

CONGRÈS  
NATIONAL 2019 | DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION  
ET DE PRISE EN CHARGE\*

# Alzheimer



11/12  
DEC  
2019

Comment annoncer les résultats d'un bilan neuropsychologique?

# Le bilan neuropsychologique

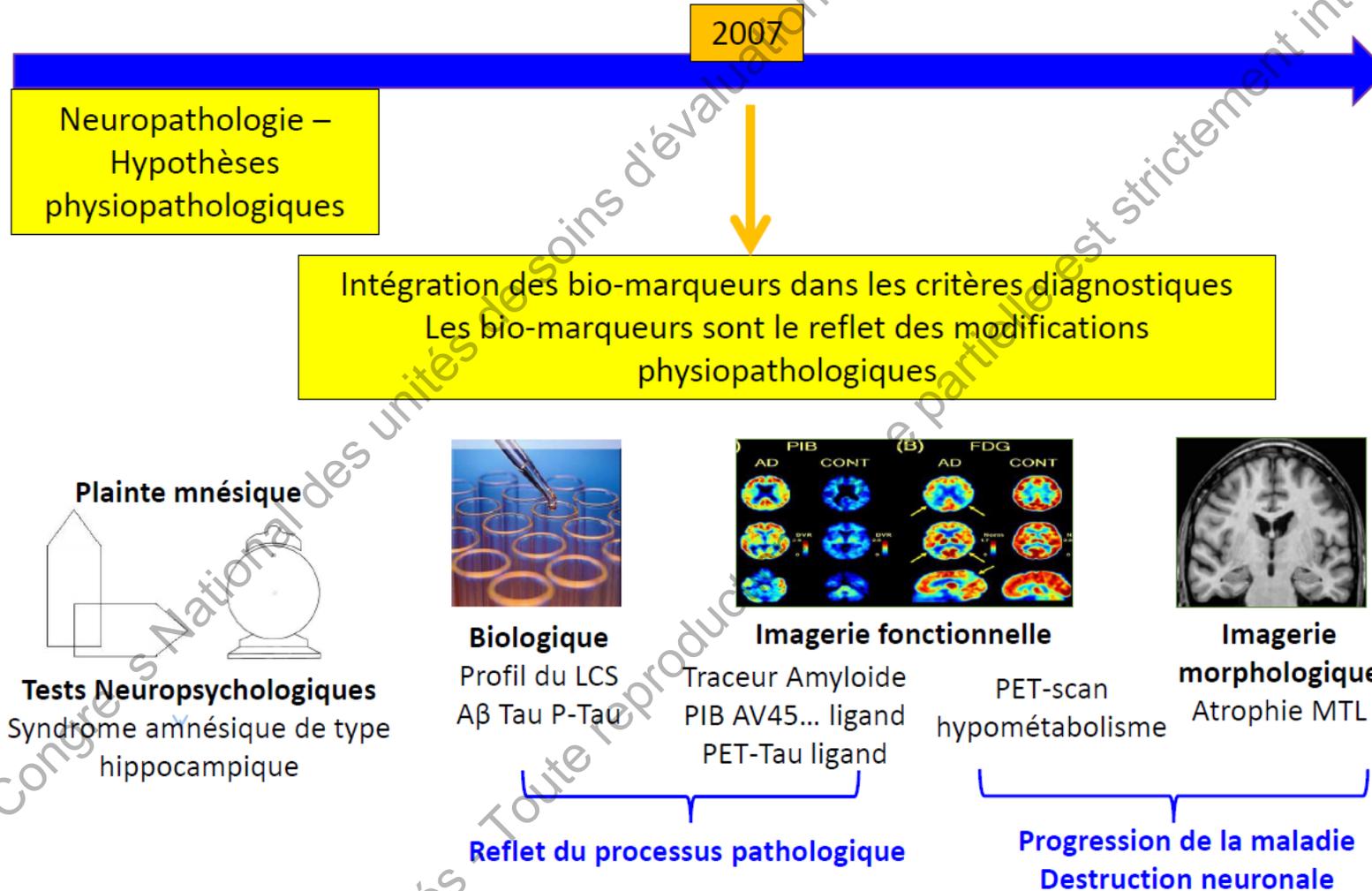
Qu'est-ce qu'un bilan neuropsychologique

Place du bilan neuropsychologique

# Quelle évaluation clinique en consultation Mémoire?

- Classiquement, 3 grands axes d'évaluation possibles :
  - 🦋 **Cognitive** : MMSE, RL/RI16, ...
  - 🦋 **Actes de la vie quotidienne, capacités fonctionnelles** : ADCS-ADL, IADL, ...
  - 🦋 **Psycho-comportementale** : NPI, ...
- Intégration dans le contexte, anamnèse, ordonnance, comorbidités, ...

# Quelle place pour la neuropsychologie dans l'évolution des critères



# Que doit contenir un bilan neuropsychologique?

- Pas d'accord professionnel sur les tests à réaliser
- Selon les recommandations HAS
  - Un MMSE
  - Une évaluation de l'ensemble des domaines cognitifs
- Un bilan neuropsychologique n'est pas qu'une évaluation psychométrique!
  - Anamnèse
  - Evaluation de la plainte cognitive/du contexte comportemental et thymique

# Exemple d'un bilan neuropsychologique

**Efficiences cognitive globale**  
**Orientation temporo-spatiale**

- MMS GRECO (Déruesné et al. 1999 ; Kalafat et al., 2003)

**Maintien attentionnel**  
**Mémoire de travail**

- Mémoire des chiffres WAIS- IV (Wechsler, 2011)

**Mémoire épisodique**

Encodage, récupération, stockage  
et reconnaissance

- Epreuve de RL/RI- 16 (Van Der Linden *et al*, 2004)
- Figure de Rey Mémoire (Rey, 1959)
- DMS48

**Fonctions exécutives**

Elaboration conceptuelle, Flexibilité  
spontanée et réactive, Inhibition,  
Planification

- Fluences verbales (Grefex, 2008)
- Trail Making test B-A (Grefex, 2008)
- Type de copie Figure Complexe de Rey (1959)

**Fonctions instrumentales**  
**(rétro-rolandiques)**

Langage, Praxies, Calcul, Fonctions  
visuo-spatiales et visuo-perceptives

- Dénomination d'images (DO80)
- Batterie rapide d'évaluation des praxies
- Copie de la figure complexe de Rey (1959)

# Quels sont les éléments à prendre en compte pour son interprétation?

- Âge
- Sexe
- Niveau socio-culturel

TESTS NORMES

- Contexte thymique
- Prise de médicaments (psychotropes)
- Intrication des tests
- Comorbidités (psychiatriques, ...) et déficit sensoriel associés?

