

Q1 : Quel est le postulat de base de la neuropsychologie selon Marr (1976) et Fodor (1983) ?



Q2 : Qu'est-ce que le corrélat du postulat de modularité de l'esprit ?



Q3 : Comment chaque module est-il structuré selon le postulat de modularité de l'esprit ?



Q4 : Quelle est une des conséquences du fonctionnement indépendant des modules en neuropsychologie ?



Q5 : Comment la pathologie aide-t-elle à révéler la modularité de l'esprit ?



Q6 : Qu'est-ce que la "double dissociation" des troubles en neuropsychologie ?



Q7 : Quelle est la différence entre une simple dissociation et une double dissociation des troubles ?



Q8 : Comment la double dissociation des troubles supporte-t-elle l'idée de la modularité de l'esprit ?



R2 : Chaque module est sous-tendu par des structures cérébrales qui leur sont spécifiquement dévolues.



R1 : Le postulat de base de la neuropsychologie est le postulat de modularité de l'esprit, stipulant que la cognition humaine est composée de multiples modules spécialisés dans une fonction cognitive donnée et que chaque module fonctionne de façon indépendante des autres.



R4 : Tout fonctionnement défaillant de l'un des modules provoquerait un déficit spécifique concernant le type d'informations traité par ce module mais n'affecterait pas la manière de fonctionner des autres modules.



R3 : Chaque module repose sur un système complexe de traitement de l'information et serait décomposé en sous-modules indépendants et spécialisés.



R6 : La double dissociation des troubles est la mise en évidence d'un ensemble de patients qui présentent une atteinte du module 1 avec préservation du module 2 et, à l'inverse, la préservation du module 1 avec une atteinte du module 2, illustrant que ces modules fonctionnent de façon indépendante.



R5 : La pathologie, par la diversité des cas qu'elle représente, permet de révéler cette fragmentation des opérations mentales en montrant des évidences de patients avec des troubles sélectifs de fonctions cognitives spécifiques.



R8 : Elle supporte l'idée en montrant que différents modules cognitifs fonctionnent de manière indépendante, chaque module étant spécialisé dans une fonction cognitive distincte.



R7 : Une simple dissociation des troubles implique une atteinte d'un module avec préservation d'un autre sans voir l'inverse, tandis que la double dissociation montre des cas où l'atteinte et la préservation sont observées de manière inverse entre deux modules.



Q9 : Quel exemple spécifique de module cognitif est mentionné comme spécialisé dans la reconnaissance des visages ?



Q10 : Comment les troubles cognitifs sélectifs chez les patients supportent-ils le postulat de modularité de l'esprit ?



Q11 : Quelle est l'implication de la double dissociation pour la relation entre le cerveau et la cognition ?



Q12 : Comment les modules spécialisés interagissent-ils entre eux selon le texte ?



Q13 : Quelle est la différence entre les structures cérébrales associées à chaque module ?



Q14 : Qu'est-ce que la "gnosie" ?



Q15 : Qu'est-ce que l'"agnosie" ?



Q16 : Quelles sont les caractéristiques d'une agnosie ?



R10 : Les troubles cognitifs sélectifs chez les patients révèlent la modularité de l'esprit en démontrant que des déficits spécifiques peuvent survenir dans certains modules tout en laissant d'autres modules intacts.



R9 : Un des modules cognitifs est spécialement conçu pour la reconnaissance des visages.



R12 : Bien que chaque module fonctionne de manière indépendante pour des tâches spécifiques, l'interaction entre modules n'est pas abordée en détail dans le texte, suggérant une spécialisation et une indépendance plutôt qu'une interaction.



R11 : La double dissociation démontre que différents modules cérébraux, qui fonctionnent de manière indépendante, sont spécialisés pour différentes fonctions cognitives, renforçant le lien entre la structure du cerveau et les processus cognitifs.



R14 : La gnosie est la capacité du cerveau à percevoir ou reconnaître par l'un des sens des stimuli provenant de l'environnement.



