

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche - Médecine et Techniques Médicales

Année Universitaire 2010/2011

Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Présenté par **Catherine Le Berre**, née le 08/12/1984

Quelle gestion de l'anosognosie dans un service de MPR, dans le cadre d'une rééducation d'un patient aphasique ?

Directrice de Mémoire :

Mme Valérie Chopineaux, orthophoniste

Président du jury :

M. Jean-Pierre Leloup, psychomotricien

Membre du jury :

Mme Annick Lachaud, orthophoniste

“Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu’elle n’entend leur donner aucune approbation ni improbation”.

Plan mémoire

Introduction	P8
--------------	----

I Revue de la littérature

A La difficile définition de l'Anosognosie

a) définition	
a.1 Historique de la notion d'anosognosie	P10
a.2 L'introduction du concept d'anosognosie dans l'aphasie	P11
a.3 L'anosognosie chez le jargonaphasique : l'aphasie anosognosique	P12
b) Signes cliniques de troubles anosognosiques chez un patient aphasique	P13
c) diagnostic différentiel	
c.1 le déni	P15
c.2 le défaut d'insight	P16
c.3 la négligence spatiale unilatérale ou héminégligence	P17
c.4 l'hémianopsie	P18
c.5 l'alexithymie	P19
c.6 L'athymhormie	P20

B Théorisation de l'anosognosie

a) théories biologiques	
a.1 les caractéristiques de la lésion	
a.1.1 les lésions de l'hémisphère droit	P23
a.1.2 les lésions de grand volume	P23
a.1.3 la localisation de la lésion	P23
a.2 les troubles sensitifs	P25
a.3 les troubles attentionnels	P25
a.4 l'atteinte cognitive globale	P25
b) théories psychologiques	

b.1 Weinstein et Kahn : la théorie psycho-dynamique	P26
b.2 Critiques de la théorie de Weinstein et Kahn	P28
b.3 théories psychopathologiques	P29
b.4 théories psychanalytiques	P31
c) théories neuropsychologiques	
c.1 théories neuro-anatomiques	
c.1.1 La perturbation du schéma corporel	P32
c.1.2 Hypothèse d'une déconnexion entre la zone lésée responsable du déficit et la zone du langage	P33
c.1.3 Théorie issue d'Heilman et de Valenstein : le contrôle central	P34
c.2 théories basées sur la motivation	P34
c.3 théories cognitives	
c.3.1 Introduction	P35
c.3.2 La conscience	P35
c.3.3 Modèle de Goldberg et Barr : rupture du processus de contrôle des erreurs	P37
c.3.4 Schacter et coll : théorie explicative structurelle et fonctionnelle	P44
c.3.5 La contribution du lobe frontal	P44
c.3.6 L'anosognosie et la représentation de soi	P45
c.3.7 L'anosognosie comme conservation de l'image de soi	P47

C La difficile évaluation de l'anosognosie

a) Une évaluation difficile	P48
b) Le questionnaire simple	P50
c) Le questionnaire de conscience de soi	P51
d) L'échelle d'évaluation de la compétence	P51
e) L'évaluation de la conscience de soi, selon le modèle de Crosson	P51
f) La mesure de l'autocorrection	P52
g) Critiques de l'autocorrection	P54
h) Les questionnaires d'anosognosie anglo-saxons	
h.1 The Marlow Crowne Social Desirability Scale (M-CSDS)	P55
h.2 Neurobehavioural Rating Scale	P55
h.3 European Brain Injury Questionnaire	P56

h.4 Head Injury Behavioural Scale	P56
h.5 Self Awareness of Deficit Interview	P56
h.6 Awareness Questionnaire	P57
h.7 Self Regulation Skills Interview	P58
i) Les grilles d'observation	P59
j) Un outil visuel à l'appui de l'évaluation de l'anosognosie	P59

D Prise en charge de l'anosognosie

a) Une récupération spontanée	P60
b) Le type de déficit orientant la prise en charge	P61
c) Le travail de deuil	P62
d) Une prise en charge globale	
d.1 Le lien avec les familles	P63
d.2 Une prise en charge interdisciplinaire	P64
e) Une prise en charge spécifique	
e.1 la restauration de la fonction	P66
e.2 la compensation du déficit	P67

II Partie pratique

<u>A Problématique</u>	P69
------------------------	-----

<u>B hypothèses</u>	P70
---------------------	-----

C Méthodologie

a) Présentation du centre et des patients	
a.1 Le service de Médecine Physique et de Réadaptation du CH de Saint-Nazaire	
a.1.1 L'hospitalisation complète	P71
a.1.2 L'hôpital de jour	P72
a.1.3 L'organisation du service	P72
a.1.4 La communication dans le service	P73

a.2 Etudes de cas	
a.2.1 Monsieur R	P74
a.2.2 Madame M	P79
b) entretiens libres et observations, utilisation du dictaphone	P82
 <u>D Analyse des résultats et discussion</u>	
a) Recueil d'informations	
a.1 Les lignes directrices de la rééducation	
a.1.1 L'information des familles et des proches	P84
a.1.2 La répétition et la confrontation : la mise en place de routines	P87
a.1.3 Une prise en charge écologique	P91
a.2 Les difficultés humaines, l'anosognosie : une question éthique	P93
a.3 Les contraintes de la rééducation	P95
b) élaboration d'une plaquette d'informations à l'intention des familles	
b.1 méthodologie, explication des choix	
b.1.1 Le recto	P100
b.1.2 Le verso	P102
b.2 fascicule à l'intention des familles	P104
 Conclusion	 P110
 Bibliographie	 P112
 Annexes	

Introduction

L'accident vasculaire cérébral constitue une affection cérébrale brutale d'origine ischémique ou hémorragique. Ses répercussions peuvent être perçues à différents niveaux : langage, motricité, sensibilité, cognition.

Une absence de conscience des conséquences de l'AVC peut survenir. La personne se comporte alors comme si ses difficultés lui étaient étrangères. Elle ne peut entrevoir la réalité des troubles, telle que celle-ci est perçue par le personnel médical et les proches.

Un tel symptôme est pour le moins déroutant. Aller à la rencontre de ces patients, dans le cadre d'une unité de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), amène des réflexions mais également de nombreuses interrogations :

- Comment expliquer que des difficultés prégnantes aux yeux des autres puissent rester invisibles au regard de celui qui en souffre ?
- Quels mécanismes sous-tendent ce défaut de conscience ?
- Est-ce là une forme de défense contre une réalité trop dure à affronter ?
- En tant que soignant, comment gérer cette absence de conscience, dans le cadre d'une rééducation ?
- Comment aider les familles à accompagner le patient dans la prise de conscience des implications de l'AVC ?

De telles questions ont afflué et guidé les observations et les recherches, tout au long de ce travail.

La première partie rendra compte des lectures quant à l'anosognosie. Dans un souci d'ouvrir le champ de cette notion, elle se fonde sur la littérature orthophonique, neuropsychologique, neurologique et psychanalytique.

La seconde partie se veut, quant à elle, davantage tournée vers la pratique. Elle vise à fournir des éléments de réponse par rapport à la prise en charge de ces patients anosognosiques, dans un service de MPR. Elle se conclut sur l'élaboration d'un fascicule d'information à l'intention des familles. Celui-ci est le résultat de la synthèse des éléments puisés lors d'observations cliniques.

Revue de la littérature

A La difficile définition de l'anosognosie

a) Définition

a.1 Historique de la notion d'anosognosie

Dès l'antiquité, des textes font état de défaut de conscience, de déni de troubles sensoriels. En 1893, Anton, décrit un patient hémiplegique qui méconnaît, ou du moins paraît méconnaître l'existence de sa paralysie. De même, en 1898, Pick rapporte le cas de patients manifestant un manque de conscience de leurs troubles moteurs, du côté gauche.

Toutefois, il faut attendre 1914 et Babinski pour que le terme d'anosognosie voie le jour. Il emprunte au grec les éléments *nosos maladie* et *gnosis connaissance*. Le préfixe *a* privatif donne à l'ensemble la signification d'absence de conscience, par le patient, des déficits ou de la maladie dont il est atteint.

Selon Babinski, l'anosognosie serait spécifique aux lésions de l'hémisphère droit, dans la mesure où il l'observe lors d'hémiplégie gauche. Cette notion se borne alors au défaut de conscience par rapport à un déficit moteur.

Le syndrome Anton-Babinski constitue donc une perte de la conscience de la moitié, paralysée et insensible, du corps. Le malade méconnaît son hémiplégie qui lui est indifférente. Ce trouble est lié à une lésion corticale du lobe pariétal droit et s'accompagne parfois d'une hémianopsie.

Par la suite, la notion d'anosognosie va s'étendre à d'autres pathologies. Elle se rencontre dans de nombreux troubles neurologiques. Elle fait souvent suite à un AVC. L'une des fonctions cognitives du patient est alors touchée, sans que le patient ne s'en rende forcément compte. De fait, le patient en vient à nier tout ou partie du déficit. Le patient n'est pas conscient de son trouble, bien que sa conscience ne soit altérée ni par la confusion, ni par la démence, ni par le délire.

L'anosognosie va, entretenir des relations plus ou moins équivoques avec la psychopathologie. Ainsi, Critchley, en 1953, distingue l'anosognosie du déni, dans son étude de l'hémiplégie. Selon lui, dans le déni, les confabulations présentes laisseraient entrevoir un état psychotique. Cet état altérerait les capacités de jugement du patient et ne reflèterait pas nécessairement un trouble d'origine neurologique.

Par la suite, Weinstein et Kahn (1955) vont considérer l'anosognosie comme une forme de déni, un désir de rupture par rapport à la réalité. Les lésions des lobes frontaux ou pariétaux détermineraient alors le type de déficit, sur lequel se porte le déni, mais non le mécanisme du déni.

a.2 L'introduction du concept d'anosognosie dans l'aphasie

Alors que les premiers auteurs cantonnaient l'anosognosie aux troubles moteurs et aux lésions droites, Wernicke, avant eux, évoquait déjà la possibilité d'un tel trouble chez des patients aphasiques. L'anosognosie se rencontrerait alors le plus souvent en cas de jargon, de stéréotypies et d'écholalies.

Alajouanine (1964), parle d'une « *désintégration anosognosique de la valeur sémantique du langage* » concernant les sujets jargonnant. Critchley, pour sa part, nomme cette forme d'aphasie : « *aphasie anosognosique* ». On la retrouve associée avec des aphasies de Wernicke, des aphasies transcorticales sensorielles, ou encore avec les stéréotypies de l'aphasie globale.

Selon Sabouraud (1995), ce jargon n'est pas un nouveau code, comparable à un dialecte. Il ne s'agit pas non plus d'une langue personnelle, inventée par refus de la conformité sociale. L'aphasique se trouve plutôt dans l'incapacité d'employer correctement les codes de communication. Cet auteur s'oppose à l'idée d'Alajouanine de perte de la valeur sémantique des mots. En effet, selon Sabouraud, cette dernière hypothèse ne permet pas de rendre compte de certains faits observés dans la clinique :

- le patient peut souligner la présence d'une dénomination inexacte, parmi plusieurs propositions

➤ il peut reconnaître la dénomination adaptée, intercalée entre plusieurs propositions incorrectes.

Cependant, la notion de perte de la valeur sémantique des mots, dans le jargon de l'aphasique, telle que la conçoit Alajouanine, reste encore ancrée et actuelle.

a.3 L'anosognosie chez le jargonaphasique : l'aphasie anosognosique

F. Lhermitte dans sa « *sémiologie de l'aphasie* » (*Revue du praticien* du 11 juin 1965) a pu dresser le tableau clinique de ce type d'aphasie.

Dans les premiers temps d'une lésion aiguë du lobe temporal, certains patients sont un peu excités, voire euphoriques, dans des situations d'échanges. D'autres patients, au contraire, interviennent à point nommé, avec naturel, mais, leur ton de conviction contraste avec l'impropriété de leurs énoncés. Il s'agit dans ces 2 cas de l'anosognosie du jargon. Cette anosognosie est transitoire. Elle favorise le jargon sans l'expliquer pour autant.

Un sévère trouble de la compréhension accompagne donc cette aphasie. « *Le jargonaphasique ne prend pas conscience de la désorganisation de son langage. L'assurance, avec laquelle il émet des propos incohérents, (...) et la colère (quand il s'aperçoit qu'il n'est pas compris) sont des phénomènes remarquables, qui s'opposent à la détresse d'autres aphasiques qui savent ne plus pouvoir exprimer leur pensée* ». Dès lors, le patient aphasique jargonnant ne perçoit parfois pas l'incompréhension de son interlocuteur, il s'en étonne, voire s'en énerve. Cette incompréhension touche donc non seulement ses propres productions langagières, mais également l'intégration des messages verbaux qui lui sont transmis.

Toutefois, les patients peuvent ressentir une certaine gêne face à leurs énoncés. Leur discours est alors entrecoupé d'hésitations, de reprises, comme si un mot leur faisait défaut. Des formules d'échec peuvent survenir au gré des verbalisations : « *ah la la, si ce n'est pas malheureux* », « *je ne peux pas dire* », « *c'est original comme mot* »... Ils peuvent, parfois, se rendre compte de l'inadéquation du mot employé, par eux-mêmes, ou par l'entourage qui reprend leurs mots, toutefois, ils ne peuvent se corriger pour autant.

En outre, de nombreuses paraphrasies sémantiques et phonologiques, des néologismes émaillent le discours du patient.

L'écoute de ses propos laisse l'impression d'un manque de contrôle des productions langagières.

b) Signes cliniques de troubles anosognosiques chez un patient aphasique

Syndrome de la phase aiguë de l'AVC, l'anosognosie peut se manifester par de multiples nuances comportementales. L'anosognosie ne réfère pas à un symptôme isolé. Il correspond aux aspects du comportement du patient, dans sa relation à sa maladie. Dès lors, l'inconsistance et l'hétérogénéité marquent le tableau clinique de l'anosognosie, dans l'aphasie.

La sévérité de l'anosognosie peut varier d'un moment à l'autre, d'un examinateur à l'autre. Il existe de nombreux degrés de conscience du jargon dans l'aphasie. Le défaut de conscience peut toucher électivement certains déficits de langage. De telles variables ne vont pas dans le sens d'une connexion stricte entre l'anosognosie et le jargon.

Le patient peut manifester :

- Un déni massif du trouble.
- Une conscience d'avoir subi un AVC, sans pour autant l'associer à sa pathologie.

Il peut, alors, admettre à contrecœur que quelque chose ne va pas.

➤ Une conscience de l'AVC, tout en déniaient les conséquences de celui-ci. Il peut reconnaître une certaine anormalité, un malaise, sans reconnaître le déficit. S'il est confronté au déficit, il le fuit par des remarques inappropriées.

- Un déni des séquelles du trouble.

On observe également une dissociation entre la méconnaissance des déficits particuliers et la méconnaissance globale des déficits.

Ainsi, on entend par défaut de conscience de troubles spécifiques, le fait que le patient puisse atteindre une certaine conscience de son erreur, lors de tâches spécifiques, mais qu'il

soit incapable d'en tirer les conséquences. L'hypothèse a été avancée qu'un tel comportement puisse survenir par défaut d'enregistrement, en mémoire sémantique, des échecs (Derouesné, 2009).

Le patient peut, en outre, se retrouver dans l'incapacité d'explicitier sa difficulté, tout en présentant un comportement adapté. Un tel contraste laisserait entrevoir une connaissance implicite du déficit.

De plus, le sujet aphasique anosognosique peut se reconnaître des déficits tout en ne faisant pas cas de leurs conséquences. Il peut ignorer ses troubles cognitifs et du comportement.

Le patient peut produire des confabulations. Celles-ci constituent des rationalisations, des fausses croyances, soutenues avec conviction et imperméables à toute tentative de correction. Le comportement du patient est alors guidé par des fragments de souvenirs anciens, généralement vrais mais n'appartenant plus à la réalité présente. Le patient croit à la réalité de ces fausses croyances. Ainsi, nombre de patients hospitalisés prétendent et sont convaincus de continuer leur exercice professionnel. Ils réagissent émotionnellement et agissent en conséquence. Les confabulations sont, à un certain degré, pour les patients, « *des représentations symboliques de leur expérience personnelle du handicap* » (Weinstein).

L'anosognosie peut concerner sélectivement ou conjointement les activités de la vie quotidienne, la mémoire, la gestion du budget, le comportement, le jugement...

Ce tableau clinique peut évoluer au cours de la récupération spontanée et de la rééducation. Le patient peut, ainsi, passer d'un jargon à un discours idiomatique jonché de clichés, de jeux de mots, de lapsus. Ceux-ci reflèteraient la prise de conscience des troubles du langage et constitueraient une tentative partielle de contrôle et de correction de ce discours. Par la suite, les néologismes sont plus souvent corrigés, même si des erreurs sémantiques peuvent subsister. Ces essais d'auto-correction concernent davantage les paraphasies phonémiques que les paraphasies sémantiques.

Il existe des formes atténuées de l'anosognosie. Même s'il est conscient des erreurs qui peuvent émailler son discours, le patient éprouve des difficultés pour contrôler, en permanence, la qualité de sa production langagière.

La littérature anglo-saxonne fait état d'un continuum entre l'anosognosie, qui constitue un syndrome complet de méconnaissance et l'ISA (Impaired Self Awareness), qui représente un syndrome partiel de méconnaissance. Le sujet peut alors faire preuve de méthodes non défensives ou défensives de coping¹ (cf théorisation).

Owensworth et Fleming (2007) ont tenté d'établir une typologie de l'anosognosie, basée sur une échelle d'auto-correction (cf évaluation). Elles distinguent ainsi diverses sortes d'anosognosie et les lient à leurs étiologies probables :

- les patients qui ont une conscience très pauvre des troubles, dont l'anosognosie est d'origine neuropsychologique,
- ceux qui font preuve de défenses importantes et qui minimisent leurs symptômes, dont la méconnaissance est d'origine psychologique,
- ceux qui font un récit détaillé de leurs troubles et magnifient leurs symptômes,
- ceux qui ont une bonne conscience de leurs déficits.

La littérature retient différents critères pour poser le diagnostic d'anosognosie. Doivent être pointées : une méconnaissance du déficit, une indifférence émotionnelle à son égard, une dénégaration active du handicap.

c) Diagnostic différentiel

c.1 le déni

L'anosognosie représente l'incapacité d'être conscient d'un déficit sur une base neurologique et neuropsychologique. Le déni, à l'inverse, trouve son origine au niveau psycho-dynamique ou motivationnel. Le sujet qui nie ses troubles, est alors doté d'un certain niveau de conscience, tout en étant inapte ou réticent à reconnaître les difficultés, liées à sa pathologie.

¹ To cope : faire face à, la stratégie de coping est la façon dont le patient fait face à une épreuve inhabituelle en utilisant ses ressources cognitives, psychiques et adaptatives

Le handicap constitue une atteinte envers la sensation d'identité et d'existence, atteinte contre laquelle l'individu tente alors de lutter. Le déni intervient donc comme une stratégie d'auto-préservation. Il s'agit d'une défense contre l'angoisse et l'expérience émotionnelle douloureuse, suscitées par la prise de conscience de la perte d'une fonction.

Le refoulement du déficit peut utiliser divers mécanismes :

- la rationalisation qui permet, au patient, de trouver des excuses à ses difficultés,
- la projection qui vise à attribuer le déficit à un autre,
- le déplacement qui consiste à transposer le déficit à un autre domaine,
- le patient peut, encore, se défendre en surestimant les capacités lésées.

Le désaveu, parfois assimilé au déni, représente la capacité du patient à avoir un discours sur son accident et ses conséquences. Cependant, le chemin allant de ce discours à l'expérience vécue et ressentie est barré : il ne peut verbaliser ses affects.

L'indifférence est parfois confondue avec le déni. Le patient connaît alors son déficit, mais n'en a cure. Il ne comprend pas pleinement ses troubles et ses conséquences.

c.2 le défaut d'insight

En psychiatrie, l'insight représente une vision intérieure, la connaissance que l'on peut avoir de sa propre vie psychique. Il fait appel au jugement du patient sur les expériences anormales du soi et leurs conséquences sur le soi. L'insight serait, donc, la reconnaissance des changements induits par la maladie.

Par définition, il est impossible d'exiger des jugements détaillés concernant les conséquences d'un problème, si ce problème, ce déficit, ne peut être expérimenté ou perçu par le patient.

L'insight aurait 3 composantes :

- l'acceptation de la maladie, qui comprend également la reconnaissance de ses symptômes et de leurs conséquences,
- la conscience de la nécessité d'un traitement et la compliance à celui-ci,

- la capacité à identifier des événements mentaux inhabituels.

Les aspects de l'insight peuvent être affectés indépendamment les uns des autres. Dès lors, le patient peut présenter certaines capacités d'insight, sans toutefois montrer de compliance au traitement, ou de réactions affectives appropriées.

Il est bien mal aisé de tenter de dissocier l'anosognosie du défaut d'insight, dans la mesure où ces notions sont parfois confondues. Ainsi, une grande variété de terme est employée pour décrire la méconnaissance du handicap : anosognosie, absence d'insight, non-perception de la maladie, non-conscience du handicap, voire déni.

c.3 la négligence spatiale unilatérale ou hémignégligence

Elle se définit comme *« l'incapacité à détecter, s'orienter ou répondre à des stimuli porteurs de significations, lorsqu'ils sont présentés dans l'hémi-espace contra-lésionnel »* (Heilman, 1973).

Des lésions de l'hémisphère dominant peuvent induire des troubles aphasiques, ainsi que des symptômes de négligence. Les patients n'ont pas conscience de négliger leur hémi-espace (hémicorps, hémi-champ visuel), ils ne peuvent donc corriger leur négligence.

La négligence spatiale unilatérale est considérée comme un trouble attentionnel, affectant l'attention spatiale sélective. Cette attention est une fonction cognitive qui sous-tend, en grande partie, ce que nous pouvons appeler notre conscience. En effet, il s'agit de la façon dont on distribue notre attention dans notre espace, c'est-à-dire dans ce que nous percevons.

Un amalgame est parfois fait entre anosognosie et négligence spatiale unilatérale. Dès lors, l'hémi-négligence de certains patients n'est, parfois, pas décelée.

En effet, leurs troubles de lecture et leur méconnaissance sont imputés à l'anosognosie. L'anosognosie de l'aphasique est alors assimilée à un déficit de l'attention portée au langage écrit.

c.4 l'hémianopsie

Une hémianopsie est une perte ou une diminution de la vue, dans une moitié du champ visuel d'un œil ou des deux yeux. Elle fait suite à un AVC, à un traumatisme crânien... Le champ visuel peut être coupé dans le sens vertical ou horizontal.

Une hémianopsie latérale homonyme traduit une lésion rétro-chiasmatique des voies optiques. Dans cette condition, le patient ne peut voir qu'une seule moitié du champ visuel, la droite ou la gauche.

Une lésion, au niveau de l'hémisphère gauche, provoque une perte visuelle de la moitié du champ visuel droit, de chacun des deux yeux, et réciproquement.

A la suite d'un AVC gauche, un patient peut devenir aphasique, avec une hémianopsie homonyme droite. Cette hémianopsie induit la sensation d'un problème lié à l'œil droit. En réalité, chaque œil ne voit pas la partie droite de la scène visuelle.

On pourrait alors penser que cette partie manquante apparaît, aux yeux des patients, comme une zone blanche ou sombre. Il n'en est rien. La moitié manquante de la scène visuelle n'existe tout simplement pas, pour eux. Ils n'ont pas conscience de la perte de leur héli-champ.

De fait, ces patients ont des difficultés pour effectuer des mouvements oculaires normaux. Ils font plutôt de plus petits mouvements, ce qui amène leur regard à aller du début à la fin d'un mot seulement.

Ce trouble se traduit, en outre par une difficulté pour revenir à la ligne. Ceci rend la lecture lente et frustrante.

En outre, une hémianopsie latérale homonyme, surtout si elle survient brutalement, comme lors d'un AVC, peut s'accompagner d'hallucinations visuelles. Les hallucinations visuelles disparaissent après quelques semaines grâce à des ajustements cérébraux.

Comme pour l'hémi-négligence, une confusion peut survenir entre hémianopsie et anosognosie. Le patient méconnaît son trouble et l'absence de son héli-champ, tout en pouvant admettre qu'il existe un problème.

c.5 l'alexithymie

Sfinéos (1973) propose ce terme pour décrire l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots. Cette pathologie est présente chez bon nombre de patients, atteints de maladies à composante psychosomatique.

L'alexithymie se caractérise par 4 dimensions :

- Une difficulté à identifier et à distinguer ses états émotionnels, plutôt qu'une incapacité à les ressentir. Le patient peine parfois à réguler ses affects, ce qui peut se traduire par une brusque explosion de colère ou de pleurs.
- Une difficulté à verbaliser ses états émotionnels à autrui. Lorsqu'il parle d'une situation émotionnelle, le patient se limite à une description, une impression générale sur le fait de se sentir bien ou mal.
- Une vie fantasmatique réduite.
- Un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment des aspects affectifs. On parle alors d'une pensée opératoire.

Les individus alexithymiques sont donc peu réceptifs au monde émotionnel. Ils considèrent les émotions comme un facteur peu important de leur vie. Ils éprouvent une préférence pour les aspects familiers et routiniers de l'existence. Ils se situent en retrait dans les interactions sociales.

Rad et al (1977) estiment que le déficit, dont souffrent les alexithymiques, porterait davantage sur la fonction de communication que sur un défaut de verbalisation.

Pedinielli (1989), pour sa part, interprète l'alexithymie en terme de style cognitif variant selon le contexte, et non pas en terme de dimension stable de la personnalité.

Dans une perspective psychanalytique, Joyce MacDougall considère ce trouble comme un mécanisme de défense du moi qui, par forclusion, rejeterait l'affect. Ce mécanisme aurait une finalité adaptative, chez des patients ayant subi une épreuve douloureuse.

Les travaux de Bertagne (1992) ont montré que l'alexithymie correspondrait à une dysconnexion structurelle ou fonctionnelle des hémisphères cérébraux. Le déficit émotionnel

serait en lien avec le défaut de transfert inter-hémisphérique. En effet, la capacité de verbalisation des émotions correspondrait au cheminement des informations sensorielles complexes, issues de la zone de traitement des composantes émotionnelles (cortex associatif hémisphère droit), vers les zones langagières (hémisphère gauche). Il est, ainsi, noté une corrélation entre les scores d'alexithymie et la surface de l'agénésie du corps calleux.

Une association assez forte a été mise en évidence entre l'alexithymie et la dépression (Loas, Otmani, Lecercle et Jouvent, 2000). Or la dépression après un AVC est relativement commune. Dès lors il est possible que ce qui passe pour une méconnaissance des troubles soit, en réalité, une indifférence pour les émotions que le trouble suscite.

c.6 L'athymhormie

Le terme d'athymhormie peut surgir, lorsqu'il est question de patients présentant une méconnaissance de leurs troubles. L'athymhormie (du grec *a-* privatif, *thumos* cœur, sentiment et *hormé* élan, essor) représente la perte d'auto-activation psychique, en l'absence de déficits cognitifs majeurs.

Ce terme est initialement utilisé en sémiologie psychiatrique, pour désigner le déficit fondamental observé dans l'hébéphrénie par Dide et Guiraud (1922). Habib et Poncet (1988) utilisent le terme d'athymhormie, pour décrire certaines formes de schizophrénies déficitaires.

Le tableau clinique de l'athymhormie, est marqué par la coexistence d'une indifférence affective et d'un défaut d'initiative motrice, cognitive.

Il peut s'accompagner de symptômes obsessionnels compulsifs, en l'absence de manifestations anxieuses.

Il est surtout dominé par :

- la perte de toute activité spontanée,
- une indifférence affective : les sujets sont capables de ressentir des affects, mais ceux-ci restent déconnectés de toute possibilité d'expression motrice ou comportementale
- un désintérêt global,
- une sensation de vide mental.

Ce tableau, contrairement à celui de l'anosognosie, est réversible si le patient est stimulé par un tiers. En effet, l'entourage de ces patients et l'examineur peuvent obtenir une activité

adéquate à la suite de stimulations répétées, ce qui témoigne d'une dissociation entre un déficit d'auto-activation et une hétéro-activation intacte.

En 1981, le docteur Laplane, neurologue à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière (Paris), décrit un trouble du comportement qu'il nomme syndrome de perte d'auto-activation psychique (PAAP), qui trouve ses racines dans le terme d'athymhormie.

La ressemblance est troublante entre les deux types de pathologie, l'une psychiatrique (la dépression), l'autre neurologique : l'apathie comportementale, un certain degré d'aboulie, le désintérêt, parfois total et profond.

C'est surtout au niveau des émotions et de la vie psychique en général que se situe précisément la différence, entre l'athymhormie qui n'a aucune pensée spontanée, et s'en trouve plutôt bien, et le déprimé qui ressasse ses pensées négatives, voire morbides, et qui souffre proportionnellement à l'intensité de son activité mentale.

Le terme athymhormie désigne plusieurs tableaux comportementaux, résultant de lésions touchant le circuit de l'autostimulation. Ce circuit a pu être décrit avec précision grâce à la découverte de l'importance fondamentale, pour son fonctionnement, d'un neuromédiateur : la dopamine. Le système méso-limbique, tout particulièrement, prend son origine dans les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale, dans la partie haute du tronc cérébral. Il traverse l'hypothalamus latéral avant de se terminer dans les régions pré-optiques et dans le noyau accumbens. Le noyau accumbens est une structure sous-corticale faisant partie du striatum, et plus particulièrement du striatum limbique. Le striatum est composé du noyau caudé et du putamen.

