

CHAPITRE 1 : L'ANAMNÈSE DANS LE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

Marie-Pascale Noël
Université catholique de Louvain
Belgique

La première rencontre avec les parents et l'enfant constitue une étape importante pour l'évaluation du bilan à venir. Ce premier contact a pour objectif de cerner la demande, de prendre connaissance de l'histoire de l'enfant et des difficultés qui l'amènent à consulter. Tous ces éléments sont relevés dans le but d'orienter le bilan neuropsychologique et de permettre une interprétation sur base des résultats obtenus.

1. Origine et but de la demande

Avant tout, il est nécessaire d'identifier qui fait la demande et quel en est le but précis. Même si, la plupart du temps, le parent amène l'enfant en consultation, la demande n'émane pas nécessairement de lui. Le bilan est souvent demandé par un neuropédiatre. Parfois, c'est l'instituteur ou le centre de santé (ou PMS) de l'école ou encore un autre intervenant comme le logopède (ou orthophoniste) ou le psychomotricien qui fait les démarches en ce sens.

Cet aspect des choses est important. En effet, un parent qui n'est pas à l'origine de la demande peut, dans certains cas, ne pas percevoir le problème et ne pas saisir clairement non plus la signification et le contenu du bilan en question. Il peut arriver qu'il décrive une plainte qui ne semble pas relever du domaine d'expertise du neuropsychologue. Il conviendra alors de spécifier la demande et le pourquoi de celle-ci en contactant celles et ceux qui en sont à l'origine. Ce contact avec les autres intervenants autour de l'enfant est d'ailleurs toujours informatif et judicieux.

Le but de l'examen peut être varié. La plupart du temps, celui-ci est demandé parce que le développement, les apprentissages ou le comportement de l'enfant pose problème. Les adultes entourant l'enfant aimeraient préciser la nature des difficultés et identifier les possibilités d'intervention les plus adaptées pour venir lui en aide. Cette intervention peut être une prise en charge par le neuropsychologue ou par un autre intervenant (logopède, psychomotricien...). Une orientation scolaire peut également être discutée (redoublement d'année,

changement d'école, orientation vers un établissement d'enseignement spécialisé). Le bilan pourra également conduire vers la proposition d'une psychothérapie (individuelle ou familiale), une guidance parentale, ou bien vers la consultation d'autres spécialistes.

Dans d'autres cas, le bilan neuropsychologique fait partie d'un suivi multidisciplinaire d'enfants nés avec des risques particuliers de troubles cognitifs. Il peut s'agir d'enfants présentant un trouble génétique, nés prématurément, souffrant d'épilepsie, présentant des troubles métaboliques, etc.

Il arrive également que le bilan neuropsychologique intervienne pour évaluer l'efficacité d'une prise en charge médicamenteuse (par exemple, des psychostimulants pour réduire les troubles attentionnels, des antiépileptiques, etc.).

Enfin, dans d'autres cas, la demande émane d'un médecin des services d'assurance afin de quantifier le handicap que l'enfant a subi suite, par exemple, à un accident de voiture. Ce contexte de bilan dans le cadre d'une expertise médico-légale sera peu abordé ici (mais voir, à ce sujet, l'ouvrage de Meulemans & Seron, 2004). Il s'agira alors d'évaluer le niveau cognitif actuel de l'enfant, de le comparer à ce qu'il était supposé être avant l'accident (sur base des résultats scolaires et du niveau de développement de l'enfant antérieurs à l'accident mais aussi du milieu intellectuel dont il est issu). Enfin, il faudra également évaluer ses capacités d'apprentissage et de développement. En effet, chez l'adulte, l'impact d'un dommage cérébral est maximal directement après l'accident, puis il s'estompe au cours des mois suivants via le phénomène de récupération spontanée et les prises en charge. Chez l'enfant, on assiste au même phénomène. Toutefois, le dommage cérébral peut également avoir un impact sur la progression développementale elle-même. Dans ce cas, les fonctions qui sont encore en développement chez l'enfant (et c'est le cas de la plupart d'entre elles), progressent plus lentement que la normale. Par conséquent, la différence entre les capacités de l'enfant et celles d'un groupe témoin peut augmenter au cours du temps, révélant ainsi progressivement des déficits croissants (voir Taylor & Alden, 1997). Par conséquent, des examens réguliers jusqu'à la fin de l'adolescence sont nécessaires avant de consolider le dossier.