R13 : Le texte ne fournit pas de détails spécifiques sur les différences entre les structures cérébrales de chaque module, mais indique que chaque module est sous-tendu par des structures cérébrales qui leur sont spécifiquement dévolues.



R16 : L'agnosie est limitée à une seule modalité sensorielle, se produit sans trouble sensoriel élémentaire dans cette modalité et sans trouble des autres fonctions cognitives comme le langage, la mémoire ou l'intelligence.



R15 : L'agnosie est l'incapacité à identifier ce que l'on voit, entend ou perçoit par d'autres sens, suite à une atteinte cérébrale.



Q17 : Où sont localisées les lésions causant l'agnosie visuelle ?



Q18 : Qu'est-ce que l'agnosie auditive ?



Q19 : Où sont situées les lésions causant l'agnosie auditive ?



Q20 : Qu'est-ce que l'agnosie tactile (astéréognosie) ?



Q21 : Où sont observées les lésions causant l'agnosie tactile ?



Q22 : Quelles sont les conséquences de l'agnosie sur l'accès à la mémoire ?



Q23 : Quelles sont les informations disponibles sur les agnosies gustatives et olfactives ?



Q24 : Quelles sont les différences entre les types d'agnosie auditive mentionnés ?



R18 : L'agnosie auditive est l'incapacité à reconnaître les stimuli sonores comme les bruits familiers, la parole, ou la musique.



R17 : Les lésions causant l'agnosie visuelle sont localisées dans le cortex visuel associatif, notamment dans le lobe occipital et temporal.



R20 : L'agnosie tactile est la perte de la capacité à reconnaître des objets par le toucher ou la manipulation, même si le patient peut décrire les caractéristiques du toucher de l'objet et le reconnaître par la vue.



R19 : Les lésions causant l'agnosie auditive sont situées dans le cortex auditif associatif au niveau du lobe temporal et du gyrus temporal.



R22 : En cas d'agnosie, la modalité d'accès habituelle ne permet pas d'activer les représentations en mémoire, obligeant les individus à utiliser une autre modalité sensorielle pour accéder à la mémoire.



R21 : Les lésions causant l'agnosie tactile sont observées au niveau des cortex somesthésiques associatifs situés dans le lobe pariétal.



R24 : L'agnosie auditive globale est l'incapacité de reconnaître tout type de stimuli sonores.
L'agnosie/surdité verbale est l'incapacité de reconnaître les sons émis par la parole, et l'agnosie non verbale est l'incapacité de reconnaître les bruits familiers.



R23 : Les agnosies gustatives et olfactives sont moins documentées et considérées comme moins handicapantes dans la vie quotidienne.



Q25 : Quelle est la localisation des lésions pour les différents types d'agnosie auditive ?



Q26 : Quelle est la spécificité des lésions dans l'agnosie visuelle par rapport au cortex visuel ?



Q27 : Quel système permet de recueillir le plus d'informations concernant notre environnement ?



Q28 : Les agnosies visuelles sont-elles facilement compensables ?



Q29 : Qu'est-ce que la perte de capacité à identifier les stimuli de l'environnement à travers la modalité visuelle indique ?



Q30 : Combien de types d'agnosies visuelles existe-t-il et quels sont-ils ?



Q31 : Que signifie l'agnosie d'objet ?



Q32 : Qu'est-ce que l'agnosie spatiale ?



R26 : Dans l'agnosie visuelle, les lésions ne sont pas situées au niveau du cortex visuel primaire, où les troubles seraient de type on/off (voir ou ne pas voir), mais plutôt dans les aires associatives qui permettent d'interpréter ce que l'on voit.



R25 : Pour l'agnosie verbale, les lésions sont à gauche, pour l'agnosie non verbale, les lésions sont à droite, et pour l'agnosie globale, les lésions sont bilatérales.



R28 : Non, les agnosies visuelles sont la modalité qu'on peut le moins facilement compenser par rapport aux autres formes d'agnosie.



R27 : Le système visuel.



R30 : Il existe deux types d'agnosies visuelles : l'agnosie d'objet et l'agnosie spatiale.



