1. Objectifs cliniques de l'évaluation neuropsychologique

---

La neuropsychologie est une discipline de la psychologie dont l'objet est l'étude des liens entre le fonctionnement du cerveau et le comportement [1]. Il s'agit plus précisément d'étudier le fonctionnement (dans la mesure où elle s'appuie également sur l'étude du sujet sain) et/ou les dysfonctionnements cognitifs, émotionnels et comportementaux (*a*) faisant suite à une lésion cérébrale, (*b*) apparaissant dans un contexte développemental ou (*c*) dans le cadre d'une pathologie donnée qui engendre directement ou indirectement des dysfonctionnements cérébraux.

Les objectifs d'une évaluation neuropsychologique peuvent être divers [2-3]. Nous aborderons ici principalement les situations dans lesquelles l'évaluation s'inscrit dans une démarche clinique.

L'objectif premier est souvent celui de la contribution diagnostique. Il s'agit de confirmer ou infirmer la suspicion de trouble(s) cognitif(s), une plainte du patient et/ou de son entourage personnel et/ou scolaire et/ou professionnel. L'établissement d'un profil cognitif, c'est-à-dire l'identification, à la fois, des fonctions cognitives altérées mais également des fonctions préservées, permettra alors de préciser l'étiologie sous-jacente (que ce soit chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte ; par exemple, *cf.* chapitres 2, 8 et 9), de distinguer un trouble d'origine neurologique ou d'origine fonctionnelle (les symptômes psychologiques voire psychiatriques pouvant participer à l'apparition ou à l'aggravation de troubles cognitifs ; *cf.* chapitre 14), ou encore d'enrichir la discussion du diagnostic différentiel (*cf.* chapitre 10). Cette contribution diagnostique se fera grâce au concours de l'examen clinique (*e. g.* neurologique), des examens paramédicaux tels que les examens biologiques, les imageries cérébrales structurales et/ou fonctionnelles, et les examens éventuels d'autres professionnels (consultation psychiatrique, orthophonique, ergothérapique, etc.), le bilan neuropsychologique ne pouvant contribuer seul au diagnostic. D'ailleurs, dans bien des cas, une seconde évaluation neuropsychologique, réalisée au terme d'un suivi plus ou moins long, sera nécessaire pour venir étayer une hypothèse diagnostique, ou permettra parfois même de la réorienter (*e. g. cf.* chapitre 6). Le bilan de suivi pourra par exemple mettre en évidence la stabilité du profil, écartant alors l'hypothèse d'une étiologie neurodégénérative, ou encore

montrer la normalisation des performances statuant au contraire en faveur d'une étiologie fonctionnelle.

Plus généralement, le bilan neuropsychologique peut avoir pour but de statuer sur la présence et l'étendue des conséquences cognitives, émotionnelles et éventuellement comportementales d'une pathologie connue (*e. g.* une maladie de Parkinson, un traumatisme crânien (*cf.* chap. 1); un accident vasculaire cérébral (*cf.* chap. 6, 7 ou 20); une épilepsie (*cf.* chap. 12); un abus de substances telles que l'alcool (*cf.* chap. 17)). Ce type d'évaluation peut permettre d'estimer les répercussions des troubles dans la vie quotidienne, sur les plans social, familial, scolaire ou professionnel (*cf.* chap. 5, 15 ou 19) et constituer la pierre angulaire de l'orientation d'une prise en charge adaptée (*e. g.* proposer une réhabilitation cognitive et comportementale; *cf.* chap. 17 et 18). Dans certains cas, l'évaluation des troubles et de leurs répercussions fonctionnelles s'inscrit dans une démarche particulière, celle de l'expertise médico-légale. Le neuropsychologue peut intervenir dans le cadre d'une procédure pénale ou civile, dans laquelle il lui est demandé d'évaluer de façon la plus exhaustive possible la nature et l'étendue des perturbations ainsi que leurs répercussions en termes de handicaps afin d'apprécier, par exemple, le dommage subi par le patient et d'évaluer les compensations financières ou autres auxquelles il a droit (*e. g.* aménagement de la situation scolaire ou professionnelle; *cf.* chap. 1 et 19).

Enfin, l'évaluation peut avoir pour objectif d'établir une ligne de base pour évaluer l'impact d'une prise en charge. Des contextes spécifiques peuvent être cités, telle que l'évaluation dans un contexte d'intervention chirurgicale. Dans ces cas particuliers, il pourra s'agir d'établir une ligne de base permettant un comparatif après l'intervention, et dans certains cas de prédire le devenir suite à une intervention neurochirurgicale. Cela peut concerner, par exemple, le champ de l'évaluation de patients épileptiques (*cf.* chap. 12), de patients souffrant d'une tumeur cérébrale qui seraient candidats à une exérèse, ou de patients parkinsoniens qui s'appêtent à bénéficier de la technique de stimulation cérébrale profonde.