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

2. L'interlocuteur

L'entretien d'anamnèse se fait le plus souvent avec un des deux parents de l'enfant. Celui-ci est, en effet, l'interlocuteur privilégié ; c'est lui qui connaît le mieux l'histoire de son enfant ainsi que les problèmes qui l'affectent. Toutefois, il est important d'écouter également l'enfant. Cela paraît évident quand il s'agit de grands enfants mais c'est aussi vrai pour les petits. L'adolescent pourra, s'il est motivé, décrire ses difficultés, en donner une interprétation, expliquer comment il se sent concerné et la manière dont cela affecte sa vie. L'enfant plus petit sera souvent incapable de répondre de manière détaillée et précise à ces questions. Toutefois, il est utile d'identifier s'il sait pourquoi il est là, s'il est conscient que des difficultés interpellent ses parents et son entourage, et comment il vit cette situation. L'enfant qui n'a pas conscience du problème et qui n'en souffre pas risque d'être peu motivé par le bilan. S'il est peu motivé, voire opposant au cours du bilan, il est possible que ses résultats aux épreuves ne reflètent pas ses capacités réelles. La motivation de l'enfant à participer au bilan est donc une dimension extrêmement importante et un bilan dans lequel l'enfant ne s'implique pas ou très peu ne sert quasi à rien. Il s'agira donc, pour le thérapeute, de créer un climat de confiance et de motivation suffisant pour créer une vraie collaboration de l'enfant dans la réalisation des tests proposés.

D'un point de vue pratique, l'entretien commence très souvent par une discussion avec les parents et l'enfant. Lorsque le bilan proprement dit commence, le thérapeute peut compléter l'anamnèse en posant des questions directement à l'enfant lui-même. Toutefois, il est souvent judicieux de prévoir également un temps d'entretien où le thérapeute est seul avec le parent. Il arrive, par exemple, que le parent souhaite communiquer au thérapeute des informations qu'il ne veut pas transmettre telles quelles à l'enfant (par exemple, la présence de maltraitance de l'enfant avant l'adoption). Il est aussi possible que les parents se sentent anxieux, désespérés ou dépassés par ce qu'ils vivent avec l'enfant et aient besoin d'exprimer leurs émotions. Dans ce cas, un moment d'entretien avec le thérapeute, sans l'enfant, est souhaitable.

Enfin, même s'il n'arrive quasi jamais que le professeur ou un enseignant de l'enfant soit présent à la séance d'anamnèse, recueillir ses impressions et ses observations est souvent très important. Dès lors, proposer aux parents des questionnaires à remettre à l'école de manière à compléter l'analyse de l'enfant dans la situation scolaire, est une initiative intéressante (voir le point 5 de ce chapitre).

3. Le contenu de l'entretien

L'entretien d'anamnèse doit permettre de décrire le plus finement possible les difficultés rencontrées par l'enfant, en vue d'orienter 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 au cours de l'anamnèse. Il s'agira également de découvrir l'histoire ou l'évolution des symptômes rapportés. L'entretien doit aussi permettre de collecter les informations qui seront nécessaires à l'interprétation des observations, en ce comprises des informations sur le développement général et psychoaffectif de l'enfant. Si possible, l'entretien sera complété par l'examen du dossier médical de l'enfant, la lecture des rapports réalisés par d'autres intervenants (rapports d'autres psychologues, logopèdes, psychomotriciens, etc.) et un contact (éventuellement téléphonique) avec l'instituteur de l'enfant.

3.1. Cerner le(s) problème(s)

La question essentielle à poser au cours du premier entretien est bien évidemment « pourquoi ? » : pourquoi cette famille vient-elle en consultation pour cet enfant, quelle est la plainte ? Sur base de cette première réponse, le thérapeute essaiera de cerner le problème rencontré en posant des questions spécifiques basées sur ses connaissances du fonctionnement cognitif. Par exemple, une plainte en termes d'oubli (« *mon enfant oublie tout, je lui demande quelque chose, il ne le fait pas parce qu'il a oublié deux minutes après, il part à l'école sans sa boîte à tartines, il revient sans son manteau, il oublie de me donner les mots de l'instituteur...* ») peut s'apparenter à un trouble mnésique ou à un trouble attentionnel. L'un et l'autre peuvent être décrits de manière plus précise. Le thérapeute posera alors des questions afin de déterminer si le trouble mnésique se rapporte plutôt à du matériel verbal ou visuel (difficultés de fixer le nom de personnes *versus* de reconnaître leur visage, de trouver son chemin dans des endroits peu familiers, etc.), s'il apparaît dans des situations de mémoire à court terme ou à long terme (oubli de choses dites au cours d'une conversation *versus* ce qui s'est passé la semaine dernière), ou au niveau de la mémoire rétrospective ou prospective (ne plus se souvenir de ce qu'on a vu au parc d'attraction dimanche dernier *versus* monter dans sa chambre pour chercher ses pantoufles et ne plus s'en souvenir une fois arrivé là). De la même manière, un trouble attentionnel sera précisé d'après des questions relatives au type de matériel qui pose problème (attention visuelle ou auditive) et à la situation qui entraîne le plus ce type de difficultés (écouter le professeur tout en recopiant le tableau, écouter quelqu'un dans un endroit bruyant, repérer le

héros dans une scène visuelle complexe...). Des questionnaires d'autoévaluation de ces fonctions (par exemple, de la mémoire ou de l'attention) pourront éventuellement être utilisés pour préciser la plainte (voir le point 5 ci-dessous). Il s'agira également de spécifier si cette difficulté est rapportée dans un contexte précis (à la maison, à l'école) ou bien s'observe quel que soit le contexte mais dans des situations déterminées (par exemple, en classe mais pas en récréation, à la maison quand l'enfant fait ses devoirs mais pas quand il joue sur l'ordinateur).

