

Sous la direction de
Christine Moroni et Pauline Narme



**20 cas cliniques
en
neuropsychologie**

Enfant, adulte et personne âgée

DUNOD

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

Nouvelle présentation, 2021

© Dunod, 2016

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-081932-4

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

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

Liste des auteurs

Sous la direction de :

Christine MORONI

Psychologue spécialisée en neuropsychologie et professeur des universités en neuropsychologie clinique à l'université de Lille. Elle est responsable de la mention Licence de Psychologie et assure une activité de neuropsychologue dans le service d'exploration fonctionnelle de la vision du CHU de Lille.

Pauline NARME

Psychologue spécialisée en neuropsychologie et maître de conférences HDR à l'université de Paris. Elle est responsable du master Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé - Parcours neuropsychologie.

Avec la collaboration de :

Philippe ALLAIN

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

Caroline BACLET-ROUSSEL

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

Serge BAKCHINE

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

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

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

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

Table des matières

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

ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Conclusions	331
3. Conclusions générales	331
CHAPITRE 17 ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE NEUROPSYCHOLOGIQUE DANS LE CADRE D'UN TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL (CÉLINE BOUDEHENT, CORALIE LANNUZEL ET HÉLÈNE BEAUNIEUX)	337
1. Introduction	339
2. Parcours antérieur	339
3. Évaluation neuropsychologique initiale	341
4. Hypothèses diagnostiques	346
5. Suivi à court terme	348
6. Suivi à long terme	349
7. Conclusion	350
CHAPITRE 18 ÉVALUATION COGNITIVE DANS LE CADRE D'UN CHEMOBRAIN/CHEMOFOG (ISABELLE LÉGER, JOHAN LE FEL ET MARIE LANGE)	357
1. Anamnèse	359
1.1 Éléments personnels	359
1.2 Autres antécédents médicaux	359
1.3 Contenu de l'entretien clinique	360
1.4 Hypothèses diagnostiques	361
2. Évaluation neuropsychologique	363
2.1 Choix des outils proposés	363
2.2 Interprétation du bilan neuropsychologique	364
3. Prise en charge	369
4. Évaluation comparative à trois mois	370
5. Résumé de l'évaluation cognitive et des propositions de prise en charge (figure 18.1)	371

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

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

Avant-Propos¹

Pourquoi un ouvrage de cas cliniques en neuropsychologie ?

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

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

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

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

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

Précautions d’utilisation

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

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

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

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

Bibliographie



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

Introduction¹

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

Sommaire

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

1. Objectifs cliniques de l'évaluation neuropsychologique

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

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

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

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

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

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

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

- recueillir des informations en amont du bilan (par l'intermédiaire d'un courrier – médical ou non¹ – demandant l'évaluation, de la consultation du dossier médical s'il est à la disposition du

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

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

Bibliographie



- [1] EUSTACHE F., LECHEVALIER B., VIADER F. (2008). *Traité de neuropsychologie clinique. Neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles : De Boeck.
- [2] ALLAIN P., RENARD A., MOREAUD O. (2011). La neuropsychologie : définition, domaines et méthodes, acteurs et lieux d'exercice, formation. Dans C. Thomas-Antérion, E. Barbeau (Éd), *Neuropsychologie en pratique(s)*, (p. 23-36). Marseille : Solal.
- [3] DUJARDIN K., VERNY M., ROUAUD O., THOMAS-ANTÉRION C., BARBEAU E. (2011). Les indications du bilan neuropsychologique. Dans C. Thomas-Antérion, E. Barbeau (Éd), *Neuropsychologie en pratique(s)*, (p. 39-48). Marseille : Solal.

2. Anamnèse et démarche hypothético-déductive

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

Dans certains cas, ces hypothèses peuvent être clairement formulées par le médecin à l'origine de la demande (*e. g.* «M. M. se plaint de troubles de la mémoire : existent-ils objectivement ? Sommes-nous dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer débutante¹ ou dans le cadre d'un probable syndrome anxio-dépressif? »), ou être assez logiquement orientées par le contexte (*e. g.* un patient est adressé dans le cadre du suivi d'un accident vasculaire cérébral dans un territoire cérébral donné ; un patient est adressé dans les suites d'un traumatisme crânien et se pose la question de ses possibilités de reprise d'une activité professionnelle ; etc.). Dans d'autres cas, soit parce que la demande est imprécise et/ou parce que le dossier médical n'est pas à disposition du professionnel, c'est uniquement l'entretien clinique qui permettra d'élaborer ces hypothèses.