INTERPRETATION

- Evaluation fonctionnelle
- Examen clinique +++

CONTEXTE  
CLINIQUE

# A quelles questions peut répondre un bilan neuropsychologique?

- **Présence de trouble cognitif?**

- Si oui: quelle en est la sévérité
- = approche quantitative
- Si non: plainte associée ?

- **Quel est le profil des troubles cognitifs?**

- Atteinte prédominante sur quels domaines cognitifs?
- = approche qualitative
- Syndrome?

- Le bilan neuropsychologique seul ne peut pas permettre de réaliser un diagnostic étiologique

# Les différentes entités cognitives

- **Pas de trouble cognitif objectivé par le BNP**
  - Pas de plainte cognitive=normal (vieillesse cognitive normale)
  - Déclin cognitif subjectif
  - Déclin cognitif subjectif-plus
- **Présence d'un trouble cognitif objectivé par le BNP**
  - Trouble cognitif léger (MCI) ou trouble neurocognitif mineur
  - Syndrome démentiel ou trouble cognitif majeur

# Les principaux cadres nosographiques

SCD, troubles neurocognitifs mineur et majeur

# Caractéristiques cognitives du vieillissement normal

- **Diminution de la vitesse de traitement de l'information**  
*(besoin de plus de temps pour accomplir une tâche)*
- **Troubles liés à la perte des capacités attentionnelles** : diminution attention divisée *(on ne peut plus faire plusieurs choses à la fois)*
- **Troubles liés à la baisse de la capacité d'inhibition** :
  - Sensibilité à l'interférence *(on devient vite distrait)*
  - Diminution de la capacité de sélectionner des informations non pertinentes : *problème d'attention sélective*
- **Mémoire de travail moins efficace**

# Subjective cognitive decline

## SCD

- Déclin cognitif subjectif expérimenté par rapport à un statut antérieur et qui n'est pas en lien avec un événement particulier
- Performances cognitives normales pour l'âge, le sexe et l'éducation aux tests standardisés, utilisés pour repérer les troubles cognitifs modérés (MCI) et la MA prodromale
- Critères d'exclusion
  - MCI ou MA prodromale
  - Peut être expliqué par une maladie neurologique ou psychiatrique, une maladie somatique, une prise de médicaments ou de drogues

## SCD-plus

Features that increase the likelihood of preclinical AD in individuals with SCD according to current data: SCD *plus* (preclinical AD)

---

- Subjective decline in memory, rather than other domains of cognition
- Onset of SCD within the last 5 y
- Age at onset of SCD  $\geq 60$  y
- Concerns (worries) associated with SCD
- Feeling of worse performance than others of the same age group

If available or possible to obtain in the respective study:

- Confirmation of cognitive decline by an informant
  - Presence of the *APOE*  $\epsilon 4$  genotype
  - Biomarker evidence for AD (defines preclinical AD)
- 

Abbreviations: AD, Alzheimer's disease; SCD, subjective cognitive decline.

# Mild Cognitive Impairment (MCI)

- Une plainte mnésique, confirmée par l'interrogatoire du patient et de ses proches
- Un fonctionnement cognitif « globalement » normal
  - Un déficit mnésique authentifié par des tests neuropsychologiques appropriés et rapportés à l'âge et au niveau culturel (moyenne < -1.5DS adaptée âge)
  - Absence des critères de démence
  - La préservation des activités de la vie quotidienne

# Définition du syndrome démentiel

- **Le critère A** définit la démence par l'association de déficits cognitifs multiples au sein desquels les troubles mnésiques ont un rôle nécessaire et prépondérant
- **Le critère B** précise que les troubles cognitifs doivent entraîner une altération significative sur les activités professionnelles ou sociales et être responsables d'un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur
- Ces critères sont actuellement jugés insuffisants car trop tardifs pour les stades débutants

# Comment annoncer les résultats d'un bilan neuropsychologique?

Les principaux points de l'annonce

Différence avec une annonce diagnostique

# Que communiquer au patient et/ou entourage lors de l'annonce du bilan cognitif?

- Variable en fonction du patient et du contexte
- Présence de troubles cognitifs? Quels troubles?
- Stade de sévérité des troubles cognitifs?
- Intégration des troubles cognitifs/examen clinique, biologie et Imagerie structurale
- Quelles sont les hypothèses diagnostiques?
- Nécessité d'explorations complémentaires?
- Perspectives
  - Prise en charge non médicamenteuse (aide, stimulation, ESA, conduite automobile, ...)
  - Prise en charge médicamenteuse
  - Participation à la recherche clinique

# Quelques cas illustratifs

2019 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et prise en charge  
réservés - Toute reproduction même partielle est strictement interdite