Il est également important de prendre en compte l'interprétation que la famille donne au problème, les démarches que les parents ont déjà entreprises à ce sujet (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. Dans certains cas, le problème semble exister depuis toujours. Ainsi, par exemple, les parents d'un enfant présentant des problèmes de langage rapportent qu'il a produit ses premiers mots tardivement et qu'il se faisait difficilement comprendre par l'institutrice, en maternelle. Ou encore, l'enfant qui se présente avec un profil d'hyperactivité est décrit comme vif depuis toujours ; tout petit déjà, il était très remuant et « éveillé ». Dans d'autres situations, au contraire, le problème est apparu à un moment assez précis. Il semble qu'il y ait eu un « avant » et un « après » qui se définissent autour d'un événement précis : une chute, un accident de voiture, la mort brutale d'un parent, etc. Enfin, il arrive qu'on assiste à une régression progressive de l'enfant. Par exemple, l'enfant parlait normalement et puis s'est mis à parler de moins en moins et avec de plus en plus de difficultés. Ou bien encore, il écrivait et dessinait comme les autres mais son geste est progressivement devenu moins souple et ce qu'il produit maintenant ressemble plus à un gribouillis qu'à un réel dessin. Ces distinctions sont évidemment très importantes. Les profils du premier type font souvent référence à des troubles développementaux, c'est-à-dire des difficultés qui sont là « depuis toujours ». Les seconds peuvent correspondre à des réactions psychoaffectives (par exemple, une hyperactivité chez l'enfant et une immaturité depuis la naissance du petit frère ou de la petite sœur) ou à des troubles acquis, pouvant être liés à des atteintes cérébrales (tumeurs, épilepsies, pathologies dégénératives de l'enfant, etc). Il s'agira donc toujours d'être extrêmement prudents et de proposer aux parents de consulter un neuropédiatre au moindre doute.

En dehors de la plainte avancée, le thérapeute posera également des questions relatives aux autres domaines cognitifs de manière à identifier si l'enfant

présente des difficultés ailleurs (langage, attention, mémoire, fonctions exécutives, traitement visuo-spatial, praxies). Par exemple, des questions du type suivant pourront être posées : Comment l'enfant parle-t-il, est-il compris facilement par son entourage ou seulement par ceux qui le connaissent ? L'enfant est-il souvent dans la lune, oublie-t-il régulièrement ses effets personnels, peut-il rester concentré lors de l'exécution d'une tâche même rébarbative ? L'enfant retient-il facilement les choses, les paroles des chansons, les noms des copains, les trajets, etc. ? L'enfant est-il impulsif, peut-il attendre son tour durant les jeux ? L'adolescent est-il capable de planifier son travail, de s'organiser pour mener à bien un projet ? L'enfant aime-t-il dessiner, quelle est la qualité de ses dessins ? Le petit enfant peut-il s'habiller seul, nouer ses lacets, sait-il rouler à vélo ? L'enfant plus grand pratique-t-il un sport ? Est-il souvent considéré comme « gauche » ? A cet égard, une description des loisirs de l'enfant est aussi informative. En effet, il arrive qu'il n'y ait aucune plainte dans un domaine spécifique parce que l'enfant évite les situations dans lesquelles il est peu compétent. Par exemple, un enfant avec des difficultés de type dyspraxie visuo-spatiale se montrera rarement intéressé par le dessin, les puzzles, les jeux de construction (Légo, K-nex...) ou les bricolages. De la même manière, les troubles cognitifs liés à un dommage cérébral vont souvent modifier les loisirs de la victime. Un adolescent qui lisait, passait son temps devant la télévision et sa *play-station* ou se baladait à vélo avec ses copains devient complètement différent après un accident de la route. Lorsqu'il lit un livre, il ne se souvient pas de ce qui s'est passé au chapitre précédent. Les écrans lui donnent mal à la tête et une fatigue oculaire l'empêche d'y prendre du plaisir ou de finir un film. Enfin, son changement de personnalité est tel qu'il ne se sent plus à sa place avec son groupe de copains.