Ce noyau agit comme une interface entre la motivation et l'action. C'est une véritable plaque tournante entre les systèmes en charge de la perception et de l'intégration des émotions, et ceux en charge de l'action déclenchée par ces émotions. Des atteintes de la substance blanche intra-hémisphérique, interrompant les fibres originaires du gyrus cingulaire et se dirigeant vers le noyau caudé, provoquent classiquement des troubles de la motivation. Les lésions sont d'origine le plus souvent vasculaire ou dégénérative, parfois toxique.

Des développements plus récents dans la description de cette anatomie amènent à distinguer au sein du circuit limbique, 2 circuits différents :

➤ le circuit cingulaire projette sur le noyau caudé médian, mais aussi sur le noyau accumbens. Il serait plutôt impliqué dans la régulation des actions et de leur initiation, en particulier dans le choix entre plusieurs options,

➤ le circuit préfrontal orbitaire médian projette sur le noyau accumbens. Il est plus particulièrement impliqué dans l'évaluation du résultat des actions, et en particulier dans la possibilité de différer la récompense pour pouvoir en obtenir une plus forte.

Ainsi, le syndrome athymhormique, pathologie spécifique de la motivation chez l'homme, résulterait d'une atteinte bilatérale du circuit limbique, avec comme conséquence une déconnexion entre le système limbique et les fonctions cognitives et motrices.

B Théorisations

a) Théories biologiques

L'anosognosie serait la conséquence directe d'une lésion cérébrale. En effet, de nombreux éléments viennent à l'appui d'une origine neurologique de la méconnaissance des troubles :

- le caractère clinique stéréotypé de l'anosognosie,
- sa survenue en phase aiguë,
- son association avec une lésion cérébrale.

Différents facteurs seraient impliqués :

- les caractéristiques de la lésion,
- les troubles sensitifs,
- les troubles de l'attention,
- l'atteinte cognitive globale.

Mais aucune étude n'est parvenue à prouver que ces facteurs, pris isolément, étaient ni suffisants, ni nécessaires, pour expliquer la survenue de l'anosognosie.

a.1 les caractéristiques de la lésion

a.1.1 les lésions de l'hémisphère droit

L'anosognosie serait plus fréquente dans les hémipariés gauches, consécutives à une lésion droite.

Selon certaines études, toutefois, une lésion de l'hémisphère droit pourrait être à l'origine de l'anosognosie dans le tiers voire la moitié des cas.

D'autres auteurs affirment que l'anosognosie pourrait être, tout aussi fréquemment, associée à une aphasie et donc à une lésion de l'hémisphère gauche. Ainsi, lorsque des troubles du langage sont concomitants, l'anosognosie avance masquée.

Une étude de Gainotti (1972) a montré que 30% des patients, présentant une aphasie de Wernicke, étaient anosognosiques. Il en conclut que, bien qu'une lésion bihémisphérique puisse induire une anosognosie, une lésion unilatérale gauche peut en occasionner une.

a.1.2 les lésions de grand volume

L'anosognosie fait suite à un accident vasculaire cérébral. Il serait, alors, envisageable que la sévérité de l'anosognosie soit fonction de l'ampleur de la lésion. Ainsi, Alajouanine et Weinstein estiment que le jargon de l'aphasique correspond à une lésion étendue au-delà des aires du langage et généralement bilatérale pour la composante anosognosique.

Il n'existe cependant pas de corrélation, établie expérimentalement, entre l'importance de la lésion et la sévérité du trouble anosognosique.

a.1.3 la localisation de la lésion

Les fonctions frontales sont en relation avec d'autres zones cérébrales. Cette connexion permet au sujet, d'être en lien avec son environnement, de façon appropriée. Ainsi, selon Damasio (1990), l'anosognosie serait plus fréquente après une lésion préfrontale. Il note toutefois qu'elle peut se faire jour sans lésion, à ce niveau.

Selon Sperry (prix Nobel, 1969) la conscience serait une des plus hautes fonctions intégratives. Elle serait distribuée entre les 2 hémisphères, dans une activité intégrée.

L'hypothèse d'une implication du territoire de l'artère cérébrale moyenne dans l'anosognosie (gyrus et cortex pariéto-temporal) a été avancée. L'association anosognosie-jargon pourrait se retrouver chez des patients, porteurs de lésions de l'hémisphère gauche bien circonscrites (Kertesz 1979). Les jargons sévères ou persistants seraient davantage liés à une lésion du gyrus temporal postérieur, de la région supra-marginale (cf coupes cérébrales en annexe). Les jargons moins sévères, au contraire, se rencontreraient lors de lésions plus postérieures, au niveau de la jonction pariéto-temporo-occipitale.

Des lésions, au niveau du gyrus supra-marginalis et du gyrus angulaire de l'hémisphère gauche pourraient, en outre, produire des troubles du langage, dont le patient paraît inconscient.

Des recherches effectuées en 2002, par Craig, ont mis en évidence le rôle du cortex insulaire antérieur (Anterior-Insular-Cortex : AIC, cf annexes). Toutes les sensations du corps remonteraient par une voie sensorielle jusqu'à l'insula postérieure. L'intégration des ces voies sensorielles, au milieu de l'insula, conduit à une zone polymodale dans l'AIC. Cet AIC serait impliqué dans la perception subjective des sensations corporelles.

En 2009, Craig va plus loin. Selon lui, l'AIC et l'operculum frontal adjacent, induirait le phénomène de conscience humaine subjective de soi, des autres et des perceptions saillantes. Il fonde ses propos sur l'imagerie médicale. Celle-ci a montré l'activation de l'AIC, dans la conscience subjective des percepts cognitifs.

L'AIC représenterait également, les sentiments associés aux processus mentaux et cognitifs. Dès lors, une lésion, localisée au niveau de l'AIC, ou au niveau des connexions de l'AIC avec les fonctions cognitives, engendrerait de nombreux déficits, tant au niveau psychique que psychosomatique. La conscience émotionnelle, l'empathie, la conscience de ses comportements, la présence dans l'ici et maintenant, s'en trouveraient altérés.

Même si la lésion neurologique implique une anosognosie, le siège de la lésion ne peut, à lui seul, expliquer l'anosognosie. En effet, une grande diversité de localisations, des lésions peut être observée.

A noter en outre, qu'une même localisation lésionnelle, peut ou non, induire une anosognosie. Aucune étude n'a mis en évidence, un siège ou un volume lésionnel nécessaire et suffisant, pour occasionner une méconnaissance des troubles.

a.2 les troubles sensitifs

Des troubles massifs de la sensibilité sont engendrés par l'hémiplégie, facilitant de ce fait une certaine anosognosie. S'il s'agit d'un facteur facilitant, il ne s'agit toutefois pas d'un facteur explicatif.

a.3 les troubles attentionnels

Selon Lebrun (1987), les capacités attentionnelles de l'aphasique sont réduites. De fait, il ne peut, à la fois exercer un contrôle sur ses productions langagières et parler dans le même temps.

Shuren, en 1995, reprend cette idée. L'accès au lexique et la sélection lexicale seraient alors altérés, chez l'aphasique avec jargon. Ainsi, le sélectionneur phonémique serait intact mais incontrôlé. Un tel phénomène provoquerait la profusion de paraphasies et une anosognosie associée. L'aphasique deviendrait anosognosique de ses erreurs langagières lorsqu'il s'exprime et s'écoute simultanément.

Shuren a mis en place un protocole de test pour éprouver son hypothèse. Ainsi, lorsqu'il écoute ses productions langagières enregistrées, le patient, souffrant d'une aphasie, pourrait détecter ses erreurs.

Le déficit de contrôle des productions langagières est ainsi imputé aux capacités attentionnelles réduites des aphasiques.

a.4 l'atteinte cognitive globale

Il existe une association fréquente, entre l'atteinte cognitive diffuse et l'anosognosie. Des troubles exécutifs peuvent, alors, être associés à l'anosognosie. Ainsi, l'occurrence

importante de l'anosognosie, dans les phases aiguës après un AVC, trouverait son explication dans un état de conscience floue, spécifique de cette période.

L'anosognosie serait alors secondaire au syndrome de confusion et de désorientation, consécutif à l'AVC.

Nonobstant, le déficit intellectuel global ne peut être suffisant pour expliquer l'anosognosie. En effet, les troubles cognitifs sont inconstants. Il est possible de trouver des tableaux associant des déficits cognitifs discrets et une anosognosie sévère.

b) Théories psychologiques

b.1 Weinstein et Kahn (1955) : la théorie psycho-dynamique

Selon eux, la logorrhée et le défaut d'auto-correction constitueraient les signes de l'anosognosie chez l'aphasique. L'anosognosie n'est alors pas une entité isolée, mais un aspect d'un trouble du comportement plus large.

Les aphasiques avec jargon sont, alors, décrits comme euphoriques, non concernés par leurs difficultés de discours, déniaient leurs troubles du langage ainsi que leurs autres déficits.

Ces deux auteurs différencient le déni verbal explicite du déni implicite. Parmi le déni verbal explicite, les auteurs repèrent 5 formes sémiologiques d'anosognosie :

➤ Le déni complet.

Il constitue un système de défense contre la maladie. Le patient nie sa maladie et l'anosognosie peut s'accompagner de fabulations. Ces fabulations sont des tentatives de rationalisation de leurs comportements, quand le sujet se trouve en difficulté. Le déni représente alors, une connaissance purement intellectuelle du trouble en l'absence d'éprouvé affectif. Cette vision du déni tend à le rapprocher de l'anosodiaphorie (absence de réponse affective ou indifférence à l'égard d'un déficit neurologique).

Critchley (1957), quant à lui, dissocie l'anosognosie de l'anosodiaphorie. Selon lui, les modifications psychiques qui accompagnent l'anosodiaphorie seraient le signe d'un trouble de la personnalité qu'il qualifie de « petite démence ».
--

- Le déni du trouble principal.

Le patient peut alors, nier toute atteinte du langage, tout en acceptant, voire amplifiant, un trouble annexe. Une explication en termes de mécanismes de défense, se heurte alors à des observations cliniques. Certains patients présentent des syndromes dépressifs majeurs, des affects inappropriés appliqués à des troubles accessoires ou fictifs.

- Le déficit peut être minimisé ou attribué à une cause bénigne : « *c'est à cause de la fatigue* », « *ça ira mieux quand je rentrerai chez moi...* »

- Le handicap peut être projeté sur un tiers : « *moi, ça va, par contre mon voisin de chambre...* »

- Le handicap peut être déplacé au niveau temporel : « *avant ça, je ne dis pas, ça n'allait pas, mais maintenant ça va...* »

Le déni implicite comprend pour sa part, les changements d'humeur et les comportements inhabituels. Ces attitudes inhabituelles peuvent prendre diverses formes : repli, inattention, insensibilité à la douleur, altération du comportement sexuel, ou encore hallucinations.

Selon les auteurs, le symbolisme sous-jacent soit aux mots, dans le cas de déni explicite, soit aux comportements, dans le cas de déni implicite, contribuerait à la nature adaptative des comportements. Une telle tentative de métaphorisation des troubles, ce symbolisme, rendent peu probable une absence de conscience de l'incapacité. On ne peut pas dire que le patient oublie ou ignore qu'il est malade, mais plutôt qu'il exprime ses sentiments à ce sujet, dans un langage particulier.

De fait, les aphasiques avec jargon utiliseraient le jargon de façon sélective, préférentiellement quand il est question de verbaliser leurs incapacités.

De plus, au cours de l'évolution, le jargon est remplacé par des confabulations et des idiomes, à mesure que l'angoisse suscitée par le déficit s'amenuise.

Le dysfonctionnement cérébral nécessaire à l'anosognosie, n'agit plus alors comme la cause, mais comme l'environnement dans lequel le déni est exprimé.

Weinstein et Kahn admettent donc, que l'anosognosie trouve son origine dans une lésion cérébrale. Ils l'envisagent cependant comme un phénomène influencé par la

personnalité du sujet. « *L'existence et la forme du déni sont déterminés par la localisation et l'étendue d'une lésion cérébrale. La situation dans laquelle le déni est obtenu, le type d'incapacité et la manière avec laquelle le patient perçoit son sens (sont déterminés) sur la base de son expérience passée* » (Weinstein, 1991).

Ils établissent alors un profil des personnalités prédisposant au déni, à partir du questionnaire : *Denial Personality Rating*. Il en ressort que les personnes, potentiellement sujettes à l'anosognosie, sont celles :

- qui considèrent la maladie comme un échec ou une faiblesse,
- qui se sentent fortement concernées par l'opinion des autres,
- qui déploient beaucoup d'énergie pour bien faire et réussir.

b.2 Critiques de la théorie de Weinstein et Kahn

Ceux-ci soulignent le rôle de la confusion mentale, fréquemment rencontrée chez les anosognosiques. Or, de nombreuses observations font état de cas d'anosognosie sans confusion associée. Une altération globale de la vigilance peut donc, avoir un caractère favorisant, mais, elle ne peut expliquer l'anosognosie.

L'échelle de mesure de la personnalité de Weinstein et Kahn a, en outre, été remise en question. En effet, en se basant sur d'autres échelles, d'autres auteurs n'ont pu retrouver de profils de personnalité prédisposant à l'anosognosie. De plus, aucune composante de la personnalité n'a pu être isolée comme facteur favorisant le déni. Aucune différence n'a été observée dans l'attitude face à la maladie, ou dans la structure de personnalité chez des patients, qu'ils présentent ou non une méconnaissance de leurs troubles (Levine).

La personnalité n'influencerait donc pas, l'anosognosie. Nonobstant, il faut ici, tempérer le propos. La personnalité et les facteurs culturels influent en effet, sur la manière dont le patient et son entourage, rapportent le vécu des déficits.

Weinstein et Kahn décrivent par ailleurs, le patient anosognosique comme euphorique, indifférent à ses difficultés. On pourrait alors penser que ces patients seraient moins sujets aux dépressions. Une étude de Starkstein et al va à l'encontre de cette idée. Ils ont en effet, noté

une incidence des dépressions comparable, pour des patients conscients ou non de leur état, concernant l'anosognosie de l'hémiplégie.

La théorie de Weinstein et Kahn, n'explique pas non plus, la spécificité de l'anosognosie dans les états neurologiques. L'anosognosie ne se rapporterait pas à la maladie causale, ni aux troubles associés, mais bel et bien aux déficits neurologiques (Cutting).

Cette théorie, basée sur la motivation, ne permet également pas, de rendre compte des dissociations observées dans l'anosognosie.

De plus, si le phénomène de déni est inconscient, la localisation de la lésion ne devrait pas influencer la symptomatologie.

b.3 théories psychopathologiques

Une classification empirique des troubles psychopathologiques consécutifs à un AVC a été établie. On y retrouve :

- les troubles des affects et de la thymie,
- les troubles du comportement,
- la désintégration cognitive globale ou état confusionnel,
- les troubles de la perception, de l'identification de soi, d'autrui, du temps et des lieux.

Giacino et coll imputent la méconnaissance du handicap à une conscience qui s'amenuise globalement. Cette réduction de la conscience s'explique par les troubles cognitifs, les réactions psychologiques et de déni, l'incapacité spécifique à reconnaître les handicaps liés directement à la lésion.

Prigatano, quant à lui, estime que cette méconnaissance peut être portée au crédit, soit d'une base neurologique chez certains patients, soit d'une stratégie de coping² chez d'autres.

² To cope : faire face à, la stratégie de coping est la façon dont le patient fait face à une épreuve inhabituelle en utilisant ses ressources cognitives, psychiques et adaptatives

D'un point de vue psychopathologique, l'hypothèse d'un problème de travail de deuil, a été avancée pour rendre compte de la méconnaissance des troubles.

Ce travail de deuil, constitue le passage d'une connaissance intellectuelle à un savoir éprouvé. Il s'agit de l'intégration psychique, dans son propre système de représentations et dans ses fantasmes inconscients, de la perte liée à l'accident et à ses répercussions.

Une telle élaboration devient nécessaire dans la mesure où le sujet est confronté à la perte d'une partie de lui-même. Toutefois, ce processus peut s'avérer difficile.

L'AVC occasionnerait une expérience de désorganisation psychologique et neurologique. Une telle épreuve excèderait ainsi, les capacités de représentations du sujet.

La méconnaissance est alors considérée comme la difficulté, pour le patient, à intérioriser l'expérience de la maladie. Le patient peut avoir une connaissance intellectuelle de l'AVC et de ses conséquences, mais il ne peut rien en faire d'un point de vue subjectif. Il ne peut retirer sa libido, désinvestir la fonction altérée. Il reste, dans une vision idéale de sa vie avant l'accident, borné à son idée de la normalité.

Dès lors, transmettre un récit, des sentiments, quant à cette expérience, peut s'avérer difficile voire impossible. L'accident est, alors, vécu comme une expérience brute, non représentable, non mémorisable. Il n'est donc pas accessible à la conscience, ni au refoulement (Bion).

Oppenheim-Gluckman et al considèrent donc, que les cérébro-lésés éprouvent une difficulté spécifique, à intégrer l'expérience subjective de la maladie dans leur espace psychique. Faute de représentations éprouvées de la maladie et des troubles cognitifs, ils ne peuvent effectuer un travail psychique de symbolisation et par ce biais se confronter au manque.

En outre, le sujet se retrouve confronté à des éléments qu'il ne peut intégrer. En effet, ces nouvelles données vont à l'encontre, de l'idée consciente et inconsciente que le sujet se fait de lui-même. Il y a une forme de déni des éléments, qui s'opposent à l'image que le sujet a de soi.

b.4 Théories psychanalytiques

Freud explique la méconnaissance d'un trouble par l'altération du processus de *behajung*. La *behajung* représente un jugement d'attribution. Celui-ci permet au sujet de savoir ce qui est en lui, ou en dehors de lui.

La perturbation de ce mécanisme, interviendrait pour 2 raisons probables :

- les traces mnésiques de l'état prémorbide apparaissent en contradiction avec ce qu'il perçoit dans l'ici et maintenant.
- l'atteinte des processus de pensée, de langage, de métaphore, ne permettent pas, le fonctionnement habituel de la dénégation.

Ces atteintes occasionnent des déficits cognitifs et les distorsions du moi, ce qui rend ardu le fonctionnement de la *behajung*.

Cette dénégation revêt nonobstant une importance particulière. Elle est censée rendre possible une mise à distance des processus inconscients, déplaisants et refoulés, tout en accédant à une connaissance partielle de ceux-ci.

Si le processus de *behajung* dysfonctionne, le sujet ne peut déterminer si la représentation de son environnement, de ses actes est vraie ou fausse, c'est-à-dire en accord ou non avec la réalité. Dès lors, le patient se retrouve dans l'incapacité d'une autocritique, vis-à-vis de son handicap.

Sujet de prédilection des neurologues et des psychanalystes, l'étude de l'anosognosie est devenue par la suite objet d'étude pour les neuropsychologues. Ils ont largement contribué à la littérature quant à ce thème.

Diverses théories ont émergées de leurs recherches. Elles ont été classées de différentes manières :

- D'aucuns ont privilégié un tri, en dissociant les explications cohérentes avec les pathologies isolées, des théories explicatives applicables à plusieurs pathologies.
- D'aucuns ont mis en avant les théories neuro-anatomiques, en opposition aux théories basées sur la motivation, et aux théories cognitives.

De telles classifications se recoupent sur certains points, n'associent pas les mêmes théories aux mêmes classes, voire regroupent sous une même théorie des considérations d'ordre neuro-anatomique, cognitif ou psychologique. Aussi allons-nous tenter de dresser un tableau le plus exhaustif possible des théories explicatives de l'anosognosie, tout en évitant les itérations. Dans le souci de rester dans le thème de ce mémoire, il a semblé judicieux de moins expliciter, voire d'écarter des hypothèses relatives exclusivement à l'anosognosie de l'hémiplégie. Les théories, concernant l'anosognosie des troubles du langage, chez des patients aphasiques, sont donc ciblées dans cette partie.

c) Théories neuropsychologiques

c.1 Théories neuro-anatomiques

c.1.1 La perturbation du schéma corporel

Schilder et Gerstmann ont introduit cette notion par rapport à l'anosognosie de l'hémiplégie. Elle a été reprise par Levine en 1990. L'anosognosie correspondrait alors, à une représentation du corps perturbée.

Cette théorie, valable pour les pathologies isolées, se fonde sur les travaux de Levine quant à l'anosognosie de la cécité.

Il y développe alors la théorie de la découverte. Celle-ci postule que si la sensation est immédiate, son absence ne l'est pas. Ainsi, cette absence n'a aucune traduction immédiate.

Pour être rapportée à sa cause, ce manque de sensations requiert un raisonnement. Ce développement fait intervenir la comparaison entre les impressions, fournies par les diverses modalités sensorielles, et les expériences passées. Dès lors, la conséquence directe d'un trouble sensoriel est la méconnaissance de ce trouble. La conscience n'intervient que dans un second temps, lorsque le sujet en a les capacités.

Il n'existerait donc pas de structure supra-modale, qui gouverne les processus de prise de conscience. Il existerait plutôt, autant de formes d'anosognosie que de modalités sensorielles.

c.1.2 Hypothèse d'une déconnexion entre la zone lésée responsable du déficit et la zone du langage

Selon Brown (1981) le défaut de conscience des déficits est spécifique à l'aphasie, aux erreurs de langage. Il ne s'agirait donc pas d'un trouble général de conscience.

Le défaut de conscience du déficit, souvent associé aux aphasies, coïnciderait avec la rupture de la perception phonémique. Geschwind étudie les patients souffrant d'une déconnexion inter-hémisphérique. Il part de l'hypothèse qu'un centre de la conscience serait situé dans l'hémisphère droit et donc en rupture avec le centre du langage (hémisphère gauche). Il estime donc que ces sujets se trouveraient dans l'incapacité d'exprimer consciemment leurs déficits.

Jakobson, parle d'un trouble de « *la similarité, de la substitution, de la contiguïté et du métalangage* ». Selon lui, l'aphasique n'est pas un malade du raisonnement. Il n'est aphasique que dans le sens où il n'est plus apte à se poser des questions d'ordre lexical, dans les déficits taxonomiques sémiologiques.

Des critiques ont été émises :

- Une section de la commissure inter-hémisphérique ne reproduit pas, de façon systématique, le phénomène observé dans l'anosognosie de l'aphasie.
- S'il est avéré qu'il y a déconnexion, que le message ne parvient pas jusqu'au centre du langage, le défaut de conscience des troubles peut, toutefois, s'exprimer verbalement, à travers des phénomènes délirants.
- L'anosognosie peut en outre se manifester au niveau du comportement non-verbal.

c.1.3 Théorie issue d'Heilman et de Valenstein : le contrôle central

Heilman et Valenstein, en 1972, étudient la négligence occasionnée par une lésion frontale controlatérale (hémisphère droit).

Comme dans l'anosognosie de l'hémiplégie et de l'hémianopsie, le déficit est passager et les sources d'informations kinesthésiques et visuelles sont toutes deux affectées. Un tel trouble entraîne un échec aux épreuves d'identification d'images d'objets simples.

Les auteurs attribuent l'anosognosie à une perturbation de l'analyse centrale. Il s'agirait d'un échec pour équilibrer les informations provenant des 2 hémisphères.

Les patients seraient alors répartis sur une échelle.

- A une extrémité du continuum se situerait le déni total de toute modification malative du membre.
- L'autre extrémité prendrait une forme mineure de l'anosognosie. Celle-ci comprend la reconnaissance d'une anomalie. Cependant, le patient est dans l'incapacité à en apprécier l'origine, en raison d'une perturbation de l'analyse centrale. Il existerait une perception de la déficience, mais celle-ci ne pourrait être conscientisée du fait d'une perturbation, au niveau de la sphère associative (Taylor et Warrington 1971).

c.2 Théories basées sur la motivation

La motivation est la conviction de pouvoir effectuer quelques comportements. Elle permettrait de prévoir de façon relativement sûre les performances actuelles. En effet, la croyance du patient en ses capacités opérationnelles, déterminerait les décisions concernant :

- le choix des situations et des activités,
- l'effort et la durée dévolue à la tâche,
- la réaction émotionnelle face au succès ou à l'échec de la tâche.

L'anosognosie se montre souvent partielle, spécifique d'un domaine. Ainsi, certains comportements de routine des anosognosiques, indiqueraient une certaine appréciation de leurs troubles (Mc Glynn et Schacter 1989).

Cette méconnaissance n'implique pas, en outre, l'annihilation pure et simple, de toute réaction émotionnelle adaptée.

Ces caractéristiques de l'anosognosie trouveraient sens, dans cette altération de la compétence de motivation.

L'anosognosie et l'anosodiaphorie seraient la conséquence d'un trouble des processus qui sous-tendent la motivation et l'expression émotionnelle (théorie psycho-dynamique, Weinstein et Kahn). Le sujet anosodiaphorique nous apparaîtrait donc dans un état d'indifférence affective.

Cependant cette altération de l'expression émotionnelle, ne permet pas de rendre compte, de la négation explicite des troubles, dont peut faire preuve le patient.

c.3 Théories cognitives

c.3.1 Introduction

L'expérience de l'intersubjectivité, de la relation aux autres est le fondement de la sensation de soi. Elle se base sur l'existence d'un cadre commun, de significations et de moyens de communication, dans une sorte de jeu de langage partagé et partageable.

L'atteinte cognitive, résultant de la lésion cérébrale, met à mal ce cadre commun. Dès lors, la sensation d'identité et d'existence est fragilisée.

L'anosognosie est assimilé à un défaut de conscience d'un déficit. Il semble donc pertinent de définir succinctement le concept de conscience.

c.3.2 La conscience

Fleming a développé la notion de conscience de soi. Il s'agirait d'un processus cognitif.

Celui-ci comprendrait :

- une reconnaissance de ses forces et de ses limites,
- la capacité à comprendre la nature de son incapacité
- la possibilité d'en apprécier les répercussions.

Ce processus nécessiterait l'intégration d'informations, issues de la réalité extérieure et de son expérience personnelle. Cette métacognition représente donc la capacité à s'auto-observer, à s'auto-corriger au niveau cognitif, physique, social et communicatif. Elle permet au sujet de déterminer son état futur, de se fixer des objectifs réalistes pour l'avenir.

Tulving (1987), quant à lui, distingue 3 niveaux de conscience auxquels il fait correspondre 3 systèmes mnésiques.

- La conscience anoétique fait appel à la mémoire procédurale et se limite à l'activité en cours.
- La conscience noétique fait référence à la mémoire sémantique, à un travail sur les représentations.
- La conscience auto-noétique ou réflexive, enfin, coïncide avec la mémoire épisodique.

Crosson, quant à lui, établit en 1989 une pyramide de la conscience.

- A sa base : la conscience intellectuelle. Il s'agit de la capacité cognitive, qui permet au patient :
 - de comprendre l'atteinte d'une fonction particulière, par rapport à son niveau pré morbide,
 - de percevoir les répercussions de ce déficit.
- A son sommet : la conscience situationnelle. Elle se compose de 2 types de conscience :
 - la conscience émergente qui représente la capacité à reconnaître un problème quand on y est confronté,
 - la conscience anticipatoire qui permet a contrario de prévoir la survenue d'une difficulté, lors d'une action.

Plus récemment, Toglia et Kirk (2000) ont étoffé la notion de conscience, telle qu'elle a été étudiée par Crosson. Ainsi, l'expérience situationnelle fournirait une rétroaction qui permet au patient d'améliorer sa conscience intellectuelle. La conscience situationnelle dépendrait des tâches accomplies et du contexte.

Farthing (1992) isole pour sa part, 2 sortes de conscience.

- La conscience primaire est liée à l'expérience directe. Elle est associée aux perceptions, aux sentiments, aux pensées et aux souvenirs qui y réfèrent. Elle comprend la conscience focale, qui peut être assimilée à l'attention focale, et la conscience périphérique, correspondant à « l'attention frange », de la situation dans sa globalité.
- La conscience secondaire ou réflexive se définit comme la connaissance de soi, l'introspection.

c.3.3 Modèle de Goldberg et Barr : rupture du processus de contrôle des erreurs (1991)

3.3.1 Présentation du modèle

Dans le fonctionnement normal, il existerait un système de monitoring du discours. Cette sensibilité aux erreurs dans ses productions et celles des autres, induit des interruptions, des reformulations, des corrections.

Le processus de monitoring s'exercerait, selon les hypothèses, dans le système de production, ou serait dépendant de la compréhension et du décodage du code verbal. Pour Levelt (1989) ces 2 théories ne sont pas contradictoires.

Ainsi, Goldberg et Barr considèrent que le monitoring se compose de 3 mécanismes :

- La représentation interne de la production cognitive désirée,
- Le feedback par rapport à cette production,
- La comparaison de ce feedback avec la représentation interne.

Le patient anosognosique manifesterait une indifférence aux erreurs. Il n'effectue plus de tentatives de corrections. Il nie ses erreurs. Une rupture d'un de ces mécanismes ou entre ces mécanismes induirait divers types de défauts de conscience.

De nombreux auteurs, ont apporté leurs contributions à l'étude de chacun de ces processus et aux failles dans le fonctionnement de ces mécanismes.

