

ANOSOGNOSIE :

NATURE ET IMPACT

SUR LA PRISE EN CHARGE LOGOPÉDIQUE

DU PATIENT APHASIQUE

T.F.E GRADUAT EN LOGOPÉDIE

SEPTEMBRE 2011

Hélène DACHER

DOCUMENT PARTAGÉ SUR LE BLOG [PONTT](#)

«Si le fait de devenir aphasique n'était pas une épreuve aussi dramatique, dans un monde et dans une culture où la pensée verbale est privilégiée, voire dominante, on pourrait trouver une consolation à cette situation, peut-être même un avantage : celui de pouvoir expérimenter un mode de pensée inconnu des autres humains.

Inconnu parce que, malheureusement, indicible. »

Marc Jeannerod

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude au Docteur Pascal Mespouille, neurologue, mon Conseiller Scientifique et professeur de neurologie.

Durant ses cours, et plus encore, ce mémoire, j'ai pu bénéficier de sa compétence, tant professionnelle que pédagogique, et de la rigueur de son analyse qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

J'exprime également ma gratitude :

à Mesdames Marmignon et Biemont, respectivement Promotrice et Maître de Formation Pratique, pour l'encadrement de ce travail et de mon stage en Service de Réhabilitation ;

aux logopèdes/orthophonistes qui ont pris le temps de répondre à mes questions et de partager leur expérience professionnelle, permettant ainsi une approche du sujet complète et concrète ;

au Docteur Journet, Président de la F.N.A.F, pour son aide à la diffusion de mon questionnaire et son témoignage ;

aux personnes qui m'ont offert leur témoignage, et particulièrement à Mr T. que je remercie pour sa confiance, ses efforts et son humour ;

au Docteur Gianna Cocchini, de l'Université de Londres, pour l'envoi de documents sur le VATA-L et l'autorisation de les utiliser dans le cadre de ce TFE (hors diffusion sur internet) ;

aux personnes proches qui m'ont encouragée au cours de cette reprise d'études tardive.

J'ajoute une pensée pour Evelyne Lyonnaz, orthophoniste à Annecy, qui avait eu la gentillesse de me rencontrer pour parler de ce travail. Elle nous a quittés cette année mais son souvenir restera.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : DÉFINITIONS ET CONCEPTS	2
1.1 L'ÉTAT NORMAL	2
1.1.1 LA CONSCIENCE	2
a) La conscience-noyau.....	3
b) La conscience-étendue.....	4
1.1.2 LA GNOSIE	6
1.2 L'ÉTAT PATHOLOGIQUE	6
1.2.1 L'AGNOSIE	6
a) Les somatognosies	7
b) Les agnosies visuelles	7
c) Les agnosies auditives.....	7
d) Les agnosies tactiles	8
1.2.2 L'ANOSODIAPHORIE	8
1.2.3 LE DÉNI	9
1.2.4 L'ANOSOGNOSIE	9
a) Historique des connaissances.....	10
b) Le rôle des hémisphères cérébraux	11
c) Les modèles explicatifs.....	13
CHAPITRE II : ÉVALUATION NEUROLOGIQUE ET MOYENS	15
2.1 L'ANOSOGNOSIE DANS UN CONTEXTE D'APHASIE	15
2.1.1 LA NÉGLIGENCE UNILATÉRALE	15
a) La négligence extra-personnelle	15
b) La négligence personnelle.....	15
c) La négligence motrice.....	15
d) La négligence représentationnelle	16
e) Les troubles associés.....	16
2.1.2 L'ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ	17
a) Les niveaux d'expression.....	17
b) Les modèles théoriques.....	17
1) Les hypothèses attentionnelles.....	17
2) Les hypothèses représentationnelles.....	18
3) La théorie de la découverte.....	18
2.1.3 L'ÉVALUATION NEUROLOGIQUE	18
a) L'évaluation classique.....	18
b) L'évaluation comportementale	19
1) E.C.B.....	19
2) Questionnaire de Cutting.....	19
3) Echelle de Bisiach.....	19
4) S.A.I.....	19
2.1.4 LA RÉÉDUCATION DE LA NÉGLIGENCE	20

a) Techniques traditionnelles	20
b) La stimulation calorique vestibulaire	20
c) Les vibrations des muscles du cou	20
d) L'entraînement de l'exploration visuelle.....	20
e) L'adaptation prismatique	20
2.2 ANOSOGNOSIE ET APHASIE	21
2.2.1 SÉMIOLOGIE DES APHASIES CONCERNÉES	21
2.2.2 L'ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES.....	22
2.2.3 LA PROBLÉMATIQUE DE L'ANOSOGNOSIE	22
2.3 PRÉSENTATION DU TEST VATA-L.....	25
CHAPITRE III : LA PRISE EN CHARGE LOGOPÉDIQUE.....	26
3.1 PRÉSENTATION DU QUESTIONNAIRE ET ANALYSE DES RÉPONSES DES LOGOPÈDES... 26	
a) Leurs définitions de l'anosognosie.....	28
b) La rééducation du patient.....	30
c) Impact de l'anosognosie sur la prise en charge.....	31
d) Les rôles du logopède auprès du patient et des proches.....	32
3.2 PAROLES DE PATIENTS..... 32	
a) Dr Journet, Président de la F.N.A.F.....	
b) Mr T.....	
c) Georges.....	
d) François.....	
3.3 L'IMPORTANCE DES PROCHES..... 33	
3.3.1 LES BÉNÉFICES D'UNE INTERVENTION SYSTÉMIQUE..... 34	
3.3.2 ENQUÊTE QUANTITATIVE SUR LE VÉCU DES PROCHES..... 35	
CONCLUSION..... 37	
BIBLIOGRAPHIE..... 38	
LIVRES.....	38
ARTICLES.....	39
COURS.....	40
SITES INTERNET.....	40
DICTIONNAIRES.....	40
ANNEXES..... 41	
ANNEXE 1 : PRÉSENTATION DU TEST VATA-L (cf Chapitre II)..... 41	
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX LOGOPÈDES (cf Chapitre III)..... 42	
ANNEXE 3 : TÉMOIGNAGE DE MR T. (cf Chapitre III)..... 44	
ANNEXE 4 : TÉMOIGNAGE DU DR JOURNET (cf Chapitre III)..... 44	

INTRODUCTION

L'idée de ce sujet est née du cours de neurologie donné, à la HERS, par le Docteur Mespouille. L'étude de cette matière a débuté par la présentation des troubles de la conscience, reçue comme une avalanche de termes et de pathologies étranges semblant irréels pour le commun des mortels. Une question s'est imposée comme une évidence : comment soigner un patient s'il est persuadé qu'il va bien ? Ces personnes méritent tout autant, sinon plus, que l'on s'intéresse à elles.

Un premier TFE¹, réalisé en 2002, analysait les signes anosognosiques de patients hospitalisés. Sa conclusion permettait une étude complémentaire que nous avons choisi de recentrer sur l'aphasie, la prise en charge du patient, le ressenti de ce dernier et de ses proches.

Ce travail a nécessité de laborieuses recherches aboutissant au constat que cette pathologie, dans le cadre de l'aphasie, est peu traitée dans la littérature des pays européens. Les pays anglo-saxons, et particulièrement les Etats-Unis, sont nettement en avance quant aux études et à leur vulgarisation.

Un besoin d'information, tant théorique que pratique, sur le sujet est clairement formulé par les logopèdes/orthophonistes contacté(e)s dans le cadre de nos recherches.

Les axes de travail de cette étude théorique sont :

- définir, en privilégiant une approche neurologique, la conscience et ses troubles,
- différencier l'anosognosie dans un contexte d'aphasie de celle de l'aphasie,
- partager l'expérience de terrain des logopèdes/orthophonistes au moyen d'un questionnaire servant de base de travail à une analyse de l'impact de ce trouble dans la prise en charge,
- écouter le ressenti de patients aphasiques anosognosiques, ou l'ayant été, et prendre conscience du désarroi de leurs proches, mais aussi de l'importance de leur implication dans le processus thérapeutique.

Dans son son livre « La Puissance d'exister ² » le philosophe Michel Onfray écrit :

« Pour guérir, il faut d'abord un diagnostic auquel consentir »

A eux seuls, ce titre et cette phrase résument toute la thématique de notre travail :

- être conscient d'exister et pouvoir percevoir nos capacités et nos limites ;
- la connaissance et l'acceptation de son état comme passage obligé vers la guérison.

1 DOMMANGET, E. *L'anosognosie : un trouble associé. Analyse des signes anosognosiques chez des patients en milieu hospitalier*, HERS Libramont, 2002

2 ONFRAY, M. *La Puissance d'exister* Grasset et Fasquelle- Livre de Poche, 2006 p.17

CHAPITRE I

DÉFINITIONS ET CONCEPTS

Comprendre l'anosognosie nécessite de définir les concepts liés à cette altération de la conscience. La première partie de ce travail est dédiée à leur présentation, suivant une progression du normal au pathologique, selon une approche neurologique : nous aborderons la conscience, les gnosies, les agnosies pour terminer par l'anosognosie.

Bien qu'il relève du domaine psychopathologique, nous évoquerons néanmoins le déni, tant il est associé, voire confondu avec l'anosognosie.

Chaque concept donnant lieu à un débat d'auteurs, nous avons souhaité rendre compte de cette diversité d'opinions en citant différents avis ou courants de pensée.

■ 1.1 L'ÉTAT NORMAL :

• 1.1.1 LA CONSCIENCE :

William James³ dit de la conscience « il s'agit de quelque chose de connu tant que personne ne nous demande de le définir ⁴».

Selon la définition du Larousse⁵ :

Conscience : nom féminin (latin *conscientia*, de *scire*, savoir)

- Connaissance, intuitive ou réflexive immédiate, que chacun a de son existence et de celle du monde extérieur.
- Représentation mentale claire de l'existence, de la réalité de telle ou telle chose : L'expérience lui a donné une conscience aiguë du danger.
- Fonction de synthèse qui permet à un sujet d'analyser son expérience actuelle en fonction de la structure de sa personnalité et de se projeter dans l'avenir.

Le terme de conscience, polysémique en français, est moins ambigu dans d'autres langues, notamment l'anglais où l'on utilise trois mots⁶ différents (seuls les deux premiers nous intéressent) :

- consciousness : qui fait référence à l'état de veille, à la faculté de ressentir
- awareness : qui concerne la prise de conscience
- conscience : qui fait référence à la faculté morale.

De Francis Crick, Prix Nobel de médecine en 1962, qui refuse de perdre son temps à essayer de la définir, ne s'intéressant qu'aux circuits neuronaux qui la sous-tendent⁷ à Dominique Laplane⁸, qui,

3 JAMES W. (1842-1910) psychologue, co-fondateur de la Théorie des émotions, dite Théorie James-Lange.

4 EDELMAN, G; *Biologie de la conscience*, Odile Jacob poches, 2000, p.171

5 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conscience>

6 Dictionnaire français- anglais Robert&Collins, Ed. LR, Paris, 2010

7 LAPLANE, D; in *La pensée d'outre-mots*, Institut d'Édition Sanofi-Synthelabo, Paris, 2000, p158

8 Neurologue à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, enseignant à l'université Paris VI

au terme d'une synthèse de définitions possibles, résume ce processus complexe par « la conscience est une pure présence à soi-même⁹ », nombreux sont ceux qui essayèrent d'en cerner l'origine, mais aussi la localisation.

Sans développer les courants philosophiques ou religieux sur la théorie dualiste du corps et de l'esprit, nous privilégierons l'approche neurologique inspirée de Damasio, résumée dans « **Propos sur la conscience** »¹⁰ du Docteur Pascal Mespouille, neurologue.

Une définition minimaliste de la conscience réduit à deux composantes distinctes :

- une connaissance de certains aspects du monde qui nous entoure,
- un sentiment de soi dans l'acte de connaître.

Il y a, d'une part, des configurations mentales, ou « images » d'un objet extérieur, engendrées par le cerveau. La conscience équivaut ici à la connaissance du monde extérieur.

D'autre part, le cerveau engendre un sentiment de soi dans l'acte de connaître, c'est une conscience réfléchie, « une conscience de soi » censée être spécifique à l'homme ou limitée aux primates supérieurs.

Lamarck nomme cette faculté « *le sentiment intérieur* »¹¹ dans son livre « Philosophie zoologique ».¹² Selon lui, nous recevons les émotions à la fois par l'opération de l'intelligence et par les sensations ou les besoins. Les stimuli produits par l'extérieur pourraient exciter la conscience, mais pas la créer. Ses conceptions constituaient une anticipation de certaines thèses contemporaines : le développement de la conscience est lié à la complexité du système nerveux.