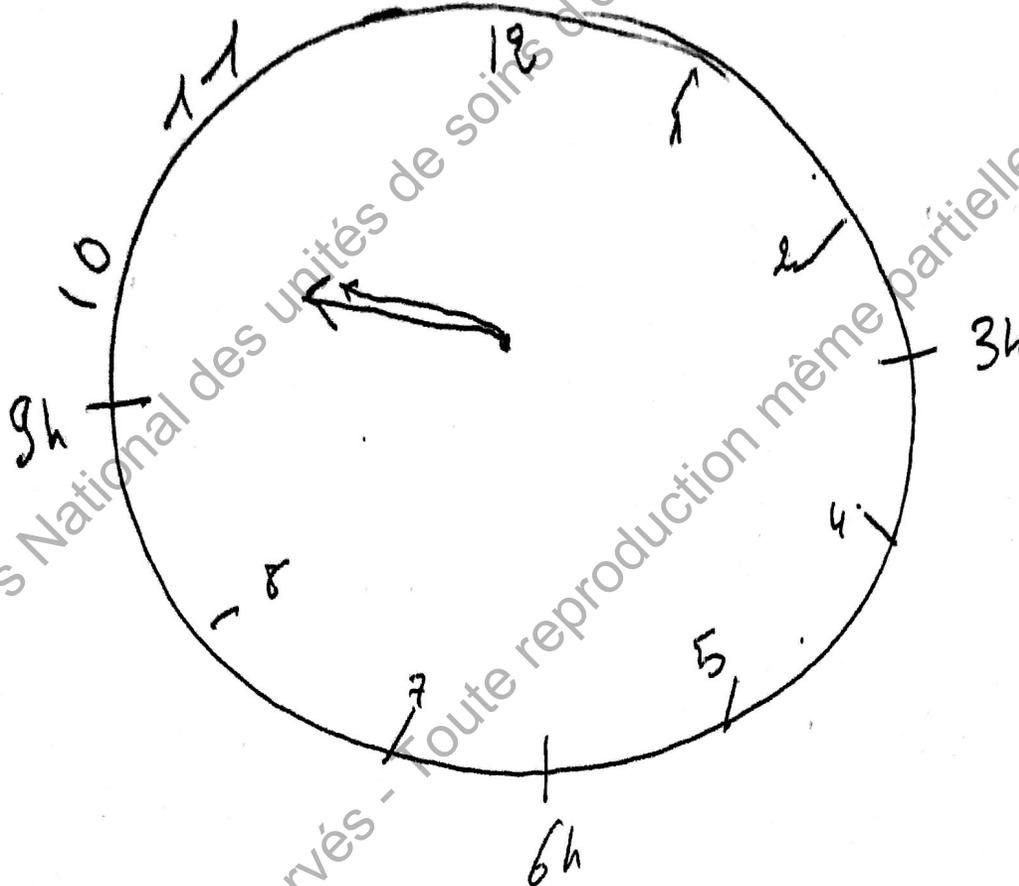
# Cas de Mr C.

- Mr B., 71 ans, ancien commerçant, droitier
- Vit avec son épouse au domicile sans aide
- Antécédents personnels: hypercholestérolémie, DNID
- Antécédents familiaux: MA chez sa mère à l'âge de 80 ans
- Plainte du patient confirmé par son épouse: oublis, répétition, nécessité de tout noter depuis plusieurs années, aggravation légère au cours de 6 derniers mois
- Ils sont inquiets concernant la potentialité d'une MA et ont entendu parler d'un traitement « américain » qui serait efficace

# Cas de Mr C.

- **Comportemental:**
  - Perte d'initiative
  - Ne se consacre plus à ses activités de loisirs et à certaines associations
- **Autonomie**
  - ADL préservées: ADL 6/6
  - IADL: perte de points sur les items moyens de transport, gestion du traitement, manipulation de l'argent IADL 5/8
- **Examen clinique** normale en dehors de ROT diminués aux MI
- **Score MMSE:** 20/30 (perte de points principalement sur l'orientation, calcul et rappel différé des 3 mots). Test de l'horloge: léger trouble de la planification.

# Test de l'horloge



10H10

2019 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et prise en charge  
réservés - Toute reproduction même partielle est strictement interdite

Catégorie sémantiques	Items cibles	R.I.M	R.L1	R.I.1	R.L.2	R.I.2	R.L.3	R.I.3	RDL	ADI	
Poisson	sardine Hereng	+		+		+	1		2		
Vêtement	bonnet Gilet	+		+	2		2			+	
Jouet	puzzle Domino	+		⊖		⊖	5			+	
Fleur	mauguet Jonquille	+		+	1		6			+	
Profession	dentier Dentiste	+		+	4			⊖	7		
Fruit	abricot Groseille	+	5			+		+	4		
Métal	alle Cuivre	+	6			+		+	6		
Instrument de musique	clarinete Harpe	+	4			+		+		+	
Oiseau	corbeau Mésange	+		+		⊖		⊖	1		
Arbre	platane Fleuret	+		⊖	3			⊖	5		
Sport	equitation Judo	+		⊖		+		+		+	
Légume	carottes Celeri	+		⊖		+	4		3		
Danse	tango Valse	+	1			⊖		⊖		⊕	
Maladie	grippe Rougeole	+		⊖		⊖		+		+	
Meuble	chaise Tabouret	+	3			+	3			+	
Sciences	maths Géographie	+	2			+		+		+	
Sous-totaux			16	6	5	4	8	6	6	7	8
Déviations Standard				-1,14		-1,47		-1,09		-0,7	
TOTAL				11		12		12		15	

Instrument de musique

Total apprentissage

1

instabilité, meuble

Intrusions: chene, valse, ↓

Commentaires: Comptage - erreurs rebars

	55 à 64 ans		65 à 74 ans		75 à 88 ans	
	Moyenne	ET	Moyenne	ET	Moyenne	ET
Rim	15,8	0,3	15,3	1	14,4	2,6
RL1	9,6	2,8	8,1	1,1	8,4	2,1
RL2	10,5	2,6	7,8	2,2	10,2	4,2
RL3	11,6	3	10,6	3,5	9,5	3,2
RDL	12,5	2,5	11,2	1,7	10,3	4,3