R29 : Une agnosie visuelle, qui est une perte consécutive à une atteinte cérébrale, sans trouble sensoriel, détérioration intellectuelle ou trouble des autres fonctions cognitives.



R32 : L'agnosie spatiale est un ensemble de troubles neuropsychologiques hétérogènes liés à la perception des paramètres spatiaux des objets, incluant la localisation et le déplacement d'objets, ainsi que la perception de la profondeur et des relations topographiques entre les objets.



R31 : L'agnosie d'objet est la perte de capacité à reconnaître les objets.



Q33 : Quelles sont les causes courantes des agnosies visuelles ?



Q34 : Quelle est la cause anatomique des agnosies visuelles ?



Q35 : Comment les informations visuelles sont-elles traitées dans le cerveau selon Ungerleider et Mishkin (1982) ?



Q36 : Quel est le rôle de la voie ventrale dans le système visuel ?



Q37 : Quelle est la fonction de la voie dorsale dans le traitement visuel ?



Q38 : Quelles lésions sont à l'origine de l'agnosie d'objet ?



Q39 : Quelles lésions peuvent causer les agnosies spatiales ?



Q40 : Qu'est-ce que les agnosies d'objet ?



R34 : Les lésions sur les aires visuelles associatives sont la cause des agnosies visuelles.



R33 : Les agnosies visuelles sont souvent observées à la suite de traumatismes crâniens, d'AVC, de tumeurs ou de maladies neurodégénératives.



R36 : La voie ventrale, aussi appelée voie occipito-temporale, est impliquée dans la reconnaissance et l'identification des objets, en extrayant des caractéristiques physiques telles que forme, couleur, et texture.



R35 : À partir de V1, les informations visuelles sont traitées parallèlement au sein de deux grandes voies : la voie ventrale et la voie dorsale.



R38 : Des lésions au niveau de la voie ventrale occipito-temporale peuvent être à l'origine de l'agnosie d'objet.



R37 : La voie dorsale, ou voie occipito-pariétale, est impliquée dans la localisation des objets dans l'espace et le mouvement des objets.



R40 : Les agnosies d'objet sont des troubles de la reconnaissance et de l'identification des objets par le canal visuel.



R39 : Les lésions dans la voie dorsale peuvent être à l'origine d'agnosies spatiales.



Q41 : Quelles sont les deux catégories principales des agnosies visuelles ?



Q42 : Qu'est-ce que la prosopagnosie ?



Q43 : Quel est le contexte clinique de LH, un cas célèbre de prosopagnosie ?



Q44 : En quoi consiste l'agnosie de la forme ?



Q45 : Définissez l'agnosie intégrative.



Q46 : Quelles sont les trois formes de prosopagnosie mentionnées dans le texte ?



Q47 : Quel modèle cognitive du traitement visuel est utilisé dans la pratique pour comprendre les agnosies d'objet ?



Q48 : Quelles méthodes les personnes atteintes de prosopagnosie utilisent-elles pour compenser leur incapacité à reconnaître les visages ?



R42 : La prosopagnosie est une incapacité à reconnaître des visages familiers, c'est un trouble sélectif de la reconnaissance de personnes connues ou familières à partir de leur visage.



R41 : Les deux catégories principales des agnosies visuelles sont les agnosies non-spécifiques, qui affectent la reconnaissance de toutes les catégories d'objets, et les agnosies spécifiques, qui affectent uniquement certains types d'objets comme les animaux ou les instruments de musique.



R44 : L'agnosie de la forme est un échec du traitement perceptif précoce, où les patients sont incapables d'extraire les caractéristiques de la forme d'un objet.



R43 : LH a été victime d'un AVC qui a entraîné trois lésions cérébrales, lui rendant difficile la reconnaissance des médecins et la reconnaissance de son mari malgré une capacité préservée à reconnaître les objets de son environnement.



R46 : Les trois formes de prosopagnosie sont acquise (souvent suite à un AVC ou traumatisme crânien), congénitale/développementale, et progressive (observée dans les maladies neurodégénératives comme Alzheimer).