La triangulation (esprit, comportement, cerveau) a permis un rapprochement progressif de la philosophie et de la psychologie vers la biologie. Ce regroupement, aujourd'hui connu sous le terme de neurosciences cognitives, a permis de nouvelles avancées dans la compréhension de la vision, de la mémoire et du langage.¹³

Les neuroscientifiques considèrent la conscience comme une propriété ou une fonction du cerveau comparable à la respiration ou à la digestion; elle devrait se comprendre et être décrite en termes d'activité des neurones, des synapses et de leur régulation chimique.¹⁴

Damasio distingue deux types de conscience¹⁵:

a) La conscience-noyau : un éveil sans conscience de soi.

Ce phénomène biologique, simple et stable, est présent chez tous les êtres ayant un fonctionnement cérébral. Il assure une prise de conscience sommaire d'un environnement indifférencié, il ne fait intervenir ni le langage ni la mémoire.

Il permet la constitution d'un « répertoire » constitué de configurations neuronales survenant 600 millisecondes après la perception de l'objet par nos sens. Cet infime décalage est le temps nécessaire à la construction d'une élaboration neuronale suite à la perception de l'objet.

Ce répertoire permettra, par la suite, d'agir et d'interpréter les stimuli.

9 LAPLANE, D; in *op.cit.* p. 166

10 Cours de Neurologie et Neuropédiatrie, 2ème et 3ème Logopédie, ISL, 2009-10

11 CHANGEUX, J-P. in *L'Homme de vérité*, Odile Jacob Poches, 2004, p.101

12 LAMARCK, in *Philosophie zoologique*, Paris, Baillière, 1809.

13 DAMASIO A. in *Le Sentiment même de soi*, p.26, Odile Jacob Poches, 2002

14 CHANGEUX J-P, *op.cit.* p.101

15 MESPOUILLE, P. in *Propos sur la conscience*, 2ème et 3ème Logopédie, ISL, 2009-10

La conscience-noyau se compose de trois paramètres, non dissociés à l'état normal :

1. L'éveil : élément préalable indispensable à la conscience.
2. Les émotions d'arrière-plan : fond émotionnel minimal lié à l'activation neuronale consécutive à la perception d'images venues de l'extérieur ou de sensations proprioceptives.
3. L'attention de faible niveau : dernier pilier de la conscience-noyau, elle oriente le cerveau vers un point de fixation (lumière, position du corps).

b) La conscience-étendue : éveil et proto-conscience de soi.

Pour percevoir, l'organisme a besoin de signaux sensoriels mais aussi de comparer l'intérieur de l'extérieur grâce à une homéostasie interne sur laquelle se base le cerveau.

Les représentations du corps forment une réalité constante servant de point de comparaison grâce aux informations reçues du :

- milieu interne et des aspects viscéraux ;
- système musculo-squelettique et vestibulaire ;
- toucher fin.

La conscience-étendue est un phénomène biologique complexe, à plusieurs niveaux d'organisation et en évolution constante. Les configurations des nouvelles cartes neuronales se situent dans les aires associatives, dans les cortex préfrontaux et le thalamus.

Elle fait intervenir la mémoire et le langage, permet une vigilance accrue et une meilleure concentration, autorisant l'accès au savoir.

La conscience-noyau est le rite initiatique (l'aspect indispensable) pour accéder à la connaissance.

La conscience-étendue autorise les niveaux de connaissance nécessaires à la créativité humaine.

Aux deux sortes de conscience correspondent deux sortes de Soi :

- le *Soi central*, émergeant de la conscience-noyau, est une entité transitoire, sans cesse recréée pour chacun des objets avec lesquels le cerveau interagit.
- Le *Soi autobiographique*, émergeant de la conscience-étendue, a trait à l'idée d'identité et à une collection non transitoire de faits, de manières d'être qui caractérisent une personne¹⁶.

Notons l'originalité du haïku japonais du neuropsychologue anglais Paul Broks :

*« Une vraie énigme :
Le Soi, que voit-il en lui ?
Rien que des neurones. »¹⁷*

Le cerveau engendre des configurations mentales, auditives, visuelles, tactiles, d'un « objet », terme désignant des entités diverses telles qu'une personne, un lieu, une mélodie, une douleur, un sentiment...

Se pose, pour certains, la question des **qualia**, ces qualités sensibles que l'on peut trouver dans le bleu du ciel ou la tonalité du son émis par un violoncelle, et relevant des seules lois de la physique.

Ce sont pourtant des composantes fondamentales de ces images, ou configurations mentales.¹⁸

Le monde que nous construisons nécessite l'usage de nos sens. Il serait différent avec d'autres sens. Quel effet cela fait-il d'être sourd ? Un non-sourd ne peut pas l'imaginer puisque son cerveau s'est

16 DAMASIO A., in *op.cit.* p.31

17 BROKS, P., in *L'Hippocampe et l'amande*, Ed. De l'Olivier, 2006, p.164

18 DAMASIO A. *op.cit.* p 21

développé en incluant ce sens, alors que celui du sourd s'est développé sans. Etre sourd n'équivaut donc pas à se boucher les oreilles¹⁹.

Chacun se sent possesseur de ses pensées. Mais est-ce vraiment le cas ?²⁰

- Un sujet bilingue peut exprimer une pensée dans l'une ou l'autre langue, or la pensée n'est pas directement accessible, elle devient consciente quand il prononce (oralement ou mentalement) la phrase. La conscience dépend donc de l'activation de la représentation par la pensée intérieure.

- Les « *zombis* » sont des fonctions inconscientes subsistant dans nos tâches conscientes (former une phrase correcte sans effort conscient). Ces « *zombis* » gèrent des activités qui, initialement, nécessitaient des processus conscients, et qu'on finit par exécuter sans réfléchir (jouer d'un instrument de musique). C'est, paradoxalement, lorsqu'on commence à réfléchir que la probabilité d'une erreur augmente !

Parmi les publications récentes sur la conscience, citons « Le cerveau volontaire »²¹ du neurologue Jeannerod, pour son approche novatrice, centrée sur l'action et la conscience qu'on en a.

Des expériences récentes montrent que la conscience est un phénomène « secondaire » accompagnant l'action, voire la suivant d'environ 300msec. Ce décalage permettrait de confronter l'action, et ses résultats, aux autres événements conscients liés à d'autres actions.

C'est le passage du « Je veux » au « C'est moi qui l'ai fait ».

La conscience est au centre du processus de validation qui suit l'action. Elle est un retour sur soi : j'apprends à me connaître en me regardant agir, j'apprends à me sentir auteur de mes actions, à pouvoir répondre de mes actes et, en définitive, à les assumer.

Jeannerod cite une expérience récente, nécessitant un matériel informatique élaboré :

un sujet tient un crayon dans sa main masquée par une tablette. On lui demande de pointer vers une cible. Sur l'ordinateur, il voit la trace du crayon, ainsi que la cible. Sans voir sa main, il la déplace pour viser la cible.

Après quelques essais réussis, le programme informatique dévie la trace du crayon de quelques degrés, le mouvement visible ne correspond donc plus à celui de la main.

Tant que la déviation est inférieure à 10-15°, le sujet compense automatiquement l'erreur, il reste performant. Sa main bouge par rapport à la vraie cible mais il n'en est pas conscient car ses yeux lui donnent une autre information.

Si l'angle devient trop important, subitement le sujet prend conscience que quelque chose ne va pas. Cette prise de conscience s'accompagne de difficultés, d'hésitations pour atteindre la cible.

Nous voyons donc à quel point la conscience est un processus complexe. Le seul point sur lequel les auteurs et chercheurs semblent unanimes est : tant (tout ?) reste à découvrir !

Pour clore ce chapitre, nous avons choisi deux propositions, plus philosophiques, se rapprochant, à nos yeux, de la définition idéale :

« La conscience a permis à l'organisme d'être au fait de son état. Il n'avait plus seulement des sentiments qu'il pouvait ressentir, il en avait qu'il pouvait connaître. »²²

« L'émergence de la conscience a ouvert la voie à une vie digne d'être vécue. »²³

19 MESPOUILLE, P., in *Propos sur la conscience*, op.cit

20 ID., in *loc.cit*

21 JEANNEROD, M., in *Le cerveau volontaire*, Ed. Odile Jacob, 2009

22 DAMASIO in *L'Autre moi-même*, Odile Jacob, 2010 p.216

23 ID., in *op.cit* p. 216

• **1.1.2 LA GNOSIE :**

La gnosie (du grec *gnôsis*, connaissance) est « la faculté permettant de reconnaître, par l'un des sens, (vue, ouïe, toucher, odorat, goût) un objet, de se le représenter, d'en saisir l'utilité ou la signification.

Il s'agit, pour le cerveau, d'intégrer avec cohérence les stimuli qui lui parviennent et d'en décoder la signification. Toute gnosie est acquise puisqu'elle résulte d'une expérience stimulant les neurones concernés. »²⁴

La gnosie est directement corrélée à la perception qui est « une conduite cognitive consistant à interpréter l'environnement sur base des informations issues des sens. »²⁵

Plus qu'un simple phénomène sensoriel, la perception est un rapport du sujet à l'objet : celui-ci a ses caractéristiques propres, mais c'est avec sa subjectivité que le sujet le perçoit.²⁶

La somatognosie²⁷ est la connaissance de notre corps en tant qu'espace limité et défini.

La connaissance de l'espace hors du corps, perçu selon des modes sensoriels distincts ayant des caractéristiques propres, constitue un ensemble de données acquises en fonction de nos gènes (les sens dans différentes espèces conduisent à des informations différentes), nos aptitudes, notre expérience et notre éducation.

Le cerveau a besoin de ces connaissances pour agir. La « connaissance » pure n'existe pas : c'est toujours une connaissance pour l'action et c'est d'ailleurs l'action, le fait de toucher l'objet que l'on veut saisir, qui unifie nos sensations et contribue à leur donner une cohérence.

Connaître, c'est reconnaître ce que l'on perçoit.

■ **1.2 L'ÉTAT PATHOLOGIQUE :**

Voyons maintenant les altérations de la perception.

Nous aborderons les différentes formes d'agnosies, l'anosodiaphorie, et enfin l'anosognosie.

• **1.2.1 L'AGNOSIE²⁸ :**

Ce terme se compose du préfixe privatif *a-* et de la racine grecque *gnôsis* (connaissance).

Une agnosie est un trouble de l'identification d'un stimulus sans altération des récepteurs périphériques. Elles peuvent porter sur l'espace corporel ou sur l'espace extracorporel.

On distingue classiquement quatre grands types d'agnosies, qui concernent des systèmes distincts :

- les perturbations de l'**image du corps** : les **somatognosies** ou troubles du schéma corporel ;
- les perturbations de la **reconnaissance visuelle** des objets (agnosies visuelles) ;
- les perturbations de la **reconnaissance auditive** des objets (agnosies auditives) ;
- les perturbations de la **reconnaissance tactile** des objets (agnosies tactiles).

24 Dictionnaire d'orthophonie, Ortho Edition, 2004, p.109

25 ID., in *op.cit*, p.191

26 ID., in *op.cit*, p.191

27 MESPOUILLE, P., *Cours de Neurologie et Neuropédiatrie*, 2ème et 3ème Logopédie HERS Libramont

28 MESPOUILLE, P., *Cours de neurologie et neuropédiatrie*, 2ème et 3ème Logopédie HERS Libramont

1. Les somatognosies :

Unilatérales :

- l'**hémiasomatognosie** (sentiment de non appartenance d'un hémicorps) ;
- l'**anosognosie** (négarion d'une maladie ou d'un déficit) ;
- l'**hémignégligence** (incapacité d'accorder de l'importance à un héli-espace comme à l'hémicorps correspondant).

Ces symptômes constituent le **syndrome d'Anton-Babinski** et témoignent d'une atteinte pariétale de l'hémisphère mineur.

Bilatérales

- l'**agnosie digitale** (incapacité à désigner les doigts) ;
- l'**indistinction gauche-droite** ;
- l'**autotopagnosie** (incapacité à désigner les parties du corps sur le sujet lui-même).

Dans le **syndrome de Gertsman**, qui témoigne d'une atteinte pariétale de l'hémisphère majeur, on observe l'association d'une :

- acalculie ;
- agnosie digitale ;
- indistinction gauche-droite ;
- agraphie.

