

Marie-Pascale Noël

BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

évaluation, mesure, diagnostic

MARDAGA

1050 Bruxelles
+32 (0)2 894 09 40

Le premier chapitre de cet ouvrage concerne l'anamnèse du bilan neuropsychologique de l'enfant et des caractéristiques qui lui sont propres. Dans le chapitre deux, nous présentons l'examen de l'intelligence puisque celui-ci permet de donner une indication du fonctionnement global de l'individu et permet ainsi de mettre en perspective les résultats obtenus à des tests plus spécifiques. Le chapitre 3 porte sur la mémoire, à la fois à court et à long termes et le chapitre 4 sur l'attention, ces deux domaines donnant lieu à des plaintes très fréquentes chez l'enfant d'âge scolaire. Le chapitre 5 décrit l'évaluation des fonctions exécutives qui sont essentielles au contrôle du comportement de l'enfant et jouent un rôle important dans les troubles d'hy-peractivité, par exemple. L'examen des compétences visuo-spatiales est détaillé dans le chapitre 6. Les chapitres suivants abordent l'évaluation des apprentissages, en particulier du langage oral (chapitre 7), du langage écrit (chapitre 8) et du traitement du nombre (chapitre 9). Les chapitres 10 et 11 abordent des domaines plus périphériques mais néanmoins très importants dans le développement cognitif de l'enfant, c'est-à-dire, la motricité et les praxies gestuelles d'une part, et l'équilibre émotionnel d'autre part. Dans le chapitre 12, nous envisagerons une situation très particulière du bilan neuropsychologique, celle de l'épilepsie chirurgicale. Enfin, cet ouvrage se clôturera par la présentation de quelques bilans neuropsychologiques en partant de la plainte des parents jusqu'aux conclusions et indications thérapeutiques qui leur sont remises.

Pour terminer, j'aimerais remercier les différents auteurs qui ont accepté de collaborer à ce projet et le fonds national de la recherche scientifique de Belgique qui me soutient financièrement. Je voudrais remercier aussi chaleureusement mes collègues du Centre de Consultations Psychologiques Spécialisées en Neuropsychologie et Logopédie de l'Enfant qui me permettent de confronter la théorie à la pratique clinique et qui me montrent, tous les jours, que cette approche des troubles cognitifs de l'enfant a du sens et est efficace.

Chapitre 1 : L'anamnèse dans le bilan neuropsychologique de l'enfant

MARIE-PASCALE NOËL

La première rencontre avec les parents et l'enfant constitue une étape importante du bilan. Ce premier contact a pour objectif de cerner la demande, de prendre connaissance de l'histoire de l'enfant et de celle du ou des trouble(s) qui l'amène(nt) à consulter. Tous ces éléments sont relevés dans le but d'orienter le bilan neuropsychologique et de permettre l'interprétation des résultats obtenus.

1. ORIGINE ET BUT DE LA DEMANDE

Avant tout, il est nécessaire d'identifier d'où vient 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 auprès de l'enfant comme le logopède (ou orthophoniste) ou le psychomotricien qui envoie l'enfant.

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 ceux et celles 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 de l'enfant pose problème. Les adultes entourant l'enfant voudraient préciser la nature des difficultés et identifier les possibilités d'intervention les plus adaptées pour venir en aide à l'enfant. Cette intervention peut être une prise en charge par le neuropsychologue ou par un autre intervenant (logopède, psychomotricien,...). Parfois, une orientation scolaire peut 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), de 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 psycho - stimulants pour réduire les troubles attentionnels, des anti-épileptiques, etc.).

Enfin, dans d'autres cas, la demande émane d'un médecin des services d'assurance (ou d'une caisse d'allocation familiale) et a pour objectif 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 après l'accident, puis il s'estompe au cours des mois suivants par le phénomène de récupération spontanée, pour se stabiliser par la suite (sauf si une rééducation est mise en place). 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 augmentent 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 n'est pas réaliste et ne correspond pas à ce que le thérapeute peut offrir. Dans ce cas, il est important d'expliquer à la famille les possibilités et les limites de notre intervention et, si nécessaire, les réorienter vers d'autres types d'interventions plus appropriées.

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 et de celle des problèmes qui l'affectent. Il est toutefois 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 la mesure dans laquelle il se sent concerné par cela et la manière dont cela entrave sa vie. L'enfant plus petit sera souvent incapable de répondre de manière détaillée et précise à ces questions. Toutefois, il est utile de savoir 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 soient faibles sans pour autant indiquer de réelles faiblesses cognitives. La motivation de l'enfant à participer au bilan est donc une dimension très importante à prendre en compte.

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 ces émotions. Dans ce cas, un moment d'entretien avec le thérapeute, sans l'enfant, est souhaitable.