3 RL = 16 / 48

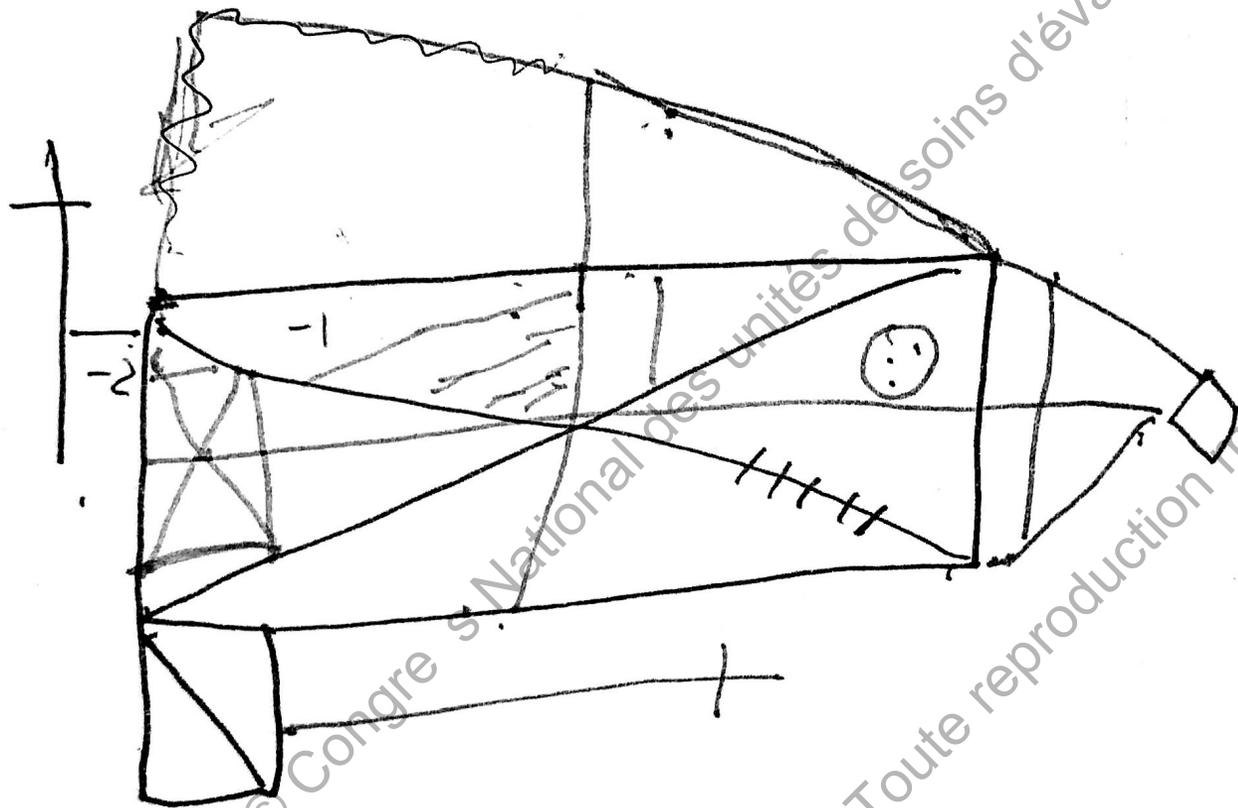
3 RT = 35 / 48

# Résultats du RL/RI-16 items

- Somme des RL=16/48
- Somme des RT=35/48
- RLD=7/16
- RTD=15/16

Copyright © Université de la Méditerranée - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est strictement interdite

# Copie de la figure de Rey

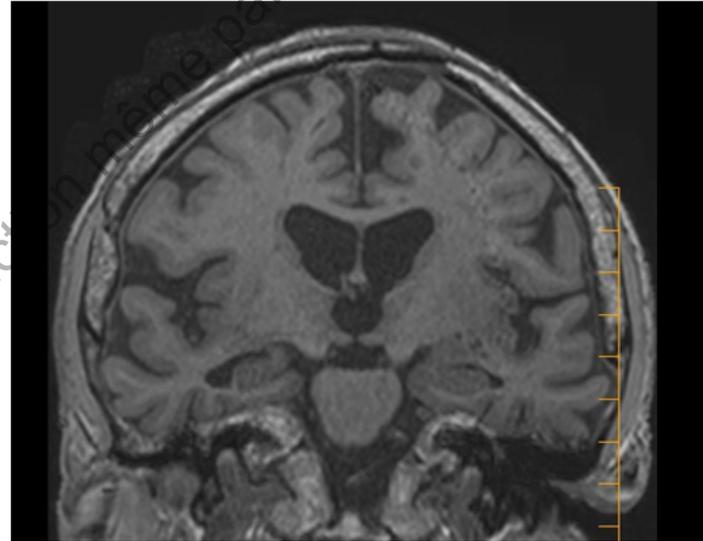
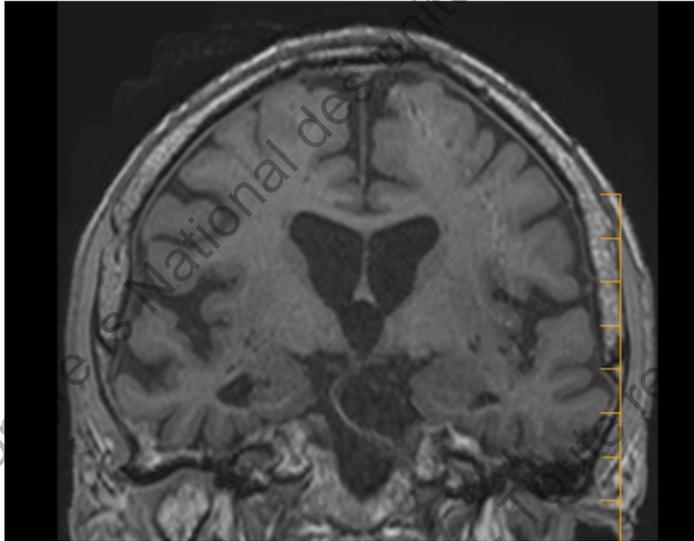
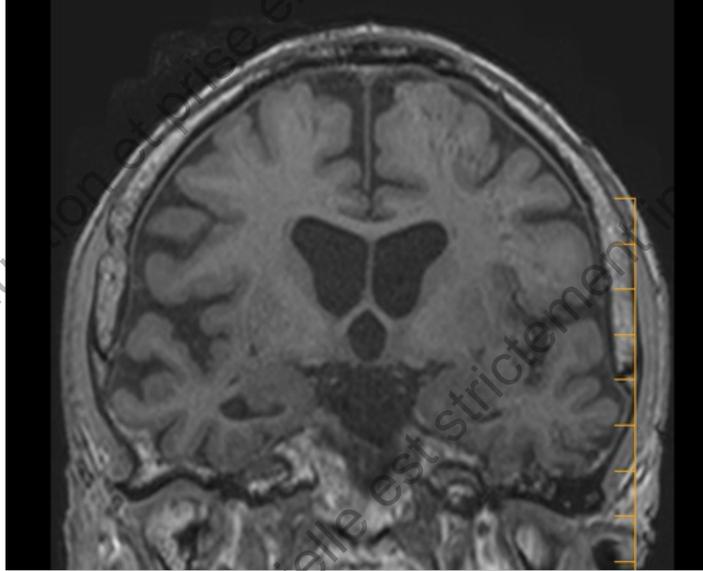
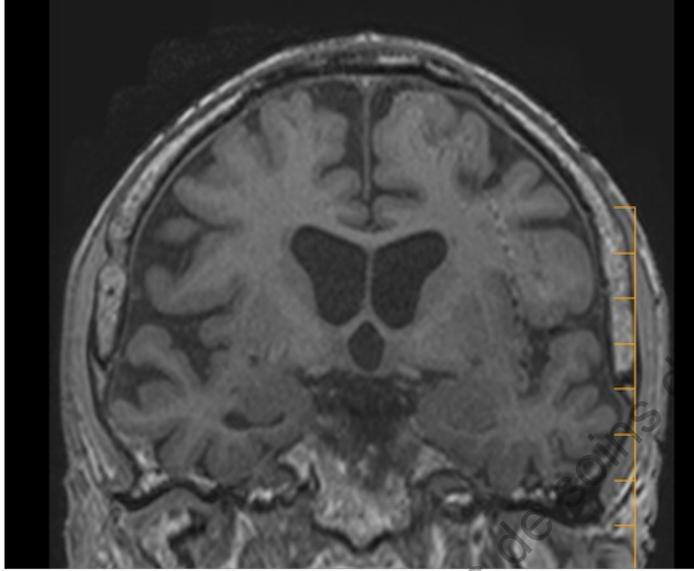