3.3.2 Le rôle de la dégradation des représentations internes

L'atteinte cognitive, contrairement à l'atteinte motrice, ne permet pas d'avoir un rapport visuel avec sa partie handicapée. Le handicap est invisible. Cette absence de confrontation sensorielle rend difficile une prise de conscience, même ambiguë, de la partie de soi lésée.

En outre, cette représentation de la blessure cérébrale est d'autant plus mal aisée, qu'en temps normal, avoir une représentation de la cognition et l'intégrer à l'image du corps, s'avère déjà extrêmement délicat.

La conscience des déficits est interprétée comme une extension de la conscience des processus cognitifs. La sélectivité de la conscience du déficit serait donc, le reflet de la sélectivité normale de la conscience.

Il existerait une multitude de systèmes de représentations, qui opèreraient dans la cognition. Hors pathologie, seuls certains modules sont accessibles à la conscience et soumis au contrôle volontaire. De nombreux schèmes, non innés, vont s'automatiser. Leurs fonctionnements deviennent non conscients. Cette automatisation permet la gestion d'activités cognitives complexes, sans faire appel à la conscience.

Un grand nombre d'unités s'activent donc simultanément, s'influençant les unes les autres, de manière à permettre une analyse rapide des informations.

La lésion qui induit l'anosognosie, causerait la rupture des processus cognitifs qui ne seraient pas immédiatement accessibles à la conscience, sauf dans certaines conditions.

La représentation interne, de la fonction cognitive touchée, était déjà peu accessible à la conscience, avant l'AVC. Dès lors, la méconnaissance du déficit atteint surtout ces représentations.

L'anosognosie, dans l'aphasie, pourrait alors, être imputée à un déficit des représentations lexicales et visuelles internes.

Dès 1981, Goldberg et Costa avaient proposé une classification des systèmes de représentations. Le langage naturel, tout d'abord, représentait les invariants du langage. Le 2^{ème} système de représentations se situe hors du langage naturel, mais il existe explicitement dans la culture. Il s'agit des formules mathématiques, des notations
--

musicales, des jeux de règles... Le 3^{ème} système se développe intra psychiquement par l'exposition à de nouveaux stimuli et à de nouvelles demandes cognitives.

Ces systèmes de représentations seraient gérés par l'hémisphère gauche. Ce contrôle, exercé par l'hémisphère gauche, sur les fonctions cognitives, serait plus aisément accessible à la conscience. Dès lors l'hémisphère dominant bénéficierait davantage de l'auto-correction. La détection des erreurs, la comparaison de l'output par rapport à la représentation interne, permettraient d'optimiser les performances. Elles seraient plus efficaces pour les processus sous le contrôle de l'hémisphère gauche.

Un tel phénomène a été mis en avant, auprès de patients présentant une déconnexion inter-hémisphérique, lors de tests de choix perceptuels verbaux et non verbaux (Golding, Reich et Wason 1974).

L'idée d'une conscience spécifique de l'erreur, a été développée (Gainotti 1986). Les commentaires, relatifs à leurs propres verbalisations, sont parfois nombreux, chez des patients aphasiques. Ces périphrases révéleraient une certaine conscience de l'erreur. Un *distinguo* pourrait ainsi, être établi entre les patients aphasiques, qu'ils présentent ou non des troubles de la compréhension.

Ainsi, lorsque la compréhension est intacte, la connaissance tacite semble mieux conservée. Les commentaires, relatifs à leurs verbalisations, sont plus nombreux. Ces caractéristiques sont associées aux aphasies non fluentes antérieures, pour lesquelles la capacité à écouter ses propres outputs est préservée.

A l'inverse, lorsque la compréhension est altérée, comme dans les aphasies fluentes postérieures, les appréciations des productions se font plus rares. Les capacités du patient à écouter ses propres verbalisations, dans un tel cas, sont plus faibles. Le patient se retrouve, alors, dans l'incapacité d'évaluer sa production. Ceci s'explique par l'atteinte à l'intégrité des représentations internes, ou par la détérioration de l'accès à ces représentations.

Cette théorie, associée aux pathologies isolées, considère également l'anosognosie comme une perturbation affective. En effet, en 1989, Gainotti étudie les réactions dépressives, chez plus de 160 cérébro-lésés. Il part de l'hypothèse qu'une lésion de l'hémisphère gauche, dominant pour le langage, induirait, dans un grand nombre de cas, des dépressions. Celles-ci traduiraient l'expression d'un hémisphère droit, sain et « *spontanément pessimiste* ».

3.3.3 Le rôle de la dégradation des feedbacks sensoriels

La méconnaissance du déficit, serait la conséquence d'un feedback sensoriel dégradé. La perturbation du feedback ne permettrait pas un rétrocontrôle efficient.

En 1874, Wernicke notait déjà, que les patients aphasiques pouvaient souffrir d'un défaut de conscience de leurs troubles. Il émettait l'hypothèse que ce jargon et sa méconnaissance étaient induits par un input auditif lésé. Le comportement des patients laisserait supposer qu'ils ne s'entendent pas.

En opposition à Wernicke, Goldstein (1948) considère que l'input auditif externe surviendrait trop tard, pour pouvoir expliquer la méconnaissance des troubles du langage. C'est donc, le discours interne, qui serait altéré lors de l'aphasie. L'anosognosie serait alors, liée, à la difficulté à créer des abstractions. L'anosognosie surviendrait en réaction, face à l'anxiété. Elle serait une tentative d'évitement des « *réactions catastrophes* ».

Alajouanine, pour sa part, envisage l'anosognosie comme un élément central du jargon de l'aphasique. Le jargon correspondrait à une perturbation non seulement du langage, mais aussi de la conscience et de l'interaction sociale.

En 1957, Alajouanine et Lhermitte avancent l'hypothèse d'un problème de monitoring auditif, pour expliquer l'anosognosie des patients aphasiques. En effet, expérimentalement, ils observent qu'un décalage du feedback auditif produit, chez des personnes non aphasiques, de nombreuses erreurs phonologiques, puisqu'il interfère avec le monitoring interne.

Or, en soumettant les patients aphasiques, avec jargon, à un feedback auditif décalé, les patients ne produisent pas davantage d'erreurs phonologiques que les sujets témoins.

L'étude du feedback auditif retardé et de ses répercussions, sur le discours des aphasiques, a été reprise par la suite (Penser et Temp 1981). Le jargon sémantique de ces patients ne serait presque pas modifié par un feedback auditif décalé. Leur discours s'interrompt, il est plus lent.

Ces auteurs estiment donc, que le défaut de conscience du jargon, n'est pas induit par un manque complet de conscience des troubles, mais par un problème de feedback.

Une tendance à l'hésitation est notée, en outre, juste avant la production de néologismes, chez le patient aphasique (Butterworth 1979). Ce temps de latence viendrait corroborer une détection des erreurs lexicales, à un certain niveau de monitoring.

Une partie du système morpho-phonologique introduirait le jargon, de manière à maintenir la continuité du discours. Un tel monitoring serait médiatisé par la conscience.

Une dissociation de la conscience des erreurs est de plus, observée, entre les erreurs d'ordre phonologique et celles de nature sémantique (Marshall 1985). Les processus sémantiques et ceux relatifs à l'aspect formel du langage, interagiraient avec la conscience, selon des mécanismes différents.

En effet, les erreurs sémantiques peuvent rester opaques à la conscience, alors que, dans le même temps, des erreurs phonologiques sont corrigées, ou tout du moins détectées. Le patient aphasique anosognosique souffre d'une difficulté à parler et s'entendre en même temps.

Dès lors, le manque de conscience des troubles paraît aller, au-delà d'un déficit du monitoring immédiat du discours. Les problèmes de compréhension et de monitoring auditif, ne sous-tendraient pas l'anosognosie. Celle-ci pourrait trouver son origine dans un défaut de monitoring auditif interne.

S'inspirant de ces diverses théories, Schlenck, Huber et Willmes (1987) vont distinguer 2 patterns de monitoring.

- Le monitoring, à un stade pré-articulatoire, est marqué par des anticipations d'erreurs « *prepairs* ».
- Le monitoring, basé sur le système de compréhension, est marqué par des identifications d'erreurs « *repairs* ».

Ces auteurs ont montré expérimentalement, chez les patients aphasiques, que :

- Les ajustements anticipés sont plus fréquents que les identifications d'erreurs.
- La fréquence de ces anticipations ne diffère pas chez les aphasiques de Broca ou de Wernicke
- Les patients, dont la compréhension orale est faible, font moins d'anticipations, que ceux à la compréhension plus élevée.

Le comportement anosognosique est donc imputé à un défaut de monitoring, préférentiellement pré-articulatoire.

Lebrun (1987) va également supposer qu'un problème de feedback auditif, sous-tend l'anosognosie de l'aphasique.

Selon lui, les stéréotypies sont des signes de cette méconnaissance du trouble. Lors des stéréotypies, le patient répète souvent le même mot ou phonème, avec la prosodie, le ton, le rythme d'une conversation ordinaire.

Il constate, également, que les aphasiques globaux sont inconscients de leurs troubles du langage et sont aussi, amnésiques pendant une période parfois longue, jusqu'à ce qu'ils recouvrent leurs capacités de compréhension.

Les difficultés de compréhension seraient donc à l'origine de l'anosognosie.

3.3.4 Le défaut de conscience du trouble comme altération du comparateur

Cette théorie suppose l'existence d'un centre de la conscience, un comparateur chargé du traitement de la similarité de la représentation interne avec le feedback. Une lésion cérébrale pourrait affecter cette aire, induisant, de ce fait, des déficits de conscience pour les aires associées.

Prigatano (1998) a développé cette idée de conscience de soi. Il estime que l'on peut observer, chez les patients cérébro-lésés, une atteinte de la conscience de soi. Celle-ci représenterait un déficit de la représentation consciente.

Les patients ne présenteraient alors que peu de réactions affectives. Ils se montreraient perplexes quand il serait fait mention de leurs difficultés.

Certains patients pourraient également présenter une forme de déni. En raison de la connaissance implicite de leur état, ils ne se montrent pas perplexes, mais plutôt anxieux. Ils peuvent nier les troubles, mais leur conduite est cohérente avec la nécessité des soins.

Mesulam distingue plusieurs types de conscience de soi, pouvant indépendamment être atteintes :

- une conscience du jugement et du comportement social, en lien avec le lobe préfrontal,
- la conscience du corps et de l'image du corps, associée au lobe pariétal inférieur,
- la conscience des déficits linguistiques trouvant son siège dans le lobe temporal.

Cette distinction a été reprise par Prigatano. Celui-ci insiste sur la dimension plurifactorielle de la méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux. Les aspects neurologiques et psychoaffectifs sont, selon cet auteur, intriqués.

La théorie modulaire de Bisiach concerne l'anosognosie des pathologies isolées. L'anosognosie est un phénomène variable et fluctuant.

Il observe que les cérébro-lésés surestiment leurs compétences, dans le domaine social et émotionnel, alors qu'ils ont, en revanche, une évaluation de leurs performances quotidiennes, en adéquation avec celle de leurs proches.

L'anosognosie serait donc divisible en diverses formes, spécifiques à des fonctions données. Le « monitoring » de ce fonctionnement interne serait décentralisé et non pas assuré par un processus unitaire.

Dans cette optique, l'anosognosie apparaît comme un trouble sélectif de la pensée, induit par un dysfonctionnement périphérique du traitement de l'information. L'anosognosie pour un déficit, informe sur la localisation du trouble « *aux niveaux les plus élevés d'organisation de la fonction touchée* ».

Certains auteurs avancent l'idée selon laquelle l'activité consciente repose sur un système spécifique. Dès lors, la méconnaissance interviendrait en conséquence de l'altération de système ou de son accès.

D'autres, au contraire, considèrent la conscience comme une propriété émergeant d'un large réseau interconnecté. Le processus de monitoring ne serait donc pas spécifique au langage. Il dépendrait de l'intégrité de plusieurs processus : les capacités attentionnelles, parfois diminuée après un AVC, le mécanisme de déni adaptatif, le processus auditif. L'altération de l'un d'eux pourrait provoquer une anosognosie.

3.3.5 Critiques de la théorie du monitoring

La plupart des aphasiques échouent à contrôler et corriger leurs erreurs de langage. Cependant, bon nombre d'entre eux auraient, selon Wepman, une certaine conscience de leurs déficits. Ils présenteraient un comportement adapté. De fait, un simple défaut de monitoring, ne permet pas de rendre compte de la méconnaissance implicite du déficit.

c.3.4 Schacter et coll. : théorie explicative structurelle et fonctionnelle

Dans cette perspective, l'expérience consciente nécessiterait l'activation d'un système spécifique, nommé CAS (Conscious Awareness System).

Chaque perception, chaque commande cérébrale seraient envoyées, en copie, à un centre de la conscience. Dès lors, il peut y avoir prise de conscience du traitement de l'information ou de l'exécution de la commande, même si ce n'est pas le cas, lorsque la zone de perception ou lorsque la commande cérébrale sont altérées. L'accès à la conscience est donc dissocié des capacités réelles de perceptions et d'actions.

Cette méta-conscience, cette fonction métacognitive, fonctionne en interaction avec des processus modulaires. Le CAS est relié à différents modules, propres à certaines catégories d'informations et à un système exécutif. Ce système exécutif initie l'action volontaire.

D'un point de vue structurel, le système exécutif correspondrait au lobe frontal. Le CAS, quant à lui, serait associé aux lobes pariétaux inférieurs et au cingulum postérieur. Le cingulum postérieur serait impliqué dans la mémoire, la perception et l'évaluation des stimuli émotionnels (Maddock 1999). Cette structure agirait en interaction, avec la récupération d'un souvenir en mémoire et l'émotion.

En cas de lésion postérieure, comme dans l'anosognosie de l'aphasie, un module, ou l'accès d'un module au CAS seraient enrayés. Dès lors un patient, ne présentant aucune lésion focale du lobe frontal, peut toutefois manifester une perte de la conscience de soi, de son déficit.

c.3.5 La contribution du lobe frontal (Stuss et Benson)

Stuss a établi un modèle hiérarchique de la conscience :

1. à la base, se situe la vigilance,
2. puis vient l'analyse des stimuli touchant les organes de perception, qui est à l'origine d'une activité motrice complexe,

3. l'initiation et l'auto-monitoring des comportements dirigés vers un but surviendraient par la suite,
4. en dernier lieu, se fait jour la conscience de soi.

Stuss et Benson (1986) distinguent la conscience de soi de la conscience du déficit.

➤ La conscience de soi serait dévolue au lobe frontal. Elle interagirait avec des systèmes organisés par fonctions. Ces systèmes seraient en lien avec divers processus psychologiques et neuropsychologiques tels que l'attention, la mémoire, le langage. Une lésion au niveau du lobe frontal altérerait alors la conscience de soi.

➤ La conscience des déficits, à l'inverse, serait liée aux systèmes fonctionnels spécifiques, tels que le langage... Dès lors, une lésion des régions cérébrales postérieures ou basales perturberait la connaissance spécifique d'un système fonctionnel donné.

Pour Stuss (1991), seules les lésions postérieures peuvent induire une anosognosie d'un déficit spécifique. En effet, les lésions de cette région interrompent les boucles rétroactives, concernant les réalités internes et externes.

Si les régions postérieures sont intactes, les erreurs sont considérées comme des échecs de l'évaluation.

L'anosognosie serait par ailleurs, généralisée, lorsqu'un déficit du système exécutif, géré par le lobe frontal, se manifeste.

Stuss et al assimilent les troubles du comportement, induits par l'anosognosie, à un trouble de la personnalité. Ce trouble de l'identification de soi serait dû à un déficit des capacités d'introspection. Celui-ci survient suite à des difficultés d'ordre frontal, quand le patient présente :

- une vulnérabilité à l'interférence,
- une diminution de ses facultés de jugement,
- et une réduction de ses capacités d'auto-monitoring.

c.3.6 L'anosognosie et la représentation de soi

La perception consciente nécessite une connexion entre la représentation de soi et la représentation de l'action.

Pour certains, cette représentation de soi est un système spécifique. La conscience des déficits se base sur la « *recognition* » consciente, des incongruités du discours, des décalages entre intentions de productions et productions réelles (Johnson et Raye 1981).

Dès lors, le problème de l'anosognosie est un problème d'auto-perception, de métacognition. L'anosognosie serait donc causée par une altération du système de représentation de soi, ou sa déconnexion d'avec l'action.

Pour d'autres, la représentation de soi passe par la mise en rapport, à chaque instant, des perceptions présentes et passées, ainsi que des projections vers l'avenir. L'anosognosie résulterait alors d'un défaut de synthèse de ces données.

Les patients anosognosiques nient, non seulement, la comparaison de leurs performances actuelles avec leurs capacités passées, mais aussi le décalage par rapport aux performances de leurs pairs (Bandura 1989). Même si le discours des autres pointe leurs difficultés, il manque aux patients l'expérience subjective de leurs incapacités. Ce vécu, ce ressenti des difficultés serait à l'origine du jugement d'auto-efficacité.

La conscience requiert qu'une représentation mentale d'un événement soit reliée à la représentation interne de soi, en tant qu'agent ou expérimentateur (Khilstrom 1987). Cette mise en connexion des représentations s'effectuerait en mémoire de travail.

Ce lien ne pourrait s'effectuer chez les patients anosognosiques. Les déficits de la mémoire de travail, après un AVC, serait alors avancés, dans le cadre de l'anosognosie de l'aphasie.

L'anosognosie, chez le patient aphasique, se manifeste par le fait qu'il n'ait pas conscience de ne pas communiquer. Il est anosognosique de la différence entre son intention de communication (ce qui devrait être), et ses performances cognitives réelles, son comportement (ce qui est).

Nos propres feedbacks, ou ceux de l'environnement, nous offrent ordinairement, un regard sur nos productions. Il est alors possible de prendre conscience du décalage entre nos productions passées et actuelles, entre nos velléités d'expression et notre verbalisation.

Dans la phase critique qui suit immédiatement l'AVC, le patient ne peut, du fait de l'aphasie, avoir des échanges optimaux avec l'environnement, son entourage et le personnel

soignant. L'hospitalisation, la désorientation, le défaut de compréhension et d'attention qui peuvent faire suite à un AVC, peuvent rendre ardue une prise de conscience du trouble. Le feedback insuffisant de l'environnement, à ce stade, induirait pour partie, l'anosognosie.

De même, lors du bilan, le praticien se doit d'adopter une attitude neutre, de non jugement. Or si son erreur ne lui est pas signalée, lorsque le patient est lui-même privé de ses capacités d'auto écoute, comment pourrait-il espérer se corriger ?

Un tel comportement de non jugement est socialement recommandé. Il n'est pas dans les usages de pointer les erreurs des autres, surtout lorsque ceux-ci sont adultes. De fait, au lieu d'exprimer notre surprise, réagir face à l'erreur, nous avons tous tendance à nous comporter comme si de rien n'était, à faire des suppositions quant à la volonté d'expression du patient, à partir des indices perçus lors de la réalisation verbale.

Ainsi, l'image de soi du patient dépend du jugement d'un tiers, de l'image que lui renvoient les autres, de l'image sociale de ses troubles et de sa maladie. L'anosognosie apparaît alors moins comme un défaut de perception de soi, que comme un déficit, plus large, d'adaptation à la réalité.

Critique de ces théories

- La méconnaissance des troubles ne peut être expliquée par la simple altération de la perception consciente. En effet, la méconnaissance du déficit s'accompagne, généralement, d'un rejet des informations contradictoires, fournies par l'entourage.
- Ces théories ne prennent pas, en outre, en considération les liens avec le vécu affectif.

c.3.7 L'anosognosie comme conservation de l'image de soi

Zangwill, Kinsbourne et Warrington (1963) ont établi par des tests que les patients, apparemment inconscients de leurs erreurs, étaient capables de rejeter le jargon et les langues étrangères produits par d'autres. Ils les considèrent sans sens. On peut alors interpréter ces résultats comme un rejet des voix non familières.

Boller et Green (1974) ont affiné cette étude. Ils se sont, ainsi, aperçus que ces patients parvenaient à distinguer leur langue maternelle d'une langue étrangère ou d'un jargon phonémique. Cependant, ces mêmes patients se trouvaient en difficulté lorsqu'il s'agissait de différencier le langage normal d'un jargon sémantique.

Ainsi, les patients anosognosiques continuent à se percevoir comme les interlocuteurs d'une langue privilégiée. Ils maintiennent leur identité de locuteur d'une langue.

C L'évaluation de l'anosognosie

a) Une évaluation difficile

La mise en relief de l'anosognosie dans le cadre d'un syndrome aphasique peut se révéler être une tâche bien ardue. En effet, les difficultés d'expression verbale du patient peuvent entraver la passation d'un questionnaire. La technique de l'entretien, commune pour l'anosognosie de l'hémiplégie, n'est pas applicable en cas de trouble de la compréhension.

En outre, le déni explicite des difficultés verbales ne signifie pas, pour autant, la non-conscience de ses troubles.

De plus, même si une lésion cérébrale, localisée dans une zone reconnue comme importante pour la fonction altérée, est avérée, il est impossible, à la seule vue d'une IRM, de déterminer s'il y a anosognosie ou non. En effet, l'organisation des hautes fonctions intégratives présente de grandes différences interindividuelles.

Ainsi, les techniques d'évaluation de l'anosognosie se font très hétérogènes. Il peut s'agir de questionnaires auxquels répondent patient, soignants et aidants. Un différentiel entre les

profils obtenus, est établi, suite à l'analyse des données recueillies. On parle alors de mesure de divergence (Sherer et al 1998). Des auto-questionnaires sont fournis aux patients, à leurs familles, aux praticiens. La conscience du handicap est ensuite définie en fonction de la différence entre les perceptions des déficits des proches et des patients.

Une telle méthode suppose que les cliniciens et les proches auraient une évaluation correcte des troubles. Or, ceux-ci peuvent laisser poindre une part de subjectivité. Ils peuvent être influencés par divers facteurs :

- la nature du trouble,
- le type et la fréquence de leurs contacts avec le patient,
- la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec le patient,
- leurs capacités individuelles d'observation
- leurs réactions au stress, aux troubles affectifs.

L'évaluation peut porter sur :

- la mesure de la sévérité de l'anosognosie,
- la comparaison par rapport à un état antérieur,
- la capacité à préjuger de ses performances à des tests spécifiques, en les soumettant à l'épreuve du réel ultérieurement.

Le degré de méconnaissance du trouble peut varier selon le mode d'estimation de l'anosognosie employé.

Les caractéristiques, de la méconnaissance du trouble, peuvent être définies par :

- son étendue : l'anosognosie porte-t-elle sur un domaine spécifique ou est-elle généralisée ?
- son intensité : est-ce la performance dans une tâche qui est atteinte ou la fonction dans sa globalité ?
- l'anosognosie concerne-t-elle la connaissance intellectuelle du trouble ou également son éprouvé affectif ?

L'appréciation porte encore sur :

- le retentissement de la méconnaissance sur l'activité fonctionnelle du patient,
- l'existence d'un comportement adapté ou de tentatives d'adaptation

- l'anticipation de l'erreur
- la réaction face à l'échec
- la connaissance implicite du trouble à travers un comportement qui contraste avec le discours.

b) Le questionnaire simple

Cutting (1978) préconisait un questionnaire d'anosognosie avec des items généraux, et d'autres plus spécifiques, destinés à déceler les troubles associés (anosodiaphorie, asomatognosie, misoplégie...).

En France, la mesure de l'anosognosie s'est davantage orientée vers les pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, les démences séniles³... Le dépistage tourne alors autour de questions telles que :

- *Pourquoi consultez-vous ?*
- *Pensez-vous avoir des problèmes au quotidien ?*
- *Comment pensez-vous avoir répondu aux différents bilans ?*

Ce questionnaire est complété par un différentiel entre l'évaluation des activités quotidiennes, de la mémoire, des dires des aidants et du patient.

Une telle démarche présente des avantages dont pourrait tirer profit l'étude de l'anosognosie dans l'aphasie. En effet, l'évaluation est recommandée dès l'admission. Elle porte sur des critères qualitatifs et hétérogènes, plus que quantitatifs. Elle est effectuée par une équipe pluridisciplinaire, pour cibler les domaines anosognosiques, en vue d'une prise en charge. Elle permet, en outre, de confronter l'analyse de l'aidant à celle du soignant.

La mesure de l'anosognosie trouve un large écho Outre-Atlantique. De fait, de nombreuses échelles et méthodes d'investigation restent spécifiques aux locuteurs anglo-saxons. Elles n'ont, pour l'heure, pas encore été validées et étalonnées pour les locuteurs francophones.

³ Evaluation de l'anosognosie des patients déments pris en charge en hôpital de jour de neuropsychogériatrie, congrès des hôpitaux de jour, Rennes, 24-25 mai 2007, Dr Stirati-Buron, Hôpital Bretonneau Paris, service du Dr Brunat

c) Le questionnaire de conscience de soi

Gasquoine et Gibbons (1994) utilisent la méthode de mesure de divergence, pour explorer divers domaines :

- La conscience de l'accident
- La perception des difficultés de communication
- La conscience des altérations fonctionnelles, sensorielles et cognitives.

La cotation s'établit à travers une comparaison entre l'état pré et post-morbide, selon une échelle de Lickert de 1 (beaucoup plus mal) à 5 (beaucoup mieux).

d) L'échelle d'évaluation de la compétence

Prigatano et al (1986) tentent d'évaluer la conscience du déficit. Ils emploient la mesure de divergence, à partir de questionnaires remplis par les familles, les patients et les soignants.

Ils étudient plusieurs domaines :

- les activités quotidiennes,
- le fonctionnement cognitif,
- le fonctionnement interpersonnel,
- la régulation émotionnelle.

Les résultats sont cotés sur une échelle de Lickert de 1 (impossible à faire) à 5 (très facile à faire).

e) L'évaluation de la conscience de soi, selon le modèle de Crosson

La conscience intellectuelle pourrait, selon lui, être investiguée à partir d'un entretien clinique. Le patient y aborderait ses forces, ses faiblesses.

La conscience situationnelle, quant à elle, serait appréciée via la détection des erreurs, l'anticipation de celles-ci et la mise en œuvre de stratégies compensatoires pour pallier ses difficultés.

Toutefois, il paraît nécessaire de tenir compte de certains éléments qui pourraient limiter les capacités de l'individu à faire l'expérience de ses difficultés :

- le déni,
- les facteurs socioculturels
- les facteurs environnementaux.

En outre, les troubles cognitifs, fréquents après les AVC, tendent, également, à diminuer la validité des réponses et la capacité d'introspection des patients.

f) La mesure de l'auto-correction

Wepmann (1972) se fonde sur la notion « *d'impotence* » appréhendée par Baker. L'impotence serait, alors, cette capacité du patient à reconnaître ses erreurs de productions, sans pour autant parvenir à nier ou améliorer ses performances.

Le déficit aphasique serait donc la difficulté à reconnaître et à corriger ses erreurs. Ainsi, une conscience globale de l'erreur pourrait s'accompagner de réponses erronées, par rapport aux instances spécifiques du langage.

Les modalités d'auto-correction varient selon le type d'aphasie et le stade de récupération. Le recours à l'auto-correction est donc vécu comme une réappropriation de sa parole.

Wepmann note les difficultés à s'auto corriger sur une échelle en 8 points. L'évolution des patients s'effectuerait, selon lui, par le passage d'un niveau à l'autre.

Dans les 2 premiers stades isolés, le patient ne peut reconnaître ses erreurs quelle que soit la modalité de l'erreur.

1. A ce niveau, le patient ne peut ni reconnaître, ni corriger les erreurs qu'on lui indique.
2. Il peut reconnaître les erreurs quand on les lui indique, mais il ne peut les corriger.

Dans les stades 3 et 4, le patient ne reconnaît pas ses erreurs, qu'elles soient orales ou écrites, sauf si elles lui sont indiquées.

3. Il ne peut toujours pas les corriger.
4. Il peut les corriger si on l'aide.

Au cours de l'évolution, le patient retrouve la capacité à pointer ses erreurs orales et écrites.

5. Il ne peut les corriger sans aide.
6. Il peut les corriger sur une seule modalité.
7. Il peut les corriger, sans aide la plupart du temps. Cela lui demande beaucoup d'efforts. De nombreuses fautes persistent. Les corrections sont parfois erronées.
8. Il les corrige facilement sans aide. Il se dit les phrases intérieurement, comme moyen d'auto-correction avant de verbaliser.

L'intérêt de l'échelle réside alors dans divers points :

- Elle structure le problème.
- Elle propose une hiérarchie de gravité du trouble.
- Les niveaux ne sont pas déterminés par leurs équidistances.
- Des niveaux intermédiaires pourraient être trouvés.
- Elle permet de classer les patients, de repérer leur évolution dans le temps.
- Il s'agit d'un outil de recherche, possédant une base numérique, pour apprécier l'évolution des patients.

Marshall et Tompkins (1982) ont tenté d'évaluer le contrôle des patients, sur leurs productions verbales.

Ils se basent sur la notion de nosognosie développée par Seron (1979).

La nosognosie est dite en boucle ouverte, lorsqu'un patient aphasique ne s'auto corrige pas et ne peut prendre conscience de ses erreurs qu'à travers la constatation de réactions inattendues de ses interlocuteurs.

La nosognosie en boucle fermée, par contre, s'exerce quand le patient peut confronter ses productions à un modèle interne.