R45 : L'agnosie intégrative est liée à un échec du traitement associatif intermédiaire. Les patients peuvent extraire les primitives visuelles mais sont incapables de les assembler pour en tirer une forme générale de l'objet.



R48 : Les personnes atteintes de prosopagnosie utilisent d'autres indices pour reconnaître les individus, tels que la voix, la silhouette, une moustache, des taches de rousseur, des lunettes, ou un piercing, ainsi que le contexte comme le lieu de travail ou un rendez-vous chez le médecin.



R47 : Dans la pratique, le modèle cognitif du traitement visuel de Humphreys et Riddoch (1987), qui repose sur une organisation hiérarchique et séquentielle des étapes de traitement sensorielles, perceptives et associatives/sémantiques, est utilisé.



Q49 : Qu'est-ce qu'une agnosie aperceptive et comment se manifeste-t-elle ?



Q50 : Décrivez l'agnosie de transformation.



Q51 : Qu'est-ce que l'agnosie associative et quel est son impact sur la reconnaissance des objets ?



Q52 : Qu'est-ce que l'aphasie optique et comment diffère-t-elle de l'agnosie d'objet ?



Q53 : Quelle est la proportion de la population affectée par la prosopagnosie congénitale/développementale ?



Q54 : Quelles sont les trois grandes étapes du modèle cognitif du traitement visuel selon Humphreys et Riddoch ?



Q55 : Qu'implique l'étape sensorielle du modèle de traitement visuel ?



Q56 : Décrivez ce qui se passe durant l'étape perceptive du traitement visuel.



R50 : L'agnosie de transformation se caractérise par un dysfonctionnement au niveau du traitement perceptif tardif. Les patients sont capables de synthétiser la forme de l'objet mais ont du mal à extraire une représentation invariante de la forme indépendante du point de vue de l'observateur.



R49 : L'agnosie aperceptive est un déficit des processus perceptifs empêchant de construire une représentation mentale d'un objet. Les patients atteints ont des difficultés à recopier des dessins et à réaliser des appariements visuels ou des jugements d'orientation.



R52 : L'aphasie optique est une condition où les patients ont accès à la fonction des objets mais ne peuvent pas activer la dénomination de l'objet. Ils peuvent reconnaître et identifier les objets mais ne peuvent pas nommer les objets présentés visuellement. Cette condition diffère de l'agnosie d'objet car la reconnaissance est possible par d'autres modalités sensorielles.



R51 : L'agnosie associative survient lorsque les processus perceptifs sont préservés, mais la représentation de l'objet correctement construite n'est pas associée aux représentations structurales de l'objet stockées en mémoire, entraînant un échec dans la reconnaissance et la signification de l'objet.



R54 : Les trois grandes étapes du modèle cognitif du traitement visuel selon Humphreys et Riddoch sont les étapes sensorielle, perceptive, et associative/sémantique.



R53 : La prosopagnosie congénitale/développementale affecte environ 2% de la population.



R56 : L'étape perceptive permet l'élaboration progressive d'une représentation de l'objet perçu. Elle est divisée en traitement perceptif précoce, intermédiaire et tardif, aboutissant à une représentation structurée de l'objet.



R55 : L'étape sensorielle implique la réception de la lumière réfléchie par un objet qui atteint la rétine et active ses cellules, chacune codant une petite portion de l'objet.



Q57 : Que se passe-t-il lors de l'étape associative/sémantique du traitement visuel ?



Q58 : Qu'est-ce que l'agnosie asémantique et comment se manifeste-t-elle ?



Q59 : Quelles sont les conséquences sociales de la prosopagnosie ?



Q60 : Qu'est-ce qu'une agnosie spatiale ?



Q61 : Quelles sont les causes les plus communes des agnosies spatiales ?



Q62 : En combien de catégories peut-on classer les agnosies spatiales et quelles sont-elles ?



Q63 : Qu'est-ce que les troubles perceptifs spatiaux ?



Q64 : Quelles difficultés engendre le trouble de la perception de l'orientation ?



R58 : L'agnosie asémantique est une incapacité à associer le percept d'un objet à une représentation sémantique appropriée. Les patients échouent dans les tests d'appariement sémantique et ne parviennent pas à accéder à l'utilité des objets.