2. Les agnosies visuelles :

Ce sont essentiellement :

- la **cécité corticale**, secondaire à la destruction des deux lobes occipitaux, elle s'accompagne souvent d'une anosognosie (syndrome d'Anton) ; le sujet, aveugle, prétend qu'il voit et tente de se déplacer, refusant d'admettre son handicap alors même qu'il se heurte aux objets ;
- les **agnosies visuelles ou cécité psychique** : c'est une non reconnaissance d'informations visuelles perçues, souvent secondaire à des lésions occipitales. L'objet peut être décrit mais n'est pas reconnu si le patient ne peut pas s'aider d'un autre sens (l'ouïe ou le toucher) ;
- la **simultagnosie** : incapacité de reconnaître des images complexes ;
- les **agnosies des couleurs** : à distinguer des dyschromatopsies (daltonisme...)
- la **prosopagnosie** : non reconnaissance des visages familiers ;
- la **prosoponomie** : impossibilité de nommer un visage connu ;
- l'**akinétopsie** : incapacité à identifier le mouvement.

3. Les agnosies auditives :

Elles sont rares :

- les **agnosies des bruits non verbaux et non musicaux** : rarement pures car associées à d'autres déficits. Remarquons au passage que les cris d'animaux relèvent de l'hémisphère droit mais leurs onomatopées (cocorico, hi-han) relèvent de l'hémisphère gauche (ces onomatopées sont du langage) ;
- la **surdité verbale** : incompréhension du langage parlé. L'écriture et la lecture demeurent normales. Il n'y a pas de trouble phasique. Elle témoigne de lésions temporelles gauches ;
- les **agnosies de la musique ou amusie réceptive** (qui peuvent porter sur certains aspects de celle-ci) ; domaine peu étudié et mal connu.

4. Les agnosies tactiles :

C'est le groupe, discuté, des astéréognosies (incapacité de reconnaître les objets par la palpation).

L'astéréognosie est dite pure quand aucun déficit sensitif n'est associé ; on parle alors d'**asymbolie tactile** : le sujet peut décrire avec précision l'objet : « c'est en métal, c'est froid et dur, avec une extrémité allongée, et à un bout de celle-ci un aspect aplati et creux » (cuiller).

On peut en rapprocher l'**anomie unilatérale** : le sujet ne peut dénommer un objet placé dans la main gauche alors que les épreuves en choix multiple prouvent qu'il a pu identifier l'objet mais ne peut le nommer. On rencontre ces perturbations dans les lésions du corps calleux qui déconnectent le cortex pariétal droit des zones du langage.

L'astéréognosie est souvent liée à des perturbations de la sensibilité, à un dysfonctionnement d'une des voies sensitives ou à des lésions au niveau du tronc cérébral ou du thalamus.

• 1.2.2 L'ANOSODIAPHORIE :

Du grec nosos [noso-], maladie et du grec diaphora [-diaphorie]

Il existe peu de littérature sur ce trouble souvent assimilé à l'anosognosie.

« Anosodiaphorie : indifférence à sa propre maladie, d'un degré inférieur à l'anosognosie. »²⁹

Cette définition n'insiste peut-être pas suffisamment sur la notion de prise de conscience relative du problème par le patient, qui pourtant participe à l'étrangeté perçue par l'observateur (le patient hémiplégique pense qu'il peut jouer au tennis, mais moins bien que d'habitude en raison d'un état de faiblesse ce jour).

Selon Babinski³⁰ « il ne s'agit pas de méconnaissance, mais de dissociation entre la connaissance intellectuelle du trouble et la façon dont il est éprouvé sur le plan affectif ».

Le neurologue Derouesné reprend ce postulat dans son analyse d'une insuffisance des modèles cognitifs actuels :

« Ils constituent une étape importante dans la compréhension des phénomènes de méconnaissance, mais ils ne traitent que de la prise de conscience du trouble.

Il faudrait alors postuler :

- soit une perturbation des systèmes sous-tendant la vie affective (émoussement affectif) alors que les systèmes permettant la prise de conscience sont préservés,
- soit une déconnexion entre la prise de conscience intellectuelle et le vécu affectif.

La méconnaissance de la maladie et de ses conséquences ne peut trouver une explication unique dans un dysfonctionnement des systèmes assurant leur perception consciente.

Il faut encore expliquer pourquoi elle s'accompagne, le plus souvent, d'un rejet des informations fournies par l'entourage. Qu'un sujet ne soit pas conscient spontanément de son déficit ou de son délire ne suffit pas à expliquer pourquoi il rejette les affirmations de l'entourage qui met l'accent sur les déficits. »³¹

29 Source : <http://www.informationhospitaliere.com/dico-866-anosodiaphorie.html>

30 DEROUESNÉ, C., in *La méconnaissance de la maladie ou des déficits : un phénomène multidimensionnel*, in Neuropsychy News vol. 5 n°4, septembre-octobre 2006, p.149.

31 DEROUESNÉ, C., in *La méconnaissance de la maladie ou des déficits*, op.cit, p.149.

- **1.2.3 LE DÉNI :**

Cette notion relève du domaine psychopathologique et non neurologique. Par ailleurs, comme elle a été largement traitée dans le TFE sur l'analyse des signes anosognosiques³², nous nous bornerons à en clarifier les limites, notamment par rapport à l'anosognosie.

Pour Seron et Van Der Linden, différencier le déni de l'anosognosie est l'une des difficultés rencontrées au niveau clinique, d'autant plus que « certains auteurs comme Weinstein et Kahn (1955) ne distinguent pas le déni de l'anosognosie qu'ils placent sur un continuum, le déni étant la forme la plus sévère de l'anosognosie »³³

Derouesné va plus loin en différenciant le déni et le défaut d'insight³⁴.

L'insight, au sens propre, est la vision intérieure ou interne. Le terme s'applique aussi bien à une connaissance cognitive du symptôme ou de la maladie, qu'à son éprouvé affectif.

La conscience de soi est fondée sur l'introspection, or celle-ci est subjective.

Ces conceptions psychopathologiques postulent qu'il n'existe plus de frontières entre le normal et le pathologique : ce sont les mêmes mécanismes qui sont à l'œuvre chez le sujet normal et chez le sujet atteint d'affection mentale ou cérébrale.

Cette différenciation renvoie au concept de conscience psychodynamique que Damasio réfute à partir d'arguments anatomo-cliniques :

« Les férus d'explications psychologiques ont longtemps pensé que cette dénégation de la maladie était motivée par des raisons psychodynamiques, qu'il s'agissait d'une réaction adaptative à un événement dramatique auquel le patient doit faire face. On montrera facilement qu'il n'en est rien en examinant le cas symétrique, celui d'un patient hémiparétique à droite et non à gauche. Or ces patients ne sont pas atteints d'anosognosie, ils restent parfaitement conscients de leur situation. L'anosognosie survient exclusivement à l'occasion de lésions de l'hémisphère droit. »³⁵

- **1.2.4 L'ANOSOGNOSIE :**

Ce terme se compose du préfixe *a-* et des racines grecques *nosos* : maladie et *gnôsis* : connaissance.

Damasio la définit ainsi :

« On rencontre toutes sortes de pathologies curieuses en neurologie, mais l'anosognosie, l'incapacité du patient à percevoir sa propre maladie, est l'une des plus étranges ».

En puriste, il précise « Peu importe qu'en toute rigueur il aurait fallu dire « *nosoagnosie* » plutôt qu'*anosognosie*, pour l'aligner sur les autres termes existants comme *prosopagnosie* ou *simultanagnosie*. »³⁶

Nous allons voir qu'une fois de plus les auteurs sont en désaccord à propos de la définition.

Cela s'explique par le fait que certains, comme Damasio, font référence à une définition neurologique, basée sur le site lésionnel. Or, le concept d'anosognosie a été étendu bien au-delà de cette limite et s'applique aujourd'hui à diverses pathologies ne relevant plus nécessairement de cette situation lésionnelle.

Pour donner une idée de la difficulté à définir ce terme, citons Georges Prigatano, auteur d'un

32 DOMMANGET, E., op.cit

33 SERON, X., VAN DER LINDEN, M., in *Traité de Neuropsychologie clinique Tome 1*, Solal, 2000, p.86

34 DEROUESNÉ, C., in *La méconnaissance de la maladie ou des déficits*, op.cit, p.150

35 DAMASIO, A., in *Le sentiment même de soi*, op.cit, p 271

36 DAMASIO, A., in *Le sentiment même de soi*, op.cit, p 271

ouvrage récent de référence « A study of anosognosia » dans lequel il retrace l'histoire et les différentes études faites sur ce trouble :

« Le 10 mars 2009, une recherche effectuée sur Google à partir du mot-clé « anosognosia » a produit 73 200 références parmi lesquelles 7 030 donnaient une définition claire de la signification de ce terme. »³⁷

De quoi épouvanter toute personne qui tenterait d'en éclaircir le sens !

a) Historique des connaissances :³⁸

Le terme d'anosognosie est mentionné pour la première fois par **Babinski** en juin **1914** lors de la présentation de ses travaux à la Société Française de neurologie. S'il n'était pas le premier à s'être intéressé à ce trouble, il fut par contre le premier à lui donner un nom, contribuant ainsi à susciter l'intérêt, d'abord des neurologues, puis des neuropsychologues.

Avant Babinski :

- en 1874, Wernicke expose ce phénomène lié à un cas d'aphasie (devenue éponyme), ainsi que dans des cas de cécité corticale,
- en 1881, Hermann Munck découvre un phénomène qui le rend perplexe : lors d'études menées sur des chiens ayant subi une lésion des aires associatives entre les centres primaires visuels et auditifs, il réalise que le chien semble capable de « voir » mais est incapable de reconnaître son maître. Il nomma ce terme « cécité corticale ». D'une certaine façon, c'est le premier cas de modélisation animale de l'agnosie, voire de l'anosognosie. Récemment, sur Youtube, la vidéo d'un chien qui semble ne pas reconnaître sa patte arrière, l'attaque et la mord, en est également un exemple frappant.
- En 1893, Gabriel Anton décrit l'anosognosie de l'hémiplégie, puis relate, en 1898, des cas de patients ayant des pertes visuelles clairement liées à des lésions cérébrales, hors contexte de démence.
- En 1898, Pick relate des cas de non conscience de déficits moteurs de l'hémicorps gauche.

Après Babinski :

- Critchley, en 1953, souligne l'observation judicieuse de Babinski et présente les résultats de plusieurs études (menées dans les années 1920 à 1950) sur les troubles de l'image corporelle. Il lui semble important de dissocier l'anosognosie du déni avec fabulations, celles-ci attestant d'un état psychotique rendant le patient inapte à porter un jugement fiable, et ne reflétant pas nécessairement un problème neurologique sous-jacent de trouble de la prise de conscience.
- Weinstein et Kahn, en 1955, ouvrent la définition de l'anosognosie aux pathologies psychiatriques en considérant que le déni est une forme de dépression sans lien avec une lésion spécifique produisant un déficit de prise de conscience. Ils affirment qu'une lésion des lobes frontaux ou temporaux peut déterminer un certain type de déficit pour le patient, mais n'explique en aucun cas le mécanisme du déni.

Prigatano indique que, lors d'une rencontre avec Weinstein (approximativement en 1995), celui-ci lui aurait confié regretter cette prise de position ayant eu pour effet de faire basculer l'anosognosie de la neurologie vers la psychiatrie, provoquant ainsi une perte d'intérêt pour l'étude des bases

37 PRIGATANO, G., in *A Study of Anosognosia*, Oxford University Press, 2010, p.6

38 PRIGATANO, G., in ID. p. 4-9

neuropsychologiques de ce phénomène, et ce pour de nombreuses années.

- Bisiach et Geminiani, en 1991, considèrent qu'une définition satisfaisante de l'anosognosie en soi est sans doute impossible à donner, du fait que le terme, plutôt que de désigner un symptôme précis, peut être utilisé pour désigner des aspects du comportement du patient envers sa maladie, aspects hétérogènes et ne dépendant probablement pas de causes qui seraient spécifiques.

« L'anosognosie mérite une évaluation adaptée à chaque cas individuel, incluant un relevé fiable de chaque réaction spontanée ainsi que celles observées lors des recherches menées par l'examinateur. Les limites en sont celles posées par l'inventivité de l'examinateur et par l'humeur et l'intelligence du patient. »

Jeannerod³⁹ reste dans le cadre de la définition neurologique, défendue par Damasio, en démontrant le lien entre anosognosie et site lésionnel :

Il existe des attributions délirantes, chez les schizophrènes notamment, après lésion focale, souvent temporo-pariétale droite, où le sujet attribue sa main à d'autres personnes présentes, voire absentes.

Les impressions d'être hors de son corps rencontrées notamment dans les épilepsies du carrefour temporo-pariéto-occipital droit, relèvent du même mécanisme de délire d'attribution.

Tous ces états sont caractérisés par une adhésion du patient à son discours, donc par une part d'anosognosie.