Les stratégies de recherches lexicales, sont des conduites palliatives. Elles tendraient à montrer une conscience des troubles et un effort pour trouver le mot cible. Ces techniques mises en œuvre par les patients aphasiques, sont comparées à celles des sujets sains.

4 stratégies ont été mises en évidence :

- L'association : le sujet produit des mots sémantiquement liés au mot cible
- La description : le patient produit des périphrases évoquant le mot recherché

- Le délai : le sujet emploie des formules telles que « *attendez ça va me revenir, je sais pourtant, je vais trouver...* » pour se laisser du temps pour trouver le bon mot
- La généralisation : le patient emploie des mots génériques, passe-partout : « *machin, truc...* ».

Cette étude a montré qu'il n'existe pas de différence significative entre les diverses sortes d'aphasies. Plus les sujets font d'erreurs, plus ils emploient ces stratégies. Les stratégies sont hiérarchisées : plus l'aphasie est sévère, plus la généralisation est utilisée. Plus l'aphasie est bénigne, plus le délai est adopté comme conduite de recherche lexicale. La sévérité de l'aphasie est en lien avec le succès des auto-corrections.

6 patterns d'auto-correction verbale sont distingués dans le discours des aphasiques fluents (groupe 1) et non fluents (groupe 2). Chaque groupe essaie de corriger, au moins, la moitié de ses erreurs. L'auto-correction est plus efficiente chez les patients avec un meilleur niveau d'expression verbale.

La détection de l'erreur intervient, avec la même occurrence, dans les aphasies fluentes et non fluentes. Cette dernière remarque va à l'encontre de l'impression générale qui voudrait que les patients avec une aphasie de Wernicke soient moins concernés par le contrôle de leurs discours.

g) Critiques de la mesure de l'auto-correction

Même si on peut aisément se l'imaginer, il n'a pas été prouvé que l'auto-correction était inversement proportionnelle à l'anosognosie.

En outre, la présence d'auto-corrections peut être considérée comme la preuve d'une certaine conscience du trouble. Cependant, l'absence d'auto-corrections n'implique pas obligatoirement une méconnaissance du trouble. Il pourrait s'agir d'une incapacité réelle à la correction et non à la détection des erreurs.

De plus, la méthode de détection des erreurs produit des résultats valables. Nonobstant, cette technique se limite à l'analyse des composants post-articulatoires. Or, des études (Schlenck, Huber et Willmes 1987, cf partie théorisation) ont indiqué que la composante pré-

articulatoire était davantage sensible aux troubles de la conscience que la composante post-articulatoire.

h) Les questionnaires d'anosognosie anglo-saxons

Bon nombre d'échelles n'ont pas été conçues spécifiquement pour la mesure de l'anosognosie, dans une pathologie comme l'aphasie. Ces techniques d'évaluation prévues, initialement, pour la non-conscience de troubles physiques (hémiplégies, hémianopsie...), cognitifs et psychologiques, pourraient toutefois s'avérer utiles dans le cadre de l'aphasie.

Ces méthodes de mesure sont nombreuses dans les pays anglo-saxons. Elles nécessiteraient un travail d'étalonnage et de validation auprès de populations francophones. Une telle adaptation n'a pas toujours été mise en œuvre, ou est en cours d'élaboration. Aussi, les échelles, en langue anglaise, vont-elles être davantage développées dans les prochains paragraphes.

h.1 The Marlow Crowne Social Desirability Scale (M-CSDS)

Crowne et Marlowe (1960) ont élaboré cette échelle afin de mesurer les défenses et le déni des problèmes dont peuvent faire preuve les patients. Elle se base sur le désir de vouloir se présenter sous son meilleur jour. Elle se compose de 33 items auxquels le patient répond par vrai ou faux.

Ce test s'avère difficilement applicable dans l'aphasie. Les troubles de la compréhension, les réponses « *oui non, vrai faux* » qui ne sont pas toujours fiables, le jargon qui peut émailler le discours rendent, donc, un tel questionnaire difficile tant à passer qu'à interpréter, par la suite.

h.2 Neurobehavioural Rating Scale (Levin et al 1987)

Adaptée en français en 1994 (Levin, Mazaux, Vanier et Al), elle comporte 29 variables. Celles-ci évaluent le comportement, l'affectivité, le langage et les troubles cognitifs. Chaque variable est notée sur une échelle de 1 (trouble absent) à 4 (trouble sévère).

L'échelle neurocomportementale révisée (NRS-R), sous son appellation française, s'avère sensible à la sévérité du traumatisme et à la récupération des troubles.

Cependant, elle présente un manque. Elle ne propose pas de comparaison entre le comportement actuel et celui antérieur aux troubles.

h.3 European Brain Injury Questionnaire (EBIQ)

Elaborée par Teasdale en 1997, cette échelle vise l'évaluation de l'expérience subjective des difficultés cognitives, émotionnelles et sociales des patients. Elle porte, en outre, un intérêt au ressenti des proches, quant à ses difficultés.

Essentiellement qualitative, cette technique d'évaluation se compose de 66 questions. 63 d'entre elles portent sur les gênes, les impressions et les réactions du patient. Les 3 autres questions concernent l'impact des troubles du patient sur son entourage.

Là encore, la lacune de ce test réside dans le défaut de comparaison état actuel vs pré-morbide.

h.4 Head Injury Behavioural Scale (HIBS)

Godfrey et al (1993) ont mis au point ce questionnaire pour étudier le niveau de conscience du trouble, chez le patient et son entourage.

Pour chaque item, l'interrogé doit estimer si le comportement du patient représente un problème. Il doit également apprécier la détresse induite par ces difficultés.

Cette échelle présente, donc, l'intérêt de mesurer la conscience intellectuelle du déficit, telle que l'entend Crosson. Elle propose également un index des différentes perturbations émotionnelles et comportementales, qui peuvent être rencontrées.

h.5 Self Awareness of Deficit Interview (SADI)

Après avoir développé une certaine définition de la conscience, Fleming s'en inspire pour concevoir une échelle de mesure du défaut de conscience. Cet interrogatoire semi-dirigé est standardisé.

Il se compose de 3 parties, correspondant à cette description de la conscience :

- La conscience du déficit
- La conscience des implications fonctionnelles du trouble
- La capacité à imaginer des buts réalistes

Les réponses sont cotées de 0 (conscience normale) à 3 (conscience pauvre), pour chaque composante. De fait, le score total est compris entre 0 et 9.

Afin de compléter cette batterie, un membre de l'entourage doit également remplir une liste d'items concernant les changements de la personne depuis son AVC (comportement, communication, affects...).

h.6 Awareness Questionnaire

AQ-D, développé par Migliorelli, explore, grâce à 30 items, les fonctions intellectuelles et comportementales. La cotation se fait de 0 (jamais) à 3 (toujours).

Il examine l'orientation dans le temps, la gestion des comptes, le calcul mental... mais également la compréhension écrite, la communication.

Il observe les attitudes telles que : égoïsme accentué, irritabilité surprenante, rires émotivés, dépression...

Le score d'anosognosie correspond donc au score du référent moins celui du patient. Avec un résultat inférieur à 14, on considère qu'il n'y a pas d'anosognosie. Tout score supérieur à 32 serait le signe d'une anosognosie sévère.

Une autre échelle se nomme également Awareness Questionnaire (Sherer, Bergloff, Boake, High, Levin, 1998). Elle a été conçue pour parer au déficit des précédents outils de mesure de l'anosognosie : le défaut de comparaison entre capacités pré-morbides et post-morbides. Ce questionnaire standardisé se compose de 17 questions. Pour chacune d'entre elles, le patient et l'entourage doivent évaluer si les aptitudes du patient sont plus mauvaises ou meilleures, sur un continuum de 1 (mauvais) à 5 (très bon).

Le niveau d'anosognosie (de 17 à 85) est évalué en fonction de la différence entre l'auto-questionnaire et les réponses fournies par l'entourage.

h.7 Self Regulation Skills Interview (SRSI)

Owensworth tente d'évaluer la conscience des troubles, la motivation au changement, ainsi que les stratégies mises en place pour y parvenir. Ce questionnaire interroge les aptitudes à l'autorégulation de sujets ayant subi un AVC.

Les items portent sur les difficultés identifiées par le patient. Il peut s'agir de gênes qui interviennent au niveau mnésique, attentionnel, motivationnel, au niveau de l'humeur (dépression), du comportement (colère, frustration), ou d'aptitudes à la communication appauvries.

Les questions sont en anglais. Les traductions proposées sont issues d'une réflexion personnelle, sans doute assez arbitraire.

➤ Can you tell me how you know you experience main difficulty? (*comment savez-vous que vous rencontrez des difficultés ?*) Cette question traite de la conscience émergente, telle que la conçoit Crosson, comme d'une capacité à reconnaître un problème lorsqu'on y est confronté.

➤ When are you most likely to experience main difficulty or in what situations does it mainly occur? (*Quand éprouvez-vous le plus de difficultés, dans quelles situations surviennent-elles le plus souvent ?*) Cet item s'enquiert de la conscience anticipatoire.

➤ How motivated are you to learn some different strategies to help overcome your main difficulty? (*Comment jugez-vous votre motivation pour apprendre de nouvelles stratégies, afin de pallier vos difficultés ?*). A cette question, quant à la motivation, au changement, la cotation se fait sur une échelle de 0 à 10.

➤ Have you thought of any strategies that you could use to help cope with your main difficulty? (*Avez-vous réfléchi à des stratégies qui vous permettent de faire face à vos difficultés?*). Cet item réfère à la génération de stratégies.

➤ What strategies are you currently using to cope with your main difficulty? (*Quelles stratégies employez-vous actuellement pour pallier vos difficultés?*) Cette question fait appel à la sélection de stratégies.

➤ How well do the strategies, that you are using for, work for you? (*Vos stratégies fonctionnent-elles, sont-elles efficaces?*) Cette dernière question examine l'efficacité des stratégies mises en place.

Le score révèle, ainsi, le niveau de conscience, l'auto-évaluation des difficultés, la motivation, la connaissance des stratégies et leur emploi.

i) Les grilles d'observation

Clinician's Rating Scale (1998)

Prigatano a longuement étudié le problème de l'anosognosie et y a consacré de nombreux ouvrages. Avec Klonoff, il vise à dissocier ce qu'il nomme l'ISA (Impaired Self Awareness) du déni. Ils établissent un protocole d'observation clinique des patients. Ils favorisent les confrontations au déficit de manière à entrevoir les attitudes des patients, dans de telles circonstances.

Selon eux, l'ISA se manifeste par une perplexité du patient, lorsqu'on lui fournit un feedback sur ces productions erronées. Il semble neutre, incertain. A travers la réhabilitation, le patient peut être momentanément abasourdi quand il commence à percevoir quelles étaient ses difficultés.

A l'inverse, ils observent, dans les cas de déni, des patients qui s'irritent, s'agitent à l'écoute d'un feedback. Les patients, dans le déni, sont vigilants émotionnellement aux réactions des autres. De plus, ils semblent plus prompts à trouver un argument logique pour contrecarrer toute perception négative à leur endroit.

j) Un outil visuel à l'appui de l'évaluation de l'anosognosie

Visual Analogue Test for Anosognosia for Language Disorder (Cocchini et Della Sala, publié en 2008 par Gregg et Al)

Cet instrument est prévu pour tester les tâches langagières habituellement échouées, par les patients aphasiques.

Il mesure l'évaluation par le patient de ses propres performances en production langagière, en compréhension, et lors de tâches requérant compréhension et production. Afin d'éviter les biais liés aux troubles de la compréhension et de l'expression, le patient doit utiliser une échelle visuelle en 4 points pour noter ses performances (cf annexes).

Par la suite, on compare les évaluations établies par le patient et celles des soignants.

L'expérimentation de ce test a montré que 60% des patients aphasiques ont pu répondre au questionnaire. De plus, 30% des patients ont montré un certain niveau d'anosognosie.

Gregg en déduit donc que l'altération des mêmes mécanismes sous-tendrait la méconnaissance des troubles moteurs et langagiers.

D Prise en charge de l'anosognosie

a) Une récupération spontanée

Des phénomènes de récupérations spontanées surviennent après une lésion. La plasticité cérébrale n'est pas qu'un ensemble de stratégies compensatoires utilisées pour masquer ou surmonter le déficit.

Il s'agirait plutôt d'un processus de restauration : certains neurones seraient utilisés à la place d'autres, devenus non fonctionnels. Le contrôle d'une fonction peut donc être déplacé d'une structure à une autre.

Des stimulations adaptées sont nécessaires au transfert fonctionnel. La récupération est facilitée non seulement par la mise en place d'un entraînement spécifique, mais aussi par des stimulations environnementales variées.

b) Le type de déficit orientant la prise en charge

Les intervenants doivent s'interroger quant aux finalités de leurs actions thérapeutiques. Doivent-ils viser le retour à un niveau de fonctionnement normal ? En admettant l'irréversibilité des atteintes fonctionnelles, liées à la destruction du tissu cérébral, cherchent-ils plutôt à accéder à une « *compensation substitutive* ? » (Luria 1970).

De fait, l'intervention du personnel médical et/ou paramédical et des proches doit prendre en considération divers facteurs :

- le temps écoulé depuis l'accident,
- la sévérité du trouble,
- la stabilité du tableau clinique,
- la motivation du patient et de son entourage,
- les intérêts passés et actuels du patient,
- le niveau culturel,
- le potentiel de la personne aphasique.

Tous ces éléments entrent en ligne de compte, lorsqu'il s'agit de fixer des objectifs réalistes de rééducation.

Le type de trouble va déterminer la stratégie compensatoire. Aussi, semble-t-il pertinent d'envisager les différents déficits possibles relatifs à la méconnaissance du trouble.

La conscience situationnelle (émergente ou anticipatoire) ou intellectuelle peuvent être indépendamment altérées, selon le modèle de la conscience de Crosson (1989).

Pour Allen et Ruff, les processus d'auto-évaluation peuvent être isolément mis à mal. L'anosognosie peut trouver son origine dans :

- le processus de conscience, qui concerne la capacité à reconnaître un problème,
- le processus d'appréciation, qui est la capacité à comparer un état actuel à un état antérieur,
- le processus de révélation, qui représente la capacité à verbaliser, à rapporter la compréhension de son état à autrui.

Selon une autre conception, le déficit porterait sur l'un ou l'autre des composants de la conscience, voire sur plusieurs en même temps. Ainsi, Langer et Padrone (1992) dissocient :

- les atteintes de l'information (avoir l'information exacte pour en prendre conscience, sans trouble de feedback),
- les atteintes de l'implication (être conscient des implications de l'information),
- les atteintes de l'intégration qui sont la synthèse des 2 derniers éléments (avoir l'information, être conscient des implications du trouble et agir en conséquence).

c) Le travail de deuil

La croyance et l'espoir en un mieux-être sont caractéristiques de l'homme et sont nécessaires à toute rééducation. L'espoir est mobilisé par la maladie qui est considérée comme inacceptable par les proches et les soignants. Les troubles les renvoient à des sentiments douloureux : impressions d'échec, culpabilité, angoisse de mort, doute.

La difficulté réside, alors, dans le fait d'établir des plans de rééducation objectifs, de prendre en compte cette anosognosie, sans se voiler la face par rapport aux troubles ou aux efforts à fournir pour les surmonter.

Ainsi, l'aide apportée ne se limite pas à un entraînement technique. Elle s'étend à un soutien psychologique dans l'acceptation et l'adaptation au handicap, aux difficultés.

Un travail de deuil paraît ainsi nécessaire pour l'engagement dans la rééducation. En effet, les études en psychopathologie ont montré que le sujet doit intégrer l'accident et ses répercussions, dans son espace psychique.

Si tel n'était pas le cas, la confrontation à ses troubles risquerait de plonger le patient dans la mélancolie. Il s'agit donc d'observer l'état de conscience de soi et de ses troubles par le patient, afin d'être en mesure de dispenser un soutien affectif, de proposer les stratégies compensatoires aux moments où le patient sera susceptible d'y être réceptif.

La méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux, chez les cérébro-lésés, constitue, de fait, un des principaux obstacles à la rééducation. La non-reprise du travail, le non retour à domicile et à une vie autonome et normale, sont donc vécus par le patient anosognosique comme le résultat d'une volonté arbitraire des soignants et/ou de la famille.

Dès lors, le patient accepte de participer à la rééducation dans le seul but de se conformer à ce qu'on attend de lui. Il ne considère cependant pas la prise en charge comme étant nécessaire.

La neuropsychologie estime qu'il est nécessaire de faciliter le travail de deuil et l'adaptation à la réalité. Il faut également aider à la prise de conscience, par le patient, de ses déficits.

Le patient doit retrouver sa capacité à métaphoriser. L'anosognosie constitue, en effet, une perte de la métaphore.

Les troubles cognitifs concomitants viennent, de plus, augmenter les malentendus du discours.

Pour sa réhabilitation, le patient doit pouvoir mettre des mots sur l'expérience vécue. Il faut qu'il accède à une représentation de son accident et de ses difficultés.

d) Une prise en charge globale

d.1 Le lien avec les familles

Pour établir un partenariat avec le patient et son entourage, les intervenants doivent d'abord fournir des informations adéquates et suffisantes. Ces renseignements concernent les troubles aphasiques en général, l'anosognosie et leurs conséquences sur le patient et sur ses proches.

Les éclaircissements, fournis aux familles, quant aux troubles et à leur méconnaissance par le patient, permettent aux proches d'adapter leurs conduites, leur communication.

Des groupes de soutien peuvent aussi leur être présentés. Ceux-ci permettent aux familles d'échanger sur leurs ressentis, leurs façons de gérer le défaut de conscience des troubles et les réponses qu'ils y apportent.

L'anosognosie crée de plus une situation assez angoissante : l'ensemble du système familial est en souffrance. La famille et les soignants occupent alors la position de « tout sachant » face à un malade « supposé non sachant ».

Ainsi, les soignants ont, peut-être, tendance à cautionner davantage les paroles de l'entourage au détriment des dires du patient. Celui-ci n'est plus crédité d'un savoir, d'une parole, voire d'un espace psychique propre. Le doute émis à l'égard des paroles du patient peut agir comme un cercle vicieux. En effet, il accentue le risque de destruction du langage et l'impossibilité d'un jeu de langage partagé.

Dans ces conditions, pourquoi parler à quelqu'un qui ne peut comprendre et/ou s'exprimer en retour ? La conséquence d'un tel phénomène est d'objectiver le patient, remettre en cause son inscription symbolique, sa place dans la société qui peut déjà être mise à mal par l'hospitalisation.

Dès lors, le patient peut s'isoler, montrer de l'irritabilité voire de l'agressivité. Il s'agit donc, pour les soignants, d'informer les familles de ces risques et de faire attention, eux-mêmes, à ce type de dérives, parfois faciles lorsque le patient ne peut exprimer son individualité.

Il est expliqué aux proches qu'il s'agit, avant tout, de maintenir une communication que ce soit par le langage et/ou par le geste. Il faut préserver la place de sujet de chacun, même si cette place est devenue floue, a muté avec la lésion cérébrale.

La rééducation consiste en une réappropriation, dans la limite du possible, par le patient, de son autonomie non seulement physique, mais également psychique et sociale.

d.2 Une prise en charge interdisciplinaire

L'orthophoniste cherche à informer le patient quant à ses troubles, à l'épauler dans cette prise de conscience qui peut être source d'angoisse.

La levée de l'anosognosie soulève alors une question éthique chez l'orthophoniste. Si l'anosognosie est considérée comme un mécanisme protecteur contre le développement d'une dépression sévère, doit-on la respecter ?

Théoriquement, une prise en charge globale pourrait comprendre :

- Une approche compensatrice et facilitatrice qui favorise tous les médias de communication et de prise de conscience du trouble,
- Des expériences structurées de confrontation aux difficultés,

- Des rétroactions immédiates et en différé par l'enregistrement audio et/ou vidéo,
- Des interventions sur le comportement
- Une psychothérapie
- Une thérapie cognitive
- Des jeux thérapeutiques

Fleming et Ownsworth (2006) ont, ainsi, établi un plan de rééducation pour les anosognosies, consécutives à un trouble neurologique. Cette réadaptation associe :

- Une sélection des tâches et des milieux clefs qui mettent en évidence les difficultés
- Une rétroaction claire et un apprentissage structuré
- Un apprentissage procédural qui favorise les habitudes
- Une éducation de l'entourage et le soutien aux proches

Dans la pratique clinique, ces éléments sont intégrés et intriqués dans un contexte de réadaptation. Ils ne forment pas des programmes distincts. Il est, de fait, difficile d'évaluer leur efficacité respective.

Des groupes de patients sont également parfois proposés (Cicérone 1989). Ceux-ci permettent aux patients de se confronter à l'opinion d'autrui, à son regard quant à leurs difficultés.

e) Une prise en charge spécifique

Il faut prendre en compte l'environnement du patient aphasique. Il faut s'intéresser au contexte dans lequel s'est produit l'AVC et s'interroger sur le sens que revêtent cet événement et ses conséquences. Dès lors, la rééducation se doit d'être personnalisée et écologique. Il s'agit de prendre en compte et de s'adapter aux facteurs socioculturels, environnementaux et individuels de chaque patient.

La méconnaissance des troubles, pouvant entraîner un défaut d'adhésion à la rééducation, il paraît essentiel de favoriser la prise de conscience des déficits.

Le but est de faire prendre conscience aux patients des séquelles de l'AVC et améliorer leur acceptation. Cet entraînement à la conscientisation des troubles peut passer par une restauration de la fonction et par une compensation du déficit.

e.1 la restauration de la fonction

Les intervenants cherchent à faire prendre conscience du déficit par un apprentissage de la discrimination échec vs réussite. Il est nécessaire de construire un système qui attire l'attention sur l'erreur, sans pour autant, atteindre le patient dans sa confiance en soi, dans sa dignité.

Le personnel met, en outre, en place des mesures éducatives pour modifier la connaissance du patient relative à son trouble, pour changer l'interprétation qu'il en fait. L'entraînement à l'auto-évaluation passe par l'affinement de la perception, par les patients, de l'impact de leurs productions langagières, sur leurs interlocuteurs.

Les soignants favorisent également la comparaison du patient à son entourage concernant ses performances et sa faculté à se faire comprendre. Il faut aider le patient à surmonter la honte qu'il peut ressentir lorsqu'il constate le décalage entre ce qu'il perçoit de ses difficultés et ce que les autres en perçoivent.

Les patients ont alors tendance à utiliser un registre comique, de l'autodérision dans une tentative pour rendre plus acceptable la confrontation à leurs troubles, pour avoir une illusion de maîtrise de la situation.

Les intervenants engagent, en outre, le patient à noter le contraste entre ses productions actuelles et antérieures.

Il s'agit enfin de rétablir le patient en tant qu'interlocuteur, en tant que sujet dans le dialogue.

Les nouveaux indices, qui vont émerger de ce travail, vont guider et contrôler le discours spontané du patient. Introduire cette notion d'auto-correction nécessite de solliciter

des mouvements d'attention rétrospectifs sur ses productions langagières, chez le patient anosognosique de son aphasie.

Cette démarche se doit d'être prudente et empathique. En effet, les patients auxquels elle se destine doivent être en mesure d'assumer la pleine conscience de leurs troubles. Conjointement, une information de l'entourage doit avoir lieu.

e.2 la compensation du déficit

Les thérapeutes visent le développement des capacités fonctionnelles du patient. La rééducation vise alors le dépassement de la non-reconnaissance du trouble. Les soignants s'appuient plutôt sur les routines fonctionnelles et les capacités résiduelles, qui permettent l'élaboration de stratégies compensatoires.

L'intégration des moyens de facilitation et les stratégies individuelles vont améliorer la généralisation de ces conduites, hors des séances.

Ainsi, il est important de garder en mémoire que l'intervention, par rapport à l'anosognosie, n'est pas sans implication éthique. De plus, améliorer la conscience des troubles n'est pas toujours le premier enjeu de la rééducation. Dans la mesure où une telle action peut mener à une dépression, il faut s'assurer que la levée de l'anosognosie amène à un investissement plus important de la rééducation et contribue à la récupération des autres fonctions cognitives.

Partie pratique

A Problématique

Les rencontres avec les patients et les praticiens du service de MPR ont soulevé une problématique : quelle gestion de l'anosognosie dans un service MPR (médecine physique et de réadaptation) dans le cadre d'une rééducation d'un patient aphasique ?

Lorsque survient l'accident vasculaire cérébral, les séquelles motrices et cognitives sont en premières lignes. Elles font l'objet de rééducations spécifiques. Bon nombre de praticiens interviennent alors : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, neuropsychologues et orthophonistes. Chacun, à son niveau, tente d'apporter une réponse technique et humaine aux difficultés que rencontre le patient.

Ces difficultés, saillantes aux yeux de praticiens accoutumés à ces pathologies, paraissent parfois invisibles aux patients et aux familles, les rendant de fait peu ou pas accessibles aux démarches de soins. Concomitante à un trouble du langage, cette méconnaissance du trouble modifierait la prise en charge de tels patients.

Le patient qui possède une bonne compréhension de ses troubles et de leurs répercussions peut s'engager dans la rééducation. Malgré la fatigue, l'abattement qui peut apparaître au regard de ses difficultés, le patient est motivé et acteur de sa progression.

A l'inverse, les membres du personnel sont parfois confrontés à des patients passifs, voire récalcitrants à toute tentative de prise en charge. Ces patients ne parviennent pas à investir la rééducation dans la mesure où ils n'en perçoivent pas l'intérêt : ils sont anosognosiques de leurs troubles. Dès lors, la levée de l'anosognosie : l'acquisition de la pleine conscience de ses difficultés, paraît être l'objectif premier de l'intervention des soignants.

B Hypothèses

H1 : L'anosognosie est-elle prise en considération lors de la prise en charge?

La méconnaissance de son trouble par le patient induit-elle une prise en charge particulière ? Cette ignorance peut constituer un obstacle à la rééducation, à son investissement dans la durée et dans l'intensité. L'anosognosie constitue-t-elle alors un objet spécifique de rééducation, un premier abord du malade ? Au contraire, la dépasse-t-on par une pratique indifférenciée entre patients anosognosiques et non-anosognosiques ?

La prise en compte de l'anosognosie, dans un tel service, permet-elle un abord plus confiant du retour au domicile ? Peut-on parler d'une considération écologique de ce trouble et des difficultés qu'il engendre, dans la poursuite des soins et le retour à domicile ?

L'anosognosie revêt diverses réalités selon les praticiens. Les patients sont plus ou moins conscients de leurs troubles, selon la nature du déficit.

Peut-on alors parler d'une même vision de la prise en charge de l'anosognosie quel que soit le soignant concerné ?

Les mêmes techniques sont-elles usitées par tous les thérapeutes pour lever la méconnaissance du trouble ? Existe-t-il réellement des techniques particulières pour combattre l'anosognosie et rendre le patient acteur de sa rééducation ?

H2 : La prise en charge de l'anosognosie se fait-elle intuitive ? Des formations, des informations spécifiques relatives à ce sujet sont-elles mises en place ?

Lorsqu'on évoque des techniques pour contrer l'anosognosie, il est intéressant de pointer la connaissance que les praticiens ont de ce trouble. Considèrent-ils leurs formations comme nécessaires et suffisantes pour prendre en charge ce type de patients ? Leurs

formations théoriques ont-elles été poursuivies par des formations continues au sein du service ? Quelle est la vision de ce trouble qui circule dans le service ?

Quelle formation, informations sont données aux familles des patients anosognosiques ?

C Méthodologie

a) Présentation du centre et des patients

a.1 Le service de Médecine Physique et de Réadaptation du CH de Saint-Nazaire

Ce service comprend 2 pôles différents : l'hospitalisation complète et l'hôpital de jour, qui ont chacun leur médecin référent et leur cadre de santé.

a.1.1 L'hospitalisation complète

Elle se compose de 20 lits. Le recrutement des patients s'effectue en interne ou en externe, suite à la demande des différents services. Le médecin d'hospitalisation complète, dirige alors, ou non, les patients vers le MPR de Pen Bron ou celui de l'hôpital de Saint-Nazaire.

Ce secteur concerne des patients hospitalisés pour une opération orthopédique, une amputation ou pour des patients ayant eu une première prise en charge en service de neurologie, pour 12 de ces lits.

Les patients amputés passent par une consultation du médecin référent. Selon l'état du patient, une orientation en MPR est décidée.

A l'instar des patients amputés, les patients en neurologie sont hospitalisés entre 2 et 3 mois. Leur séjour en MPR peut faire suite à une hospitalisation en service de neurologie. Ils peuvent souffrir de poly-traumatismes ou d'affections neurologiques.

Les patients hospitalisés en orthopédie restent entre 10 et 15 jours. Leurs interventions sont programmées. Le médecin décide, à la suite d'une consultation, d'une hospitalisation complète ou d'une orientation en hôpital de jours.

a.1.2 L'hôpital de jour

Il comprend, quant à lui, 12 lits. Il prend en charge une partie des anciens patients de l'hospitalisation complète. Les patients proviennent à 80% d'orthopédie, 10% de neurologie et 10% sont des amputés.

Ils se rendent à l'hôpital pour 2 ou 3 jours par semaine. Ces petits séjours peuvent se prolonger sur plusieurs semaines, pour continuer les diverses prises en charge et évaluer les conditions de retour à domicile.