- Trouble de la planification
- Score 33/36

# Bilan neuropsychologique de Mr B.

## Récapitulatif

- Trail Making Test :
    - TMTA : 80 secondes (-2.47DS)
    - TMTB : 186 secondes (-2.16DS)
  - Fluences verbales en 2 minutes :
    - 19 animaux (-1.27 DS)
    - 9 P (-1.45DS)
  - Copie FCRO: Type 2, 33/36
  - Praxies gestuelles de Mahieux :
    - Gestes symboliques : 5/5
    - Mimes d'action : 9/10
    - Gestes abstraits : 8/8
  - DO 80 : 79/80
  - Jugement d'orientation de lignes de Benton (RBANS): 17/20 (+0.2DS)
- 
- RL/RI 16 items :
    - Rappel libre immédiat : 16/16
    - Rappels libres 1, 2, et 3 : 6-4-6/16
    - Rappels totaux 1, 2, et 3 : 11-12-12/16
    - Rappel différé libre : 7/16
    - Rappel différé total : 15/16
  - DMS 48 :
    - Set 1 : 42/48, 88% (-1.6DS)
    - Set 2 : 40/48, 83% (-3.5DS)



2019 © Collège National des Universités de soins  
Tous droits réservés - Toute reproduction ou même partielle est strictement interdite

# Que pouvez-vous annoncer après réalisation de ce premier bilan?

- Présence de troubles cognitifs objectivés par le BNP
- Trouble neurocognitif majeur
- Trouble prédominant sur la mémoire et les fonctions exécutives
- Principale hypothèse: MA à un stade léger à modéré
- Discuter la prise en charge
  - Traitement médicamenteux
  - Participation à la recherche clinique
  - Informations sur les données récentes de la recherche
  - Prise en charge orthophonique, ESA, ...

**Profession :** Infirmière (actuellement en congés parental)  
**Niveau scolaire :** Bac+3 (NC7)  
**Latéralité :** Droitière

<b>Contexte clinique</b>	Examen neuropsychologique chez une femme âgée de 34 ans présentant une plainte mnésique.
<b>Histoire des troubles</b>  <b>&amp;</b>  <b>Plainte</b>	<p>Notion d'ictus amnésique ayant duré plusieurs heures au réveil d'une ablation chirurgicale de la vésicule biliaire en juillet 2013 durant laquelle la patiente a fait une embolie gazeuse et une hémorragie abdominale.</p> <p>Depuis cet épisode, la patiente se plaint de troubles de la mémoire épisodique rétrograde (oubli de faits anciens) et antérograde (oubli de faits récents, questions itératives). Interrogée sur ce qu'elle a fait au cours des derniers jours, la patiente est toutefois informative.</p> <p>Elle rapporte par ailleurs, des difficultés langagières (utilisations erronées d'un mot pour un autre) et attentionnelles (distractibilité, phénomènes de saturation, difficultés en double tâche).</p>