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

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

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

parfois se jouer au détriment du patient comme par exemple, dans le cas de M^{me} G. Cette patiente âgée de 76 ans est vue en consultation mémoire à la demande d'une de ses filles. Celle-ci décrit, chez sa maman, d'importantes difficultés mnésiques et comportementales. Toutefois, les performances cognitives de M^{me} G. au bilan neuropsychologique sont tout à fait normales compte tenu de son âge et de son niveau d'étude. Ces conclusions ont été remises en question par la fille de M^{me} G. Suite à la seconde consultation avec le neurologue, il s'est avéré que M^{me} G avait déjà réalisé un grand nombre d'évaluations neuropsychologiques car sa fille souhait fortement la placer en institution et souhaitait qu'un diagnostic de maladie d'Alzheimer soit posé, d'où un nomadisme auprès de plusieurs consultations mémoire. Ce cas de figure est excessivement rare mais montre bien qu'il est indispensable d'appréhender le patient dans sa globalité et sans *a priori* d'où l'importance d'une méthodologie rigoureuse fondée sur une démarche hypothético-déductive.

L'exercice de l'entretien clinique est probablement le plus difficile à appréhender pour les étudiants lors de leurs stages en neuropsychologie, redoutant à leurs débuts de ne pas être capables d'adopter/maintenir une position d'écoute bienveillante et exprimant fréquemment une certaine crainte à l'idée « de ne pas savoir quelles questions poser ». Nous proposons dans l'encadré 1, quelques exemples de questions permettant de recueillir des informations des différents domaines devant être explorés afin de mieux comprendre le contexte d'évaluation et aider à la formulation d'hypothèses. Il est évident qu'il s'agit là d'un support de réflexion et non pas d'un guide à suivre à la lettre, ni même d'un panel de possibilités qui se voudrait exhaustif (pour informations complémentaires et détaillées, voir [4, 5]). De manière générale, l'entretien clinique doit permettre d'obtenir des renseignements afin de mieux se représenter :

- qui est la personne que nous rencontrons, quelle est son histoire de vie;
- l'histoire de sa maladie;
- son vécu psycho-affectif.

Enfin, il s'avère déjà une étape importante pour évaluer qualitativement différents aspects du fonctionnement du patient.

2.1 Qui est la personne ? Quelle est son histoire de vie ?

Le recueil des informations biographiques (*e. g.* âge/date/lieu de naissance, langue maternelle, lieu et mode de vie, parcours scolaire et/ou professionnel, occupations et loisirs, relations familiales, sociales ;

cf. encadré 1) est un moyen intéressant d'instaurer une relation avec le patient et de s'intéresser à son histoire de vie, tout en permettant déjà d'orienter quelque peu l'évaluation (*cf.* paragraphe 4 de ce chapitre). Ces différentes informations peuvent permettre à la fois de se représenter qui est la personne que nous rencontrons, d'estimer son niveau de fonctionnement antérieur (*i. e.* avant le début des difficultés), de pouvoir comprendre la façon dont la personne et/ou son entourage vivent les troubles ainsi que d'avoir une représentation de leurs répercussions sur les relations familiales, sociales... Il apparaît également que ces informations vont pouvoir donner des indications sur le choix ultérieur des tests puisque le professionnel ne choisira pas les mêmes épreuves qu'il s'agisse par exemple d'un jeune adulte ou d'une personne âgée, d'une personne ayant un niveau d'éducation élevé et un emploi à haute responsabilité versus d'une personne n'ayant aucun diplôme. Enfin, ces premières questions peuvent déjà fournir une idée de certains troubles cognitifs, si le patient n'est pas en mesure de répondre ou que l'accompagnant indique que les réponses fournies sont imprécises. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

2.2 Quelle est l'histoire de la maladie ?

Afin de tenter de reconstituer le contexte dans lequel s'inscrit la demande d'évaluation neuropsychologique, il est possible de questionner directement le patient sur les motifs de sa première consultation avec un spécialiste (*e. g.* neurologue ; *cf.* encadré 1). Ce type de questions permet généralement d'apprécier d'emblée le degré de conscience des troubles et de comprendre si la démarche médicale a été initiée par le patient lui-même ou plutôt par un tiers. Il sera crucial de bien préciser la nature de la plainte (*e. g.* le patient et/ou son entourage évoquent-ils plutôt des troubles du langage ? de la mémoire épisodique ? des troubles de la perception ? Existe-t-il une discordance entre le discours du patient et celui de son entourage ? L'entourage rapporte-t-il des troubles du comportement ? etc.), le mode d'installation des troubles (insidieux *versus* brutal, par exemple suite à un accident de la route, à un accident vasculaire cérébral ; stabilité *versus* évolution), leur durée d'évolution ainsi que leur retentissement dans la vie quotidienne (familiale, sociale, scolaire ou professionnelle). Il est aussi nécessaire de rechercher la présence de manifestations non cognitives qui pourraient être évocatrices de troubles cognitifs (*e. g.* troubles moteurs, hallucinations, stéréotypies, etc.).

