

COURS DE MASTER 2 DE PSYCHOLOGIE

CLINIQUE DU SUJET ÂGÉ COURS

DNB3ED13

S3 – UE1 : Problématiques contemporaines en psychologie clinique

Enseignant : Nicolas DELRUE
Année 2020-2021

Troisième partie

Tests et échelles de l'examen neuropsychologique et psycho-comportemental

Objectif : connaître les principaux tests et les échelles standardisés. Savoir les administrer.

1. Tests et échelles de l'examen neuropsychologique

1.1. L'évaluation cognitive globale - MMSE

Le premier test à réaliser est le Mini Mental State Examination (Folstein, 1975) qui permet d'établir un profil cognitivo-mnésique global, de déterminer la présence de TNC et le stade démentiel.

L'échelle est composée de 30 items (noté 1 en cas de réussite et 0 en cas d'échec) explorant l'ensemble des FS réparties en 6 domaines : (1) 5 questions d'orientation temporelle et (2) 5 questions d'orientation spatiale qui permettent de qualifier une éventuelle désorientation temporelle ou spatiale ou une DTS totale (et le stade de gravité selon les repères encore étayants) ; (3) 3 questions de mémoire épisodique verbale qui permettent de constater d'éventuels troubles de l'encodage, du stockage et de la récupération (RL et RI immédiat et différé) ; (4) 5 questions en mémoire de travail (plus une supplémentaire d'empan envers) qui permettent d'observer les éventuels troubles en mémoire à court terme ; (5) 8 questions portant sur les FI et plus particulièrement sur le langage : dénomination d'objets, compréhension verbale d'une phrase complexe, compréhension d'une consigne et son exécution (en lien avec la mémoire de travail et la mémoire procédurale), lecture (en vérifiant la compréhension) et écriture ; (6) une épreuve portant sur les praxies constructives (recopier une forme complexe).

L'ensemble des épreuves donne un score total sur 30. Il est convenu (ANAES, 2000) que le seuil le plus discriminant est de 24 points. Autrement dit : (1) entre 30 et 24, absence de TNC ; (2) entre 26 ou 24 (selon l'âge et le niveau d'étude) et 19, présence de troubles cognitivo-mnésiques légers ; (3) entre 18 et 11, présence de troubles modérés ; (4) entre 10 et 0, présence de troubles sévères.

1.2. L'évaluation des différentes FS

Différentes batteries de tests cognitivo-mnésiques plus spécifiques permettent, ensuite, d'approfondir (confirmer, préciser, infirmer) les mesures d'efficience cognitive globale et d'émettre une hypothèse sur le type de démence. Les plus couramment utilisés chez le sujet âgé (obligatoires en EHPAD et équivalents) sont :

- **Pour différentes fonctions cognitives** : le test de l'horloge. Il consiste à demander au patient de dessiner les chiffres sur le cadran vide d'une horloge, puis d'indiquer une heure (10h10 ou 16h40) en

dessinant les deux aiguilles. Ce test est utile pour observer rapidement plusieurs FS : la compréhension de consigne (langage versant compréhension), la graphie mais surtout les fonctions visuo-spatiales dont l'organisation spatiale, les fonctions visuo-constructives, la planification (dont le séquençage des chiffres), la tendance à la persévération... L'épreuve donne lieu à un score total sur 10. Les scores inférieurs à 7 indiquent la présence de troubles cognitifs : (1) un score à 6 indique déjà des troubles légers ; (2) un score de 5 confirme des troubles pathologiques (83% MA) ; (3) un score inférieur à 5 indique des troubles prononcés.