<b>EFFICIENCE COGNITIVE GLOBALE</b>	
<b>MMSE</b> (version GRECO-Kalafat et al., 2003)	28/30
	-1 pt en orientation ; -1 pt en répétition
<b>MoCa</b> (version 7.1- Nasreddine et al., 2005)	26/30*
Visuo-spatial-exécutif	5/5
Dénomination	3/3
Attention	4/6*
Langage	2/3*
Abstraction	1/2*
Rappel	5/5
Orientation	6/6
<b>FONCTIONS INSTRUMENTALES</b>	
<b>Langage</b>	
<b>Dénomination</b> – Déno 40 (BECS-GRECO, 2011)	40/40
<b>Fluence Catégorielle</b> – Animaux (2 m) (GREFEX, 2008)	23*
<b>Activités visuo-constructives</b>	
<b>Reproduction Figure de Rey</b> (Meyers et al., 1995)	
Score (temps)	36/36 (250'')
Type	IV**
<b>HUMEUR / COMPORTEMENT</b>	
<b>Hospital Anxiety and Depression Scale</b> (Lépine, 1985)	18/42**
Score dépression	8/21*
Score anxiété	10/21**

\* Scores faibles ( $\geq -1$  écart-type ou  $\leq 16^{\text{ème}}$  percentile)

\*\* Scores pathologiques ( $\geq -1,65$  écart-type ou  $\leq 5^{\text{ème}}$  percentile)

## MEMOIRE EPISODIQUE

<b>RL-RI 16 items</b> (Van Der Linden et al., 2004)	Liste A
Identification	16/16
Encodage	16/16
Somme 3 Rappels Libres	28/48 (8*+9*+11*)
Rappel Total (libre + indice)	46/48 (15+15+16)
Réactivité aux indices	90%
Reconnaissance	16/16
Fausse reconnaissance	0
Rappel libre différé	10/16*
Rappel total différé	16/16
Intrusions	0
Interférences	1
Perseverations	0
<b>Figure de Rey Mémoire</b> (Meyers et al., 1995)	12/36* (160'')

<b>ATTENTION &amp; FONCTIONS EXECUTIVES</b>	
<b>Empans auditivo-verbaux (MEM III) – Note standard</b>	2/19**
endroit ; envers	4** ; 4*
<b>Conners' Continuous Performance Test (CPT-II V.5)</b>	
<b>- Facteur inattention – Note t</b>	
Omissions	84**
Fausse Alarmes	46
Temps de réponse correcte	74**
Variabilité tps de réponse correcte	83**
Variabilité des réponses	72**
Détection - discrimination signal vs. bruit (« x »)	45
Temps de réponse selon l'intervalle inter-lettres	18
Exactitude selon l'intervalle inter-lettres	34
<b>- Facteur Impulsivité – Note t</b>	
Fausse alarmes	46
Temps de réponse correcte	74**
Persévérations	96**
<b>- Facteur Vigilance (sur l'ensemble du test) – Note t</b>	
Variabilité des temps de réponse	35
Variabilité de l'exactitude des réponses	62**
<b>B.R.E.F. (Dubois et al., 2000)</b>	
13/18**	
Similitudes	2/3*
Fluences Verbales	2/3*
Comportement de préhension	3/3
Séquences motrices	1/3*
Consignes conflictuelles	3/3
Go-NoGo	2/3*
<b>Trail Making Test (GREFEX, 2008)</b>	
A – sec. (err.) ; B – sec. (err.) ; B-A – sec.	44''* (0) ; 68'' (0) ; 24''
<b>Fluences lexicales – P (2 min) (GREFEX, 2008)</b>	11**
<b>Double tâche de Baddeley révisée (GREFEX, 2008)</b>	$\mu = 76^*$

# Conclusion du bilan

## Conclusion :

**L'évaluation neuropsychologique met en évidence des troubles attentionnels (déficits d'attention soutenue et d'attention divisée) associés à des éléments dysexécutifs.**

**En revanche, l'orientation temporo-spatiale, la mémoire épisodique et les fonctions instrumentales apparaissent préservées.**

# Mais...

- L'épisode chirurgical, suite auquel Madame M a décrit des troubles de la mémoire, est survenu le XX juillet 2013, suite à deux crises de douleurs inhabituelles ayant fait évoquer des coliques hépatiques, et ayant abouti à une cholécystectomie. Durant l'intervention, la patiente a fait une embolie gazeuse, et aussi une hémorragie abdominale qui a nécessité la transfusion de 5 culots globulaires, et un passage juste après le bloc opératoire en caisson hyperbare, avant que la patiente ne soit retransférée en réanimation. Elle a ensuite eu une prolongation de l'anesthésie pour une durée totale d'anesthésie générale de 12 heures environ. Elle est ensuite restée environ 5 jours en réanimation, puis est repassée en gastro-entérologie après un passage en soins intensifs et, est sortie de l'hôpital le XX août 2013. Elle a ensuite été réhospitalisée le XX août 2013, pour abcès de paroi, et l'hospitalisation s'est alors poursuivie pour 3 semaines supplémentaires environ.
- Suite à ce premier abcès de paroi, elle a fait 3 récurrences d'abcès de paroi, qui ont été soignés à domicile par des pansements, et la prise d'antibiotiques jusqu'à janvier 2014 environ. A noter aussi, la nécessité d'effectuer une interruption médicale de grossesse le XX août 2013, alors que la patiente était hospitalisée pour cet abcès de paroi.

- Sur le plan psychologique, lorsqu'on l'interroge, il ressort que Madame M présente des éléments compatibles avec un syndrome de stress post-traumatique, à savoir, un évitement de la structure où elle a été hospitalisée de sa vésicule biliaire, avec des reviviscences anxieuses lorsqu'elle doit recevoir de nouveaux soins médicaux. Elle fait également des cauchemars, et peut se réveiller en larmes. Elle fait enfin état d'une fatigue générale, d'acouphènes, de céphalées qu'elle n'avait pas préalablement à ces événements

# Bilan neuropsychologique

- Indissociable du contexte anamnestique !
- Importance de l'échange entre plusieurs spécialistes de domaines de compétences différents: Neuropsychologue/Neurologue mais aussi parfois orthophoniste, assistant social, psychiatre, psychologue clinicien...