Les patients peuvent également venir de façon plus sporadique pour faire un état des lieux de leurs performances, dans le domaine moteur, langagier ou cognitif, à distance de leur AVC.

a.1.3 L'organisation du service

Le service comprend :

- un plateau technique avec des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes,
- un secteur soin avec des infirmiers, des aides soignants, des auxiliaires de soins hospitaliers, des médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation,
- une orthophoniste, avec une formation complémentaire de neuropsychologie
- une psychologue
- des services administratifs (secrétaires, cadre de santé...)
- un secteur social avec une assistante sociale.

Le personnel tourne en partie entre hôpital de jours et hospitalisation complète : tous les 6 mois pour les kinésithérapeutes, tous les 2 mois pour les infirmiers. Les ergothérapeutes

sont, quant à eux, répartis entre hôpital de jour et hospitalisation complète. L'orthophoniste par contre n'a pas de secteur attribué, ses patients viennent des 2 secteurs.

a.1.4 La communication dans le service

De manière à favoriser la communication au sein du service, des réunions de synthèses sont organisées une fois par semaine.

Les différents intervenants font alors état des difficultés, des progrès de chaque patient. Le retour à domicile ou dans une institution, le contact avec les familles sont abordés, ainsi que les répercussions sociales des troubles.

La vie du service est également mise en avant lors de ces rencontres.

En dehors de ces réunions hebdomadaires, les dossiers de suivi des patients permettent aux professionnels de laisser des traces de ce qui a pu être observé au cours des séances, des moments partagés avec le patient. Ces dossiers sont consultables par tout le personnel.

Ils offrent l'opportunité d'un autre regard sur le patient et ses difficultés. En effet, le comportement du patient, son trouble, peuvent varier selon les activités qui lui sont proposées, selon le moment dans la journée.

Ils permettent de rendre compte de l'évolution dans l'autonomie du patient. Il est alors possible de relever des dissociations entre des activités plus ou moins écologiques, de manière à avoir les informations les plus fiables possibles, dans la perspective du départ du service.

Le suivi individuel de chaque patient est évalué lors de PIII. Il s'agit d'entrevue en présence du patient entre les personnels de soins qui ont eu affaire au patient, le médecin du service et les familles.

Le but est d'amener une discussion, la plus ouverte possible, quant à l'état présent du patient et d'envisager son avenir. Chacune des parties peut ainsi exposer ses interrogations, ses suggestions, ses craintes, ses observations, voire ses plaintes.

Ce type de réunion fait souvent suite à une visite au domicile ou au foyer de vie du patient, en sa présence lorsque c'est possible, afin d'établir les conditions du retour à domicile, les aménagements à prévoir mais aussi, parfois, pour constater l'impossibilité d'un retour à domicile et mettre le patient face à cette situation.

a.2 Etudes de cas

a.2.1 Monsieur R

Monsieur R a intégré le service de MPR en juin 2010. Il a été reçu suite à une AVC. Auparavant conseiller financier, cet homme de 51 ans avait stoppé son activité professionnelle en raison d'un éthylisme chronique.

2.1.1 Tableau clinique

Une maladie de Marchiafava Bignami a été diagnostiquée chez ce patient. Il s'agit d'une encéphalopathie toxique qui induit une dysconnexion inter-hémisphérique (hypo-développement du corps calleux)

Ce syndrome se manifeste, chez ce patient, par des difficultés de langage. Il souffre d'une agraphie aphasique de la main gauche (main dominante), en spontané, sous dictée et en copie.

Elle se traduit par :

- une production de néologismes qui tendent au jargon,
- des paragraphies phonologiques systématiques,
- l'absence de production correcte au niveau du langage écrit, y compris en ce qui concerne le langage automatique (nom, prénom...), la copie ou la dénomination à l'écrit (cf annexe 1). La copie du mot « *tomate* », par exemple, donne lieu à « *TEMEK* » (cf annexe 3)
 - des persévérations fréquentes. Lorsqu'il lui est demandé de copier « *TO* » du mot *tomate* précédent, il persévère sur le « *K* » du mot « *TEMEK* » qu'il vient d'écrire (cf annexe 3). En dénomination écrite, il peut également persévérer sur une même suite de lettres à laquelle il attribue différentes valeurs sémantiques. Le fait de voir cette même suite de lettres correspondre à diverses images ne paraît ni le surprendre ni le perturber (cf annexe 2).

Toutefois, la copie lettre par lettre est possible, lorsqu'elle est contrôlée par un tiers (cf annexe 3).

L'épellation améliore un peu l'expression à l'écrit, lorsqu'il s'aide du clavier d'ordinateur. Cependant, l'ordinateur ne constitue pas un moyen d'expression autonome. La

mémoire procédurale n'a pu compenser le déficit chez ce patient qui utilisait pourtant l'outil informatique quotidiennement, dans le cadre de son travail.

En outre, l'auto-correction est inefficace. M. R présente une anosognosie de ce trouble et de ses conséquences.

D'un point de vue manuel, la programmation *paume, tranche, poing* est possible de la main droite.

En revanche, cette épreuve est échouée avec la main gauche : la mélodie cinétique est perturbée.

Apraxique de la main droite, il se montre particulièrement lent lors de la réalisation de la figure de Rey. Il met 15 minutes pour en effectuer une copie. Cependant, il tient absolument à la terminer. Il peut critiquer sa production : « *ce n'est pas bien, ce n'est pas symétrique* ». Toutefois, il impute ses difficultés à la feuille qui glisse sur le bureau, qui ne lui permet pas de faire ce qu'il pouvait.

Quant au pianotage, il se régule au langage. La coordination manuelle est bonne de la main droite. Le *go-no-go* est réussi.

L'exécution de gestes symboliques est impossible de la main gauche.

Au niveau bucco-facial, les praxies sont réussies.

M. R a une agraphie apraxique de la main droite qui ne lui permet pas de compenser son agraphie aphasique de main dominante. La formation des lettres tend à s'améliorer un peu, au fil des séances. La réalisation graphique reste, malgré tout, difficile. Les troubles phonologiques sont moins importants qu'avec la main dominante.

Il présente également une acalculie. Il commet des erreurs sur les opérations élémentaires et éprouve des difficultés quant aux repères chronologiques.

Son héli-négligence gauche peut entraîner une dyslexie spatiale qui ne lui permet pas de lire les lettres ou nombres situés à gauche du stimulus (page ou écran).

Une légère dysarthrie n'altère pas l'intelligibilité du discours. Il est noté quelques interruptions dans le débit, certains troubles pour des mots complexes phonétiquement.

M. R souffre d'une anomie tactile gauche. Il ne peut dénommer les objets placés dans sa main gauche. Cependant, il peut désigner ces mêmes éléments parmi un groupe d'objets. L'examen de sa main droite est quant à lui normal de ce point de vue.

Au niveau intellectuel, une détérioration des capacités de raisonnement et de jugement est relevée. Il éprouve également des difficultés d'abstraction et de résolution de problèmes. Le QI est impossible à établir, en raison d'une apraxie constructive. Il ne parvient pas, en outre, à manipuler de l'argent. Il ne se montre pas critique envers ces difficultés.

D'un point de vue mnésique, la mémoire verbale est normale tandis que la mémoire visuelle est déficitaire et aggravée par les troubles constructifs. La mémoire de travail est elle aussi déficitaire. Quant à sa mémoire épisodique, ses repères chronologiques sont perturbés.

Un syndrome dysexécutif est mis en avant. Il souffre d'un trouble :

- de l'inhibition,
- de la flexibilité,
- de l'attention soutenue.

La sélectivité et la vitesse d'accès à l'information sont pathologiques. Les résultats au Stroop sont cependant bons.

En ce qui concerne le comportement de ce patient, il ne paraît pas mesurer les conséquences de ses difficultés de langage écrit. Il ne critique pas ses productions, ou émet des arguments sans étayage logique. Des fabulations, au niveau du discours spontané, sont également notées.

2.1.2 Les séances en orthophonie avec M. R

Une prise en charge pluridisciplinaire au départ

Il est suivi en orthophonie, ergothérapie et kinésithérapie. Il a été décidé, dans un premier temps, que l'ergothérapeute interviendrait dans le cadre de l'apraxie de la main droite, tandis que l'orthophoniste centrerait son intervention sur les paraphasies de la main gauche dominante.

Cette complémentarité n'a duré qu'un temps. Les séances de M. R avec l'ergothérapeute se sont achevées début décembre. M. R se montrait de plus en plus agressif, portait des jugements quant aux capacités des ergothérapeutes, quant à la nécessité de leur intervention, ce qui rendait la rééducation sur le plateau, au milieu des autres patients de plus en plus ardue.

Une prise de conscience des difficultés n'ayant pu être mise à jour, les séances devenant jour après jour plus difficiles, l'ergothérapeute s'est interrogée quant à l'utilité de la rééducation auprès de M. R.

Après avoir effectué un bilan de renouvellement pour établir l'évolution de ce patient, l'ergothérapeute s'est aperçu que les performances étaient pires qu'avant. Aussi, la décision a été prise, en accord avec le médecin du secteur, de cesser la prise en charge en ergothérapie.

Ainsi, au cours des séances, la rééducation orthophonique s'est axée sur l'écriture de la main droite, de manière à permettre une communication, un langage écrit opérationnel.

L'expression manuscrite

Il arrive souvent avec un petit carnet en séances. Il dit y avoir noté des informations puisées dans divers magazines. Cependant il ne montre ses écrits. Il est donc impossible de déterminer si ceux-ci sont lisibles, ou s'il s'agit de jargon rédigé de la main gauche.

La dénomination d'objets, à l'écrit, avec la main gauche est impossible. Elle donne lieu à un jargon, à des persévérations, à de nombreuses ratures (cf annexe 2). Ces résultats contrastent avec les bonnes capacités de dénomination orale.

Lorsqu'on lui fournit un modèle, la copie doit toutefois être guidée, lettre après lettre. Elle est meilleure de la main droite. Elle est alors sans jargon, mais avec des difficultés praxiques (cf annexe 4).

L'écriture sous dictée, de la main gauche, est impossible. Le jargon ou plus rarement les mots réels, sans liens phonologiques ou sémantiques avec le mot cible, rendent ininterprétables les productions.

Lorsqu'on lui demande d'écrire une phrase de la main gauche puis de la main droite, il ne perçoit pas la différence entre les 2 phrases (cf annexe 5), même s'il lui est souligné qu'on ne parvient pas à le relire. L'expérience faite, à travers l'écriture d'un chèque, une activité écologique et relativement fréquente, a montré un jargon sévère de la main gauche. Il dit, pourtant, pouvoir tout à fait se relire. En réalité il s'appuie sur le souvenir de ce qu'il a écrit, ce qu'on lui a dicté, pour décoder sa phrase écrite de la main gauche.

Ses productions spontanées écrites de la main droite sont généralement non segmentées. Aussi lui est-il proposé d'écrire dans des cases afin de faciliter l'écriture de la main droite. Les cases permettraient donc de marquer la distinction des mots, d'éviter l'agglutinement des lettres. Cependant, M. R ne voit pas l'intérêt d'un tel exercice. Il est, selon lui, tout à fait lisible. Il se montre récalcitrant à l'idée de se tenir à un tel carcan.

De façon paradoxale, il accepte toutefois de faire des lignes de lettres, de la main droite, pour en améliorer le tracé (cf annexe 6). Il commet cependant des oublis, des persévérations. Ces erreurs ne paraissent pourtant pas visibles, à ses yeux.

Le travail d'évocation à l'écrit

S'il lui est proposé de manipuler les lettres, dans une activité d'anagrammes, il lui est difficile de jouer avec les lettres de son prénom, en l'occurrence.

Les évocations à l'écrit, à partir d'un thème, d'une scène représentée en image, sont relativement pauvres. La récurrence des mêmes mots, la parcimonie de ses réponses ne paraissent pas le perturber.

Le contournement de l'agraphie apraxique par le recours à l'informatique

L'orthophoniste a mis en place un travail autour du clavier d'ordinateur pour contourner les difficultés praxiques de M. R.

En outre, cet exercice tend à raviver sa mémoire procédurale puisque son ancien métier l'obligeait à utiliser l'informatique. Face à l'ordinateur, M. R se fait hésitant, il ne retrouve pas l'usage des touches plus symboliques (effacer, aller à la ligne...).

Lorsqu'on lui demande de taper des mots isolés, il produit des paragraphes de la main gauche, ses réalisations de la main droite sont lentes mais exactes.

Ses difficultés sont, selon lui, dues à des problèmes d'attention. Mais, il pense progresser rapidement.

Il ne se montre pas critique envers ses productions. Malgré une incitation à la relecture, il ne s'auto-corrige pas. Des fautes telles que « *perssonnes* » ou « *grd* » pour « *grand* » sont fréquentes.

L'utilisation de l'outil informatique et la recherche sur internet posent cependant un problème à M. R. En effet, sa pseudo-hémianopsie ne lui permet pas toujours de repérer le curseur sur l'écran, ou d'explorer suffisamment la page.

Le travail du nombre

Quant à l'acalculie de M. R, des épreuves de transcription de nombres par écrit sont effectuées (cf annexe 7). Les chiffres sont collés, les lettres sont parfois méconnaissables.

Les exercices arithmétiques qui lui sont proposés donnent lieu à des calculs abscons, dans lesquels il s'empêtre. Il tente de poser les opérations de la main gauche. Il couvre alors la page de tracés, de chiffres sans sens.

S'il lui est demandé d'effectuer ce travail de tête, il tente toutefois de s'appuyer sur l'écrit, sans grands résultats. Il se met alors à effectuer le calcul de tête, avec des difficultés persistantes.

Lorsqu'on tente de revenir avec lui sur ce qu'il a écrit, il ne parvient pas à expliquer ses productions, détourne la conversation de manière à éviter de rendre compte de ses écrits.

a.2.2 Madame M

Cette femme de 87 ans, veuve, ancienne petite main dans la haute couture, mène une vie autonome.

Elle chute de sa hauteur le 27 septembre 2010. Ce traumatisme crânien provoque un hématome sous dural aigu gauche avec effet de masse, sans indication d'évacuation au

préalable. Durant son hospitalisation en service de neurologie, l'hématome qui augmentait est évacué, mais un AVC ischémique dans le territoire de la choroïde interne gauche survient.

Elle intègre le MPR, le 17 novembre, pour un suivi qui allie kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie, à raison d'une à deux séances par jour (dans le cas de la prise en charge en kinésithérapie) avec chacun de ces praticiens. Elle y séjourne jusqu'à mi-janvier.

2.2.1 Tableau clinique

Son tableau clinique initial est marqué par une hémiparésie et des troubles praxiques.

Au niveau de l'expression orale, il y a un mutisme en phase aiguë. Il n'y a pas de langage en spontané. Les rares vocalisations se font sur sollicitation, avec aide et de façon hypo-phonique. Les verbalisations ne présentent pas de troubles d'articulation. Les séries automatiques concernant la comptine numérique sont seules conservées.

La dénomination d'images est impossible. Elle ne peut répondre par oui ou non à des questions relatives aux images : « *c'est une orange ?* ». La dénomination d'objets réels, quant à elle, donne lieu à du jargon. Ainsi, un crayon est une « *rondelle de rond des citrons* », la clef est « *un velouté de crayon* ». Elle ne se montre pas du tout critique envers ses productions. L'anosognosie est globale quant à son aphasie.

La répétition est impossible.

Sa compréhension est très altérée. Les réponses à des questions simples sont inappropriées. Les épreuves de désignations sont impossibles dans la mesure où le langage et le pointage sont absents, la compréhension de la consigne n'est en outre pas assurée.

La lecture est possible, dans les premiers temps, pour quelques mots en lien avec des objets réels. Cependant, la stimulation doit être importante. Parallèlement, la compréhension du texte ne peut être évaluée, dans la mesure où la consigne n'est pas intégrée. Peu après le début de la rééducation, elle peut dire la date lorsqu'elle la voit écrite. Elle lit les jours de la semaine.

L'expression écrite est impossible de la main dominante (main droite). Il y a une perte du graphisme élémentaire, seuls des gribouillis sont produits.

La réduction de l'expression orale, les quelques éléments de jargon et les troubles de la compréhension indiquent un tableau de Wernicke réduit.

Des troubles de la déglutition sont présents et vont persévérer, en raison des troubles praxiques et aphasiques. Les risques de fausse-route amènent les soignants à adapter la texture des aliments : mixé et eau gélifiée. Malgré ces dispositions, l'anosognosie dont elle souffre, font craindre des fausses-routes dans la mesure où elle ne pensera pas, d'elle-même, à s'interdire les liquides si l'occasion d'en boire se présente.

Son comportement est celui d'une personne coopérante mais très fatigable.

2.2.2 Les séances avec Mme M

La rééducation visait :

- la canalisation de l'attention auditive,
- la compréhension de mots isolés et de phrases simples,
- la production de mots
- la prise de conscience des troubles de l'expression orale

Au fil des semaines, les productions orales sont devenues plus nombreuses et les réactions plus appropriées. Après un mois de quasi mutisme elle commence à dénommer, à partir d'images liées à l'alimentation, puis associées à des actions. Elle tend souvent à donner la catégorie sur ordonnée au lieu du mot cible.

Les verbalisations en spontané sont rares et donnent de plus en plus lieu à un jargon, à des écholalies. Elle se montre totalement anosognosique de ce jargon jusque mi-décembre.

Les paraphasies produites sont de type fantastique :

- un crocodile est « *un syndicat de tourterelles* »,
- une clef est « *un vélo du sentiment d'infidélité* »,
- une fourchette est « *un service militaire* »,
- une chaise est « *une chaussette de salon* »...

Elle devient critique quant à ses productions à compter de la fin décembre, soit 2 mois et demi après son accident vasculaire cérébral. Elle se rend compte d'un manque du mot et critique parfois ses paraphasies.

De plus, elle commence à ébaucher des mouvements pour désigner. Auparavant, elle ne pointait, ni ne manipulait les objets ou les images.

Mi-janvier, l'écriture est toujours difficile (cf annexe 8). Ses capacités d'attention, en revanche, augmentent, en même temps que la conscience de ses difficultés s'affine : « *non, ce n'est pas ça* ». Ses autocritiques ne surviennent pas à chaque erreur.

Des paraphrasies sémantiques persistent en spontané comme en induit :

- un panneau est « *un argent dur* »
- une trousse à pharmacie est « *un coffre à jouets* »
- une horloge est « *un ciné à plat* »
- une cage est « *une poissonnerie* ».

Parallèlement, la complétion de phrases contextualisées du type : « *je vais à la boulangerie pour acheter mon...* », de proverbes s'améliore à l'oral.

Elle demande à lire, par un geste, un regard, pour s'aider dans la verbalisation. Elle s'appuie donc spontanément sur l'écrit. Elle utilise les feuilles et crayons qu'on lui propose pour mettre en place un amorçage alphabétique.

Sa lecture à haute voix est bonne dans l'ensemble. La compréhension écrite, bien que limitée aux mots et aux phrases simples, tend à s'améliorer.

Les exercices basés sur la compréhension tels que les histoires séquentielles sont, en outre, mieux réussies. La compréhension de notions simples est meilleure.

Des échanges courants sont possibles, même si la reconnaissance de mots entendus est d'environ 50%. Elle compense grâce à l'usage et au contexte.

b) entretiens libres et observations, utilisation du dictaphone

Les entretiens, avec le personnel, se sont déroulés durant la prise en charge de ces 2 patients. De sorte, il ne peut y avoir de biais, de souvenirs erronés, de confusion entre les

différents patients qui se suivent dans le service. Le personnel interrogé s'était occupé de ces 2 personnes.

La rencontre avec les professionnels s'est effectuée dans le cadre du MPR. J'ai ainsi eu parfois l'occasion d'assister au travail de ces praticiens : ergothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes et orthophoniste. L'appréhension individuelle et professionnelle de ce personnel de santé, confronté jour après jour à une pathologie telle que l'anosognosie a orienté les discussions.

Le choix d'une discussion libre, guidée par quelques questions a semblé pertinent, dans la mesure où l'anosognosie laisse place à une large part personnelle et fait appel, dans sa prise en charge, tant aux qualités professionnelles, qu'humaines des thérapeutes.

Une liste de thèmes, de sujets à aborder, avait été dressée au préalable des entretiens :

- gestion de l'anosognosie dans le service, quel type de rééducation
- connaissance du terme d'anosognosie, définition personnelle de ce trouble, de ses signes
- fréquence de ce trouble dans le service
- gestion humaine de cette difficulté
- les conséquences de l'anosognosie sur la rééducation
- l'explication de ce trouble aux familles.

Ces différents points ont été spontanément abordés pendant les conversations, sans qu'il soit parfois nécessaire d'orienter l'échange. De ce fait, la trame, constituée en amont des entretiens, n'a pas été suivie dans son ordre initial, mais a servi de base pour guider les dialogues.

D'un point de vue pratique, pour renforcer le naturel de la situation, l'emploi d'un dictaphone a été nécessaire, suivi de longues heures pour la retranscription la plus fidèle possible des propos (cf annexes).

Certaines similarités sont apparues quant à la manière de prendre en charge ces patients, dans les entretiens. Les observations et les séances menées avec M. R et Mme M amènent à considérer une démarche orthophonique, concernant l'anosognosie, centrée autour de 3 points, parfois imbriqués : la répétition, la confrontation, la mise en place de routines.

D Analyse des résultats et discussion

a) Recueil d'informations

Les entretiens ont conduit la réflexion vers un schéma de prise en charge et a soulevé les difficultés humaines et de rééducation inhérentes à cette prise en charge.

a.1 Les lignes directrices de la rééducation

L'approche de l'anosognosie du patient implique un contact avec les proches et une prise en charge centrée autour de 3 axes. Ces lignes directrices se mêlent et se confondent parfois : la répétition, la confrontation et les routines qui conjuguent souvent les 2 précédents axes.

a.1.1 L'information des familles et des proches

La notion d'anosognosie doit être abordée tant au niveau de l'équipe soignante, que des proches. Une fois ce trouble identifié, les membres du personnel peuvent saisir la raison pour laquelle une consigne n'était pas observée.

Cette information, mise au dossier du patient et communiquée lors des réunions de synthèse et des transmissions (réunions entre personnel infirmier et aides-soignants), permet d'avoir un comportement mesuré à l'égard du patient « *s'ils prennent un risque, on va avoir du recul par rapport à ça* » (infirmière). Ce renseignement alerte également sur le degré de vigilance à porter à la personne.

Lorsque les familles se rendent auprès des patients, ils doivent intégrer non seulement les séquelles visibles, mais également les désordres moins prégnants. Il faut donc informer les familles quant à la nature de l'aphasie, quant à ses répercussions sur le quotidien, la communication avec le patient.

De plus, quand il est question de troubles cognitifs, les proches se trouvent désorientés, ils ignorent généralement ce dont il s'agit. L'environnement est parfois tellement bouleversé par les difficultés motrices, physiques du patient, qu'il ne parvient pas à prendre en considération les troubles cognitifs. Ceux-ci sont vus comme mineurs ou accessoires. Cela demande parfois du temps aux familles pour qu'elles cessent de minimiser ces troubles. Il est donc important d'attirer l'attention de la famille sur ces difficultés.

Les termes employés doivent être simples, adaptés au niveau socioculturel, au degré de tolérance de nouveaux renseignements. En effet, certaines personnes arrivent à un niveau de saturation d'informations et ne parviennent plus à en assimiler voire à en supporter de nouvelles.

Une fois la nature des troubles explicitée, il est également important d'en expliquer les répercussions. Les proches doivent prendre conscience que le patient ne se rend pas compte de son état, ce n'est pas mauvaise volonté de sa part. La famille doit accompagner le patient dans cette prise de conscience : « *la famille est toujours partie prenante dans les prises en charge au niveau des fonctions supérieures* » (orthophoniste). Pour ce faire, les proches seront aidés de toute l'équipe soignante.

Cette équipe est, en outre, présente pour entendre le désarroi des familles, leurs frustrations, face à ce patient qui n'est parfois plus vraiment celui qu'il était auparavant. Le personnel peut ainsi orienter les proches en souffrance vers des psychothérapeutes.

Des conseils sont prodigués aux proches pour qu'ils puissent interpréter les propos du patient. En effet, il ne s'agit pas de considérer le défaut de reconnaissance du trouble comme une façon de se voiler la face pour le patient.

Dès lors l'agressivité dont peut faire preuve le patient, quand on mentionne son trouble, ne doit pas être appréhendée comme une atteinte à la relation interindividuelle, mais comme la résultante d'un déficit neurologique.

Les proches sont tenus informés des contributions qu'ils peuvent apporter à la compensation du déficit, à la stimulation du patient, au sein du service, puis à domicile.

Dans le cas de Mme M, qui se montrait difficile à canaliser, à stopper dans sa production orale, il s'agissait :

- d'attendre qu'elle se soit tue
- de capter son attention par le geste, le regard
- de lui donner des informations claires, contextualisées
- de fournir des phrases courtes

Dans tous les cas, il est important de souligner le déficit attentionnel qui peut contribuer au défaut de compréhension et d'intégration du trouble. Ainsi, dans la mesure où le patient est fatigable, il est important de ne pas le surcharger d'informations voire de visites, dans certains cas.

Parallèlement, une des difficultés, avec ces patients, est qu'ils peuvent se mettre physiquement en danger. Les patients sont fatigables, leurs capacités attentionnelles restreintes ne leur permettent pas d'effectuer plusieurs tâches en même temps. Aussi, est-il conseillé aux proches qui accompagnent les patients dans leurs déplacements, quand ceux-ci sont possibles, de ne pas parler lorsqu'ils marchent. Ainsi, le patient peut mobiliser toute son attention sur sa marche, pour éviter qu'il ne tombe.

Lorsqu'ils n'ont pas encore pris conscience de leurs incapacités motrices, les patients peuvent tenter de se mettre debout, de se déplacer, hors de la présence du personnel. Le risque lié aux chutes est donc important. Il faut également sensibiliser les familles à ce problème pour qu'ils se montrent vigilants aux tentatives de déplacements du patient.

Rappeler les consignes n'est généralement pas très utile, dans un premier temps, dans la mesure où le patient pense pouvoir se tenir sans difficulté sur ses 2 jambes et pouvoir effectuer les mêmes mouvements qu'auparavant. Le fait d'être, le plus souvent, dans un fauteuil roulant ne le dissuade pas de se mouvoir comme si rien ne venait entraver son geste. Aussi faut-il favoriser l'adaptation de l'environnement, du domicile et renseigner les proches quant aux dispositifs à mettre en place en cas de chute.

a.1.2 La répétition et la confrontation : la mise en place de routines

L'anosognosie est un phénomène qu'on rencontre fréquemment en MPR. Elle s'associe à des séquelles d'AVC, à des débuts de syndromes démentiels et plus généralement dans beaucoup de pathologies neurologiques. L'expérience clinique de l'orthophoniste lui fait dire : « *la conscience des troubles est la condition sine qua non de 1) l'auto-correction et la prise en charge par le patient et 2) de l'intervention du thérapeute* ».

Les routines consistent à inscrire le patient dans un schéma d'interactions. Celui-ci peut ainsi prévoir la réaction qu'il obtiendra en fonction de la situation. Un tel plan d'échanges peut paraître dirigiste. Il s'agit de répondre à des sollicitations, faire rentrer dans un monde de significations, tout en maintenant la communication sous forme d'échanges ritualisés au cours de jeux, d'activités quotidiennes.

Dans les premiers temps le premier objectif est de canaliser l'attention auditive et/ou visuelle. Pour Mme M, il a fallu faire en sorte qu'elle se taise pour qu'elle puisse focaliser suffisamment d'attention pour intégrer, ne serait-ce que minima le message qui lui était transmis.

A l'instar de toutes rééducations d'aphasies où la compréhension est altérée, les premiers exercices proposés sont axés sur la compréhension auditive et la reconnaissance des messages. Ces exercices ont une velléité pragmatique, écologique.

Ils fournissent également les occasions de signifier aux patients leurs difficultés. La confrontation aux difficultés paraît nécessaire dans la prise en charge de patients anosognosiques. Les lectures de l'orthophoniste l'ont confortée dans l'idée que la mise en situation d'échec du patient était une étape obligatoire pour accéder à la conscience des troubles.

Bien évidemment, cette mise en relief des difficultés doit se faire avec empathie, avec beaucoup d'attention portée à l'état psychologique du patient, dont la prise de conscience des troubles peut faire plonger dans la mélancolie. « *C'est malheureux, mais il n'y a pas moyen d'avancer autrement. Un patient aphasique, qui n'a pas conscience de ses productions, ne va*

pas s'auto-corriger. Il n'avancera pas. Il ne progressera pas, alors qu'un patient, qui est conscient de ses productions, il déploie tous les moyens pour s'en sortir » (orthophoniste).

Ce travail se fait en équipe, avec l'appui psychothérapeutique possible de la psychologue du service qui viendra écouter la plainte du patient et/ou avec le soutien chimique des antidépresseurs, prescrits, si besoin, par le médecin référent.

Par la répétition de réflexions telles que : *« faites attention, vous vous êtes trompé, ce n'est pas le bon mot, vous avez du mal à trouver le mot... »* (orthophoniste), les praticiens espèrent que le message prenne sens aux yeux du patient. Dans le cas de Mme M, la confrontation même répétée à ses difficultés, lui a permis de réaliser quelles étaient ses erreurs. Elle a pu commencer à s'autocritiquer. A distance de 2 mois de son accident, elle a pu nous dire : *« non, non laissez-moi chercher, je vais trouver, il faut que je trouve le bon mot »*. Un tel regard sur ses productions, impossible auparavant est prédictif d'une progression, d'une récupération.