Cette anamnèse à proprement parler peut également être l'occasion de questionner le patient sur ses antécédents personnels et familiaux

qui pourraient fournir des indications pertinentes (notamment dans le cadre des pathologies neurodégénératives). Sur le plan des antécédents personnels, il pourra être intéressant de rechercher la présence de facteurs de risques, d'éventuelles co-morbidités, ou encore de vérifier la médication du fait de l'impact de certains médicaments sur le fonctionnement cognitif.

2.3 Investiguer le vécu psycho-affectif

Il est également important d'aller à la recherche d'éléments permettant de comprendre l'humeur du patient, à la fois au moment du bilan mais aussi lors de la survenue des symptômes, ou encore de s'intéresser à la présence potentielle de changements d'humeur significatifs dans l'histoire de vie (*e. g.* présence d'épisodes dépressifs anciens). S'il peut être délicat d'interroger directement l'humeur actuelle du patient, des questions peuvent être posées à l'entourage et il est important de penser également à rechercher l'ensemble des symptômes dépressifs qui ne se limite pas à la tristesse de l'humeur (*cf.* encadré 1).

Apprécier l'anxiété du patient s'avère tout aussi nécessaire. En effet, la situation d'évaluation est source d'anxiété en elle-même (plus ou moins importante en fonction du contexte social, culturel, de la personnalité), qui peut facilement s'ajouter à l'anxiété du patient face à ses troubles (*e. g.* angoisse liée à l'idée de commencer une pathologie neurodégénérative, à l'idée de ne pas pouvoir reprendre une activité professionnelle après un accident, etc.). Il est important que le psychologue spécialisé en neuropsychologie puisse « prendre la mesure » de cette anxiété, qui – elle aussi – peut influencer les capacités attentionnelles et par conséquent, l'ensemble des performances cognitives.

Encadré 1 – Exemples de questions pouvant être posées au patient lors de l'entretien

Le tableau ci-après ne résume pas les questions que le/la psychologue spécialisé(e) en neuropsychologie doit se poser, celles-ci étant évoquées dans le présent chapitre. Ces exemples sont fournis dans le cas d'une évaluation auprès d'un adulte (voir [3, chapitre 2] pour des pistes de conduite de l'anamnèse auprès de l'enfant).

Domaines à explorer lors de l'entretien	Exemples de questions
Histoire de vie	Quels sont vos date et lieu de naissance ? Êtes-vous marié(e) ? Avez-vous des enfants/petits-enfants ? Si oui, combien, quels sont leur nom et leur date de naissance ? Quel est votre parcours scolaire puis professionnel ? Quels sont vos loisirs ?...
Histoire de la maladie	Pouvez-vous expliquer ce qui vous a amené(e) à consulter un spécialiste puis à faire ce bilan ? Quelles sont vos difficultés au quotidien, pouvez-vous donner des exemples précis (la nature de la plainte doit être la plus documentée possible) ? Depuis combien de temps pensez-vous avoir ces difficultés ? Avez-vous l'impression que ces difficultés sont de plus en plus importantes ? Quelles répercussions ont ces difficultés dans votre quotidien/votre activité professionnelle ? (dans le cas d'un patient présentant une anosognosie, l'ensemble de ces questions pourra s'adresser à l'accompagnant)...
Antécédents et co-morbidités	Vos parents/frères/sœurs ont-ils eu/ont-ils des difficultés comme les vôtres ? Avez-vous eu déjà eu vous-même des problèmes de santé importants ? Avez-vous un suivi médical pour d'autres problèmes que ceux pour lesquels vous faites ce bilan ? Prenez-vous des médicaments actuellement ?...
Vécu psycho-affectif et recherche de manifestations évocatrices	Pensez-vous que votre moral ait changé ces derniers temps ? Vous sentez-vous triste ? Les difficultés sont-elles apparues suite à un événement important dans votre vie personnelle/professionnelle ? Avez-vous des difficultés de sommeil ? Faites-vous plus fréquemment des cauchemars ? Votre appétit a-t-il changé ces derniers temps/avez-vous perdu ou pris du poids ? Avez-vous chuté ces derniers temps ? Avez-vous des difficultés récentes pour marcher/écrire ? Vous est-il arrivé de voir/entendre des choses qui n'existent pas/que les autres ne voient/n'entendent pas (hallucinations) ?...

2.4 Observations cliniques et premières indications qualitatives du fonctionnement

L'entretien clinique est également l'occasion de faire des observations qui fournissent bien souvent des indications qualitatives intéressantes sur le fonctionnement du patient. D'emblée, les capacités langagières peuvent être appréciées lors de la situation de conversation spontanée