# M. B B

- 28 ans,
- Garagiste,
- Marié, une fille de 3 mois.
- Plainte émanant essentiellement de son épouse.
- Pas d'antécédent, notamment psychiatrique

- **Bizarreries comportementales:**

- Désinhibition et jovialité : « aborde des étrangers dans la rue pour leur parler, blagues »
- Modification du comportement alimentaire : « mange avant les autres, changement des goûts alimentaires »
- Indifférence : « ne s'intéresse pas à son entourage notamment à sa fille »
- Par ailleurs: Discours cohérent (pas d'élément délirant), absence d'euphorie

## Bilan neuropsychologique

Examen Psychologique:

« on ne retrouve aucune anxiété ni tristesse de l'humeur. Le patient est jovial et passe du coq à l'âne plusieurs fois durant l'entretien en faisant quelques plaisanteries »

Fonctions / Epreuves utilisées	Scores
EFFICIENCE COGNITIVE GLOBALE MMS	28/30
ATTENTION / MDT - empans chiffres directs - empans chiffres indirects	8 7
MEMOIRE RL/RI 16 items - encodage - rappel libre total - rappel total - rappel libre différé - rappel total différé	16/16 23/48 45/48 (86%) + 0 intrusion 8/16 16/16
FONCTIONS INSTRUMENTALES LANGAGE - dénomination d'images (100) PRAXIES - imitation de gestes réflexifs PRAXIES VISUO-CONSTRUCTIVES - copie figure de Rey	95/100 Normal 34/36 (type 1)
FONCTIONS EXECUTIVES - Classement de cartes (Wisconsin) - Fluences verbales - Trail Making Test	20/20 ; 6 catégories ; Légèrement diminuées normal

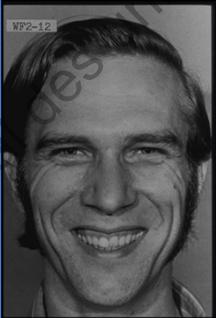
# Que pouvez-vous annoncer après réalisation de ce premier bilan?

- Présence de troubles cognitifs très légers objectivés par le BNP
- Trouble neurocognitif mineur
- Trouble prédominant les fonctions exécutives
- Principale hypothèse: DFT ?
- Discuter la prise en charge
  - Compléter le bilan neuropsychologique
  - Participation à la recherche clinique
  - Informations sur les données récentes de la recherche
  - Eviter une mauvaise orientation notamment psychiatrique (péjorative +++)

# ÉVALUATION : LA BATTERIE S.E.A. SOCIAL COGNITION AND EMOTIONAL ASSESSMENT

- Outil clinique à visée d'aide au diagnostic
- Batterie composée de 5 tests dont 3 informatisés
- Score sur 55
- Seuil pathologique à 40
- Durée de passation de 45 minutes à 1 h 15

# ÉVALUATION : LA BATTERIE S.E.A. SOCIAL COGNITION AND EMOTIONAL ASSESSMENT

<p>Initiation Motivation</p> <p>Echelle d'apathie</p> <p>« Avez-vous besoin d'être stimulé pour commencer à faire quelque chose ? »</p> <p>Pas du tout / un peu / oui / beaucoup</p> <p>/ 15</p> <p>Starkstein et al., 1995</p>	<p>Traitement émotionnel</p> <p>Identification des émotions</p>  <p>/ 15</p> <p>Ekman &amp; Friesen, 1975</p>	<p>Théorie de l'esprit</p> <p>Test des faux-pas</p> <p>Histoires pouvant comporter des « gaffes » Détection Explication Attribution d'émotions</p> <p>/ 15</p> <p>Stone et al., 1998</p>	<p>Apprentissage associatif Renversement</p> <p>Test des deux carrés</p> <p>Choisissez un carré</p>  <p>/ 5</p> <p>Partiot al., 1996</p>	<p>Contrôle comportemental</p> <p>Test de renversement / extinction</p>  <p>/ 5</p> <p>Rolls et al., 1994</p>
---	--	--	---	--

# ÉVALUATION : LA BATTERIE S.E.A.

## SOCIAL COGNITION AND EMOTIONAL ASSESSMENT

Initiation  
Motivation

Echelle  
d'apathie

« Avez-vous  
besoin d'être  
stimulé  
pour commencer à  
faire quelque  
chose ? »

Pas du tout / un  
peu / oui /  
beaucoup

/ 15

Starkstein et al., 1995

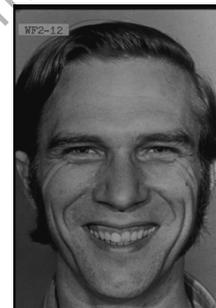
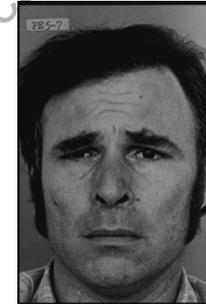
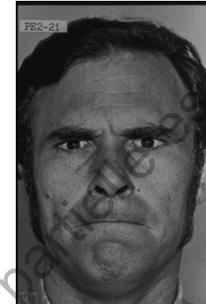
Traitement  
émotionnel

Identification  
des  
émotions

/ 15

Ekman & Friesen, 1975

- 35 visages
- 7 émotions



# ÉVALUATION : LA BATTERIE S.E.A.

## SOCIAL COGNITION AND EMOTIONAL ASSESSMENT

Initiation  
Motivation

Echelle  
d'apathie

« Avez-vous  
besoin d'être  
stimulé  
pour commencer à  
faire quelque  
chose ? »

Pas du tout / un  
peu / oui /  
beaucoup

/ 15

Starkstein et al., 1995

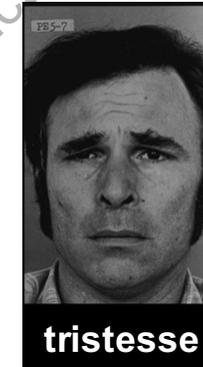
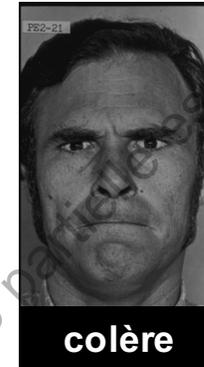
Traitement  
émotionnel