Si la compréhension tend à s'améliorer chez cette personne, de nouveaux tests de compréhension ont mis en évidence une compréhension de l'ordre de 50% des messages oraux, en photographies, en désignation. Dès lors, l'analyse de ses propres productions n'est pas toujours effectuée, elle n'a pas accédé à la pleine conscience de ses troubles. De fait, des paraphrasies sémantiques persistent et ne sont pas toujours corrigées, voire constatées par Mme M.

A l'inverse, avec M. R, la confrontation à ses difficultés donnait lieu à une argumentation, parfois fantaisiste, de ses dysfonctionnements. Il trouvait toujours une justification à son jargon écrit, de la main dominante : *« oui, mais non, ça c'est ça. C'est à cause des lunettes. Il y a un reflet sur le papier »*. Un tel accent de sincérité accompagnait ses arguments, que la tentation était parfois grande d'imputer ces difficultés à des éléments extérieurs, chez cet homme qui, par ailleurs, pouvait dans certaines occasions donner le change quant à ses capacités réelles. Il était alors difficile de faire la part des choses entre le déni et la non-conscience des troubles.

La question s'est alors posée de la souffrance de cet homme : est-il conscient de ses difficultés mais dans l'incapacité de l'oraliser en raison de sa déconnexion inter-hémisphérique ? Aucun signe de dépression ne transparaissait au travers de sa mimique, de son attitude.

Les entretiens auprès des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes ont mis en avant le fait que la confrontation au déficit était le moteur de leur prise en charge. Plutôt que de se montrer directifs, de dire au patient : « *il faut faire ça, ça, ça* », ils ont tendance à demander au patient de mettre des mots pour expliquer ses difficultés.

Quand la personne présente, par contre, de gros troubles de la compréhension, comme dans le cas de Mme M, la mise en situation est privilégiée. Toutefois, lorsque les explications peuvent être entendues et intégrées par le patient, le fait de reformuler ou de s'appuyer sur les propos du patient contribue à la prise de conscience.

Le retour à domicile peut également entraîner une confrontation aux déficits et peut faire l'objet d'un véritable conflit entre patient et soignants. L'accent est mis sur la comparaison par rapport à l'état antérieur dans les activités du quotidien : se déplacer, s'habiller, converser, des tâches exécutées autrefois sans difficultés. Lorsqu'il est question des aménagements à prévoir, certains patients peuvent se rabrouer et estimer qu'ils ne besoin d'aucune aide. D'autres, au contraire, vont percevoir l'étendue de leurs difficultés lors de la visite à domicile. Le retour au domicile agit alors comme un révélateur.

Le vocabulaire est centré sur les intérêts, les besoins et participe à ces routines. Les problèmes de compréhension sont ainsi amenuisés dans la mesure où :

- le lexique proposé est redondant et pratique, en soutien d'une activité, d'une situation concrète
- ce contexte d'interaction fait appel à la fonction référentielle, active la conduite de désignation, lorsque celle-ci est possible. Si ce n'est pas le cas, il s'agit de rappeler, de montrer soi-même pour inscrire ce mouvement dans une dynamique naturelle d'échange et de partage d'informations.
- l'orientation du regard, l'attention conjointe sont sollicitées pour communiquer à partir d'un support.

Ces échanges préfigurent le dialogue, l'accompagnent. Ils fournissent non seulement une assise pour l'élaboration des conduites verbales, des structures linguistiques, mais également une base de communication.

Les routines ont donc un rôle de réassurance, tout en instaurant une souplesse dans les changements futurs. Le patient connaît le type d'exercices qui lui est proposé, se familiarise avec le vocabulaire de l'activité, de l'imagier. De sorte, la répétition des activités, des situations d'échanges conforte le patient, lui permet de s'approprier un matériel et un échange, même de façon implicite, non consciente.

Ces activités parfois, voire souvent échouées, ne lui apparaissent pas comme difficiles à appréhender, compte tenu de son anosognosie. Le patient persiste dans son jargon, dans son mutisme sans se soucier outre mesure de ses productions. Par la suite, toutefois, il est sensible que les mots serinés, les situations renouvelées ont trouvé un écho chez le patient qui commence à employer le terme correct, à répondre à propos.

Les routines permettent au patient, désorienté par l'hospitalisation, par l'AVC de se créer des repères. Elles rassurent le patient qui peut alors investir les séances. Dans le cas de M. R, l'adhésion aux rééducations est devenue quasi pathologique « *un peu frontale* » (*orthophoniste*). Si certains exercices, en autonomie, lui étaient proposés, il pouvait y apporter un intérêt soutenu. Il lui est, par exemple, arrivé de présenter aux séances des pages entières recouvertes de lignes de lettres de l'alphabet (cf annexe 6).

Parallèlement, il tenait un discours déniait tout trouble, estimant que la rééducation de la graphie de la main droite était inutile dans la mesure où il pouvait très bien écrire de sa main gauche. Il l'avait toujours fait. Il est gaucher. Il imputait alors ses difficultés aux reflets, aux néons... Il critiquait beaucoup, il menaçait de fuguer, il fallait toujours négocier avec lui, quel que soit le professionnel qui lui faisait face, mais il venait tous les jours en rééducation.

Il faut cependant se préparer à casser ces routines, à enrichir les situations de communication de façon à éviter les persévérations, les productions stéréotypées qui peuvent émailler le discours de la personne aphasique. Ainsi, les persévérations de M. R sur la lettre K, ou sur certains mots ne lui permettaient pas d'évoquer plus richement, d'écrire spontanément et même de copier un mot ou une phrase de façon efficace.

Les routines revêtent une réalité différente, mais tout aussi nécessaire, dans les rééducations en kinésithérapie et en ergothérapie. En effet, ces praticiens s'appuient sur les automatismes : « *on part sur de l'automatique, on ne part pas sur des consignes élaborées, parce qu'on sait que le patient ne l'intégrera pas* » (*kinésithérapeute*). Ils amorcent les

mouvements que le patient poursuit spontanément. « *Pour les gestes, la dissociation automatico-volontaire est meilleure que pour le langage* » (ergothérapeute).

Ce type d'exercices rappelle ceux de l'orthophoniste qui travaille les automatismes langagiers au travers de phrases fortement contextualisées, de chansons ou de proverbes communs. La mise en situation permet également de dépasser les troubles de compréhension verbale, en se basant sur des exercices d'imitation.

a.1.3 Une prise en charge écologique

L'accent est mis sur l'aspect écologique de la prise en charge de l'anosognosie. Il s'agit de proposer des activités qui présentent un intérêt pour la vie quotidienne du patient, pendant son hospitalisation, mais aussi pour son retour au domicile ou en structure. Ainsi, le patient peut gagner en autonomie.

Le but est également de faciliter la communication au sein du service entre le patient et les praticiens et avec ses proches.

On parle de rééducation écologique dans la mesure où elle se base sur :

- la vie du patient,
- ses capacités actuelles et l'élaboration d'objectifs réalistes et adaptés à la personne,
- sa personnalité

Une prise en charge écologique vise, en outre, un gain pour les activités quotidiennes, grâce à un matériel adapté.

Les professionnels acquièrent une connaissance du patient grâce :

- à ses propos, lorsqu'il peut s'exprimer
- à une fiche d'informations personnelles remplie par la famille. Ce questionnaire concernant les habitudes de vie comprend :
 - des renseignements sur les centres d'intérêts, les loisirs, les goûts,
 - l'autonomie du patient avant son accident (marche, toilette, habillage, prothèses auditives, lunettes),
 - ses antécédents,

- des éléments autobiographiques (adresse, lieu d'habitation, langues parlées, scolarisation, vie de famille, vie professionnelle, informations sur les proches, événements importants de la vie, personnalité antérieure...)
- à des rencontres formelles avec les proches, lors des entretiens avec le médecin référent, au moment de l'admission, ou lors de discussions plus informelles, spontanées, dans la chambre du patient.
- Au matériel qu'ils peuvent apporter en séances (magazines, petits carnets de notes, dans le cas de M. R).

Les praticiens invitent le patient à travailler autour d'un matériel qui revêt une signification, parfois personnelle, pour le patient. Cette personnalisation de la prise en charge vise à favoriser l'adhésion du patient, à l'aider dans ses activités de tous les jours.

Un important travail sur la compréhension d'ordres simples, de messages verbaux, ayant trait à des questions de vie quotidienne, est ainsi élaboré.

Le repérage dans le temps est aidé par la présence de calendriers dans chaque chambre par exemple.

La dénomination, quant à elle, se travaille à partir de photos d'objets ou d'actions. Les éléments photographiés peuvent être les effets de la personne, pour qu'elle puisse essayer de pointer les vêtements qu'elle veut porter, par exemple. Des photographies des membres de la famille, des proches peuvent ainsi servir de support, pour améliorer l'expression, comme la compréhension du patient. Il s'agit, alors, d'optimiser la communication avec tous les moyens possibles : supports écrits, pictogrammes, photographies...

La confrontation aux troubles s'effectue autour d'activités du quotidien : l'échange d'informations, les transferts, la marche...

Ainsi, lever l'anosognosie revêt un intérêt écologique. Il s'agit de la condition sine qua non de l'inscription du patient dans la démarche de soins.

La conscientisation des troubles oblige, en outre, à une implication des proches, d'une équipe pluridisciplinaire dans une dynamique globale d'interactions et de communication, avec des objectifs propres à chacun, selon son rayon d'action et d'intervention.

Dans le cas de M. R, l'objectif était de parvenir à une prise de notes, à une écriture efficace et lisible, automatisée. L'emploi de l'outil informatique a également été envisagé et travaillé pour compenser les difficultés praxiques de la main droite. La vitesse de lecture et la compréhension de textes lus ont également été étudié, dans le but d'être optimisés et fonctionnels.

a.2 Les difficultés humaines, l'anosognosie : une question éthique

Prendre en considération l'anosognosie, c'est se poser en tant que sachant face à un patient établi comme non sachant, ignorant de ses difficultés et des démarches à entreprendre pour les contourner. Le personnel médical et l'entourage du patient se retrouve dans la position délicate de déposséder le patient de la connaissance qu'il a de lui-même. Quelque chose d'aussi intrinsèque, d'aussi lointain et personnel que l'élaboration subjective quant à ses capacités et ses difficultés est vue comme étrangère à la personne anosognosique.

L'entourage du patient et les soignants doivent déterminer ce qu'il y a de mieux pour lui pour le patient et son devenir, parfois contre son gré. Cette attitude va à l'encontre de l'autonomie prônée chez un adulte. Elle peut mettre à mal la vision qu'a le praticien de sa conduite. Elle impose une remise en question salutaire et fréquente par rapport à son comportement vis-à-vis de ce patient, pour accéder à une thérapie toujours plus en respect avec la personne que l'on est et avec celle que l'on a face à soi.

En outre, les soignants se trouvent souvent en confrontation avec ces patients qui peuvent nier toutes difficultés, voire éprouver de l'agressivité pour ceux qui les mettent face à leurs difficultés, à la contradiction entre ce qu'ils perçoivent de leurs difficultés et ceux que les autres en voient. Il s'agit de leur faire prendre conscience de leur difficulté. Il est proposé au patient une activité qui va le mettre en échec.

Pointer la difficulté est une démarche difficile, même pour un soignant. En effet, le personnel médical et paramédical n'est pas sans ignorer que la prise de conscience des troubles peut amener à état mélancolique, voire dépressif.

Par ailleurs, mettre en avant les difficultés d'un adulte n'est pas quelque chose de commun, d'admis dans la société. Dès lors, un soignant doit savoir se décentrer des

conventions sociales, tout en restant dans l'empathie : *« ce n'est pas facile de dire à une aphasique qui jargonne : je ne comprends pas ce que vous dites. Tu as envie qu'elle parle mais elle raconte n'importe quoi et tu lui dis de se taire » (ergothérapeute).*

L'équilibre semble parfois difficile à trouver. Cet état paraît d'autant plus ardu à atteindre qu'il est souvent impératif de répéter la confrontation à la difficulté. Une telle itération peut induire un véritable malaise chez le soignant, même s'il sait qu'il agit dans le bien du patient : *« en même temps on culpabilise, en même temps on sait que c'est indispensable » (ergothérapeute).*

Une frustration peut également voir le jour chez les soignants. En effet, certains patients peuvent mettre un long moment avant d'adhérer à la prise en charge, faute d'une prise de conscience suffisamment rapide et importante des troubles. D'autres restent opaques aux arguments des praticiens concernant leurs difficultés. Ils argumentent alors, ou tournent à la dérision les réflexions qui leur sont faites. Qu'en est-il alors de leur état psychologique ? Sont-ils en souffrance ?

M. R, par exemple, pouvait soutenir que son écriture était tout à fait lisible (cf chèque en annexe) alors que personne ne peut le relire. Une telle conviction peut être déstabilisante. Certains professionnels peuvent en venir à se poser des questions quant à leurs pratiques, à leur subjectivité dans leurs conduites. Aussi est-il important de pouvoir objectiver, par le biais de tests standardisés, les capacités réelles du patient.

S'ils se montrent opposants voire agressifs ou qu'ils n'investissent pas la rééducation, celle-ci peut être stoppée. Ce fut le cas pour M. R. Cet arrêt est parfois vécu comme un échec.

A l'inverse, il est très gratifiant pour les soignants de voir le patient évoluer positivement. *« En même temps que la compréhension et l'expression s'amélioraient, les productions gestuelles s'amélioraient. On l'observe souvent chez les aphasiques apraxiques, s'il progresse en compréhension, il va être plus autonome au niveau de la vie quotidienne. C'est lié : quand on fait quelque chose on le verbalise aussi, tout est intriqué » (ergothérapeute).*

a.3 Les contraintes de la rééducation

La question de la formation du personnel, en matière d'anosognosie, a été soulevée. Ainsi, il apparaît que la formation initiale des membres du personnel n'offre que peu de réponses à cette problématique.

Les infirmiers interrogés s'estiment peu préparés à la gestion de ces patients particuliers.

Quant aux kinésithérapeutes, le développement de cette notion s'est fait au fil des années, au gré de leur expérience clinique : *« à l'école on en a des notions, mais l'aborder, le palper, on ne le voit que dans la clinique : on ne commence à l'aborder bien, que quand on travaille depuis un moment ».*

La confrontation à l'anosognosie, pour l'orthophoniste du service, s'est faite par le biais de rééducations de traumatisés crâniens. *« A une époque on avait pas mal de traumatisés crâniens dans le service, là c'était vraiment la problématique première (l'anosognosie) pour certains patients : les gens étaient très perturbés mais ils ne le savaient pas eux-mêmes » (orthophoniste).* En se retrouvant face à ces patients, l'orthophoniste a ressenti le besoin de s'informer davantage : *« on a fait plus de recherches avec ma collègue psychologue » (orthophoniste).*

De plus, dans un service tel qu'un MPR où exercent des infirmiers, des aides soignants, des rééducateurs, des médecins, il est parfois difficile de faire correspondre les différents discours.

D'une part la personne anosognosique peut être anosognosique de certains troubles mais pas des autres. Aussi, certains patients, apparaissant comme anosognosique pour certains praticiens, ne le sont pas aux yeux d'autres membres du service, selon les activités qu'ils partagent. De fait, Mme M présentait un trouble qui s'apparentait davantage à de l'anosodiaphorie, aux yeux des ergothérapeutes. Ces troubles praxiques, au niveau de l'habillage, de la toilette donnaient lieu à des mouvements aberrants, qu'elle pouvait critiquer sur incitation : *« quand elle faisait l'action, elle ne se rendait pas compte qu'elle faisait une erreur. Si nous on lui disait quelque chose, j'avais l'impression qu'elle recevait l'information, que c'était constructif (...) Elle avait un retour visuel. On la sentait affectée parce qu'elle reconnaissait une partie de ses troubles » (ergothérapeute).*

Elle pouvait faire un exercice gestuel, sans avoir besoin de verbaliser. De fait, l'anosognosie était moins ressentie par les professionnels qui la faisaient travailler au niveau moteur. *« Au niveau langagier, c'était différent. Je pense que Mme M n'avait pas le retour auditif ou elle avait une mauvaise analyse du retour auditif » (ergothérapeute).*

D'autre part, la communication, quant à la marche à suivre avec les patients anosognosique n'est pas toujours explicitée et l'information quant à ce trouble n'est pas la même pour tout le personnel. Il est ressorti des entretiens que le personnel n'avait pas la même vision et de fait la même gestion au sein du service.

De fait, les infirmiers et aides soignants auraient tendance à utiliser davantage la validation face à ces patients. Ils abondent dans leur sens, ne les confrontent pas toujours à leurs difficultés, dans la mesure où le temps imparti aux patients ne leur permettrait sans doute pas de « prendre du temps » en explications, en tractations. *« M. R, il est autonome, il n'y a pas de risque physiologique. C'est plus l'assistante sociale qui a été confrontée à son anosognosie (gérer les problèmes administratifs). Nous ce n'est pas trop gênant, bon à part son discours qui n'a parfois ni queue ni tête. Il faisait comme s'il avait gardé une activité professionnelle. Lui, on ne va pas trop le contrarier. On ne le confronte pas à ses erreurs du moment que ça n'a pas de conséquences » (infirmière).*

A l'inverse, les ergothérapeutes, kinésithérapeutes et orthophoniste seraient, chacun à leur mesure, plutôt dans la confrontation du patient à ses difficultés, dans l'incitation de la comparaison de ses performances actuelles à celles passées ou à celles de ses proches.

L'aspect écologique de la rééducation doit être mis en avant. Ce service ne marque qu'une étape dans la vie du patient. Le retour à domicile ou dans une autre structure, l'autonomisation sont les clefs de voûte du service. La faille réside ici dans la non-coïncidence des pratiques au sein d'un même service, des discours discordants peuvent se faire entendre.

En outre, la structure même de l'hôpital est à l'antithèse d'une prise en charge écologique : les patients sont stimulés pour les activités quotidiennes, tout est ritualisé, sans surprise ni prise d'initiative. Si on prend la toilette et l'habillage, les journées sont rythmées par des choses très répétitives.

Le travail en équipe est, dans la majorité des cas, un plus pour la prise en charge des patients. Cependant, certains patients profitent des prises en charges pluridisciplinaires pour mettre en porte à faux les différents spécialistes.

De fait, M. R estimait que l'action conjointe de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute était en contradiction. Il utilisait alors les arguments, employés pour lui expliquer la nécessité d'un travail dissocié main droite (activités constructives, pré-graphismes, formation de lettres...) main gauche (travail sur les troubles aphasiques), en les détournant de manière à montrer que sa rééducation n'était pas cohérente.

Ce type de comportements marque la nécessité des réunions de synthèse et d'une bonne communication au sein du service.

Les entretiens ont mis en exergue la difficulté que représente l'anosognosie des patients. En effet, celle-ci peut entraver la passation du bilan et la rééducation. Faute de participation, d'investissement du patient, les praticiens essaient de stimuler l'adhésion des patients au travers du contact humain. En effet, les patients anosognosiques de leurs troubles ne perçoivent pas l'utilité de la prise en charge.

Aussi, le temps que la conscience des troubles se fasse jour, faut-il tenter d'intéresser le patient par une relation de confiance interpersonnelle, avant de pouvoir établir une relation thérapeutique.

Souvent l'anosognosie régresse spontanément ou/et avec aide. Toutefois, l'orthophoniste a ainsi pu rapporter le cas d'une patiente anosognosique : *« elle se rendait en séances. On essayait de faire des exercices. Elle ne comprenait pas ce que je lui voulais. Elle me trouvait bien gentille, mais à un moment elle avait quand même autre chose à faire. Je n'arrivais pas du tout à lui faire prendre conscience de ses troubles : j'essayais de l'enregistrer, toute sorte de choses... Il n'y avait rien à faire, strictement rien. Elle avait une surdité verbale qui faisait qu'elle ne comprenait pas de toute façon ce que je lui disais. Elle ne pouvait pas comprendre nos arguments. C'est le problème avec les aphasiques de Wernicke : ils n'ont pas le feedback, donc forcément il n'y a pas d'analyse, donc il n'y a pas de conscience » (orthophoniste).*

Ainsi est soulevé le problème de l'imperméabilité des patients aux arguments des soignants, du fait de leurs difficultés de compréhension, de leur anosognosie. L'avancée dans la prise en charge devient alors un combat de tous les instants pour une prise de conscience qui peut, dans certains cas, s'avérer impossible.

L'ergothérapeute estime, ainsi, que la prise de conscience est l'objectif premier de toute rééducation, sans lequel aucune prise en charge ne peut avoir lieu.

Dans le cas de M. R, il a fallu mettre fin aux séances. Les praticiens se heurtaient à ses excuses, à son agressivité, dès qu'ils le mettaient face à ses difficultés. S'ils voulaient que la séance se déroule sans anicroche, il fallait abonder dans son sens et lui proposer des exercices faciles. Il repartait alors de la séance en soutenant à qui voulait l'entendre qu'il allait bien. De plus, son agacement transparaissait au travers de critiques à demi voilées.

Si les ergothérapeutes prenaient au début sur eux, en espérant toujours un progrès, le comportement de M. R et la régression de ses performances ont amené à cesser la prise en charge.

La confrontation du patient à ses troubles est, en outre, d'autant plus ardue que le trouble n'est pas visible. « *Un anosognosique qui est complètement paralysé, il se lève, il tombe. Il n'a pas d'excuse, il ne peut pas se relever, il est obligé de le reconnaître. Au niveau cognitif, là il y a des parades, les gens peuvent déambuler, (...) se mettre en danger* » (ergothérapeute). Faire parvenir à une pleine conscience du trouble, quand celui-ci est d'ordre cognitif et donc non visible, s'avère donc difficile.

Ce travail peut se complexifier quand les proches ne se figurent pas les difficultés de leur proche : il est hémiparétique, c'est visible, il faut donc lui réapprendre à marcher, c'est concret. Pour les troubles moins prégnants, les troubles cognitifs, les familles peuvent ne pas considérer ces troubles comme majeurs, en comparaison des troubles physiques, voire elles peuvent faire preuve de déni de ces troubles qui touchent davantage à la personnalité du patient.

En outre, il est parfois difficile de faire la part des choses entre le déni et l'anosognosie du patient. Ces deux phénomènes paraissent souvent liés.

Dans le cas de M. R, la part de déni et la personnalité du patient tendaient à faire penser que M. R mobilisait parfois son énergie, non pas à des fins de rééducation, mais dans le but de ne pas perdre la face, de ne pas laisser voir ses troubles.

Dans les cas de tableaux aphasiques plus purs par contre, l'orthophoniste estime que la part de déni est minime, en comparaison « *des syndromes frontaux, des séquelles de traumatismes crâniens, de certaines pathologies dégénératives, genre sclérose en plaque* » (orthophoniste). L'anosognosie se rencontrerait plus fréquemment dans les « *aphasies*

postérieurs, type Wernicke ». Les patients anosognosiques de leur aphasie jargonnet, sans s'auto-corriger. Ils ont l'air parfois éberlués que leurs auditeurs ne les comprennent pas : ils n'ont pas le retour. A l'inverse dans les cas d'aphasies non fluentes, « *il y a en général une bonne conscience du trouble* » (orthophoniste).

b) élaboration d'une plaquette d'informations à l'intention des familles

b.1 méthodologie, explication des choix

La plaquette d'informations et d'explications est destinée aux familles. Elle vise :

- à créer un support d'échange entre praticiens et familles qui ne savent pas toujours quelles questions poser, ni à qui s'adresser pour obtenir des réponses.
- à permettre aux proches de revenir sur les informations fournies par les professionnels grâce à un document écrit, qu'ils peuvent reprendre, regarder à nouveau, avec du recul.
- à donner quelques conseils pour aborder le problème de l'anosognosie de leur proche, pour ajuster leurs comportements à cette ignorance des troubles.

Même si cela peut survenir, les parents n'ont généralement pas de formations médicales, sont peu coutumiers du jargon médical. En outre, beaucoup de renseignements leur sont fournis, en un laps de temps assez court, qui ne leur permet, parfois, pas d'intégrer toutes les informations, dans la mesure où ils sont souvent abasourdis par la situation.

Quand les personnes deviennent susceptibles de les enregistrer, ce support, écrit dans un lexique accessible à tous, offre alors un retour sur les informations reçues. Ce fascicule pourrait être transmis par les médecins ou le personnel soignant directement aux familles, ou laissés à leur disposition dans la chambre du patient.

Ce fascicule comprend deux parties objectivées par un recto et un verso. La première partie comprend des données de nature générale sur les AVC, leurs séquelles, les praticiens et leurs champs d'intervention. Les parents du malade ne savent pas toujours qui sont ces professionnels qui prennent en charge leur proches.

La seconde partie se veut davantage tournée vers les aménagements et les conseils à prodiguer aux familles pour favoriser les échanges avec le patient. En effet, les proches peuvent agir : avoir un comportement aidant à la prise de conscience.

b.1.1 Recto

➤ Définition de l'accident vasculaire cérébral

L'AVC est une affection brutale au niveau du cerveau. Les conséquences de la lésion sont fonction de sa localisation et de son étendue.

➤ Les conséquences de l'AVC

Les séquelles motrices peuvent aller d'une paralysie qui récupère rapidement à un handicap lourd permanent. Elle peut s'accompagner de difficultés à déglutir, à parler et à réaliser les activités quotidiennes. De nombreux autres troubles peuvent se manifester : troubles de la mémoire, de la pensée, de l'apprentissage, des émotions, rétrécissement du champ visuel périphérique, perte de contrôle des sphincters (incontinence urinaire), etc.

Mais, surtout, le patient peut ignorer ses difficultés, ne pas en avoir conscience, en raison du trouble neurologique : il est alors considéré comme anosognosique.

➤ La prise en charge

En parallèle des traitements médicamenteux pour prévenir le risque d'AVC, pour combattre les signes de l'AVC, le patient va subir une batterie de tests. Les bilans vont évaluer les répercussions de l'AVC au niveau moteur (kinésithérapie, ergothérapie), au niveau du langage, de la déglutition et de l'articulation (orthophoniste), au niveau cognitif (examen de la mémoire, de l'attention, des capacités d'apprentissage, neuropsychologue). D'autre part, les conditions de vie et d'hospitalisation vont être considérées d'un point de vue social, avec l'aide d'une assistante sociale.

Selon les résultats aux différents tests, la motivation du patient, celui-ci débutera ou non une prise en charge auprès de ces différents spécialistes. L'aspect pluridisciplinaire de la rééducation répond à la variété des troubles dont peut souffrir un même patient.

A la suite de l'hospitalisation, une vigilance particulière sera apportée face aux facteurs de risques des AVC. Le retour à domicile fera l'objet d'une analyse détaillée et concertée entre le patient, sa famille et les praticiens. Des prises en charges en structures, type centres de rééducation fonctionnelle, ou en libéral pourront être proposées.

Il serait intéressant de laisser de la place, à ce niveau de la plaquette, pour permettre aux proches de noter le nom du médecin référent, le numéro du service. Ces renseignements pourraient être complétés par des informations quant aux noms des praticiens, leurs heures de rendez-vous avec les malades, de manière à créer un lien entre le service et les proches et à prévenir de l'absence des patients de leur chambre.

En outre, ces informations contribueraient à la base d'une communication avec le malade, lorsque celui-ci ne parvient pas à dire qui il a vu, ce qu'il a fait dans la journée.

➤ Le pronostic

Le plus souvent, la récupération fonctionnelle survient en quelques jours à quelques mois car si des cellules cérébrales ont été détruites, d'autres peuvent prendre le relais, sans oublier la plasticité cérébrale qui fait que d'autres zones du cerveau peuvent développer des fonctions de remplacement. Il existe cependant des cas où les paralysies, les répercussions de l'AVC deviennent permanentes.

Concernant l'AVC ischémique, on considère que les troubles neurologiques qui persistent au-delà de 6 mois deviennent définitifs, tandis qu'en cas d'AVC hémorragiques, des améliorations peuvent être attendues sur plusieurs mois, voire des années.

b.1.2 Le verso

Le patient est anosognosique. La non-conscience des troubles est généralement temporaire. Cet état de conscience s'améliore avec la contribution du personnel de soins et des proches.

Quel comportement adopter face à cette personne qui ne se rend pas compte de ses difficultés ?

1.2.1 Des conseils ont émergés de l'expérience clinique :

➤ S'armer de patience

La récupération peut être assez longue.

En outre, tolérer les changements induits par la maladie est nécessaire. La personne ne se voile pas la face, elle n'est pas en mesure, au niveau neurologique, de prendre conscience de ses difficultés, ou de certaines d'entre elles. Elle ne le fait pas exprès. Aussi, si le patient fait preuve d'agressivité, d'opposition, il faut rester calme ou sortir de la pièce pour revenir plus tard.

Lorsque cette frustration de ne pouvoir mettre le patient face à la réalité devient trop forte, que la situation devient pesante, il est utile voire nécessaire de demander de l'aide, d'en parler, demander s'il existe des groupes d'écoute.

➤ Répéter

L'itération de comportements inscrit le patient dans un univers sécurisant où il peut aisément se créer ou se recréer des repères stables.