Dans tous les cas, la conduite de l'évaluation neuropsychologique repose sur une démarche en plusieurs étapes consistant à :

- recueillir des informations en amont du bilan (par l'intermédiaire d'un courrier – médical ou non<sup>1</sup> – demandant l'évaluation, de la consultation du dossier médical s'il est à la disposition du profes-

---

1. Une évaluation cognitive peut être sollicitée par un médecin mais pas uniquement, la demande peut provenir d'autres professionnels de la santé (orthophonistes, milieu scolaire, avocat, etc.).



sionnel) afin de comprendre (et d'expliciter si besoin) le contexte et les motifs de la demande;

- établir une relation avec le patient grâce à un entretien clinique, qui permettra également la réalisation d'une anamnèse ainsi qu'un temps d'observation et de première analyse qualitative de son fonctionnement;
- établir des hypothèses sur le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental à l'issue de ces deux premières étapes, qui permettront un choix pertinent de tests explorant différentes dimensions et qui viseront à tester la ou les hypothèses émises;
- interpréter les différents éléments quantitatifs et qualitatifs recueillis tout au long du bilan;
- faire une restitution des informations.

## Bibliographie



[1] EUSTACHE F., LECHEVALIER B., VIADER F. (2008). *Traité de neuropsychologie clinique. Neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles: De Boeck.

[2] ALLAIN P., RENARD A., MOREAUD O. (2011). La neuropsychologie: définition, domaines et méthodes, acteurs et lieux d'exercice, formation. Dans C. Thomas-Antérieur, E. Barbeau (Éd), *Neuropsychologie en pratique(s)*, (p. 23-36). Marseille: Solal.

[3] DUJARDIN K., VERNY M., ROUAUD O., THOMAS-ANTÉRION C., BARBEAU E. (2011). Les indications du bilan neuropsychologique. Dans C. Thomas-Antérieur, E. Barbeau (Éd), *Neuropsychologie en pratique(s)*, (p. 39-48). Marseille: Solal.

---

## 2. Anamnèse et démarche hypothético-déductive

---

Bien que les étapes citées dans la partie précédente puissent varier quelque peu en fonction de l'objectif principal de l'évaluation, la démarche du ou de la psychologue spécialisé(e) en neuropsychologie est guidée par une logique hypothético-déductive qui consiste à formuler des hypothèses concernant le dysfonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental du patient, et à les tester à partir des différents outils à sa disposition.

Dans certains cas, ces hypothèses peuvent être clairement formulées par le médecin à l'origine de la demande (*e. g.* «M. M. se plaint de troubles de la mémoire : existent-ils objectivement ? Sommes-nous dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer débutante<sup>1</sup> ou dans le cadre d'un probable syndrome anxio-dépressif? »), ou être assez logiquement orientées par le contexte (*e. g.* un patient est adressé dans le cadre du suivi d'un accident vasculaire cérébral dans un territoire cérébral donné ; un patient est adressé dans les suites d'un traumatisme crânien et se pose la question de ses possibilités de reprise d'une activité professionnelle ; etc.). Dans d'autres cas, soit parce que la demande est imprécise et/ou parce que le dossier médical n'est pas à disposition du professionnel, c'est uniquement l'entretien clinique qui permettra d'élaborer ces hypothèses.

Dans tous les cas, l'entretien clinique constitue un moment essentiel dans la conduite d'une évaluation neuropsychologique car, s'il est évidemment source d'informations primordiales à la démarche du clinicien, il est – avant toute autre chose – le moyen d'instaurer une relation de confiance avec le patient, sans laquelle aucune évaluation ne pourra être interprétable. Il est également l'occasion d'expliquer le déroulement du bilan ainsi que son intérêt qui n'est pas systématiquement exposé en amont, et par là même de s'assurer du consentement du patient. Ce dernier point est crucial (et un prérequis éthique incontournable), de manière plus générale, l'appréciation qualitative de la coopération du patient est un aspect à ne pas négliger, compte tenu de ses répercussions évidentes sur les performances aux épreuves.

Cet entretien clinique peut se dérouler en présence ou non de l'entourage du patient. Si la conduite de l'entretien du patient en présence d'un proche peut poser questions (et se discuter « au cas par cas » [4]), s'entretenir avec l'entourage est parfois tout aussi important. Bien que cela ne soit pas toujours possible, il s'avère souvent très informatif de pouvoir confronter les éléments recueillis auprès du patient avec ceux de la famille, ainsi que de pouvoir écouter leur plainte qui peut également apporter des informations importantes (*e. g.* les modifications comportementales sont généralement signalées par l'entourage et non par le patient lui-même) et ce, *a fortiori*, si le patient n'a pas conscience de ses troubles. Toutefois, il faut garder un regard critique sur les propos rapportés par la famille et les analyser avec du recul. Des conflits familiaux peuvent

---

1. Il est important de ne pas oublier que le diagnostic de maladie d'Alzheimer est un diagnostic médical que nous, psychologues, nous ne pouvons poser. Il nous revient d'objectiver des troubles cognitifs en faveur de ce diagnostic médical et/ou de proposer un diagnostic cognitif ou psychologique.