Il sera également important de décrire plus globalement l'état actuel de l'enfant. Comment est son appétit, a-t-il des problèmes avec la nourriture ? Comment dort-il (insomnies, cauchemars, fatigue perpétuelle) ? A-t-il des problèmes médicaux au moment où il consulte ? Prend-il des médicaments actuellement ? L'enfant a-t-il des amis ? Est-ce un enfant bien dans sa peau, joyeux ou déprimé, agité ou calme, placide ou très actif, aimant les câlins ou les évitant, colérique ou non, prudent ou audacieux ? Ces questions ont toutes leur importance lors de l'interprétation du bilan. En effet, certains problèmes médicaux (par exemple, des troubles de la thyroïde, du métabolisme de la phénylalanine...) ou certains médicaments (par exemple, les psychostimulants, les antiépileptiques...) sont connus pour avoir un impact sur la performance cognitive, mais des troubles psychosociaux (comme la dépression ou une anxiété excessive, par exemple) peuvent également exercer une influence sur la cognition.

3.2. L'histoire de l'enfant

L'anamnèse veillera aussi à retracer l'histoire du développement de l'enfant, y compris aux niveaux médical et scolaire. Ainsi, le clinicien demandera comment s'est déroulée la grossesse (attaques virales, prise de médicament, de drogue, de tabac ou d'alcool pendant cette période ?). Comment s'est passé l'accouchement (naissance à terme, poids de l'enfant à la naissance, présence de souffrance de l'enfant, de l'anoxie, par exemple ou un séjour dans un service de néonatalogie) ? Ces questions sont posées parce que la présence de difficultés des types susmentionnés peut avoir des conséquences au niveau du développement cognitif de l'enfant. D'autres questions compléteront le recensement de son histoire médicale: a-t-il été atteint de maladies graves (par exemple, une méningite) ? A-t-il été hospitalisé ? Si oui, pourquoi ? A-t-il été victime de traumatisme crânien, s'est-il retrouvé dans le coma ? A-t-il déjà présenté des crises d'épilepsie ? A-t-il développé des otites à répétition (qui peuvent éventuellement être mises en lien avec des difficultés langagières) ? Prend-il des médicaments de manière régulière ? Dans ce cas, il est important de vérifier l'impact cognitif éventuel de ceux-ci. Présente-t-il des difficultés auditives ou visuelles (corrigées éventuellement par un appareil ou des lunettes) ? Présente-t-il des troubles métaboliques ou une anomalie génétique ? Certains membres de la famille de l'enfant sont-ils atteints de troubles génétiques ou ont-ils présenté des difficultés développementales proches de celle que connaît l'enfant ?

L'anamnèse abordera également le développement psychomoteur (par exemple, quand a-t-il marché seul, quand a-t-il acquis la propreté ?) et langagier de l'enfant (à quel âge a-t-il prononcé ses premiers mots ? son langage était-il intelligible en maternelle ? vient-il d'un milieu unilingue ou évolue-t-il dans un environnement multilingue ?).

Il conviendra également de retracer l'histoire scolaire de l'enfant. Il s'agira d'une part de détailler son parcours scolaire : en quelle année est-il ? Y a-t-il eu des redoublements, des changements d'établissement (y compris méthode d'apprentissage et pédagogie de l'école) ? On s'interrogera également sur la manière dont se passent les apprentissages : quelles sont les matières dans lesquelles l'enfant réussit le mieux, quelles sont celles qui posent problème, quelles sont les difficultés et depuis quand, celles-ci sont-elles liées à des changements d'école, d'instituteur ? Enfin, l'aspect affectif du rapport à l'école sera également abordé : l'enfant est-il content d'aller à l'école ? Comment se passe le contact avec l'instituteur ? Préfère-t-il certains cours à d'autres ? Est-il avide d'apprendre ? A-t-il des amis ? Est-il intégré dans sa classe ? Bénéficie-

t-il d'aménagements ou de soutiens pédagogiques particuliers à l'école ? Cela l'aide-t-il ?

Outre la vie à l'école, l'apprentissage se fait également à la maison. Comment se passe le travail scolaire à la maison : le travail des devoirs et des leçons est-il aisé ou difficile, prend-il beaucoup ou peu de temps, l'enfant a-t-il besoin de l'aide de ses parents (pour se mettre au travail et rester concentré ou pour réexpliquer la matière) ou bien d'un professeur particulier ?

Outre les domaines médicaux et scolaires, il conviendra également d'aborder l'histoire affective de l'enfant. En effet, plus encore que chez l'adulte, le cognitif et l'affectif sont intimement liés chez l'enfant. Des problèmes d'attention, d'agitation, d'opposition ou encore d'apprentissage peuvent être liés à une problématique affective. C'est pour cette raison que le neuropsychologue doit s'intéresser à la sphère affective de l'enfant qu'il reçoit en consultation. Au-delà des questions sur l'état émotionnel de l'enfant, le thérapeute s'intéressera aussi à la famille. Combien d'enfants y a-t-il dans la famille ? Quel est le rang dans la fratrie de l'enfant qui vient consulter ? Comment celui-ci a-t-il accepté la naissance des petits frères et/ou sœurs ? Y a-t-il beaucoup de disputes ou de jalousie entre les enfants ? L'enfant est-il adopté ? Comment est le climat familial ? S'agit-il d'une famille avec des parents divorcés ? Dans ce cas, quel est le type de garde parentale ? Y a-t-il un beau-père ou une belle-mère en contact avec l'enfant ? De manière plus générale, l'enfant ou la famille ont-ils vécu des événements difficiles sur le plan émotionnel (perte d'un travail, déplacement à l'étranger, maladie grave d'un des parents ou dans la fratrie...) ? Les difficultés de l'enfant coïncident-elles avec l'un de ces événements ?