De même chez des patients victimes d'un AVC et qui refusent de reconnaître leur paralysie ; les études anatomiques ont montré que ces patients, outre les lésions du carrefour TPO et de l'aire 4 responsable de l'hémiplégie, avaient aussi des lésions de la région prémotrice et frontale inférieure.

Ces dernières sont absentes chez ceux ne présentant pas de d'anosognosie.

Celle-ci serait, dans cette hypothèse encore discutée, en rapport avec la lésion de régions qui participent à la commande motrice. Du fait de la désorganisation de son système de représentations, le patient perdrait la possibilité de différencier une action simulée d'une action exécutée. Il construirait des représentations d'action, se les attribuerait en s'en considérant comme l'auteur, bien que ces intentions ne puissent aboutir du fait de la lésion des centres moteurs correspondants.

La justification de l'anosognosie dépendant, pour certains, du site lésionnel, voyons comment cela pourrait s'expliquer avant d'aborder d'autres définitions :

b) Le rôle des hémisphères cérébraux :

Au terme de dominance, Laurent Cohen⁴⁰ préfère celui de *spécialisation* hémisphérique⁴¹.

Ramachandran, pour qui « l'anosognosie est un symptôme extraordinaire dont on ne sait pratiquement rien », ⁴² voit « la clé de l'énigme dans la division des tâches entre nos deux hémisphères cérébraux et dans notre besoin de créer un sentiment de cohérence et de continuité dans notre vie ».

Les deux hémisphères sont spécialisés dans diverses capacités mentales et **l'asymétrie** la plus flagrante concerne **le langage**.

39 JEANNEROD M., in *Le cerveau volontaire*, Ed.. Odile Jacob, 2009

40 Laurent Cohen : Professeur de neurologie à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière- Paris VI

41 COHEN, L., in *L'Homme-Thermomètre*, Odile Jacob Poches, 2008, p.41

42 RAMACHANDRAN, V.S., in *Le Fantôme intérieur*, Odile Jacob, 2002, p.167-173

« Chez plus de 95% des gens, y compris de nombreux gauchers, la fonction du langage dépend de structures situées dans l'hémisphère gauche. »⁴³

L'asymétrie des hémisphères, et des fonctions propres à chacun, est nécessaire pour qu'il n'y ait qu'un seul centre de décision final lorsqu'il faut choisir une pensée ou une action, une symétrie pourrait entraîner des conflits ou interférences dans les actions ou les gestes.

- **L'hémisphère gauche** : est spécialisé dans la production des sons du discours mais aussi de l'emploi de la syntaxe et d'une grande partie de la sémantique, la compréhension du sens. On le dit « dominant » car il mène la conversation (et une bonne partie de la compréhension).
- **L'hémisphère droit** : traite les aspects plus subtils du langage comme les nuances de la métaphore, de l'allégorie et de l'ambiguïté. Il traite également :
 - des aspects holistiques de la vision (forte présence d'arbres = forêt),
 - de l'émotion, de l'interprétation des expressions faciales et de la réponse émotionnelle adéquate en fonction des situations. Ceci explique l'indifférence des patients cérébrolésés droits puisque sans l'hémisphère droit émotif, ils ne mesurent pas l'ampleur de leur perte.

A tout instant de notre état de veille, notre cerveau reçoit d'énormes quantités d'influx sensoriels qu'il faut trier et intégrer. Cette tâche est effectuée par l'hémisphère gauche. Il crée un système de croyances et des modèles. Si une information ne correspond pas au modèle existant, il se repose sur les mécanismes de défenses pour nier, refouler ou fabriquer afin de préserver le statu quo.

Le rôle de l'hémisphère droit est de détecter les incohérences, de remettre en cause ce statu quo et d'imposer un changement de point de vue en réponse aux anomalies.

En cas de lésion, l'hémisphère gauche a toute latitude pour interpréter la réalité et se réfugier dans le déni ou autre mécanisme de défense.

Damasio⁴⁴ démontre le lien entre anosognosie et perturbation des cartes somatosensorielles situées dans certaines aires corticales de l'hémisphère droit.

En cas de lésion, la substance blanche, reliant ces aires, est également affectée, perturbant la transmission des informations concernant les muscles, les articulations, les organes internes.

Le système sensoriel qui permettrait la perception, automatique et rapide, de son handicap par le patient anosognosique n'est donc plus en état de fonctionner.

Certains patients, par déduction, peuvent avoir, a posteriori, une conscience indirecte de leur trouble. Ils reconnaissent avoir souffert d'un syndrome de dénégation, alors qu'ils en souffrent encore.

Cette incapacité à prendre conscience, dans l'immédiat, de l'état actuel du corps est étonnante et cette distinction subtile entre la perception directe et la conscience indirecte de leur état par les patients est rarement mentionnée.

Outre la négation de leur maladie, les patients anosognosiques ont un autre trait particulier : ils ne se font aucun souci pour leur état, n'expriment aucune émotion et disent ne pas en ressentir. Informés de la gravité de leur état, ils reçoivent la nouvelle sans angoisse ni colère, sans tristesse ni panique.

La même nouvelle annoncée à un patient présentant une lésion de l'hémisphère gauche provoquera

43 DAMASIO, A., in *L'erreur de Descartes*, Odile Jacob Poches, réédition en 2010, p.101

44 DAMASIO, A., in *L'erreur de Descartes*, Odile Jacob Poches, réédition en 2010, p. 95-100

une réaction normale.

Les patients anosognosiques ne perçoivent pas non plus les conséquences désastreuses inhérentes à leur nouvelle condition, ou lorsqu'ils le peuvent, ne semblent pas s'en inquiéter. Leur situation, présente et à venir, leur échappe, tout comme la conscience de l'altération de leur jugement.

Il est probable que, lorsque l'image de soi est si gravement perturbée, il n'est plus possible de se rendre compte que ses propres idées et actions ne sont plus normales.⁴⁵

Pour résumer : il semble que l'hémisphère droit montre une prédilection pour les habiletés spatiales, la reconnaissance des visages et la musique, tandis que l'hémisphère gauche s'activerait davantage pour le langage, le calcul et les habiletés logiques.

Bien entendu, il s'agit là de généralisations dans la mesure où, chez un individu normal, les deux hémisphères fonctionnent de concert en s'échangeant de l'information par le corps calleux.

Cette interaction entre les deux hémisphères est la base de toute la coopération dont fait preuve le système nerveux central et montre à quel point les hémisphères sont complémentaires pour la plupart des fonctions, y compris le langage.⁴⁶

c) Les modèles explicatifs⁴⁷ :

Derouesné propose l'hypothèse de modèles basés sur l'existence de systèmes spécifiques, appelés moniteurs, gérant les représentations mentales et les confrontant avec les informations sensorielles, assurant ainsi la détection des discordances et la correction des erreurs.

L'activité consciente implique donc :

- une représentation intacte des activités cognitives,
- un rétro-contrôle à partir des résultats de ces activités,
- la comparaison entre les deux par un comparateur.

Selon ce schéma théorique, la méconnaissance peut relever de **trois mécanismes** principaux :

- **la destruction des représentations mentales**, comme dans les cécités corticales. Dans les lésions bi-occipitales, les représentations visuelles du monde extérieur sont détruites.
- **Le défaut de rétro-contrôle**, comme dans l'aphasie de Wernicke. Le trouble de la compréhension du langage porte également sur le langage propre du patient qui ne peut donc pas corriger ses erreurs.
- **Le dysfonctionnement du comparateur**, comme dans l'hémiplégie. A l'état normal, l'intention de l'action est comparée aux données résultant des mouvements nécessaires pour l'accomplir. En cas de dysfonctionnement du comparateur, la discordance n'est plus perçue et le sujet ne prend pas conscience qu'il est paralysé.

Derouesné distingue, dans le même article⁴⁸, **trois types d'anosognosie** :

45 DAMASIO, A in *ID.* p. 98-99

46 <http://lecerveau.mcgill.ca>

47 DEROUESNÉ C., in *La méconnaissance de la maladie ou de ses déficits*, op.cit p.148

48 DEROUESNÉ C., in *La méconnaissance de la maladie ou de ses déficits*, op.cit p.148

1. **L'anosognosie mnésique** : la différence entre la performance et l'état de la mémoire est perçue, mais non encodée en mémoire sémantique. Le sujet reconnaît l'erreur mais n'en tire pas de conclusion sur le fonctionnement de sa mémoire, du fait de l'absence de mise à jour de la base de données.
2. **L'anosognosie exécutive** : est liée à un dysfonctionnement du comparateur. La performance altérée est perçue mais n'est pas signalée comme erreur, ce qui pourrait également être un mécanisme de fabulations.
3. **L'anosognosie primaire** : dans laquelle l'erreur n'est pas perçue comme telle, en dépit d'un signal du comparateur. Dans ce type, la méconnaissance porte également sur d'autres déficits et la maladie. Le sujet exprime seulement les difficultés qu'il ressentait avant sa maladie.

CHAPITRE II

EVALUATION NEUROLOGIQUE ET MOYENS

Nous allons commencer ce chapitre par une distinction :

- **L'anosognosie dans un contexte d'aphasie** : fait référence à une « non conscience » de pathologies telles que l'hémiplégie, l'hémianopsie, la négligence unilatérale, auxquelles peuvent être associés, ou non, des troubles phasiques,
- **L'anosognosie de l'aphasie** : concerne une « non conscience » des troubles du langage et/ou de la communication.

L'anosognosie peut concerner les deux domaines. A ce tableau clinique, s'ajoutent fréquemment des troubles cognitifs. La prise en compte globale des troubles est importante car certains déficits moteurs ou sensoriels peuvent être influencés, dans leur sévérité, par un déficit cognitif associé.

■ **2.1 L'ANOSOGNOSIE DANS UN CONTEXTE D'APHASIE :**

• **2.1.1 LA NÉGLIGENCE UNILATÉRALE**^{49 50}:

C'est une difficulté à détecter, à répondre ou à s'orienter vers des stimuli signifiants situés du côté opposé à une lésion cérébrale et ne pouvant pas être attribuée à un déficit sensoriel ou moteur (Heiman, 1993).

Elle est généralement due à une lésion postérieure (pariétale ou pariéto-occipitale) de l'hémisphère droit. On distingue quatre formes cliniques :

a) La négligence extrapersonnelle peut :

- concerner l'espace proche, à portée de main (péripersonnel, *reaching space*) ;
- concerner l'espace lointain (extrapersonnel, *walking space*) ;
- présenter des dissociations : négligence proche sans négligence lointaine, dissociations inverses.

b) La négligence personnelle (ou asomatognosie) peut entraîner :

- une non-reconnaissance de l'hémicorps contralésionnel ;
- des formes partielles :
 - l'hémicorps est considéré comme un objet ;
 - misoplégie (dégoût pour le membre atteint) ;
- un délire corporel : somatoparaphrénie ;
- une double dissociation avec la négligence extrapersonnelle.

c) La négligence motrice peut entraîner :

- un trouble de l'utilisation de l'hémicorps controlatéral (hypospontanéité gauche) ;

49 AZOUVI, P., in <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/durehabilitationneuropsychonegligencePAzouvi2007.pdf>

50 COELLO, Y., in <http://perso.univ-lille3.fr/~ycoello/enseignement/Rehabil-neuropsych-Etud.pdf>

- un trouble du geste dirigé vers l'espace controlatéral (hypokinésie directionnelle avec un temps de réaction plus long pour les mouvements dirigés vers la gauche) ;
- une diminution des saccades visuelles vers la gauche.

d) La négligence représentationnelle :

- le champ visuel est restreint sur la gauche. Cela est flagrant dans les épreuves de copie de dessins ou de barrages.