- **Pour la mémoire épisodique** : l'épreuve des 5 mots de Dubois (Dubois, 2002). Elle consiste à faire apprendre au patient 5 mots appartenant à 5 catégories sémantiques différentes et à en étudier la restitution immédiate et différée. La procédure comprend : (1) une phase d'apprentissage qui permet de vérifier l'utilisation spontanée de stratégies efficaces ou non (sinon, elles sont indiquées par l'examineur) ; (2) une phase de contrôle de l'encodage permettant de vérifier la mise en place d'un encodage efficient basé sur la catégorisation (sur les indices sémantiques) ; (3) une phase de rappel immédiat libre et indicé qui permet de constater si un oubli anormalement rapide (oubli immédiat) de l'information existe ; (3) après une épreuve interférente (ex. test de l'horloge), une phase de rappel différé libre et indicé permettant de vérifier le stockage (RL) et la récupération (RI). L'épreuve aboutit à un score total sur 20, décomposé comme suit : (1) en rappel immédiat, chaque item correctement rappelé en RL vaut 2 points et en RI vaut 1 point ; (2) en rappel différé, chaque item correctement rappelé en RL vaut 2 points et en RI vaut 1 point. Il est convenu que les scores inférieurs à 18 indiquent des troubles en mémoire épisodique. Plus le score est bas, plus l'atteinte est massive. Les intrusions extra-liste ne sont pas cotées mais indiquent des troubles sévères.

- **Pour le langage** : test de fluences verbales catégorielles et lexicales (Cardebat, 1990). Il permet d'évaluer le langage à partir des FV lexicales et catégorielles, mais également (secondairement) la mémoire sémantique ou encore la mémoire de travail (en cas de répétition de mots). La consigne consiste à faire produire au patient un maximum de mots en une minute, selon 4 phases : (1) en fluences lexicales où le patient doit produire un maximum de mots commençant par une lettre (au choix selon le degré de difficulté : P, R ou V) en 2 temps : (a) une liste initiale en une minute puis (2) une seconde liste en une minute supplémentaire en évitant les répétitions ; (2) en fluences catégorielles où le patient doit produire un maximum de mots d'une catégorie (au choix selon le degré de difficulté : animaux, fruits ou meubles) en 2 temps : (a) une liste initiale en une minute puis (2) une seconde liste en une minute supplémentaire en évitant les répétitions. Chaque mot produit vaut un point. Chaque répétition de mot (persévération) vaut 0 point. Les oublis de consigne (mémoire de travail), les intrusions extra-liste, le logatomes (mémoire sémantique) sont observés. Un tableau permet de comparer le score total obtenu avec celui attendu au même niveau d'âge et d'éducation.

- **Pour les FI et les FE** : la batterie rapide d'efficacité frontale – BREF (Dubois, 2000). Ce test permet d'apprécier l'efficacité des FE et des processus qui les sous-tendent. Il est composé de 6 épreuves : (1) test de similitudes qui cible l'élaboration conceptuelle verbale et la manipulation des connaissances sémantiques ; (2) immédiatement suivi d'un test de fluences verbales lexicales qui permet de voir la flexibilité et le langage (stock de vocabulaire) ; (3) un test de comportement de préhension à partir d'une consigne contradiction qui permet de voir l'inhibition d'une réponse dominante ; (4) la séquence motrice de Luria dans laquelle le patient doit reproduire une séquence motrice après l'avoir apprise. Elle permet d'évaluer la programmation motrice et la planification (apprentissage, séquençage et enchaînement en lien avec la mémoire de travail) ; (5) un test de consignes conflictuelles dans lequel le patient doit faire le contraire de l'examineur. Il permet d'observer l'inhibition mentale (la sensibilité à l'interférence) ; (6) l'épreuve du Go-No Go qui vérifie à nouveau l'inhibition mentale. Le score total maximal de la batterie BREF est de 18. Chaque épreuve est notée entre 3 (aucune erreur) et 0 (incapacité). Le seuil pathologique est fixé à 16/30. Une table de correspondance existe entre les scores obtenus et les principaux types de démence.

2. Tests et échelles de l'examen psycho-comportemental

2.1. L'évaluation psycho-comportementale globale – NPI-ES

L'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) (Sisco, 2000) permet de diagnostiquer, qualifier et quantifier les principaux troubles psychiatriques (dépression, anxiété, idées délirantes, hallucinations, euphorie) et comportementaux (agitation/agressivité, apathie, désinhibition, irritabilité, comportement moteur aberrant, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire) chez les patients souffrant de démence. Il s'agit d'un questionnaire en hétéro-évaluation passé auprès d'un membre de l'entourage ou de l'équipe soignante connaissant bien le patient.