R57 : Cette étape implique la confrontation de la représentation de l'objet avec des représentations stockées en mémoire, permettant la reconnaissance, l'identification, et la dénomination de l'objet.



R60 : Une agnosie spatiale est un trouble neuro-visuel caractérisé par une difficulté d'exploration de l'espace proche ou lointain, souvent soutenu par des lésions de la voie occipito-pariétale.



R59 : La prosopagnosie peut entraîner un handicap social significatif, empêchant les personnes atteintes de suivre des films ou de reconnaître des protagonistes et, dans certains cas, les forçant à abandonner leur travail s'ils requièrent des interactions sociales fréquentes.



R62 : Les agnosies spatiales peuvent être classées en trois grandes catégories : troubles perceptifs spatiaux, troubles topographiques, et troubles de l'attention spatiale.



R61 : Les agnosies spatiales sont principalement observées à la suite d'un AVC ou d'un traumatisme crânien.



R64 : Le trouble de la perception de l'orientation entraîne des difficultés à tracer des lignes verticales ou horizontales et à réussir des tests de jugement d'orientation de lignes.



R63 : Les troubles perceptifs spatiaux sont des troubles affectant le traitement élémentaire des caractéristiques spatiales des stimuli visuels.



Q65 : Que provoque le trouble de la perception de la profondeur/distance ?



Q66 : Décrivez le trouble de la perception de la localisation.



Q67 : Que comprend le trouble topographique de perte de notions topographiques ?



Q68 : Qu'est-ce que l'agnosie environnementale ?



Q69 : Décrivez l'agnosie spatiale unilatérale ou hémignégligence visuo-spatiale.



Q70 : Qu'est-ce que le syndrome de Balint ?



Q71 : Quelles aires cérébrales sont principalement affectées par les lésions causant des agnosies spatiales ?



Q72 : Quels sont les déficits observés dans le trouble de l'attention spatiale ?



R66 : Le trouble de la perception de la localisation se caractérise par des difficultés à localiser avec précision des stimuli visuels d'objets dans l'espace.



R65 : Le trouble de la perception de la profondeur/distance provoque des difficultés à estimer les distances et peut entraîner des problèmes de coordination motrice.



R68 : L'agnosie environnementale est un trouble où les patients ne peuvent plus reconnaître des lieux familiers avant leur atteinte cérébrale, ni réencoder de nouveaux lieux.



R67 : Ce trouble inclut des difficultés à se repérer dans un environnement connu, comme un quartier ou une maison, et une incapacité à décrire le positionnement relatif des éléments comme les meubles ou les pièces.



R70 : Le syndrome de Balint est un trouble regroupant une triade de symptômes autour de la désorientation visuo-spatiale, incluant l'ataxie optique, la simultagnosie et l'apraxie du regard.



R69 : L'agnosie spatiale unilatérale est l'impossibilité de réagir, de détecter, d'identifier et de s'orienter vers des stimuli présentés dans l'espace controlatéral à la lésion, souvent observée après un AVC.



R72 : Les déficits observés dans le trouble de l'attention spatiale incluent l'incapacité à réagir, détecter, identifier ou s'orienter vers des stimuli dans l'espace controlatéral à la lésion.



R71 : Les lésions causant des agnosies spatiales affectent principalement la voie occipito-pariétale, au niveau des aires associatives après V1.



Q73 : Quels sont les symptômes associés à l'ataxie optique dans le syndrome de Balint ?



Q74 : Que signifie la simultagnosie observée dans le syndrome de Balint ?



Q75 : Quelles sont les caractéristiques de l'apraxie du regard dans le syndrome de Balint ?



Q76 : Quel type de lésion cérébrale est associé au syndrome de Balint ?



Q77 : Quels types de stimulation sont le plus fréquemment affectés par les troubles de l'attention spatiale ?



Q78 : Qu'est-ce que le langage selon le cours sur les aphasies ?



Q79 : Quelles sont les deux composantes principales de l'organisation du langage ?