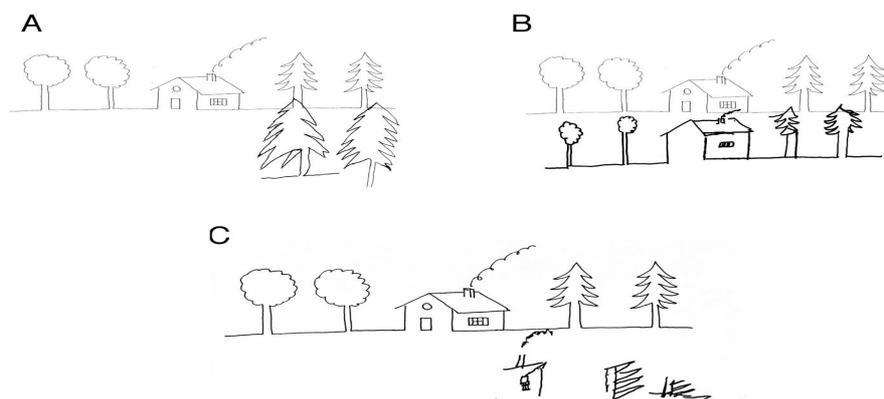


Figure 3

Figure de Gainotti⁵¹

Ramachandran donne une illustration de l'anosognosie de la négligence avec la présentation du cas clinique, devenu célèbre, de madame Dodds⁵² qui souffre d'une hémiplégié gauche consécutive à un AVC. Cette patiente est persuadée qu'elle touche son nez, à la demande du médecin, alors que sa main gauche est posée sur la table. Elle est tout aussi convaincue d'applaudir lorsque Ramachandran lui demande de le faire. Il expose ce cas sous le titre parlant de « Applaudir d'une main ».

e) Les troubles associés :

- l'anosognosie aurait une prévalence dans 33% à 58% des cas d'hémiplégié gauche⁵³ ;
- l'anosognosie peut concerner le déficit visuel (hémianopsie) ;
- elle peut laisser place à de l'anosodiaphorie ;
- des troubles attentionnels non latéralisés ;
- l'allochirie, l'alloesthésie : transposition à droite d'informations situées à gauche ;
- des perturbations oculomotrices : déviation de la tête et des yeux vers le côté lésé ;
- l'extinction sensorielle : si deux stimuli sont présentés de manière bilatérale, le stimulus controlatéral n'est pas détecté, il est dit « éteint ».

51 source : <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/HeminegCours.pdf>

52 RAMACHANDRAN, V.S., in *Le Fantôme intérieur*, op.cit, p.166

53 CIANCA in *Anosognosie et autres « troubles de conscience de.. » après atteinte hémisphérique droite*, in *Neuropsychy News*, vol.5 2006, p.29

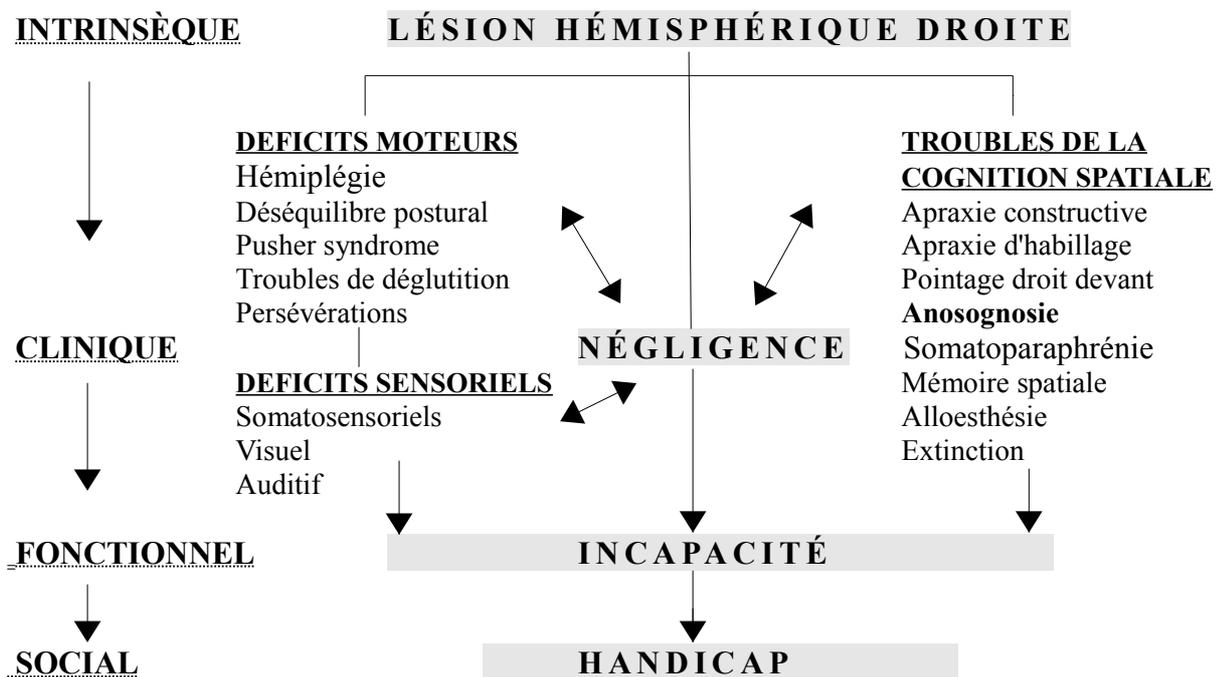
• **2.1.2 EVALUATION DE L'INCAPACITÉ**⁵⁴ :

Les déficits moteurs et sensitifs consécutifs à une lésion hémisphérique droite sont plus sévères que ceux résultant d'une lésion gauche, en raison de l'héminégligence associée. Inversement, une hémiplégie gauche ou une hémianopsie constituent des facteurs aggravants de la négligence unilatérale et de l'anosognosie.

Les conséquences de l'intrication des déficiences cognitives, motrices et sensorielles doivent être prises en compte lors de l'évaluation de l'incapacité du patient.

a) Niveaux d'expression :

Les quatre niveaux d'expression de la maladie sont résumés dans ce schéma :



Interaction des différentes déficiences entre elles (motrices, sensorielles et cognitives) consécutives à une lésion de l'hémisphère droit et conséquences sur le niveau d'incapacité.

b) Les modèles théoriques :

1) Les hypothèses attentionnelles : Heilman (1993)

L'hémisphère droit aurait la capacité à orienter l'attention à la fois vers la gauche et vers la droite, alors que l'hémisphère gauche ne serait responsable que de l'attention vers la droite.

La négligence serait donc due à un défaut d'activation de l'hémisphère droit que le gauche ne pourrait compenser (HD>HG)

⁵⁴ RODE in *Evaluation des incapacités et de la qualité de vie des patients présentant des troubles cognitifs*, in Annales de Réadaptation et de Médecine physique, Vol. 48 n°6, Elsevier, 2005, p. 377-379

2) Les hypothèses représentationnelles : Bisiach (1978)

L'espace réel ou imaginé est représenté de façon analogique et symétrique dans chacun des deux hémisphères. Une lésion unilatérale détruit alors la représentation de l'espace controlatéral. Il ne s'agit plus d'un trouble attentionnel mais de la dégradation de la représentation perceptive controlatérale (l'expérience du Dôme de Milan).

3) La théorie de la découverte : Lévine (1990)^{55 56}

Après une étude clinique sur des patients atteints d'hémiplégie gauche, avec et sans anosognosie sévère, Lévine conclut « qu'aucun déficit spécifique, troubles sensitifs, négligence, troubles cognitifs ou de l'humeur ne peuvent être totalement corrélés à la présence ou à la persistance de l'anosognosie. »⁵⁷

Il privilégie le rôle de la désafférentation somato-sensorielle : le déficit sensitif, et particulièrement proprioceptif, installé brutalement ne serait pas, tout comme la sensation, immédiatement accessible à la conscience.

Lors de l'atteinte d'une partie du champ sensoriel, les phénomènes de complétion perceptive (complétion de la tâche aveugle chez le sujet normal, perception d'un membre fantôme chez l'amputé) pourraient venir s'opposer à la prise de conscience du déficit sensitif proprioceptif au stade initial.

Tout autre trouble associé, sensoriel ou cognitif, réduirait davantage les possibilités de découverte et de prise de conscience du déficit moteur.

Les statistiques sur la prévalence de l'anosognosie chez les patients reflètent les mêmes discordances que pour sa définition.

Le Dr Cocchini⁵⁸ a rassemblé dans son article « Unawareness for illness - Anosognosia » les différentes données disponibles quant à la fréquence de ce trouble en fonction des auteurs.

La prévalence varie de 7 à 62%, ce qui ne peut que laisser perplexe sur le concept ainsi évalué (ou négligé, selon que l'on prenne en compte une définition large ou étroite de l'anosognosie).

• 2.1.3 L'ÉVALUATION DE LA NÉGLIGENCE⁵⁹ :

L'objectif est de cerner les types d'épreuves et domaines utiles pour évaluer l'anosognosie :

a) Evaluation classique :

Des tests visuo-moteurs :

- épreuves de barrages ;
- dessins à copier ou spontanés, dessin d'une horloge ;
- tests de bissection de lignes.

55 CIANCA in *Anosognosie et autres « troubles de conscience de.. » après atteinte hémisphérique droite*, op.cit p.30

56 PRIGATANO, G., in *A Study of Anosognosia*, op.cit. p.19

57 CIANCA, in *ID*. p.30

58 COCCHINI, G., Université de Psychologie de Londres, support de conférence datant de 2009, transmis par l'auteur

59 AZOUVI, P., in <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/durehabilitationneuropsychonegligencePAzouvi2007.pdf>

Un test perceptif :

- figures enchevêtrées.

Le langage écrit :

- lecture ;
- écriture sous dictée.

La représentation spatiale.

Il faut noter que les épreuves papier-crayon n'évaluent que la négligence visuo-motrice dans l'espace extra personnel proche et ne permettent pas toujours de prévoir le comportement de négligence dans la vie quotidienne

b) Evaluation comportementale :

1) Echelle de Catherine Bergego (ECB) :

permet l'évaluation du comportement de négligence par l'observation directe du patient dans son environnement. L'observation de l'ergothérapeute est confrontée à l'auto-évaluation du patient afin d'évaluer l'anosognosie.

Elle concerne dix actes de la vie courante (toilette, habillage, repas, orientation du regard, conscience de l'hémi-corps gauche, attention auditive, déplacements, orientation, recherche d'objets courants).

La cotation, pour chacun des dix items, va de 0 (pas de négligence) à 3 (négligence sévère).

Autres échelles fréquemment utilisées⁶⁰ :

2) Questionnaire de Cutting (1978)

C'est une échelle standardisée destinée à évaluer si le patient a conscience ou non de ses troubles moteurs ; elle permet de révéler d'autres troubles comme l'anosodiaphorie ou la misoplogie.

3) Echelle de Bisiach (1986)

C'est une échelle standardisée destinée à évaluer la conscience des troubles moteurs, sensitifs et visuels (particulièrement la négligence). La cotation, de 0 pour une conscience des troubles à 3, pour une non conscience sévère, impliquait initialement que le patient peut être considéré comme anosognosique à partir du score 1, or cette cotation a été révisée en 2005 par Baier et Karnarth qui ont relevé le seuil significatif à 2.

4) S.A.I (Structured Awareness Interview - 2004)

Cette échelle récente, destinée aux patients ayant fait un AVC, permet d'évaluer les troubles moteurs et sensoriels, les capacités fonctionnelles mais aussi d'autres troubles comme la somatoparaphrénie.

Plusieurs tests, standardisés et fiables, existent donc mais gardons à l'esprit le caractère complexe et multifactoriel de l'anosognosie, difficile à évaluer dans son intégralité.

60 PRIGATANO, G., in *A Study o-f Anosognosia* op.cit. p.432

• **2.1.4 LA RÉÉDUCATION DE LA NÉGLIGENCE⁶¹ :**

- a) Techniques traditionnelles :** le réentraînement de l'exploration visuelle;
- indices à gauche (point d'ancrage visuel) ;
 - diminution progressive de l'intensité des indices ;
 - feed-back pour favoriser la prise de conscience.

Limites de la rééducation de l'exploration visuelle :

- la tâche assez contraignante pour attirer le regard vers la gauche ;
- peu de généralisation : l'effet est souvent limité à des situations proches des tâches utilisées en rééducation ;
- on manque de bases théoriques explicites ;
- elle ne prend pas en compte la diversité du déficit ;
- elle ne s'adresse qu'à l'orientation volontaire de l'attention.

Les techniques suivantes ne relèvent pas du champ de compétences des logopèdes/orthophonistes mais il est intéressant de les connaître :

b) La stimulation calorique vestibulaire (SCV)⁶²:

Cette technique consiste à irriguer le conduit auditif externe, ce qui provoque un nystagmus lent (comme le schéma qui suit l'indique, cela dépend des circonstances de la stimulation) et améliore sensiblement, pour une durée de 15-20 minutes, non seulement la négligence mais aussi l'anosognosie. Malheureusement, cette récupération n'est que transitoire.