➤ Confronter

Il peut être utile de pointer les situations dans lesquelles le patient se trouve en difficulté, pour que celui-ci en prenne conscience. Il faut observer les modifications dans l'humeur du patient et veiller sur son état psychologique. En effet, la prise de conscience de la situation, des modifications impliquées par l'AVC, peuvent plonger le patient dans un état dépressif, auquel il faut faire attention.

➤ Communiquer

Tous les modes de communication peuvent être mis à profit pour favoriser l'échange avec le patient. Mimer, utiliser les gestes significatifs, mettre en place un cahier de communication peuvent aider. Les photographies, les pictogrammes correspondant à des situations, à des besoins usuels, ou encore les mots ou les phrases vont permettre la transmission d'informations, lorsque le pointage fonctionne ou que le « *oui – non* » est fiable.

Il ne faut pas hésiter à dire « *non, je ne t'ai pas compris* ». Auquel cas, il est possible de demander de reformuler, de pointer ce qui a été dit, de tenter de deviner.

Essayer de capter l'attention du patient par le regard ou par un geste, un contact de la main, au moment de lui parler. Il faut le canaliser pour que l'information puisse l'atteindre.

Le patient doit s'être tu, avoir pris conscience qu'une parole lui était adressée, pour permettre une meilleure compréhension.

S'assurer de la compréhension par une question à laquelle le patient peut répondre par « oui – non », par un geste ou une mimique.

Ses capacités d'attention, sa fatigue physique et ses difficultés de compréhension ne lui permettent pas de saisir immédiatement toutes les informations, surtout si elles sont nombreuses. Il faut donc essayer de transmettre des informations simples, cohérentes, voire contextualisées, de manière à ne pas surcharger le patient.

Dès le départ les familles peuvent ouvrir un cahier de liaison pour noter ce que disent les médecins, le personnel du service. Il va servir :

- à transmettre les informations relatives à l'état de la personne, pour les autres visiteurs,
- à noter les interrogations de chacun, les plaintes du patient ou de l'entourage et les observations utiles à la bonne communication avec le patient,
- à faire le lien entre les proches : dire comment se sont déroulées les journées, les séances pour éviter les redites propres à fatiguer voire à lasser le patient, par exemple.

Le cahier peut se présenter sous la forme d'un petit carnet avec les questions sur la page de droite et les réponses sur la page de gauche.

➤ S'adapter

L'AVC présente un aspect extrêmement variable selon les individus. Chaque patient a une façon personnelle d'y réagir, aussi les pronostics peuvent-ils être très variables.

Aménager l'intérieur peut être nécessaire. En effet, le patient anosognosique peut, sans le savoir, se mettre en danger. Un patient qui n'a pas conscience de sa paralysie, par exemple, peut tenter de se lever seul et risquer de se blesser. Aussi faut-il éloigner les objets qui pourraient entraîner une chute.

1.2.2 Des attentions particulières sont à avoir :

- Ne pas infantiliser le patient.

Même s'il ne peut s'exprimer ou comprendre pleinement ce qui lui est dit, le patient est toujours un être pensant, avec son histoire de vie, ses sentiments, ses désirs qu'il faut respecter. Lorsque cela est possible, il vaut donc mieux éviter de faire pour lui ou de parler en son nom.

➤ Le patient est fatigable

Il faut éviter de le sur-stimuler. Se remettre de l'AVC, participer aux rééducations lui demande déjà un effort considérable en terme d'énergie physique et d'attention, aussi faut-il veiller à ce qu'il puisse se reposer.

Les visites sont des moments de convivialité nécessaires au bien-être du patient et qui contribuent à son implication dans sa récupération. Toutefois, si les visites se font trop longues, trop nombreuses, elles peuvent devenir éprouvantes pour le patient qui ne pourra plus se mobiliser pour sa rééducation. L'intérêt du cahier de communication peut alors se manifester pleinement.

b.2 fascicule à l'intention des familles

L'élaboration de la brochure a soulevé des problèmes d'ordre pratique. En effet, il s'agit d'un fascicule à l'intention des familles qui sera transmis par les médecins ou le personnel soignant, à la suite du premier entretien.

La brochure doit donc faire une taille réduite, qui tiendrait idéalement dans la poche d'une blouse médicale. L'idée initiale était celle d'un recto verso, de la taille d'une carte postale environ. Cependant, les données issues de la clinique et les exemples qui y sont joints requièrent davantage de place qu'un recto verso. Il a donc fallu revoir ce format, en vue d'une meilleure lisibilité. La taille générale, type carte postale, n'a pas été modifiée. Le fascicule se présente, toutefois dorénavant sous la forme de 2 volets recto verso, soit 4 pages.

La première page correspond aux informations générales relatives à l'accident vasculaire cérébral, aux professionnels.

L'intérieur du fascicule est réservé aux recommandations. Celles-ci sont priorisées. Elles traitent tout d'abord de la communication : mettre le sujet et sa parole au centre.

Quant à la dernière page, elle est consacrée au pronostic et aux informations pratiques (suggestion de mise en page du cahier de liaison, nom du médecin référent, numéro du service, de la chambre...).

Le contenu du fascicule a été remanié tant sur la forme, en priorisant les informations, que sur le fond, en travaillant à offrir des renseignements clairs, illustrés par des exemples.

L'emploi du « *vous* » est apparu pertinent de manière à impliquer les familles, les proches. Elles sont actrices, participent à l'implication du patient dans sa rééducation, en participant à son mieux-être général, en échangeant avec lui. Elles sont à même de faire part de changements chez leur proche, par rapport à la période précédant l'AVC.

Ainsi, ce fascicule se présente comme une base de discussion, un recueil d'informations pour rassurer et guider les familles parfois perplexes face à leur proche hospitalisé.

VOTRE PROCHE VIENT D'AVOIR UN AVC

L'AVC est une affection brutale au niveau du cerveau.

Les conséquences de la lésion sont fonction de sa localisation et de son étendue.

Quelles sont ses difficultés ?

- Les **séquelles motrices** peuvent aller d'une paralysie qui récupère rapidement à un handicap lourd permanent. Elles peuvent s'accompagner de difficultés à :
 - déglutir
 - parler
 - réaliser les activités quotidiennes
- D'autres troubles peuvent se manifester à différents niveaux :

- mémoire, pensée	- émotions	- incontinence...
- apprentissage	- audition	- champ visuel

Dans le service :

Votre proche rencontre des spécialistes qui évaluent ses difficultés.

- Le bilan moteur est effectué par le kinésithérapeute et l'ergothérapeute.
- L'orthophoniste observe le langage, la déglutition et l'articulation.
- Un examen des fonctions cognitives (mémoire, attention, capacités d'apprentissage) est parfois envisagé.
- A la suite de ces batteries de tests et des entretiens avec le patient, **une prise en charge** sera ou non décidée.
- Les conditions de vie et de sortie d'hospitalisation feront l'objet d'échanges avec une assistante sociale.

Mais, le patient peut ignorer ses difficultés.

Il n'a pas conscience de son état en raison du trouble neurologique :
il est anosognosique.

Cette non-conscience des troubles est généralement temporaire

QUEL COMPORTEMENT ADOPTER FACE A CETTE PERSONNE

L'état de conscience s'améliore avec la contribution du personnel de soins et des proches :

Communiquer

- Tous les modes de communication sont profitables : **parlez, mimez**, utilisez des **gestes significatifs**... Mettre en place un **cahier de communication** avec des phrases ou des mots écrits, des images ou des photographies de la vie quotidienne, peut soutenir l'échange. Le patient peut alors s'exprimer en pointant lui-même ou en confirmant ce qu'un tiers désigne.
- Il ne faut pas hésiter à dire « non, je ne t'ai pas compris ». Demandez lui de **reformuler**, de **pointer** ce qui a été dit ou **tentez de deviner**.
- **Captez son attention** par un regard ou un geste, un contact de la main, au moment de lui parler. Il faut canaliser le patient pour que l'information puisse l'atteindre. Le patient doit s'être tu, avoir saisi qu'une parole lui était adressée, pour intégrer le message.
- **Assurez-vous de sa compréhension** par une question à laquelle il peut répondre par « oui – non », par un geste ou une mimique.
- Attention, sa fatigue physique, ses capacités d'attention et ses difficultés de compréhension ne lui permettent pas, parfois, de saisir immédiatement la totalité du message. **Transmettez donc des informations simples**, peu nombreuses, cohérentes, liées au contexte, pour ne pas surcharger le patient.
- Vous pouvez **ouvrir un carnet de liaison** pour y noter ce que disent les professionnels, **y noter vos questionnements, vos observations et celles du patient**. Laisse dans la chambre, ce carnet peut transmettre, pour les visiteurs, les informations relatives à l'état du patient lorsque celui-ci ne peut s'exprimer aisément. **Il fait le lien entre les proches** pour expliquer comment se sont déroulées les journées et ainsi éviter les redites propres à fatiguer, voire à lasser le patient. Dans ce carnet, aux questions sur la page de droite, les professionnels répondent sur celle de gauche, lorsqu'ils ne peuvent y répondre en vis-à-vis.

S'adapter

- Chaque patient a une façon personnelle de réagir à l'AVC. Aussi, faut-il **s'adapter** à chaque situation, **en visant toujours le mieux-être du patient**.
- Aménager votre intérieur peut s'avérer nécessaire. En effet, un patient qui n'a pas conscience de son état peut, sans le savoir, se mettre en danger. S'il ignore sa paralysie, par exemple, il peut tenter de se lever seul et risquer de se blesser. Veillez donc à éloigner les objets pouvant entraîner une chute. Des conseils plus spécifiques vous seront prodigués par le staff soignant.

P.2

QUI NE SE REND PAS COMPTE DE SES DIFFICULTES ?

l'expérience des professionnels a mis en avant des attentions et des recommandations

S'armer de patience

- La récupération peut être longue et laborieuse.
- La personne a changé, suite à son AVC, mais elle n'est pas en mesure, au niveau neurologique, de percevoir ses difficultés ou certaines d'entre elles. Elle ne le fait pas exprès.
- Si le patient fait preuve d'agressivité, d'opposition, restez calme ou sortez de la pièce pour revenir plus tard.
- Si la frustration de ne pouvoir mettre le patient face à la réalité devient trop forte, que la situation devient pesante, demandez de l'aide, parlez-en, informez-vous quant à l'existence de groupes d'écoute.

Répéter

- La répétition de comportements, les routines inscrivent votre proche dans un univers sécurisant, où il se crée ou se recrée des repères stables.

Confronter

- Pointer les situations difficiles, pour le patient, contribue à augmenter la conscience de son état. Portez une attention particulière aux modifications de l'humeur, à l'état psychologique du patient, car la prise de conscience des modifications impliquées par l'AVC peut plonger le patient dans un désarroi certain.

Eviter de sur-stimuler le patient

- Il est fatigable. Se remettre de l'AVC, participer aux rééducations demande un effort considérable en terme d'énergie physique et d'attention, aussi faut-il veiller à préserver des temps de répit, repos.
- Les visites sont des moments de convivialité nécessaires au bien-être du patient qui contribuent à son implication dans sa récupération. Si les visites se font trop longues, trop nombreuses, elles peuvent devenir éprouvantes pour le patient qui ne pourra plus se mobiliser pour sa rééducation. L'intérêt du carnet de liaison peut alors se manifester pleinement.

Ne pas infantiliser le patient.

- Même s'il ne peut s'exprimer ou comprendre pleinement ce qui lui est dit, le patient est toujours cet être pensant, avec son histoire de vie, ses sentiments, ses désirs qu'il faut respecter. Mieux vaut donc éviter de faire pour lui ou de parler en son nom.

Exemple de Carnet de Liaison

Questions,

Observations :

Réponses :

Emploi du temps

REEDUCATION	PRATICIENS	RENDEZ-VOUS
Ergo	Sophie	Jeudi 10 h Mardi et Mercredi 11h30 Vendredi 15h30 Lundi 16h
Ortho	Robert	
Kiné	Pierre	
Psycho	Emmanuel	
...	...	
Autres RDV :		
Assistante sociale	Chantal	
...	...	

Dans L'Avenir

- Le plus souvent, la **récupération** peut survenir en quelques jours ou quelques mois. Elle **peut varier selon les personnes et la gravité des lésions**.
- A la suite de l'hospitalisation, une vigilance particulière sera apportée face aux facteurs de risques des AVC.
- Le retour à domicile fera l'objet d'une analyse détaillée et concertée entre le patient, sa famille et les praticiens.
Des prises en charges en structures ou en libéral pourront être proposées.

N ° de la chambre :

Nom du médecin référent :

Conception / Mise en page : Solène DIRAISON

P.4

Conclusion

L'abord de la notion d'anosognosie a mis à jour de nombreuses interrogations. Les recherches théoriques et les observations cliniques de patients anosognosiques ont contribué à apporter des amorces de réponses. Elles ont parfois même permis d'élargir la réflexion en soulevant de nouvelles questions.

Les praticiens s'emploient ainsi à accroître la conscience des troubles, en apportant des attentions particulières à ces patients anosognosiques.

Les routines, les répétitions et la confrontation aux difficultés sont accentuées, par rapport à une rééducation d'aphasie sans anosognosie concomitante. Ces 3 aspects constituent un véritable pan de la rééducation.

Si cette trame reste inchangée, les différents praticiens du MPR emploient toutefois des techniques différentes pour mettre le patient face aux répercussions de l'AVC. Les kinésithérapeutes et ergothérapeutes tendent à favoriser la confrontation et à se baser sur les automatismes. Les infirmiers, pour leur part, adoptent des techniques dites de validation, de manière à s'assurer la coopération du patient. Dans sa prise en charge, l'orthophoniste cherche à instaurer des routines de langage et de communication, en pointant ça et là les difficultés du patient.

Les rééducations se veulent écologiques, malgré les conditions spécifiques de l'hospitalisation. Elles favorisent, de ce fait, non seulement l'autonomie, mais également la perception de ses difficultés par le patient. Parallèlement les prises en charge se font avant tout humaines, avec une attention particulière portée à l'état psychologique, au bien-être du patient.

La notion d'anosognosie peut revêtir diverses réalités, au sein d'un même service. Ces visions diffèrent en raison des formations initiales, des parcours professionnels. De plus le patient peut méconnaître certaines de ses difficultés, tout en étant conscient de certains de ses troubles. Dès lors, selon le type de rééducation, le patient apparaît, ou non, sensible à la réalité de son état et des implications de l'AVC. Il est donc ardu de parler d'une vision commune tant de la définition, que de la prise en charge de l'anosognosie, dans un service de MPR.

De fait, à partir d'une même connaissance relative à la notion d'anosognosie, chaque spécialiste se forge sa propre image de ce symptôme mêlée de déni et de troubles neurologiques.

Alors même que la non-conscience des déficits pourrait apparaître ainsi comme un trouble assez variable voire flou, les praticiens tentent de clarifier cette notion aux yeux des familles et de l'entourage des patients. Ils leur apportent des informations quant à la façon de communiquer, de maintenir un contact avec leur proche qui peut leur sembler « *dans son monde* ». Le fascicule à l'intention des familles tente donc de mettre en forme et d'explicitier les éléments transmis dans la pratique. Il s'agit alors de fournir les bases d'un échange un peu tronqué par le défaut de conscience du patient de ses propres difficultés.

Bibliographies

Ouvrages ressources et de référence

- Bérubé. L, (1991), Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, Montréal, édition de La Chenelière
- Brin. F, Courrier. C et col, (2004), **Dictionnaire d'orthophonie**, Isbergues, Orthoédition,
- Camus. V, Schmitt. L, (2000), **Manifestations psychiatriques des affections cérébrovasculaires : approche clinique et thérapeutique**, Paris, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS
- Chevalier. B, Eustache. F, Viader. V, (1998), **La conscience et ses troubles : séminaire Jean-Louis Signoret**, Paris, édition de Boeck Université
- Chomel-Guillaume. S, Leloup. G, Bernard. I, (2010), **Les aphasies**, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson
- Corcos. M, Speranza. M, (2003), **Psychopathologie de l'alexithymie**, Paris, Dunod,
- Fleming. J. (2010). La conscience de soi. In: JAH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation.
- Hécaen. H et lanteri-laura. G, (1983) **Les fonctions du cerveau**, 1^{ère} édition, Paris Masson,
- Markova. I, (2009), **L'insight en psychiatrie**, Rueil-Malmaison, édition Doin
- Morgon. A et Aimard. P, (1988), **Orthophonie : documents et témoignages**, Paris, Masson
- Nemiah. J, Sifneos. P, (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill, (dir.), Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Boston, Butterworth. P126
- Oppenheim-gluckman. H, (2006), **La pensée naufragée : Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés**, 2^{ème} édition, Paris, Economica Anthropolos
- Pedinelli. J-L, (1992) **Psychosomatique et alexithymie**, Paris, Presse Universitaire de France
- Pottier. B, Touchon. J, Ekelsberger. O, (1995), **Aphasie et langage**, Montpellier, édition espace 34
- Prigatano. G et Schacter. D, (1991) **Awareness of deficit of brain injury, clinical and theoretical issues**, New York, Oxford University Press

- Prigatano. G, (2010), **The study of anosognosia** New york, Oxford University Press
- Sabouraud. O, (1995), **Le langage et ses maux**, Odile Jacob
- Seron . X, Van Der Linden. M, (2000) **Traité de neuropsychologie clinique**, Tome 1, Marseille, édition Solal,
- Taylor. G. J, Bagby. R. M., Luminet. O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. In R. Bar-On and J.D.A. Parker (Eds.). The handbook of emotional intelligence. (pp. 301-319)

Revues ressources

- Allain. H, Belliard. S et col, (juin 1995), Neurotransmission et méconnaissance des mouvements anormaux, 9e rencontre de Charcot: Méconnaissance, déni, anosognosie, Neuro-psy, volume 10, n°6,
- Bakchine. S, (juin 1995), Anosognosie des déficits neurologiques, 9e rencontre de Charcot: Méconnaissance, déni, anosognosie, Neuro-psy, volume 10, n°6,
- Ben-Yishay. Y, (2008), Brain injury day treatment program, Neuropsychological Rehabilitation, 18 (5/6), 513-521
- Carota. A, Dieguez. S, Bogousslavsky. J, (décembre 2005), Psychopathologie des accidents vasculaires cérébraux, Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol. 3, n° 4
- Clare. L et Halligan. P, (2006), Pathologies of awareness: bridging the gap between theory and practice, Neuropsychological Rehabilitation. 16 (4), 353-355
- Cohen. C, (juin 1995), Méconnaissance et reconnaissance des symboles, 9e rencontre de Charcot: Méconnaissance, déni, anosognosie, Neuro-psy, volume 10, n°6,
- Derouesné. C, (juin 1995), Les théories neuropsychologiques et cognitives de l'anosognosie, 9e rencontre de Charcot: Méconnaissance, déni, anosognosie, Neuro-psy, volume 10, n°6,
- Derouesné. C, (2009), La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : un phénomène complexe et multidimensionnel, Psychol NeuroPsychiatr Vieil; 7 (4) : 243-51
- Fleming J, Ownsworth T. (2006), A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation, Neuropsychological Rehabilitation, 16, 474-500

- Habib. M, (2006), Neurologie de l'action et de la motivation : de l'athymhormie à l'hyperactivité, L'Encéphale, 32 : 10-24, cahier 2
- Johnson. S.C, Baxter. L et col, (2002), Neural correlates of self-reflection, Brain, 125, pp1808-1814
- Laurent. B et Thomas-Antérion. C, (1998), la latéralisation du contrôle émotionnel Revue de neuropsychologie, volume 8, numéro 4, pp 643-690
- Lebrun. Y, (1990), The dysphoria and anosognosia in aphasia treatment, Rééducation orthophonique, volume 28, pp. 259-269
- Luauté. J-P, (juin 1995), Les méconnaissances systématiques d'identité d'autrui, 9e rencontre de Charcot: Méconnaissance, déni, anosognosie, Neuro-psy, volume 10, n°6,
- Oppenheim-gluckman. H, (Janvier 1998), Approche psychopathologique de la méconnaissance du handicap cognitif et comportemental chez les patients cérébro-lésés, Journal de Réadaptation Médicale Vol. : 18, N° : 1, pp 23-28
- Oppenheim-gluckman. H, (1998), Atteinte de la conscience de soi et du handicap chez les patients cérébro-lésés, Confrontations Psychiatriques N° : 39, 113, pp 128-132
- Ownsworth. T, Mc Farland. K et col, (2000), Self-awareness and psychosocial functioning following acquired brain injury: an evaluation of a group support programme, Neuropsychological Rehabilitation, 10 (5), 465-484
- Ownsworth. T, Fleming. J et al, 2007, Awareness typologies, long term emotional adjustment and psychosocial outcomes following acquired brain injury, Neuropsychological Rehabilitation, 17 (2), 129-150
- Prigatano. G et Klonoff. P, (1997), A clinician's rating scale for evaluating impaired self awareness and denial of disability after brain injury, The Clinical Neuropsychologist, Vol. : 11, N° : 1, pp 1-11
- Prigatano. G et Weinstein. E.A, (1996), Edwin A Weinstein's contributions to neuropsychological rehabilitation, Neuropsychological Rehabilitation, Vol. : 6, N° : 4, pp 305-326
- Weinstein. E. A, (1996), Symbolic aspects of confabulation following brain injury : influence of permorbid personality, Bulletin of the Menninger Clinic Vol. : 60, N° : 3, pp. 331-350
- Wepmann. J.M, et col (1960), Studies in aphasia: background end theoretical formulations. Journal of speech and hearing disorders, 25, p333

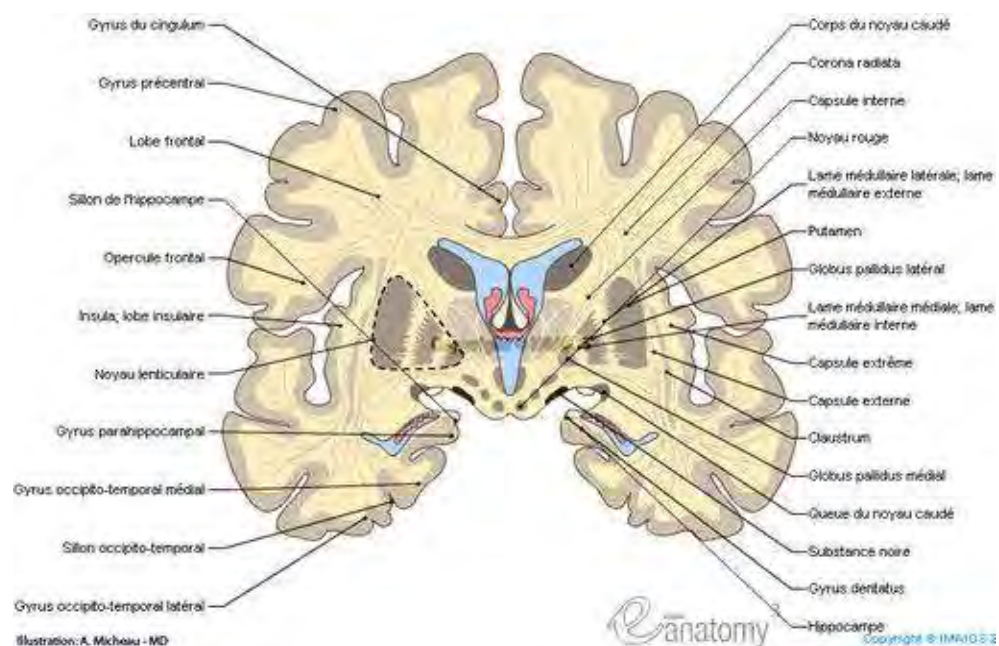
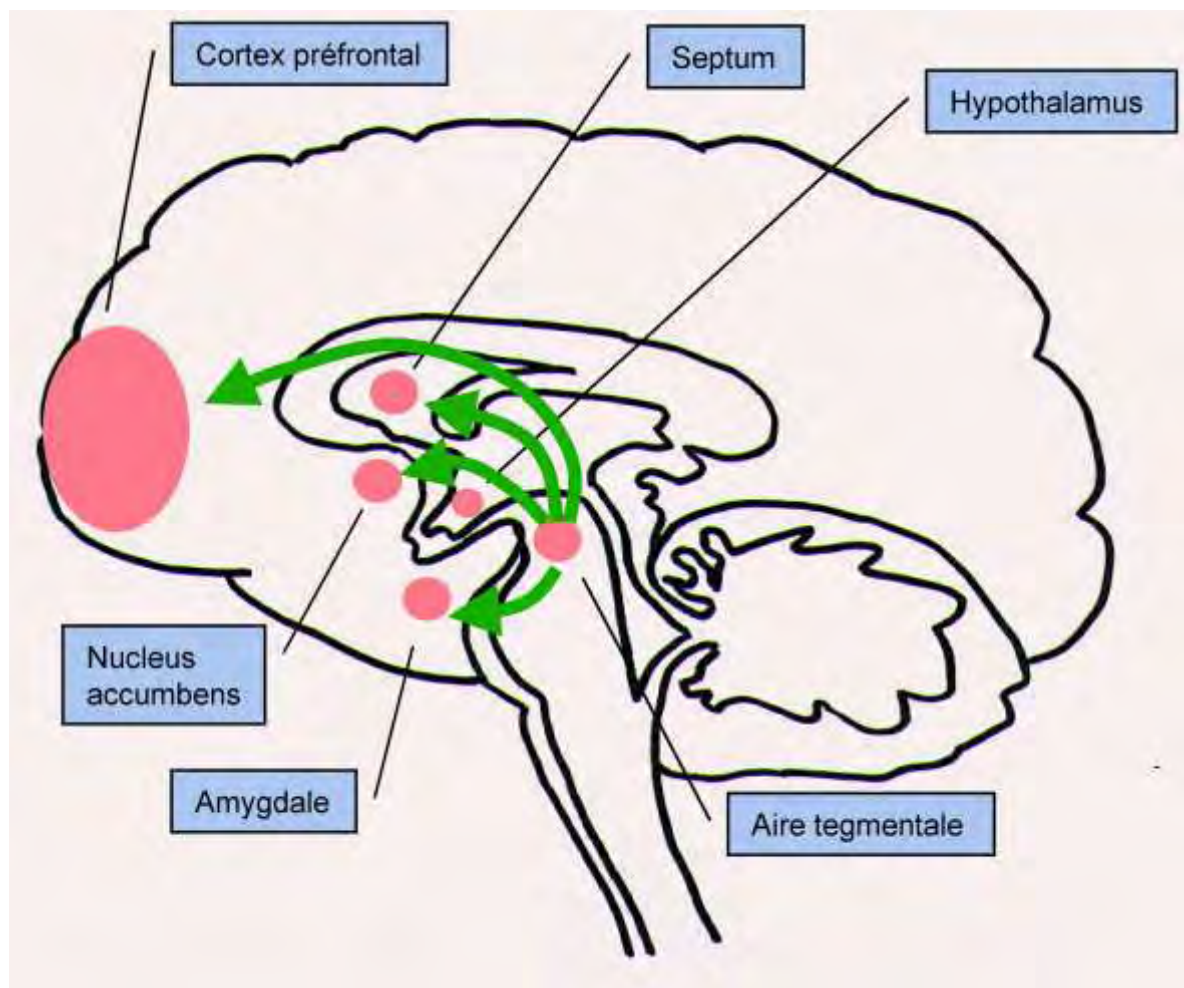
Mémoires

- Favre V, (2002), **Validité de la notion d'anosognosie dans la clinique des troubles aphasiques**, mémoire d'orthophonie de l'école de Paris
- Giovannoni-Gelineau. A, (1997), **L'anosognosie dans les syndromes aphasiques**, mémoire de l'école d'orthophonie de Nantes
- Siloret. P, (1985), **L'anosognosie : la spirale des problèmes ou la difficulté de cerner le sujet**, mémoire de l'école d'orthophonie de Nantes

Sources internet

- Evaluation de l'anosognosie des patients déments pris en charge en hôpital de jour en neuro-psycho-gériatrie, Congrès des hôpitaux de jour, Rennes 24 et 25 mai 2007, Dr Stirati-Buron, hôpital Bretonneau Paris, Service du Dr Drunat.
- Wikipédia
- <http://homepages.gold.ac.uk/gcocchini>
- <http://www.medicopedia.net/term/2254,1,xhtml#ixzz1C4SN4OAi>
- <http://www.psychoweb.fr/articles/neuropsychologie/104-anosognosie-et-meta-conscience-de-soi.html>

Annexes



Apareyn - (Chapeau)
Type - (Travail)
Painbœuf - (dimanche)
en un enet - apant en lmerme. (Les tomates sont vertes)

- DENOMINATION ECRITE - (MG)

môme (boire)

apett. (carré)

o mia psi. (dix-huit)

Dénomination à voix haute
correcte

apape. (choix)

apape. (rouge)

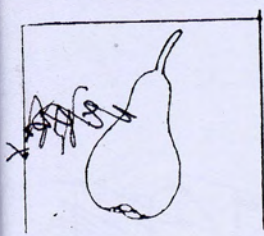
morma (vert)

morme (sept)

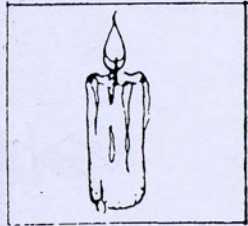
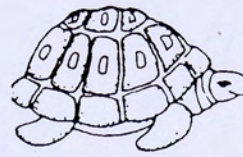
apepe. (cercle)

aparu. (ok)

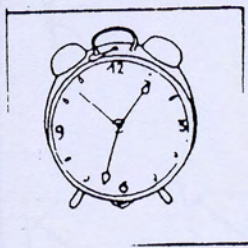
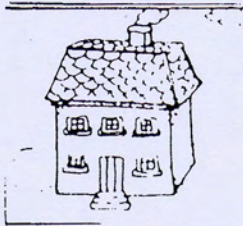
pape mormo (fumer)



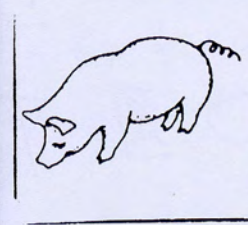
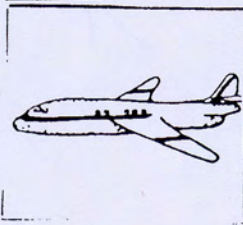
ARR
PÊCHE



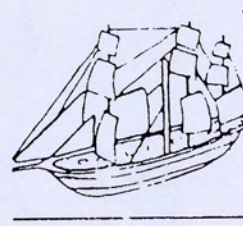
ARR
CANDÈLE



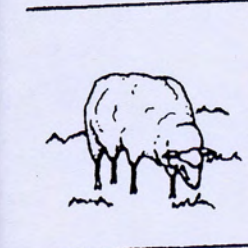
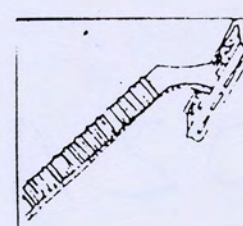
ARR
CLOCQ



AIR ABQ
PORC

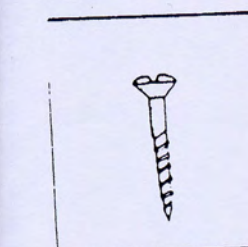


~~ARR~~ ARR
MÈDE

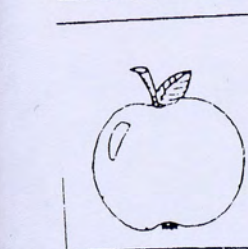
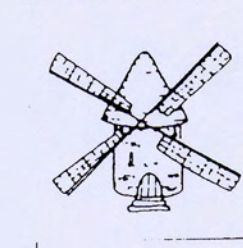


LETTRES MOBILES

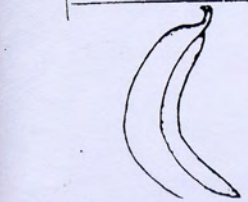
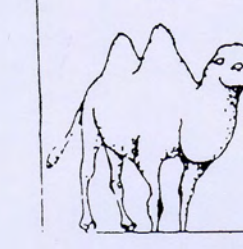
MG @
MD (ok)



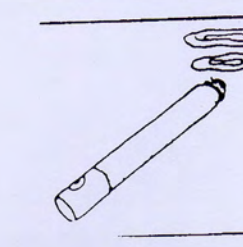
MG possible après
3 tentatives



MG possible sous
contrôle de ma
part



MG : ctrl de ma
part des lettres
de la 1^{re} lettre
sinon (+)



M^r RENY le 15/04/20

HG -

~~ETC~~ (copie tomate)

~~W~~ Copie TO = persévération sur "k"

K... K K K K ~~K~~ ~~OK~~

K K E T M

Copie lettre par lettre, au crible ++ de ma part :

T ~~W~~ O ~~W~~ M ~~W~~ A ~~W~~ ~~W~~ ~~W~~ T E

~~W~~ ~~W~~ ~~W~~ ~~W~~ P A S C ~~W~~ A ~~W~~ L

Se n'a adiabour pas assurément.