Toutes ces questions peuvent être perçues comme invasives par le parent. Il est donc important de rappeler aux parents que le clinicien est soumis au secret professionnel et surtout, de leur expliquer la raison de ces questions. Il ne s'agit ni de juger la famille ni de s'immiscer dans son intimité par curiosité. Il s'agit au contraire de découvrir le milieu socioaffectif de l'enfant pour voir si ses difficultés peuvent ou non être liées à un problème relationnel ou affectif. Dans ce cas, il s'agira d'essayer de distinguer, dans la mesure du possible, les situations où le problème affectif a conduit au problème de développement et celles où les difficultés affectives sont davantage la conséquence des troubles de développement (sans exclure toutefois, la possibilité d'une causalité circulaire). Cette question est centrale, dans la mesure où elle guidera le type d'intervention qui sera proposé à l'enfant. Le neuropsychologue est donc, avant tout, un psychologue qui considère l'enfant dans sa globalité. Cependant, le neuropsychologue n'est pas psychothérapeute et, le cas échéant, pourra référer

son patient à un collègue si un suivi psychoaffectif s'avérait nécessaire. La place donnée à cet entretien d'anamnèse pourra varier suivant les cas. Par exemple, un bilan neuropsychologique chez un enfant qui vient de subir un trauma 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 et des conduites oppositionnelles, exigera une analyse plus détaillée de la structure familiale de l'enfant. Le fait de travailler dans une équipe pluridisciplinaire incluant un psychothérapeute ou un pédopsychiatre allègera bien évidemment cette partie de l'entretien.

3.3. Autres observations

Parallèlement au contenu transmis oralement lors de l'anamnèse, le clinicien sera également vigilant à l'aisance de l'enfant à comprendre les questions qui lui sont posées et à y répondre (qualité du vocabulaire et de la construction syntaxique des phrases), à la manière dont l'enfant interagit avec le thérapeute (par exemple, contact visuel ou regard fuyant, enfant trop familier ou réservé) et au comportement de l'enfant (calme ou agité). Il est également intéressant de noter la manière dont se passent les interactions parent-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. Observez également si l'enfant prend part à la discussion, donne son avis ou est invité par les parents à le donner et observez la manière dont l'enfant réagit aux propos de ses parents.

3.4. Informations pratiques

Enfin, l'entretien d'anamnèse est aussi l'occasion de prendre note des détails pratiques, comme la date de naissance de l'enfant, ses coordonnées (adresse, téléphone), les coordonnées de son école, de son médecin traitant et des autres intervenants (psychomotricien, neuropédiatre, psychothérapeute, logopède, etc.).

4. L'orientation du bilan

Il est judicieux de définir, au départ, un bilan neuropsychologique de base comportant une évaluation des fonctions cognitives majeures. Néanmoins, les informations collectées au cours de l'anamnèse devraient permettre d'adapter ce bilan à la plainte spécifique de l'enfant. Il s'agira ainsi d'accorder une importance particulière à l'examen des fonctions correspondant au problème mentionné. Le thérapeute prendra également en compte les troubles qui peuvent être

fréquemment associés au problème rapporté. Par exemple, dans le cas d'un trouble du calcul, des mesures de mémoire de travail, de gnose digitale et de traitement visuo-spatial seront utiles. Le trouble amené par le patient devra aussi être pris en compte pour la mise en place du reste du bilan de manière à contaminer le moins possible l'évaluation des autres fonctions cognitives par le problème rapporté par le patient. Ainsi, par exemple, dans le cas d'un enfant avec un problème de langage, le bilan neuropsychologique devra prévoir un maximum de tests non verbaux. De la même manière, le bilan d'un enfant avec un problème d'attention soutenue devra idéalement se faire en plusieurs rendez-vous de courte durée plutôt qu'en une longue séance unique. En effet, si l'enfant décroche complètement au bout de 20 minutes, que pourra-t-on dire des épreuves de copie de dessin ou de mémoire qu'il aura complètement bâclées après la première heure d'examen ? Enfin, dans les cas de pathologie acquise, l'orientation du bilan doit se baser sur ce qui est connu comme conséquences cognitives liées au type de lésion cérébrale affectant l'enfant (voir, par exemple, Botez, 1996). De la même manière, la présence d'un trouble métabolique ou génétique devra également être prise en compte par le thérapeute qui veillera tout particulièrement à évaluer de manière plus approfondie les fonctions cognitives qui sont typiquement atteintes dans ce type de pathologie.