Chez des patients atteints de lésion hémisphérique droite, les réactions consécutives à l'irrigation varient selon l'oreille concernée et la température de l'eau :

	SCV oreille GAUCHE	SCV oreille DROITE
Eau FROIDE	Nystagmus vers la gauche Amélioration du déficit	Nystagmus vers la droite Aggravation du déficit
Eau CHAUDE	Nystagmus vers la droite Aggravation du déficit	Nystagmus vers la gauche Amélioration du déficit

c) Vibrations des muscles du cou à gauche

La rééducation se fait par cycles de quinze séances, l'amélioration est transitoire, les bénéfices sont discutés.

d) Entraînement de l'exploration visuelle et rotation du tronc

Le patient doit atteindre des cibles au moyen d'une tige solidarisée au tronc par une orthèse «de Bon-Saint-Côme». L'efficacité de cette méthode, basée sur une approche neuro-psycho-motrice, est démontrée dans une étude randomisée.

e) Adaptation prismatique

Port de lunettes prismatiques induisant une déviation visuelle de 10° vers la droite. La déviation vers la gauche persiste quelques instants après l'ablation des prismes.

Ces techniques permettent une amélioration des symptômes, mais n'ont pas d'effet à long terme.

61 AZOUVI, P., in <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/durehabilitationneuropsychonegligencePAzouvi2007.pdf>

62 PRIGATANO, G., in *A Study o-f Anosognosia* op.cit. p.28

■ 2.2 L'ANOSOGNOSIE DE L'APHASIE :

Ici sont concernés les troubles du langage et de la communication.

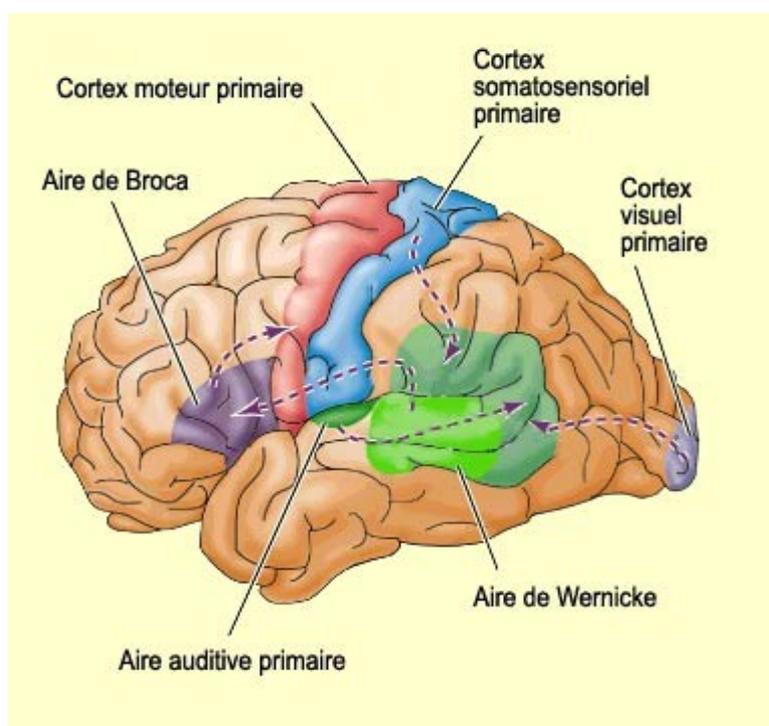
Nous entrons dans « l'ambiguïté » du concept d'anosognosie dont nous avons développé la définition neurologique que les puristes, comme Damasio et Jeannerod notamment, réservent à une lésion de l'hémisphère droit (cf.chapitre I).

Or il est aussi question d'anosognosie dans l'aphasie de Wernicke et l'aphasie transcorticale sensorielle (ATS) qui concernent pourtant l'hémisphère gauche.

La définition neurologique de ce trouble a en effet été élargie à d'autres pathologies et à d'autres sites lésionnels, ce qui autorise, pour beaucoup, l'utilisation de ce terme dans l'aphasie par exemple.

Afin d'éviter toute confusion, nous précisons donc que c'est à cette définition « élargie » qu'il sera fait référence dans cette partie.

• 2.2.1 SÉMIOLOGIE DES PRINCIPAUX TYPES D'APHASIES CONCERNÉES ⁶³



Les aires du langage, situées dans le sillon latéral de l'hémisphère gauche, sont reliées par le **faisceau arqué**, impliqué dans la compréhension orale du langage et sa production par la parole. Cette boucle est présente au même endroit chez les sourds qui s'expriment en langue des signes. Ce faisceau ne serait donc pas spécifique au langage oral ou parlé, mais serait plus largement associé à la modalité principale du langage d'un individu⁶⁴.

	Langage spontané	Compréhension	Répétition	Dénomination	Lecture	Ecriture	Signes associés	Localisation
Wernicke	Logorrhée Jargon	Très altérée	Paraphasies	Très altérée	Alexie	Agraphie	Hémianopsie	Aire de Wernicke
ATS	Fluide	Altérée	Préservée	Très altérée	Alexie	Agraphie	Signes sensitifs, hémianopsie	Zone postérieure de l'aire de W.

63 GIL, R., in *Neuropsychologie*, Masson, 2006 p.56

64 <http://lecerveau.mcgill.ca>

■ 2.2.2 L'ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES AUTOUR DE L'APHASIE :

Dans son article « L'aphasie des adultes : Evolution des concepts et des approches thérapeutiques »⁶⁵ Mazaux appelle à une reconsidération des traditionnels modèles théoriques et classifications cliniques sur base, notamment, des avancées liées à l'imagerie cérébrale.

« L'aphasie est la conséquence clinique d'une atteinte des systèmes de représentation psycholinguistique du langage, et/ou des systèmes cognitifs qui en assurent le traitement. Sur le plan neurobiologique, une représentation correspond à un état d'activation particulier, une configuration temporaire des réseaux, ou d'une partie des réseaux du langage ».

Les données recueillies grâce à la neuro-imagerie, à l'examen du langage au cours de chirurgie éveillée ont pour objectif de documenter les réseaux du langage chez le sujet sain et d'étudier la récupération post-lésionnelle de l'aphasie.

Chez le sujet sain, elles ont confirmé la prédominance de l'hémisphère gauche dans les activités de langage, mais ont aussi mis en lumière le rôle des structures profondes (noyaux gris), et de l'hémisphère droit.

Ces informations justifient l'abandon d'une classification établie sur les aires cérébrales au profit de modèles distribués en réseaux. « L'aire de Broca et l'aire de Wernicke sont toutes deux impliquées dans le réseau supportant les représentations phonologiques d'entrée et de sortie, et non l'une dans la production articulée, l'autre dans la compréhension auditive. »

Ces avancées sont capitales car elles fournissent des indices quant à l'évolution de la pathologie, point fondamental pour toute personne amenée à traiter le patient aphasique.

« Dans le domaine de la récupération de l'aphasie vasculaire et de sa rééducation, il semble désormais établi que c'est la réapparition secondaire d'activations hémisphériques gauches, et principalement dans la région dite zone de Wernicke, qui englobe l'aire de Wernicke et les aires temporo-pariétales adjacentes qui s'avère de pronostic favorable. »

Mazaux souligne les avancées en terme d'évaluation et de rééducation grâce à l'importance accordée à la communication et à la pragmatique, alors qu'avant seul le langage était concerné.

Nous regrettons que, dans son article, Mazaux n'ait pas abordé la question de l'anosognosie mais les points abordés conservent tout leur intérêt puisqu'une fois celle-ci dissipée, reste l'aphasie.

Voyons ce qu'en pensent d'autres auteurs :

• 2.2.3 LA PROBLÉMATIQUE DE L'ANOSOGNOSIE :

Une évaluation de l'anosognosie est possible, dès l'anamnèse, grâce à l'analyse du corpus de langage du patient. L'évolution du trouble sera suivie de même lors des prises en charge.

Dans son article « Aphasie et modalité, à quoi servent ces énoncés si bien préservés? »⁶⁶ Katia Prod'homme⁶⁷ insiste sur la pragmatique et la modalisation du discours en tant que jugement sur le contenu propositionnel, et sur la qualité de l'acte élocutoire.

65 MAZAUX, J-M., in *loc;cit* in Glossa n°100, 2007, p. 36-44

66 PROD'HOMME, K., in *loc;cit* in Glossa n°104, 2008, p.26-33

67 Doctorante en Psycholinguistique, Université de Toulouse, Laboratoire Jacques-Lordat, orthophoniste

Ce discours donne des indications sur le niveau d'anosognosie (et son évolution) par la mise en évidence des difficultés rencontrées par le patient dans ses productions. Celles-ci deviennent des indices importants de la conscience de son trouble par le sujet aphasique, se présentant fréquemment sous la forme de jurons mais aussi comme l'expression de son opinion globale sur ses difficultés « je sais plus... » « qu'est-ce qui m'arrive ? » « c'est facile pourtant ».

Ces formes d'expression explicites des difficultés, ainsi que les essais de correction en temps réel sont autant d'indicateurs à prendre en compte lors de l'anamnèse et de la rééducation.⁶⁸

Autre point auquel il convient d'être attentif dans cette recherche d'indices : le débit de parole, qualifié fréquemment de logorrhéique dans l'aphasie de Wernicke.

Dans certains cas, selon Gil, « des aphasies de ce type s'accompagnent d'un débit élocutoire réduit pouvant survenir d'emblée ou caractériser un mode évolutif coïncidant avec une régression de l'anosognosie »⁶⁹

L'importance de la communication non verbale est unanimement soulignée dans les réponses au questionnaire (voir partie III).

A ce propos, notons la réflexion pertinente qu'Oliver Sacks développe dans l'un de ses récits cliniques⁷⁰. Il explique comment le ton et l'expressivité d'un discours transcendent le verbal.

Si la compréhension des mots est détruite, l'expressivité émotionnelle est préservée, sa perception amplifiée.

Sacks en parle ainsi :

« J'ai parfois le sentiment – et tous ceux d'entre nous qui travaillent avec des aphasiques l'ont aussi – qu'on ne peut pas mentir à un aphasique. Il ne peut pas saisir vos mots, donc il ne peut pas être trompé par eux; mais ce qu'il saisit, et il le saisit avec une précision infaillible, c'est *l'expression* qui accompagne les mots, cette expressivité totale, spontanée, involontaire, qui ne peut jamais être simulée ou truquée, comme les mots peuvent l'être trop facilement... »

Philippe Van Eeckhout⁷¹ préfère parler de « **réactivation** du langage plutôt que de rééducation. En effet, il faut bien comprendre que soigner l'aphasie n'implique pas un apprentissage (...) C'est ce qui fait la différence entre un enfant qui apprend le langage et un aphasique qui fait des efforts pour en retrouver un. (...) Notre mission consiste à ressusciter des automatismes ».

Nous mentionnerons aussi les publications de Y. Lebrun à propos de l'anosognosie dans l'aphasie. Dans son article « La dysphorie et l'anosognosie dans le traitement de l'aphasie. »⁷² il constate que l'anosognosie ne concerne pas que les patients « jargonneurs » rencontrés dans les aphasies de Wernicke, mais également des patients atteints de stéréotypies (qu'il nomme « monophasiques »).

Il développe ses hypothèses autour d'une question « Si ces malades avaient une claire conscience de leur trouble verbal, verrions-nous les premiers abreuver leurs interlocuteurs de longs discours incompréhensibles et les autres répéter sans cesse leur stéréotypie ? S'ils se savaient inintelligibles, ces patients ne cesseraient-ils pas de parler ? »

68 SERON, X., VAN DER LINDEN, M.; in *Traité de Neuropsychologie clinique Tome 1*, 2000, Solal

69 GIL, R., in *Neuropsychologie*, 4ème édition, 2006, Masson

70 SACKS, O., in *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, p.111-114, Seuil Points, 1988

71 VAN EECKHOUT, P., in *Le Langage blessé*, Albin Michel, 2001 p.37, 54-55

72 LEBRUN, Y., in *Rééducation Orthophonique* vol.28, 1990 p.259-269

Autour de cette question centrale, il propose certaines hypothèses :

- **La surdité verbale** : « les patients atteints de jargonaphasie ont généralement de graves troubles de la compréhension, ce qui peut laisser imaginer qu'ils ne peuvent juger adéquatement de leur production linguistique. Peut-être ont-ils l'illusion que ce qu'ils disent est correct, du moins intelligible. »
- **Un déficit de feed-back auditif** : «   cause de leur lésion cérébrale, les patients atteints d'aphasie   stéréotypie ne pourraient plus effectuer deux tâches simultanées.(..) Ainsi certains d'entre eux ont du mal à parler et   s'auto-contrôler en même temps. »
- Le patient n'a aucun souvenir de ses troubles langagiers une fois l'anosognosie résorbée.
- **La conscience du trouble préférée au silence** « Certains patients monophasiques pourraient être conscients de leur stéréotypie mais choisiraient de ne pas en tenir compte pour ne pas sombrer dans le silence et l'isolement. »
- **La préservation de l'image de soi** : « Il est possible que certains patients monophasiques continuent de parler pour conserver d'eux-mêmes une image d'être parlant, pour ne pas perdre cette faculté de parole typiquement humaine. »

Selon Lebrun, « certains patients sont donc inconscients de leur comportement verbal stéréotypé alors que d'autres s'en rendent sans doute compte mais ne se résignent pas pour autant à être silencieux ».