Pour chaque domaine étudié, le test commence par déterminer si le patient présente les symptômes du trouble (oui ou non). En cas de réponse positive, le domaine est exploré pour déterminer quels symptômes précis sont présents, leur fréquence (quelquefois, assez souvent, fréquemment, très fréquemment), leur gravité (léger, moyen, important) et leur retentissement (pas du tout, minimum, légèrement, modérément, sévèrement, extrêmement). La fréquence, la gravité et le retentissement sont cotés entre 0 et 5 points, donnant un score total pour chaque domaine puis le score global du NPI.

2.2. L'évaluation des différents troubles psycho-comportementaux

Différents tests psychologiques ou comportementaux plus spécifiques permettent d'approfondir (confirmer, préciser, infirmer) les mesures du NPI. Les plus couramment utilisés chez le sujet âgé (obligatoires en EHPAD et équivalents) sont :

- **Pour la dépression** : la *Geriatric Depression Scale* (GDS ou Mini-GDS) (Clément, 1997). La GDS existe en plusieurs versions (30 items, 15 items ou 4 items – Mini GDS). Cette dernière version discrimine aussi bien que les autres les patients présentant une dépression des patients sans trouble de l'humeur. Chacune des 4 questions reçoit une note de 1 en cas de réponse positive et de 0 en cas de réponse négative. Un score supérieur à 1 suffit à convenir d'une forte probabilité de dépression.

- **Pour la crise suicidaire** : l'échelle Risque-Urgence-Danger (RUD). Elle permet de repérer les facteurs de risque, d'urgence et de danger liés à la crise suicidaire. En les rassemblant, elle établit un profil sur une échelle en 8 paliers (allant de 0 à 7) avec, pour chaque palier, l'indication de la démarche à mettre en place (suivi par le généraliste, suivi psychiatrique, hospitalisation...).

- **Pour l'anxiété** : l'échelle d'anxiété d'Hamilton (Hamilton, 1959). Elle permet de diagnostiquer, qualifier et quantifier l'anxiété du patient à partir de l'exploration de 14 domaines. Cette échelle est particulièrement adaptée aux sujets âgés car elle prend en compte les symptômes anxieux psychiques mais également physiques (somatiques, respiratoires, cardiovasculaires, gastro-intestinaux, urinaires, végétatifs). Chaque domaine reçoit un score entre 0 et 4 en fonction de la gravité des symptômes. Un score global inférieur à 12 indique une absence d'anxiété, entre 12 et 30 une anxiété légère, entre 20 et 25 une anxiété modérée et supérieur à 25 une anxiété sévère.

- **Pour l'agitation (la CAA)** : l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (Micas, 1997). Elle permet de diagnostiquer, qualifier et quantifier l'agitation du patient, notamment la gravité des CAA récurrentes (sur une semaine). Elle passe en revue 29 comportements agités répartis en 4 domaines : agitation physique non-agressive, agitation verbale non-agressive, agitation et agressivité physique, agitation et agressivité verbale. Chaque item est noté entre 0 et 7 selon la fréquence de présentation au cours des 7 derniers jours. Il est ainsi possible d'établir un score global (maximum de 203) et des scores par domaines, déterminant le profil du patient. Selon le profil établi, la prise en charge peut être adaptée.

- **Pour les troubles du comportement alimentaire** : échelle de Blandford (Blandford, 1998). Elle permet de décrire les troubles alimentaires et d'en identifier la cause. Cette échelle explore 6 domaines qui peuvent être troublés et expliquer la dénutrition ou la perte de poids : les comportements de résistance (d'opposition), les dyspraxies et agnosies, le comportement sélectif, les troubles de la coordination, les fausses routes et la dépendance alimentaire. Selon le ou les domaines mis en exergue, des solutions correctives peuvent être mises en place.