Identification  
des  
émotions

/ 15

Ekman & Friesen, 1975

- 35 visages
- 7 émotions

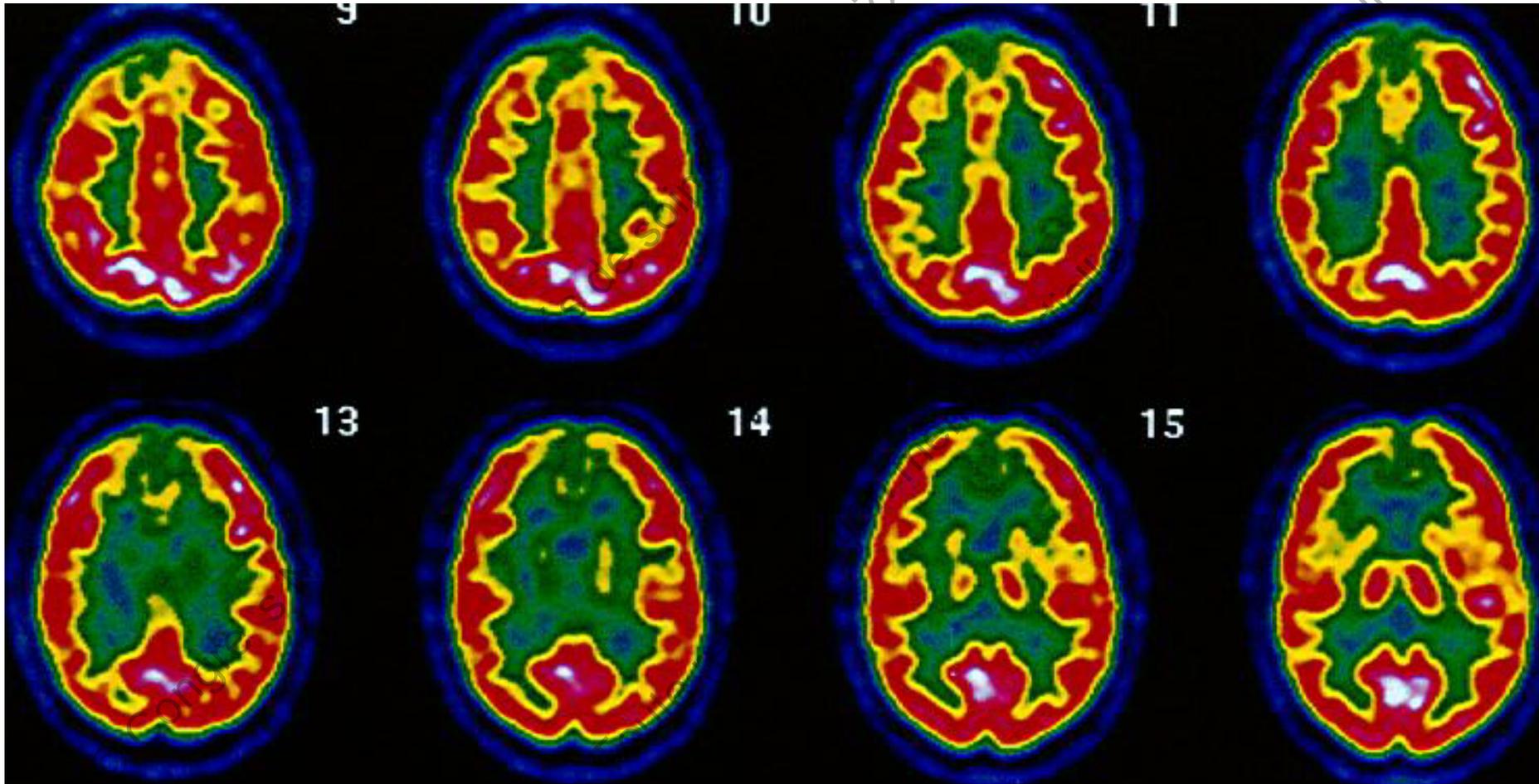




2019 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et prise en charge  
réservés. Toute reproduction même partielle est strictement interdite

PT 35 té

M. B B



2019

réservés

ion et prise en charg

interdite

- → Diagnostique de DFT forme comportementale pure.
- Intérêt de l'évaluation de la cognition sociale +++
- Autres tests très intéressants:
  - Test de Hayling (défaut d'inhibition)  
Rien ne sert de courir, il faut partir à...  
Jean de la Fontaine
  - Eating Behavior Inventory (Azuar et al. 2018). Troubles du comportement alimentaire

# Comment annoncer les résultats d'un bilan neuropsychologique? Conseils issus de nos pratiques cliniques

- Discours simple à adapter au patient et à son entourage
  - S'il est possible de parler d'apraxie à un collègue médecin, notamment s'il consulte pour cela, il faut en général proscrire tout terme complexe/jargon
    - ❖ Troubles des fonctions exécutives = troubles de la concentration
    - ❖ Amnésie = trouble de la mémoire
    - ❖ Apraxie = difficulté à accomplir des gestes
    - ❖ Etc.
- Prendre le temps, répéter au besoin, procéder par étape et récapituler l'histoire de la venue en consultation (« vos enfants ont l'impression que depuis quelques temps votre mémoire n'est plus ce qu'elle était... »)
- Impliquer le patient dans l'annonce des résultats et ne pas faire cette annonce « qu'à » l'entourage et ce même en cas de troubles cognitifs majeurs. Le secret médical n'est pas opposable au patient et les troubles cognitifs ne remettent pas en cause cette règle fondamentale de notre pratique

# En Conclusion

- Le bilan neuropsychologique est un élément central de notre pratique clinique
- Il est utile au diagnostic, au pronostic, pour la reconnaissance du handicap (invisible)
- Son interprétation requiert d'en maîtriser les aspects quantitatifs (psychométrie, normes) ET qualitatifs (contextes psychologique, familial, éducatif, etc.)
- Restituer les résultats d'un tel bilan au patient et à son entourage est « un art, une science, un esprit »