Parmi les nombreux documents consultés lors de la préparation de ce TFE, nous n'avons trouvé nul autre auteur partageant ces hypothèses. Les articles spécifiques étant rares, nous avons jugé utile de mentionner celui-ci, sans que cela vaille approbation de son contenu qui nous semble trop subjectif. Depuis la publication de ces hypothèses, déjà émises en 1982 dans un article « Anosognosie et aphasie »⁷³ aucune donnée neuroscientifique récente ne permet d'abonder dans ce sens.

La non conscience peut n'affecter que certains domaines. Selon Orfei et al.,⁷⁴ son évaluation devrait être étendue à d'autres, comme la cognition ou le comportement, et ne pas être limitée aux déficits sensorimoteurs.

Toujours selon les mêmes auteurs, **l'attribution causale**, par rapport à l'AVC, est un paramètre fondamental à ne pas omettre dans l'évaluation.

Le patient peut être conscient de son déficit mais en refuser la cause, ou la déplacer sur une autre, voire attribuer des symptômes importants à des causes bénignes (ceci nous semble être une réaction attestant d'anosodiaphorie plutôt que d'anosognosie).

Parallèlement, l'acceptation des soins, ou de la durée d'hospitalisation, est également un bon indicateur par rapport à l'état réel de prise de conscience.

Pour être complète, l'évaluation de la « non conscience de.. » devrait inclure les connaissances implicites, c'est à dire les contradictions entre les réponses verbales des patients et leurs comportements.

73 LEBRUN, Y., LELEUX,, in Archive suisse de Neurologie vol.130-1, 1982 p.25-38

74 ORFEI et al., in *A Study of Anosognosia*, op.cit, p. 438

■ 2.3 VATA-L:VISUO-ANALOGUE TEST FOR ANOSOGNOSIA FOR LANGUAGE DISORDERS⁷⁵

NB : à la demande du Docteur Cocchini, cette sous-partie a été supprimée afin de respecter les droits des auteurs du test dans le cadre d'une diffusion sur internet.

75 COCCHINI, G., *VATA-L*, in *The Clinical Neuropsychologists*, 24, 2010, p.1379-1399

CHAPITRE III

LA PRISE EN CHARGE LOGOPÉDIQUE

Après l'aspect théorique, abordons la question de la prise en charge du patient afin de déterminer à quels niveaux se répercute l'impact de l'anosognosie.

Notre questionnaire initial, centré sur les étapes de travail et les erreurs à éviter, ayant trouvé peu de réponses concrètes dans la littérature, nous avons choisi de consulter directement les personnes concernées : les logopèdes/orthophonistes.

■ 3.1 QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES LOGOPÈDES/ORTHOPHONISTES :

Sur base des points abordés dans la littérature, nous avons élaboré un questionnaire afin de permettre un partage de leur expérience. En effet, qui d'autre pourrait apporter des réponses plus concrètes à nos questions de néophyte ?

Ce document (joint en annexe) comporte dix-huit questions abordant :

- l'aspect neurologique : définition du trouble, types de pathologie, fréquence et nature des troubles associés ;
- la prise en charge : évaluation, étapes de travail, outils et moyens spécifiques, quels sont les rôles face au patient et à son entourage, comment ces derniers réagissent-ils ?
- Le ressenti du thérapeute, du patient et de son entourage.

Sa diffusion, par courrier électronique, concerne plusieurs centaines de personnes via :

- l'annuaire professionnel de l'UPLF 2010 (cible : code nomenclature 04 identifiant les logopèdes travaillant dans le domaine de l'aphasie),
- le réseau d'Aphasie-France, relayé par son Président le Docteur Journet,
- des forums d'orthophonie, des réseaux sociaux.

Malgré cette large diffusion, le nombre des réponses utilisables est de **24**.

L'établissement de statistiques est donc impossible mais des données intéressantes peuvent être soulignées.

Neuf personnes, non comptabilisées, ont répondu n'avoir jamais eu de patient anosognosique.

Notons également que :

- treize logopèdes, pourtant référencées sous le code 04 de l'UPLF, ont répondu ne pas assumer de prises en charge en aphasie ;
- une vingtaine de personnes, autres que celles ayant répondu, souhaiterait recevoir ce T.F.E pour avoir une information sur ce trouble qu'elles estiment mal connaître ;
- ce manque d'information pourrait expliquer, en partie, le faible nombre de réponses.

Nombre total de réponses : 24

Belgique : 11 France : 9 Québec : 3 Luxembourg : 1 Suisse : 0

Nous présenterons d'abord le profil des logopèdes/orthophonistes qui ont répondu à l'enquête. Parmi les pays représentés, seule la Belgique possède un cursus de formation à deux niveaux, il aurait pu être intéressant de voir lequel (licence ou graduat) est le plus représenté. Par souci de clarté, des thématiques de réponses ont été regroupées, ce qui explique que l'ordre des questions de l'analyse diffère de celui du questionnaire.

1. Type d'activité professionnelle :

Ancienneté	Indépendante	En Institution	Mixte	Nombre de réponses
De 1 à 3 ans	1	2	5	8
De 3 à 5 ans	1	1	-	2
De 5 à 10 ans	1	3	1	5
De 10 à 15 ans	-	1	-	1
De 15 à 20 ans	-	2	-	2
+ de 20 ans	3	3	-	6

3. Fréquence de prise en charge d'un patient aphasique anosognosique :

Ancienneté	Souvent	Régulièrement	Rarement	Nombre de réponses
De 1 à 3 ans	-	3	5	8
De 3 à 5 ans	-	1	1	2
De 5 à 10 ans	1	1	3	5
De 10 à 15 ans	-	1	-	1
De 15 à 20 ans	-	2	-	2
+ de 20 ans	1	2	3	6
Total	2	10	12	24

Notons ici que le cumul des réponses « Souvent » et « Régulièrement » est quasiment égal (11) au nombre de réponses « Rarement » (12). Cela pourrait s'expliquer de différentes façons :

- l'anosognosie, nous l'avons vu, est un trouble complexe, difficile à identifier, peut-être surévalué, la distinction avec le déni étant délicate.
- Sur les onze logopèdes/orthophonistes ayant répondu « Souvent » et « Régulièrement », sept travaillent en institution ou ont une activité mixte, d'où une patientèle plus « spécifique » que celle, plus diversifiée, d'un cabinet d'indépendant(e).
- La prévalence de l'anosognosie serait sous-estimée dans la littérature et serait donc réajustée par les observations et les conclusions issues des prises en charge logopédiques. Cette hypothèse est avancée par le Dr Cocchini dans l'analyse des premiers résultats apportés par le test VATA-L dont nous avons parlé précédemment.

4. Durées (minimales et maximales) d'anosognosie rencontrées en rééducation :

	Durée minimale	Durée maximale	Moyenne
Réponses exprimées	1 séance	Ad vitam	quelques semaines /plusieurs mois

Notons ici que :

- Les études théoriques estiment la durée moyenne d'anosognosie à quelques semaines et qu'une durée supérieure serait un facteur prédictif négatif de récupération finale.
- Une anosognosie permanente reste rare et serait liée à un type de lésion spécifique, par exemple une atteinte temporale massive (cas cité dans les réponses).
- L'anosognosie est généralement mise à jour dès l'anamnèse (le patient ne comprend pas la raison de sa présence, ses réponses sont discordantes, voire incohérentes) ou dès le début des épreuves contraignantes d'évaluation.

A ce sujet, seule une personne précise que les troubles, parfois sévères, de compréhension peuvent altérer la fiabilité des résultats des épreuves de testing.

a) Comment définiriez-vous l'anosognosie en cas d'aphasie en fonction de votre expérience et de votre ressenti ?

Si les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur la définition exacte du trouble, il en va de même pour les rééducateurs. La formulation est d'origine afin d'éviter un biais d'interprétation.

Termes utilisés	Domaines concernés
- DÉNI	de la pathologie
- DIFFÉRENTE DU DÉNI	déni : mécanisme de défense
	déni : relève du neuropsychologue
- NON CONSCIENCE	de ses troubles de communication
	de l'ampleur de ses troubles de compréhension et/ou d'expression
	de la non compréhension de l'interlocuteur malgré ses signaux d'alerte.
- MÉCONNAISSANCE	- du trouble et/ou de son ampleur, - de ses déficits langagiers, cognitifs, communicationnels, - des limites qu'ils impliquent.
- NON RECONNAISSANCE et/ou - NON PRISE EN CONSIDÉRATION	des troubles instrumentaux ou dysexécutifs.
- INCAPACITÉ	d'accès rationnel au trouble
- INCAPACITÉ NEUROLOGIQUE	à percevoir ses difficultés.

Que peut-on déduire des termes utilisés, sémantiquement proches, et des domaines concernés ?

Des concepts complexes, parfois difficiles à différencier :

- l'anosognosie est différente du déni. Bien qu'élargie aux pathologies psychologiques et psychiatriques, elle reste un trouble neurologique dans sa définition première; le déni est un trouble psychopathologique à partir d'un certain seuil de perception.
- Le terme « *non prise en considération* » implique d'« avoir conscience de » mais de choisir de « ne pas prendre en compte ». Ceci est la définition de **l'anosodiaphorie** (cf. chapitre I) dans laquelle une prise de conscience existe.

- Les termes « *méconnaissance* » et « *non reconnaissance* » pourraient être compris comme étant un éventuel manque de connaissances ou une erreur de jugement de la part du patient ; or celui-ci est dans l'incapacité neurologique (pour reprendre un terme cité) d'avoir accès à ces niveaux de raisonnement et d'établir un jugement rationnel. Ce terme est utilisé par certains auteurs, dont Derouesné, cité dans ce travail.

Une réduction des limites de l'anosognosie :

Plusieurs réponses ciblent uniquement les troubles d'expression et de communication, or il est rare que la non conscience soit aussi parcellaire, elle concerne plus volontiers l'état global.

Une dissociation dans la prise de conscience existe dans un contexte de traumatisme crânien : le patient peut avoir conscience de ses incapacités physiques mais pas (ou peu) de ses difficultés cognitives et comportementales.

Cette difficulté, légitime, à définir l'anosognosie reflète les interrogations et la perplexité partagées face à ce concept qui heurte le sens commun.

6. Avez-vous rencontré une anosognosie associée dans les cas suivants ? (fréquence ++ à -)

Fréquence	++	+	+ / -	- (ou non)
Aphasie	7	10	7	0
Héminégligence	11	6	2	1
Aphasie + héminégligence.	4	8	4	2
Hémiplégie	6	3	3	6
Aphasie + hémiplégie	4	8	9	1

Dans quel(s) type(s) d'aphasie :
 - **Wernicke** : 17 (réponses)
 - **Transcorticale sensorielle** : 4 (réponses)

Les deux types ci-dessus étaient mentionnés dans le questionnaire (car les plus fréquents). Nous retrouvons une forte prédominance de l'aphasie de Wernicke, puis, à un niveau moindre, de l'aphasie transcorticale sensorielle, ce qui rejoint les tableaux cliniques de la classification en aphasiologie (classification dont l'utilisation actuelle est parfois contestée).

Les réponses suivantes (formulées comme telles) étaient libres, en fonction des cas rencontrés :

Aphasie de Broca (sévère) (stéréotypies)	3	Origine cortico-sous-corticale + atteinte frontale	1
Aphasie globale / mixte	2	Démences	1
Lésion fronto-temporale, lésion droite	2	Trauma crânien et/ou anoxie	1

7. Selon vous, l'amélioration de quels troubles associés favoriserait-elle une diminution de l'anosognosie ?

Fréquence	++	+	+ / -	- (ou non)
Les troubles cognitifs	12	2	3	1
Les troubles spatiaux	1	5	8	6
Les troubles émotionnels	0	8	8	1

Si les réponses reflètent une corrélation entre l'amélioration des troubles cognitifs et la diminution de l'anosognosie, les avis sont partagés à propos des troubles émotionnels et spatiaux. Nous retrouvons donc en pratique les mêmes courants (ou interrogations) que dans les données théoriques.

b) Comment envisagez-vous la rééducation du patient anosognosique et quelles sont les étapes de travail ?