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 par 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 celle du pourquoi : pourquoi cette famille vient en consultation pour cet enfant, quelle est la plainte ? Sur base de cette première réponse, le thérapeute essaiera de préciser la description du problème en posant des questions inspirées de ce qu'il connaît sur le plan théorique du problème rapporté. 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 correspondre à un trouble mnésique ou à un trouble attentionnel. L'un et l'autre peuvent être décrits plus précisément. Le thérapeute posera alors des questions pour voir 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 dans le cours d'une conversation *versus* ce qui s'est passé la semaine dernière), 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 par des questions portant sur le type de matériel qui pose problème (attention visuelle ou auditive) et le type de situation qui entraîne le plus ce type de difficultés (écouter le professeur tout en recopiant le tableau, écouter quelqu'un dans du bruit, 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. 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 d'entendre l'interprétation que la famille donne au problème, les démarches que les parents ont déjà entreprises par rapport à cela (qui ont-ils consulté, quels ont été les résultats ?) et les stratégies éventuelles qui sont utilisées par l'enfant ou les parents pour alléger le problème.

Le caractère évolutif des symptômes doit également être abordé. 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, les seconds à des troubles acquis ou à des réactions psycho-affectives, les derniers peuvent être liés à des atteintes cérébrales comme des tumeurs, des épilepsies (comme des pointes-ondes continues du sommeil par exemple), des pathologies dégénératives de l'enfant, etc.

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 dans 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 dans 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 » ? À 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 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 dans le groupe de ses 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 au niveau 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 anti-épileptiques,...) sont connus pour avoir un impact sur la performance cognitive, mais des troubles psycho-affectifs (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 (par exemple, anoxie), séjour

dans un service de néonatalogie) ? Ces questions sont posées parce que la présence de difficultés des types susmentionnés peuvent avoir des conséquences au niveau du développement cognitif de l'enfant. D'autres questions compléteront le recensement de l'histoire médicale de l'enfant : l'enfant 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, a-t-il été 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'histoire de l'enfant abordera également son développement psychomoteur (par exemple, quand a-t-il marché seul, quand a-t-il acquis la propreté ?) et langagier (à quel âge a-t-il prononcé ses premiers mots ? son langage était-il intelligible en maternelle ? vient-il d'un milieu unilingue ou est-il baigné dans un milieu 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 ; depuis quand ; 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 curieux d'apprendre ? A-t-il des amis ? Est-il intégré dans sa classe ? 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 ré-expliciter la matière) ou bien de celle 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. Au-delà des questions sur l'état émotionnel de l'enfant, le thérapeute s'intéressera aussi à la famille et son climat. 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 – 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 points ?

Toutes ces questions peuvent être perçues comme invasives pour 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 socio-affectif 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 d'avantage 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 proposée à l'enfant. Le neuropsychologue devra toutefois se garder de jouer ici le rôle de psychothérapeute. La place donnée à cet aspect de l'entretien 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. Notez 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 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 après 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.

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

- MEULEMANS, T. & SERON, X. (2004). L'examen neuropsychologique dans le cadre de l'expertise médico-légale. Mardaga, Sprimont, Belgique.
- BOTTEZ, M.I. (1996). Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement. Masson, Montréal, Canada.
- 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.

Chapitre 2 : L'examen de l'intelligence

JACQUES GRÉGOIRE

1. POURQUOI ÉVALUER L'INTELLIGENCE ?

L'évaluation de l'intelligence fait couramment partie de l'examen neuropsychologique des enfants et des adolescents. Quatre motifs de mesurer l'intelligence peuvent être identifiés : (1) les exigences administratives, (2) le diagnostic de certains troubles, (3) l'intérêt d'observer la personne face à une variété de problèmes, et (4) la nécessité de disposer d'un indicateur global du fonctionnement mental. De ces quatre motifs, le dernier est certainement le plus important car il sous-tend les trois autres. Nous allons donc l'examiner en premier lieu.

Historiquement, la mesure de l'intelligence est née avec Binet qui en a défini les principes méthodologiques essentiels. Binet ne disposait pas d'une définition précise de l'intelligence sur laquelle il aurait pu s'appuyer pour construire son test. Il choisit dès lors d'étudier l'intelligence en action afin d'en identifier les principales caractéristiques. Il observe longuement des adultes handicapés mentaux et des enfants de divers âges confrontés à une variété de tâches cognitives. Il constate que les tâches complexes permettent de mieux différencier, d'une part, les individus normaux et les handicapés et, d'autre part, les enfants d'âges différents. Il en déduit que l'intelligence n'est pas une aptitude simple qui pourrait être mesurée avec précision à l'aide d'une tâche spécifique. Au contraire, il considère que l'intelligence est par essence complexe. Elle est la résultante du fonctionnement coordonné de multiples aptitudes. Comme il l'affirme avec force (Binet, 1909, p.117) : « C'est par [la] totalité de son intelligence qu'un individu donne sa valeur. Nous sommes un faisceau de tendances ; et c'est la résultante de toutes ces tendances qui s'exprime dans nos actes et fait que notre existence est ce qu'elle est. C'est donc cette totalité qu'il nous faut savoir apprécier ». Par