5. Les questionnaires : une aide précieuse

Les questionnaires peuvent également fournir une aide précieuse dans la description et la compréhension de la situation et des difficultés rencontrées par l'enfant. Ainsi, au moment du premier contact en vue de la prise de rendez-vous ou lors de la première rencontre, il peut être intéressant de proposer des questionnaires d'anamnèse ou des questionnaires visant à investiguer de manière plus systématique l'objet de la plainte. Par exemple, si la problématique concerne l'aspect maladroit de l'enfant ou des difficultés d'ordre praxique, il peut être intéressant de proposer aux parents de compléter le Questionnaire sur le Trouble de l'Acquisition de la Coordination (QTAC, Martini, St-Pierre, & Wilson, 2011). Celui-ci permettra de voir l'étendue de la problématique, son importance et comment elle se manifeste dans la vie quotidienne. Dans d'autres cas, des questionnaires pourront être remis pour investiguer plus avant des plaintes rapportées et vérifier (ou pas) votre intuition. Il peut s'agir, par exemple, de donner à compléter un questionnaire d'anxiété ou de dépression pour un enfant qu'on décrit comme souvent nerveux, craintif ou, au contraire, mélancolique, avec peu d'entrain. Une série de questionnaires de ce type sont présentés dans l'ouvrage de Bouvard (2008).

Les questionnaires s'avèreront particulièrement utiles dans le cas des plaintes attentionnelles ou relevant de la sphère des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). En effet, il n'est pas rare d'observer un certain hiatus entre d'une part, des plaintes importantes rapportées par la famille et l'école, et d'autre part, des performances dans les tests d'attention et de fonctions exécutives du bilan neuropsychologique, dans la norme. Il apparaît, en effet, que beaucoup de ces tâches manquent de validité écologique. En outre, si un enfant est capable de se concentrer et de suivre les instructions données pendant une tâche précise qui dure 5 à 10 minutes, cela ne signifie pas qu'il soit également capable de rester attentif pendant toute la durée de la journée scolaire ou, qu'au retour à la maison plein de l'envie de jouer et de se distraire, il soit capable de fournir les efforts nécessaires pour terminer ses devoirs ou étudier sa leçon. Ainsi, décrire la fréquence, l'intensité des symptômes dans divers contextes (école, famille) sera cruciale pour le diagnostic de trouble de l'attention ou de TDAH. De nombreux questionnaires ont été développés dans ce but. Nous en présenterons ici quelques-uns à titre d'exemple (il ne s'agit pas d'une liste exhaustive).

Certains de ces questionnaires portent spécifiquement sur des problématiques liées à de faibles capacités au niveau des fonctions exécutives. Ainsi, par exemple, le *Childhood Executive Function Inventory* (CHEXI, développé par Thorell & Nyberg, 2008) et adapté en français par Catale, Lejeune, Merbah, & Meulemans, 2011) est un questionnaire pour parents ou enseignants qui évalue les difficultés exécutives que l'enfant peut rencontrer dans la vie quotidienne. Ce questionnaire comporte 26 items répartis en 4 échelles évaluant les capacités d'inhibition, de flexibilité, de mémoire de travail et de régulation. Par exemple, l'item « A tendance à faire des choses sans réfléchir d'abord à ce qui pourrait arriver » relève de l'échelle inhibition. Les items sont évalués sur une échelle en 5 points allant de « absolument incorrect » à « absolument correct ».

Dans le même ordre d'idées, l'Inventaire d'Evaluation Comportementale des Fonctions Exécutives (BRIEF, Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2014), , évalue les comportements des enfants (de 5 à 18 ans) en lien avec les fonctions exécutives dans le milieu familial et le milieu scolaire. Il existe une forme Parent et une forme Enseignant, chacune contenant 86 items notés sur une échelle de fréquence (allant de « jamais » à « souvent ») et répartis en 8 sous-échelles mesurant l'inhibition, la flexibilité, le contrôle émotionnel, l'initiation, l'organisation matérielle, la mémoire de travail, la planification-organisation et le contrôle. Par exemple, l'item « A besoin qu'on lui dise de commencer une tâche même s'il/elle est d'accord de la faire » est issu de l'échelle Initiation. Un indice de régulation comportementale est calculé sur base des trois premières échelles

(inhibition, flexibilité, contrôle émotionnel) et un indice de métacognition sur les cinq dernières. Un score composite exécutif global peut aussi être calculé sur l'ensemble du questionnaire. Cet outil contient également une échelle de négativité (qui évalue dans quelle mesure la personne répond aux items de manière inhabituellement négative) et une échelle d'incohérence (qui indique dans quelle mesure la personne interrogée répond à des items similaires de la BRIEF de manière relativement cohérente).