MG.

29/11/10

il y a du bruit dans le couloir

MD

il y a du bruit dans le couloir.

il y a du bruit dans le couloir

il y a du bruit dans le couloir → Copie
main droite

71

Iabait Immatat umiBait

~~Iabait~~ Hait a ~~abait~~

l'âge de la retraite

l'âge de la retraite est passé à 62 ans

l'âge de la retraite est passé à 62 ans

l'âge de la retraite est passé à 62 ans

l'ordinateur ne veut pas démarrer

l'ordinateur ne veut pas démarrer → Copie
main gauche

LC SALON MONTRE QUE VOUS SEZ D'ARTISTE

DC CENTRE (Main droite)

TEM CENT TENCHE TICHUE SUR RE LES PONTES DE
PRENENTRES. (Main gauche)

le 09.12.10

85/11/10 . ⑥

37 TRENTE SCIA^T SEPT.

82 QUATRE VINGTDEUX

25 VINGT Cinq Q

103 CENT TROI CHUTROIS E CENTROIS.

90 QUATRE VINGTDEX.

233 PEUX CENT TRENTE TROIS.

501 CING CENT UN.

74 SOIXANTE QUATORZE

91 QUATRE VINGT ONZE.

320 TROIS ~~CENT~~ ~~EN~~ VINGT

99 0 0
9 9 9 9 9 9

12/01/11

MAYEUX

→ claire ⊕

→ ciseaux → bonne : atonal

Ciseaux

VATA-L Material

The entire test comprises 18 sheets, each consisting of a question, a related drawing and a visual-analogue response scale:

- 1 practice item
- 14 experimental items: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17
- 4 check questions: 3, 8, 12, 18

Instructions:

Place each item on the patient's ipsilesional side. If necessary, point to the stimuli or rating scale when/where appropriate. For each item, read aloud the entire question or just the core action.

Emphasize that the question is about *the patient's current* abilities and repeat it if necessary. Read the following instructions to the patient while the practice item is on view:

"You will be asked to tell me how well you can currently perform a series of tasks. Each task will be illustrated by a picture. I will read each question aloud and the question is also written at the top of the sheet. You will be asked to rate what you think is, or would be, your ability now in performing each task. Below each picture there is a rating scale. Please state your ability by stating a number from 0 (no problem, you can perform this task without any difficulty) to 3 (you have such serious difficulty with this task that you would not be able to perform it). You can also provide the responses simply by pointing to the rating scale where appropriate. Let's try an example."

The caregiver and patient must be tested independently, on the same day where possible, and asked not to discuss their responses with each other before the end of the testing phase.

Scoring:

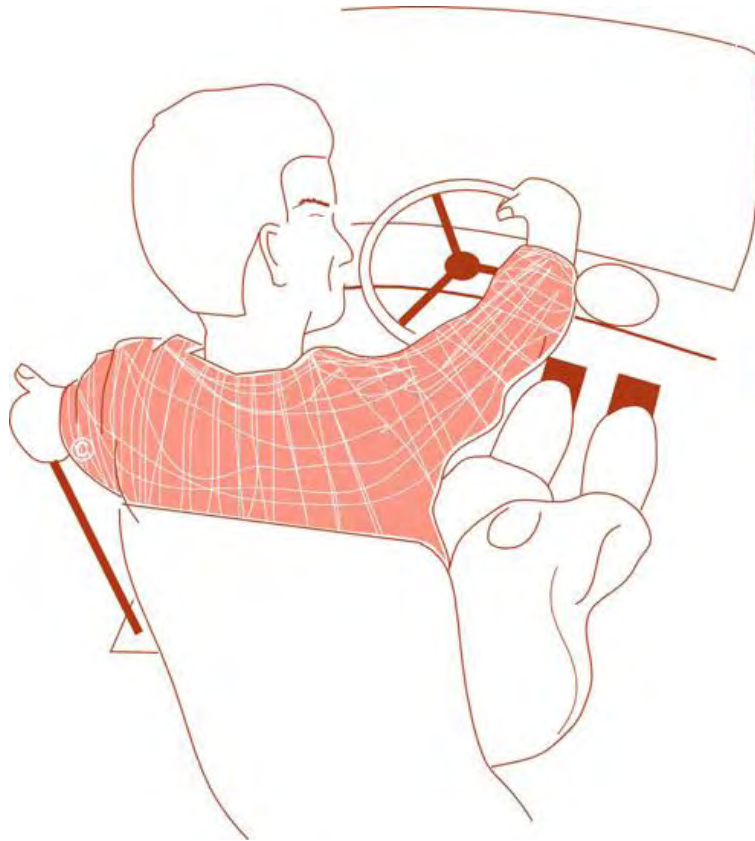
Sum the scores from the 14 experimental items. Subtract the patient's total score from the caregiver's total score to provide a caregiver-patient discrepancy value. A positive discrepancy indicates that, in comparison with their caregiver/s, the patient has overestimated their language abilities.

Discrepancy values equal or over 13.1 indicate anosognosia, discrepancy values equal or lower than 11.9 indicate preserved awareness and discrepancy values between 12.0 and 13.0 should be considered as borderline (Cocchini, Gregg, Beschin, Dean & Della Sala, submitted).

Patients and caregivers who do not provide the expected value to any of the check questions should be excluded.

**THIS VERSION OF
THE TASK IS STILL
PRELIMINARY**

Do you have difficulty driving?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Example Question

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem finding the
right word?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 1

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem understanding what people are talking about?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 2

Do you have any difficulty in jumping
over a lorry?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Check question - 3

Do you have the problem of putting
the sounds of words in the wrong
order?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 4

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem reading
notices?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 5

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem getting the sounds of a word?



No Problem



Problem

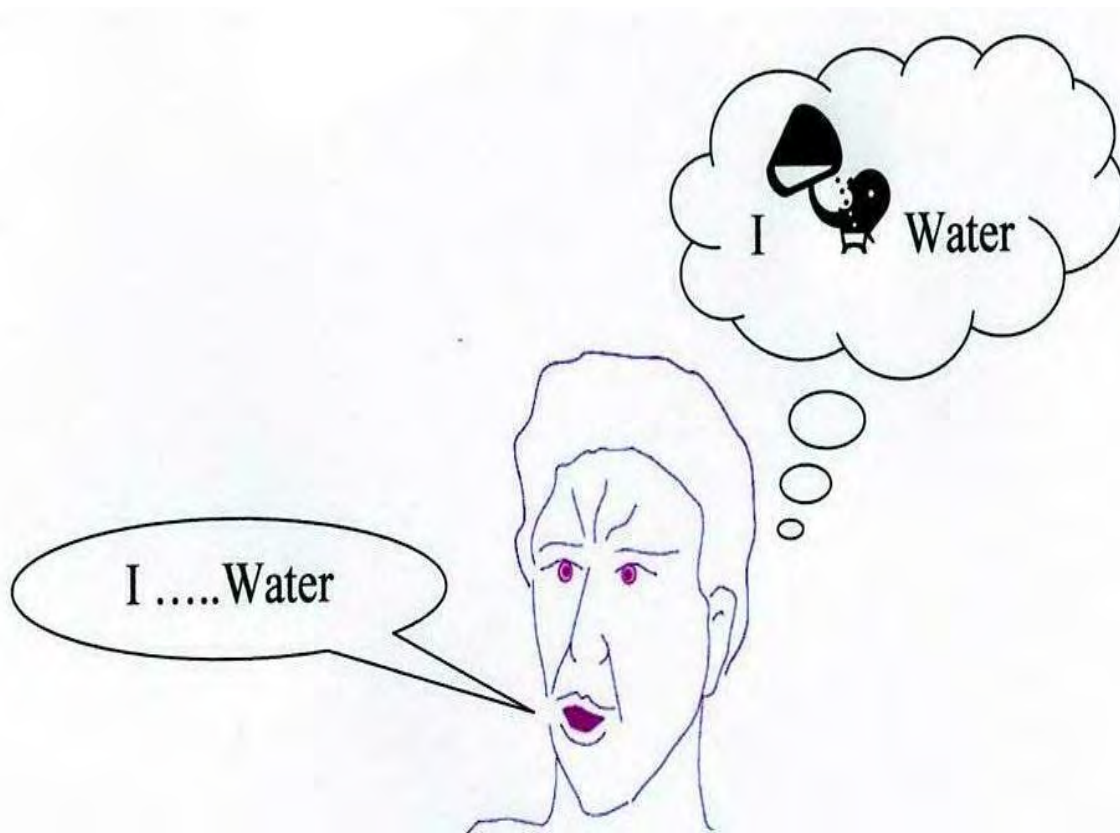
0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 6

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have the problem of missing out words in sentences?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 7

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Would you have a problem hearing an
aeroplane taking off?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Check question - 8

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem reading the newspaper?



No Problem



Problem

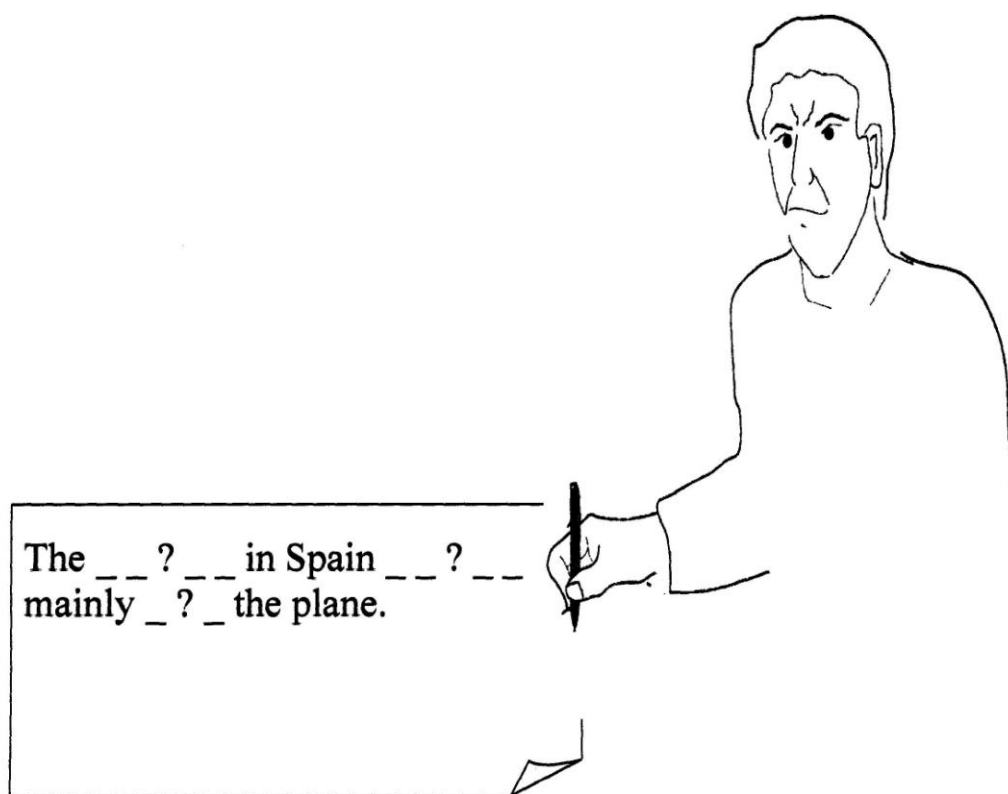
0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 9

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem writing sentences?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 10

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have the problem of using
made-up words that don't make
sense?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 11

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Would you have a problem hearing a
fire engine with its sirens on?



No Problem



Problem

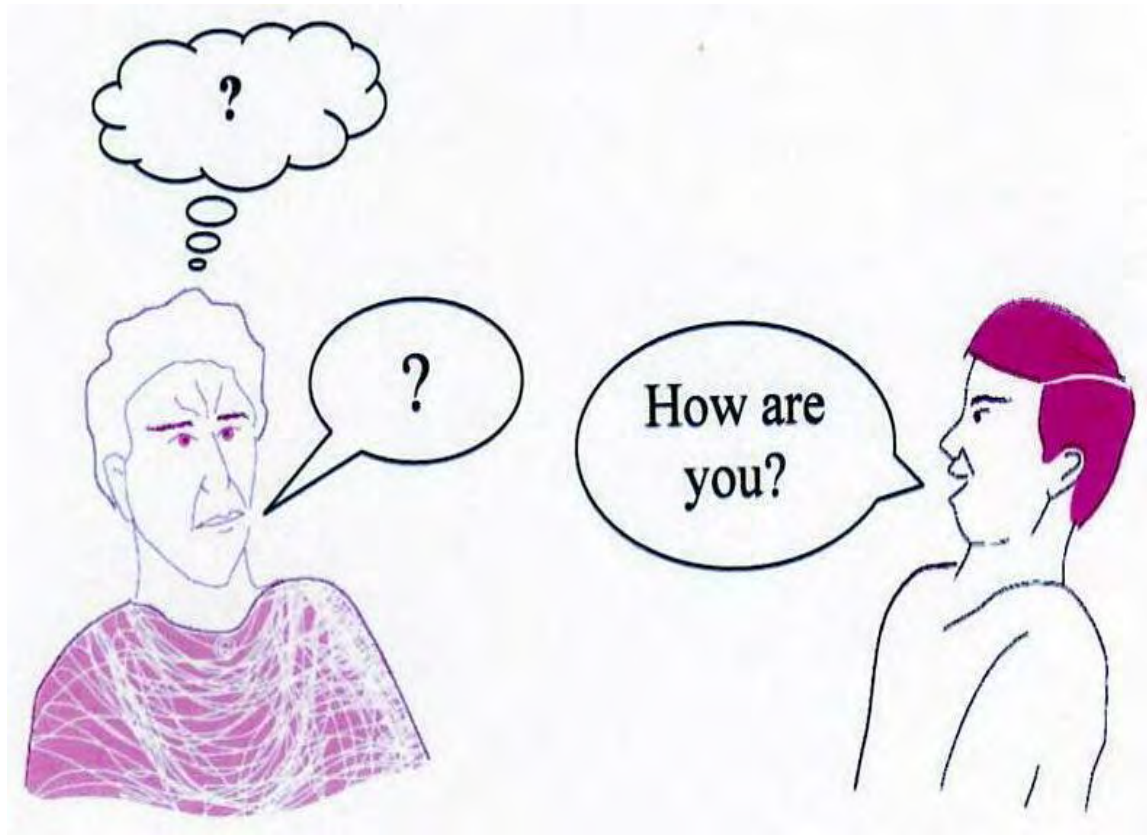
0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Check question - 12

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem telling
someone when you don't understand?



No Problem



Problem

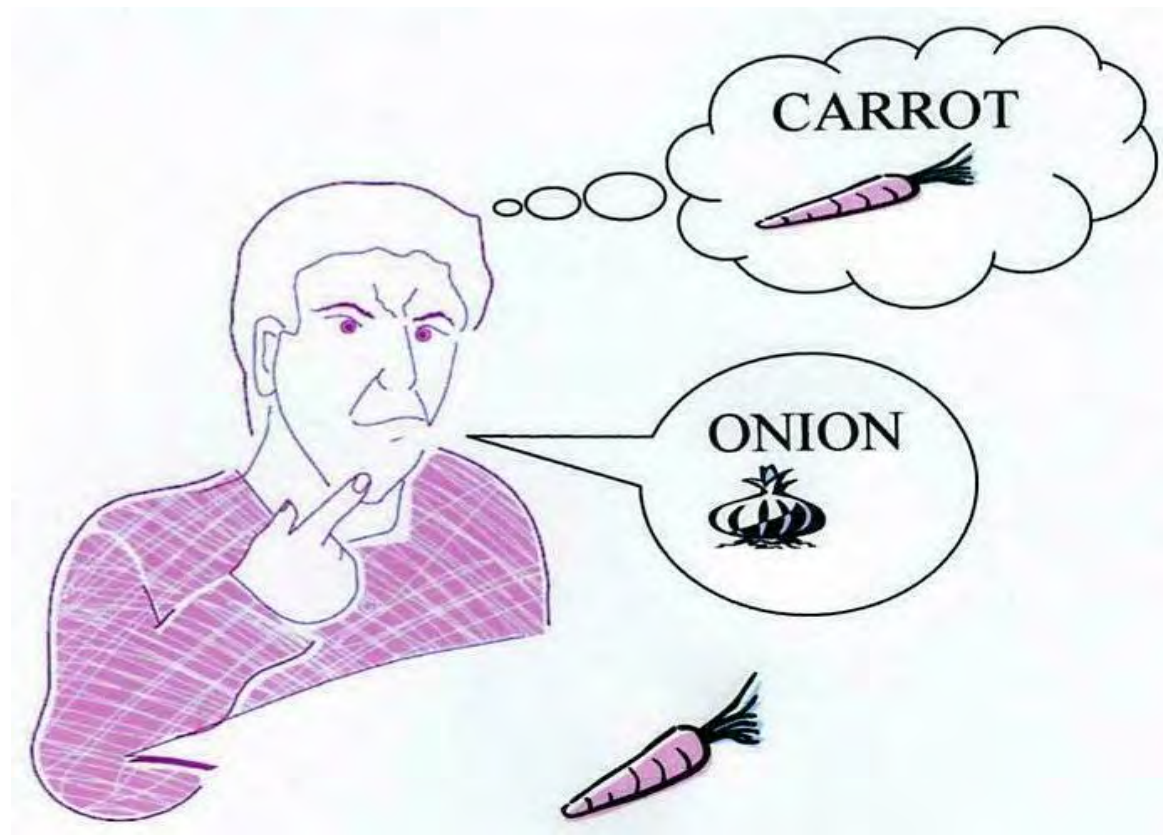
0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 13

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have the problem of using the
wrong word?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 14

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem speaking on
the telephone?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 15

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem picking up mistakes in your speech?



No Problem



Problem

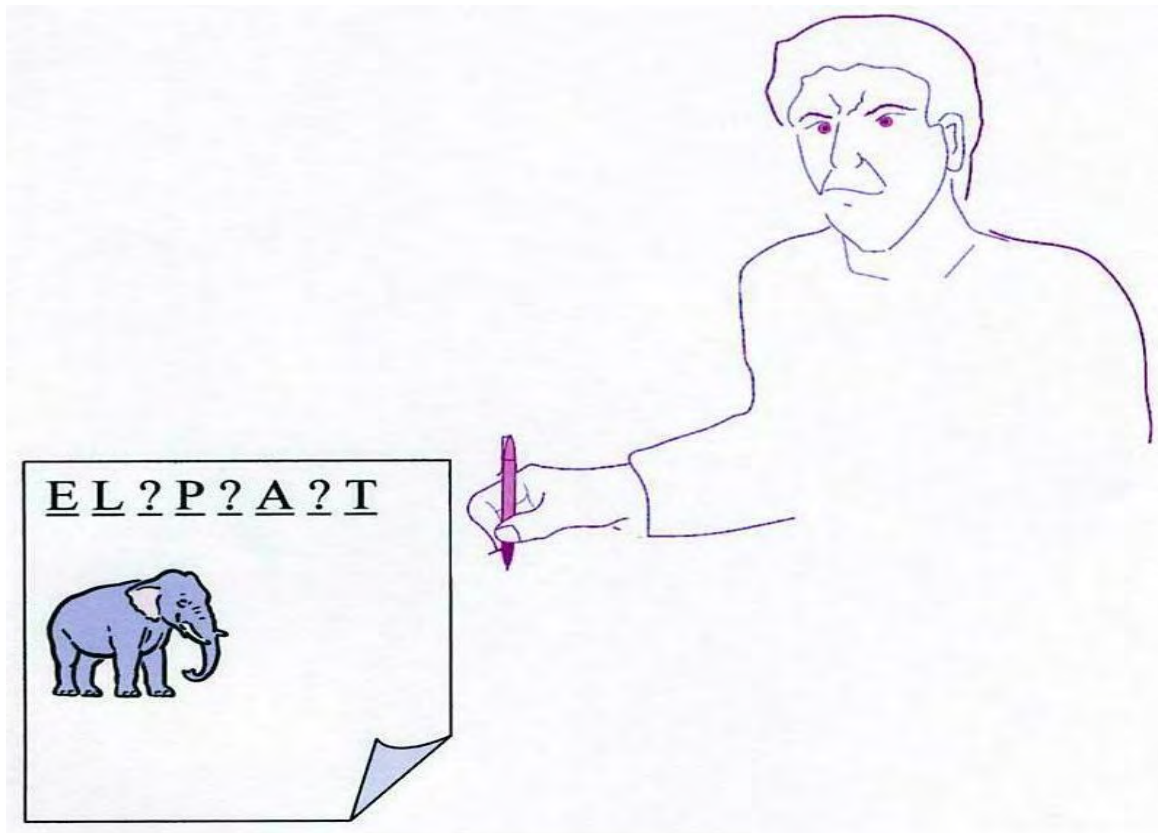
0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 16

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Do you have a problem writing single words?



No Problem



Problem

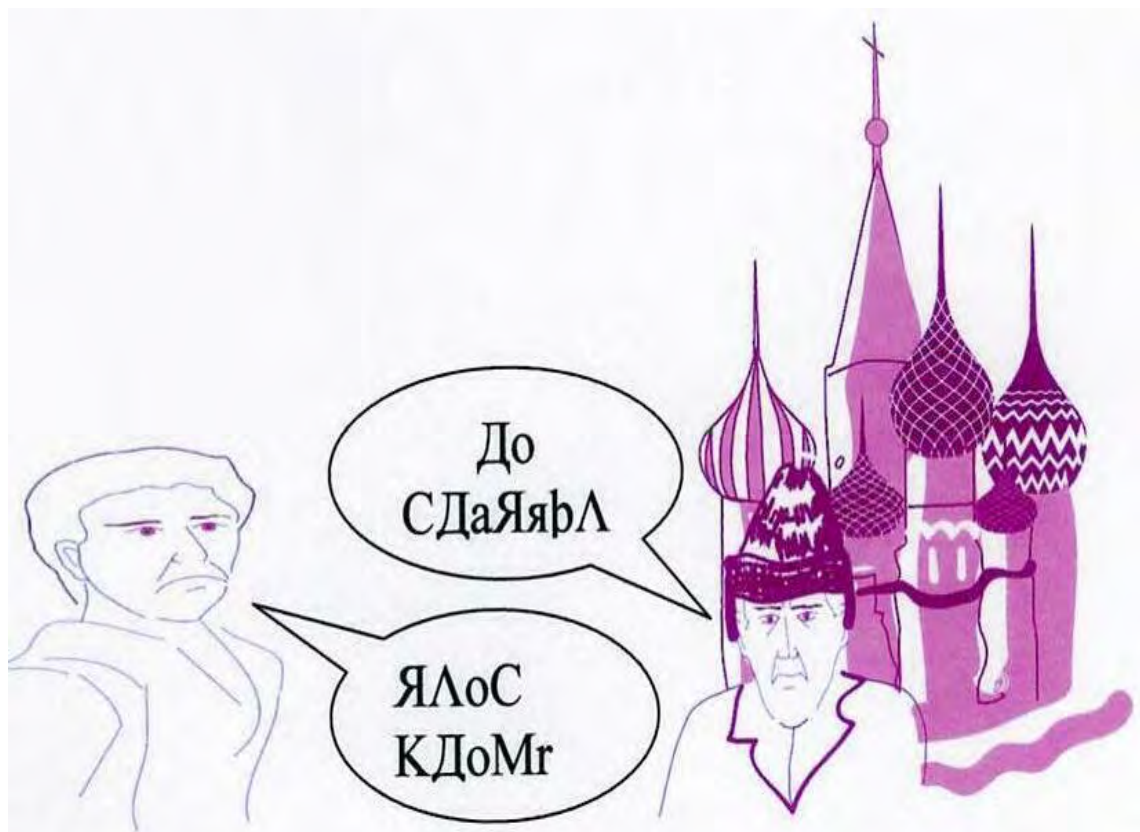
0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Question 17

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

Would you have a problem speaking Russian?



No Problem



Problem

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Check question - 18

VATA-L: Visuo-Analogue Test for Anosognosia for Language Disorders

PRELIMINARY VERSION

THIS VERSION OF
THE TASK IS STILL
PRELIMINARY

Résumé :

Au sein d'un service de Médecine Physique et de Réadaptation, la gestion de l'anosognosie, consécutive à un AVC, soulève des questions relatives à la définition de l'anosognosie, à ses répercussions, à sa prise en charge. Ces notions divergent selon les perspectives envisagées : orthophonique, psychopathologique, psychanalytique, neuropsychologique et anatomique.

Une étude de terrain a mis en avant des difficultés spécifiques tant humaines que techniques, rencontrées par les praticiens. Ceux-ci s'efforcent, en s'appuyant sur une triade répétition, confrontation, routine, de lever cette anosognosie pour favoriser la mobilisation du patient sur sa rééducation. Ils mettent en avant l'implication nécessaire des proches pour favoriser la progression et le bien-être du patient. Ainsi, la contribution des professionnels a permis l'élaboration d'un fascicule à l'intention des familles. Celui-ci cherche à apporter des clefs pour communiquer avec le patient, le mettre face à ses difficultés, tout en maintenant un cadre sécurisant.

Mots clefs

Anosognosie Prise de conscience Répétition Confrontation Routines

Summary :

In a physical medicine and rehabilitation centre, dealing with the lack of awareness of a deficit after a CVA raises questions as to the disorder's definition, repercussions and medical care. Answers differ depending on how you tackle the disorder whether it be from the point of view of speech therapy, psychopathology, psychoanalysis, neuropsychology or anatomy.

A field study carried out in a ward has revealed the specific difficulties, both human and technical, encountered by practitioners. These professionals try to help patients retrieve the awareness of their deficit by resorting to a set of three principles: repetitions, confrontations and routines, which are meant to involve the patients in their own rehabilitation. It's been noted that their progress and well-being cannot go without the help of family and relatives. Therefore, an exchange of views with professionals has contributed to elaborate a document in order to help families communicate with the patient, to confront him with his difficulties in reassuring environment.

Keys Words

Unawareness Rehabilitation Repetition Confrontation Routines