Q80 : Qu'implique le pôle réceptif du langage ?



R74 : La simultagnosie est l'incapacité à percevoir deux cibles simultanément, causant des difficultés à interpréter une scène visuelle de manière analytique plutôt que globale.



R73 : L'ataxie optique se caractérise par l'incapacité à réaliser une saisie manuelle sous guidage visuel, avec, dans les formes sévères, une impossibilité de saisir des objets atteignant la fovéa.



R76 : Le syndrome de Balint est associé à des lésions bilatérales de la voie dorsale, notamment dans le lobe pariétal postérieur, souvent à la suite d'AVC ou de métastases.



R75 : L'apraxie du regard ou apraxie optique se manifeste par une incapacité à fixer volontairement une cible dans le champ visuel périphérique, entraînant un balayage visuel anormal et anarchique.



R78 : Le langage est un ensemble de règles propres à un groupe ou à une culture, permettant le traitement et le partage d'un message verbal.



R77 : Les troubles de l'attention spatiale affectent plus fréquemment les modalités visuelles, bien qu'ils puissent concerner tout type de stimulation sensorielle.



R80 : Le pôle réceptif implique la compréhension du message, qui peut s'effectuer à l'écrit ou à l'oral.



R79 : Le pôle réceptif et le pôle expressif.



Q81 : Qu'implique le pôle expressif du langage ?



Q82 : Qu'est-ce qu'une aphasie ?



Q83 : Quelles sont les deux causes les plus fréquentes des lésions cérébrales entraînant une aphasie ?



Q84 : Que n'est pas l'aphasie ?



Q85 : Qu'est-ce que l'aphasie de Broca ?



Q86 : Quelle est la spécificité de l'aphasie de Wernicke ?



Q87 : Qu'est-ce que l'aphasie de conduction ?



Q88 : Qui est Paul Broca et quel a été son apport à l'étude des aphasies ?



R82 : Une aphasie est un trouble du langage, consécutif à une lésion cérébrale, affectant l'expression et/ou la compréhension du langage oral et écrit et survenant en dehors de tout déficit sensoriel ou dysfonctionnement de l'appareil phonatoire.



R81 : Le pôle expressif implique l'expression du message, qui peut s'effectuer à l'écrit ou à l'oral.



R84 : L'aphasie n'est pas un défaut d'acquisition du langage chez l'enfant, ni une dysphonie, ni une dysarthrie.



R83 : Les lésions cérébrales entraînant une aphasie sont le plus souvent causées par un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien.



R86 : L'aphasie de Wernicke, ou aphasie sensorielle, implique principalement des troubles de la compréhension du langage.



R85 : L'aphasie de



R88 : Paul Broca était un anatomiste et anthropologue français qui s'est intéressé à l'aphasie par l'approche anatomoclinique. Il a établi une relation entre les lésions cérébrales et les troubles du langage acquis.



R87 : L'aphasie de conduction est un type d'aphasie qui affecte la capacité à répéter des mots ou des phrases bien que la compréhension et la production du langage restent relativement intactes.



Q89 : Où se situe la lésion cérébrale associée à l'aphasie de Broca ?



Q90 : Quels sont les deux signes cliniques principaux de l'aphasie de Broca ?



Q91 : Que signifie une aphasie non fluente ?



Q92 : Comment le patient "Tan" a-t-il contribué à l'étude de l'aphasie ?



R90 : Les deux signes cliniques principaux de l'aphasie de Broca sont la réduction du langage et le trouble de l'articulation.



R89 : La lésion cérébrale associée à l'aphasie de Broca se situe dans la partie inférieure de la troisième circonvolution frontale, spécifiquement dans l'hémisphère gauche.



R92 : Le patient "Tan", qui ne pouvait produire que cette syllabe, a été étudié par Paul Broca, qui a établi un lien entre la lésion de son cerveau et ses troubles du langage.



R91 : Une aphasie non fluente, souvent associée à l'aphasie de Broca, se caractérise par un langage réduit, avec parfois des stéréotypies verbales ou du mutisme, et un débit verbal faible.