D'autres questionnaires se sont plutôt inspirés des symptômes décrits dans le DSM (American Psychiatric Association, 2013) pour poser le diagnostic de TDAH. C'est le cas, par exemple, de l' *ADHD Child Evaluation* (ACE, Young, 2015, une version en français est disponible sur internet). Il s'agit d'une série de questions à poser lors d'un entretien structuré en vue d'un diagnostic de TDAH chez l'enfant âgé de 5 à 16 ans. Outre des questions générales sur l'anamnèse, l'ACE propose une série de questions correspondant aux symptômes clés d'inattention (9 items), d'hyperactivité (5 items) et d'impulsivité (4 items). L'intérêt de cet outil est que, pour chacun de ces symptômes, des exemples typiques de leurs manifestations sont donnés, à la fois dans le contexte familial et dans le contexte scolaire. On demande alors à la personne évaluée de décrire des situations spécifiques et/ou de donner des exemples précis de quand ce symptôme ou ce problème survient. On affine alors l'analyse de ces difficultés en posant des questions relatives au moment d'apparition de ce symptôme ou problème, des contextes dans lequel il apparaît (plusieurs contextes ?), de sa fréquence (est-ce que ce problème apparaît souvent ?), de sa sévérité et des facteurs pouvant précipiter son apparition. Enfin, on considère également le degré de handicap vécu par l'enfant dû à ce symptôme/problème.

Les Échelles Brown Attention/Fonctions exécutives (Brown, 2020) correspondent à des questionnaires qui peuvent être proposés aux parents, aux enseignants, et même aux enfants (à partir de 8 ans). A nouveau, les items sont inspirés des critères diagnostics du DSM-5 du TDAH mais aussi d'autres symptômes évoquant des difficultés exécutives. Il s'agit d'évaluer l'existence, la sévérité et l'impact des difficultés de l'enfant. Les items se répartissent (par groupes de 9 à 10) sur six dimensions : l'activation (organiser, prioriser, initier un travail), le focus (rester concentré sur la tâche), l'effort (maintenir un effort, son niveau d'énergie), l'émotion (gérer ses émotions, sa frustration), la mémoire (utiliser sa mémoire de travail, accéder aux connaissances acquises) et l'action (contrôler, autoréguler ses actions). Ces échelles sont à utiliser chez les enfants et adolescents de 6 à 18 ans.

La SNAP-IV (Swanson, Nolan, Pelham, 1992, une version française du Dr Hervé Caci est disponible sur internet) comporte, elle aussi, des items correspondant aux symptômes décrits dans le DSM-IV (1994) pour le TDAH (18 items), mais également les items correspondant au trouble oppositionnel avec provocation (8 items) qui est fréquemment associé au TDAH, des items du questionnaire IOWA (Loney & Milich, 1982) visant à évaluer l'inattention et la suractivité, ou encore l'agression/provocation et des items du questionnaire de Conners (1982) représentant un index général des problèmes rencontrés dans l'enfance (avec, par exemple, des items se rapportant à la narcolepsie, au syndrome de Gilles de la Tourette, aux épisodes maniques, aux états dépressifs...). Ce questionnaire offre donc une perspective plus large sur les difficultés rencontrées par l'enfant.

En effet, rappelons que pour qu'un diagnostic de TDAH soit posé, les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, une dépression, une pathologie anxieuse, un problème d'insomnie, etc.). Il est donc très important de considérer les diagnostics différentiels. Dans le cas du TDAH, la situation se complique par le fait que ce trouble présente assez régulièrement des comorbidités avec d'autres troubles comme, par exemple, les troubles oppositionnels avec provocation, les troubles des conduites, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les tics et les troubles du spectre autistique (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991 ; Elia, Ambrosini, & Berrettini, 2008 ; Goldman, Genel, Bezman, & Slanetz, 1998 ; Pliszka, 1998). Le déficit du clinicien est alors de distinguer les troubles primaires (diagnostic différentiel) et les troubles secondaires (trouble comorbide). L'utilisation de questionnaires amenant une évaluation très globale des aspects psychoaffectifs et comportementaux de l'enfant permet d'éclaircir le sujet.

Par exemple, le *Child Behavior Checklist* (CBCL, Achenbach, 1991, normes en français par Vermeersch & Fombonne, 1997) est une échelle globale d'évaluation de la psychopathologie des enfants. Il fournit une description standardisée des troubles émotionnels et comportementaux, ainsi que des compétences sociales et scolaires. Le questionnaire comprend deux sous-échelles : les compétences sociales et les problèmes de comportement qui couvrent chacune plusieurs domaines. La première comprend une échelle d'activités, une échelle sociale et une échelle scolaire. La seconde évalue les difficultés de type « internalisation » (anxiété/dépression, repli sur soi, plaintes somatiques) et de type « externalisation » (comportements délinquants, comportements agressifs), ainsi que les problèmes sociaux, les problèmes liés aux pensées, et les problèmes d'attention.

Un autre outil très intéressant est le Système d'évaluation du comportement de l'enfant (BASC-III, Reynolds & Kamphaus, 2020). Il permet d'identifier un large ensemble de difficultés comportementales et émotionnelles chez l'enfant de 3 à 11 ans. Il contient un questionnaire pour le parent (avec une forme pour les enfants de 3 à 5 ans et autre pour les enfants plus grands) et un questionnaire pour l'enfant (présenté sous forme d'entretien pour les plus jeunes (6-7 ans) ou par écrit en autoévaluation à partir de 8 ans). Les items ont été construits sur la base des syndromes décrits dans le DSM-5 et sur des données issues de la recherche en psychopathologie de l'enfant. Cet outil vise à analyser finement les symptômes de l'enfant en vue de poser un diagnostic différentiel des troubles émotionnels et comportementaux. Il offre un large éventail de scores mesurant une grande variété de troubles externalisés (par exemple, hyperactivité, agressivité, trouble des conduites), internalisés (par exemple, anxiété, dépression, somatisation) ou encore de problèmes au niveau des capacités d'adaptation (difficultés de communication, au niveau des habilités sociales, etc.). Dans les domaines qui nous intéressent, ce test offre des échelles cliniques sur l'hyperactivité, les problèmes d'attention, des indices de symptômes du TDAH ou encore des indices du fonctionnement exécutifs.

6. Et pour terminer ...

L'entretien d'anamnèse est donc un moment crucial dans le bilan neuropsychologique. Idéalement, celui-ci devrait se clôturer par une explication de ce qui suit l'entretien, c'est-à-dire une explication de ce qu'est le bilan neuropsychologique, sa durée, les modalités pratiques de sa mise en place et de la manière dont les résultats du bilan seront communiqués et à qui. Dans d'autres cas, l'anamnèse ne mènera pas à un bilan neuropsychologique mais permettra de référer l'enfant à un autre spécialiste.

BIBLIOGRAPHIE

- Achenbach, T. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.
- Botez, M.I. (1996). *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. Montréal : Masson.
- Bouvard, M. (2008). *Questionnaires et échelles d'évaluation de l'enfant et de l'adolescent*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Brown, T.E. (2020). BROWN EF/A - *Échelles Brown - Attention/Fonctions exécutives manuel professionnel*. Montreuil : ECPA.
- Catale, C., Lejeune, C., Merbah, S., & Meulemans, T. (2011). French Adaptation of the Childhood Executive Function Inventory (CHEXI): Confirmatory Factor Analysis in a Sample of Young French-Speaking Belgian Children. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(2), 149-155.
- Conners, C.K. (1982). Parent and teacher rating forms for the assessment of hyperkineses in children. In P.A. Keller & L.G. Ritt (Eds.), *Innovation in clinical practice*. Sarasota: FI Professionnel Research Exchange Inc.
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: 1. Concurrent co-morbidity patterns in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(15), 1-9.
- Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C., & Kenworthy, L. (2014). *BRIEF : Inventaire d'évaluation comportementale des fonctions exécutives Manuel professionnel* (A. Roy, N. Fournet, D. Legall et J.L. Roulin, Trans.). Paris : Hogrefe. (Original work published 2000)
- Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J., & Slanetz, P. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279(14), 1100-1107.

- Loney, J. & Milich, R. (1982). Hyperactivity, inattention, and aggression in clinical practice. In M. Wolraich & D.K. Routh (Eds.), *Advances in developmental and behavioral pediatrics* (Vol. 3, pp. 113-147). Greenwich, CT: JAI.
- Martini, R., St-Pierre, M., & Wilson, B.N. (2011). French Canadian cross-cultural adaptation of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire '07: DCDQ-FC. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 78*, 318-327.
- Meulemans, T. & Seron, X. (2004). *L'examen neuropsychologique dans le cadre de l'expertise médico-légale*. Sprimont, Belgique : Mardaga.
- Pliszka, S.R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(suppl.7), 50-58.
- Reynolds, C. R. & Kamphaus, R.W. (2020). *BASC-3 - Système d'évaluation du comportement de l'enfant - (3^e éd.)*. Manuel professionnel. Montreuil : ECPA.
- Swanson, J.M., Nolan, E.E., & Pelham, W.E. (1992). *SNAP-IV*. University of California.
- Taylor, H.G. & Alden, J. (1997). Age-related differences in outcomes following childhood brain insults: An introduction and overview. *Journal of the International Neuropsychological Society, 3*, 555-567.
- Thorell, L.B., & Nyberg L., (2008). The Childhood Executive Functioning Inventory (CHEXI): A new rating instrument for parents and teachers. *Developmental Neuropsychology, 33*, 536-552.
- Vermeersch, S., & Fombonne, E. (1997). Le Child Behavior Checklist: résultats préliminaires de la standardisation de la version française. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 45*, 615-620.