Exemples de méthodes de travail	Exemples d'outils
Mise en échec du patient, confrontation avec ses erreurs visant à amener une prise de conscience	Méthode P.A.C.E (pour insister sur la valeur communicative des mots)
Réponses erronées à des questions mal posées	Schémas, pictogrammes, images
Délivrance systématique de feed-back	Jeux de rôles
Travail par imitation, répétitions, exercices d'attention auditive et de désignation	Moyens alternatifs ou augmentatifs du langage
Canalisation de la logorrhée et/ou des stéréotypies	Travail en groupe
Utilisation de moyens augmentatifs ou alternatifs	Utilisation de l'ordinateur
Renforcement de la communication non verbale	Enregistrements (vidéos, sonores)
Entraînement de l'auto-évaluation	Quelques qualités :
Simplification du discours pour faciliter la compréhension par le patient	<ul style="list-style-type: none"> • L'empathie • La patience
Mise en situation puis verbalisation des difficultés rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> • La motivation • Le tact
Favoriser une approche pluri-disciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • L'imagination
Rendre le patient acteur de sa rééducation en proposant des supports motivants	
Utiliser, si possible, l'humour pour dédramatiser	

S'il convient de saluer la variété des méthodes et outils utilisés pour tenter de proposer une aide adéquate et efficace, malgré le peu de références documentaires et scientifiques, on peut craindre, sachant qu'il n'existe aucune technique prouvée pour « lever » l'anosognosie, que ces méthodes, non validées, s'inscrivent plutôt dans un accompagnement du patient au quotidien et dans le respect de sa personnalité.

9. En quoi l'anosognosie modifie-t-elle votre façon de procéder ?

La prise en charge d'un patient aphasique anosognosique est complexe : elle demande un effort et un investissement supplémentaires pour cerner le trouble et s'adapter aux limites et réactions qu'il implique.

Les intervenants soulignent des réactions inattendues dont :

- la colère, l'agressivité, l'impatience, l'incompréhension, la méfiance, la tristesse ;
- l'auto-dérision, la démotivation ou le sur-investissement dans la rééducation, des idées suicidaires parfois, la dépression ;
- des phases de déni élargi à d'autres troubles (hémiparésie, hémiasomatognosie,..).

(c) L'impact de l'anosognosie sur la prise en charge est présent :

Au niveau de la rééducation :

- première étape indispensable : la prise de conscience (il est difficile d'anticiper sa durée) ;
- un ralentissement du travail dû à cette première étape supplémentaire ;
- la nécessité d'une approche pluri-disciplinaire demandant cohésion et cohérence entre les différents intervenants ;
- une collaboration plus importante avec les proches du patient, incluant la comparaison des réponses de chacun afin d'évaluer régulièrement l'évolution de l'anosognosie mais aussi, si besoin, l'acceptation du trouble par ses proches.

Au niveau du rééducateur :

- une adaptation du discours : la simplification des propos, l'accentuation de l'intonation et de la gestuelle, un ralentissement du débit ;
- un recours systématique au feed-back ;
- un investissement dans la recherche de supports stimulants pour le patient, sa motivation devant être davantage encouragée que celle d'un patient non anosognosique ;
- l'apport d'un soutien psychologique lors de l'étape de prise de conscience ;
- l'anosognosie demande plus de patience et de « délicatesse ».

D'après leurs réponses, face au patient aphasique anosognosique, les logopèdes se sentent :

Face à un défi	15	Désarmé(e)s	6	Optimistes	4	Plein(e)s d'idées	4
Impuissant(e)s	3	Résigné(e)s	1	Pessimistes	3	En manque d'idées	4

Au niveau des proches du patient :

Un accompagnement est indispensable pour les informer sur ce trouble et ses conséquences au moyen d'explications compréhensibles, si possible illustrées (dessins, schémas) :

- le trouble est lié à la pathologie, ce n'est ni une démence, ni un trouble de la pensée ;
- il est généralement transitoire ;
- le patient ne fait pas exprès d'agir comme il le fait, il n'en est pas conscient et ne comprend pas ce qu'il peut percevoir comme de l'acharnement, d'où des réactions de colère, d'agressivité, de tristesse, de méfiance... Il faut être patient et compréhensif ;
- les proches ne doivent pas faire semblant d'avoir compris des propos incohérents ou laisser s'installer des stéréotypies sans envoyer un signal d'alerte au patient ;
- expliquer leur rôle dans la prise de conscience : comment formuler des feed-backs ou créer des situations de communication avec le patient ;
- leur conseiller des brochures d'information sur l'aphasie et répondre à leurs questions ;
- la famille est souvent totalement désorientée face à cet accident de la vie, aggravé par l'incompréhension et le sentiment d'impuissance (collective?) que génère l'anosognosie.

Si, d'après les réponses, la tristesse et la colère sont les sentiments les plus fréquents chez les proches, le déni est également présent, prenant ici tout son sens de mécanisme de défense.

14. (d) Selon vous, quels sont les rôles du logopède (orthophoniste) face à un patient aphasique et/ou héminégligent anosognosique et face à son entourage ?

- Rôles face au patient :	++	+	+ / -	- (ou non)
Evaluation des difficultés et des compétences	22	0	0	0
Rééducation	21	1	0	0
Information	17	4	1	0
Relais auprès des proches	17	5	0	0
Relais auprès de professionnels ou d'organismes	11	9	1	0
Autres : (seul) lien avec l'extérieur, motivation				

- Rôles face à l'entourage proche :	++	+	+ / -	- (ou non)
Information	19	3	0	0
Relais auprès de professionnels ou d'organismes	10	10	0	0
Autres : leur montrer leur rôle de rééducateur				

Ces réponses confirment que les rôles d'information et de relais sont tout aussi importants que ceux, évidents, d'évaluation et de rééducation.

Transmettre une information implique des connaissances théoriques actualisées. Or ce sujet est peu abordé dans la littérature scientifique francophone (hors Québec) mais des études existent dans les pays anglo-saxons.

La question de la formation initiale mérite d'être posée ; une place suffisante est-elle accordée à l'étude de ces troubles générant le désarroi et la perplexité des rééducateurs ?

De même, il apparaît clairement que la neuropsychologie a une place de choix dans l'étude des troubles de la conscience ; il conviendrait de privilégier une réelle collaboration entre ces deux disciplines et, pour les logopèdes, d'approfondir certaines connaissances.

A la question portant sur la connaissances d'articles ou d'ouvrages récents sur l'anosognosie dans un contexte d'aphasie, la réponse est une non réponse collective, hormis la citation d'Oliver Sacks, du Traité de Neuropsychologie (Solal) et l'annonce d'une parution future de cas clinique (Solal).

Notons qu'une personne mentionne les recherches de l'équipe du Professeur Eric Salmon de Liège. Une prise de contact de notre part l'an dernier avait mis à jour que ces recherches concernent la maladie d'Alzheimer.

« Faire au mieux malgré tout »

pourrait résumer l'état d'esprit des logopèdes interrogé(e)s qui, malgré leur désarroi et les difficultés évidentes restent prêt(e)s à relever le défi !

■ **3.2 PAROLES DE PATIENTS**⁷⁶

Il nous semble primordial, dans ce travail, d'aborder le vécu des patients.

⁷⁶ Les prénoms des patients notés avec un astérisque ont été modifiés afin de préserver leur anonymat.

Cette collecte de témoignages ne fut pas une chose aisée car ceux-ci hésitent, par difficulté d'expression ou par pudeur, à se confier. Certains n'ont pas souhaité revenir sur des périodes trop douloureuses à évoquer, d'autres n'ont pas gardé de souvenirs de leur période d'anosognosie.

Nous remercions donc chaleureusement les personnes qui ont accepté d'en parler, parfois relayées par leurs proches, lorsque leur langage oral ne leur permet pas d'être autonomes.

L'intégralité des témoignages, ne pouvant être développée ici, est jointe en annexe.

En tant que responsable du blog [PONTT](#), sur lequel ce TFE est proposé, il m'a paru préférable de ne pas inclure ces témoignages dans ce document.

Si, à l'avenir, ils sont mis à disposition, sur PONTT ou ailleurs, je ne manquerai pas de vous en avertir.

Michel Frédérix (Bill)

■ **3.3 L'IMPORTANCE DE L'ENTOURAGE PROCHE:**

Nous venons de voir l'impact et les conséquences de l'aphasie sur le patient, mais il ne faut pas oublier les autres victimes collatérales : ses proches.

Nous avons vu précédemment que les proches sont sollicités par les rééducateurs pour aider le patient au quotidien dans sa prise de conscience et dans sa réappropriation du langage.

Leur participation est également importante dans la comparaison de leurs réponses, avec celles du patient, à un certain nombre de questions destinées à évaluer l'évolution de l'anosognosie.

Cette technique (utilisée y compris hors contexte d'anosognosie) est pourtant remise en question car subjective, donc peu fiable, voire déconseillée par certains auteurs.

Après une large étude comparative⁷⁷ (ne ciblant pas des patients spécifiquement anosognosiques) des réponses de patients et de celles de leurs proches sur la perception de chacun des changements physiologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux neuf mois après un AVC, les conclusions montrent un écart significatif entre les réponses des patients et des proches.

Cet écart s'explique par le fait que des personnes confrontées au même événement ne vont pas le ressentir de la même manière, que les patients peuvent sous-estimer leurs difficultés et que l'opinion des proches est également soumise à de nombreux biais.

La perception de l'AVC par le malade ne peut raisonnablement pas être la même que celles de tiers, même proches, en bonne santé. Les auteurs de cette étude alertent donc sur les risques d'erreurs liés à cette comparaison de réponses.

Dans un contexte d'anosognosie, l'incompréhension des proches est d'autant plus grande que ce trouble est méconnu. Notre questionnaire a montré que les réactions les plus fréquentes sont la colère et l'impuissance mais aussi le déni, que nous retrouvons dans les témoignages de Georges et de François (cf.3.2)

L'information est primordiale. Elle est sans doute la clé de voute de la réussite d'une implication efficace dans la rééducation. Sans reprendre tous les points déjà cités dans les réponses du questionnaire, rappelons l'importance d'expliquer que le patient ne fait pas exprès d'agir comme il le fait.

⁷⁷ PRIGATANO et al. in *Patients' and Relatives' Reports of disturbances 9 months after stroke : Subjective changes in physical functioning, cognition, emotion and behavior*, Physical Medical Rehabilitation vol.86 pp.1587-1592, 2005.

Il faut également préparer les proches au choc psychologique que subit le patient lors du retour à la prise de conscience de ses troubles, cette période demandant davantage de vigilance et de compréhension.

Avec ou sans anosognosie, l'entourage doit apprendre à accepter la nouvelle personne qu'est devenue l'aphasique et les perturbations des liens familiaux, professionnels et sociaux que ce nouvel « état » engendre. C'est un véritable travail de deuil de « la personne d'avant » qui est souvent difficile à effectuer.

Afin de les aider dans cette reconstruction, certaines institutions ont développé des programmes d'implication des proches. En voici un exemple, mis en place au Québec, dans les centres d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD)⁷⁸.

- **3.3.1 LES BÉNÉFICES D'UNE INTERVENTION SYSTÉMIQUE :**

Le but de cette méthodologie d'implication active des proches est de permettre aux familles de reconnaître et d'utiliser leurs compétences pour s'adapter aux conséquences de l'aphasie et de l'institutionnalisation.

Cette intervention se base sur les postulats suivants :

1. La personne devenue aphasique demeure compétente bien que les manifestations de l'aphasie masquent cette compétence.
2. Les familles sont compétentes pour solutionner leurs problèmes et créer les conditions nécessaires à tous leurs membres.
3. Le caractère interdisciplinaire de cette intervention produit des résultats d'un autre ordre que ceux produits par la somme d'une intervention de l'orthophoniste et de celle de l'assistante sociale.

Le rôle de l'orthophoniste est d'amener le patient à développer ses habiletés conversationnelles et d'informer les proches de ses compétences.

L'orthophoniste et l'assistante sociale trouvent comment amener les proches à prendre part à la résolution des difficultés de communication qui les impliquent.

L'assistante sociale revoit avec les proches les stratégies de communication utilisées jusque là et comment les adapter, ou en envisager de nouvelles, pour que les échanges entre la personne aphasique et les membres de sa famille soient plus satisfaisants.

Des réunions familiales, rassemblant le patient et deux membres de sa famille, sont organisées au sein de l'institution. Ces échanges permettent de parler des difficultés rencontrées et des moyens d'y remédier.

Une étude sur l'impact de ce programme (durant neuf mois) conclut à :

- la perception d'une amélioration de la confiance en soi de la personne aphasique ;
- la perception d'une amélioration de ses habiletés langagières ;
- une amélioration de la communication avec la personne aphasique ;

78 TREMBLAY in *Malgré l'aphasie et l'institutionnalisation, renouer avec soi et sa famille*, *Gérontophile* n° 24, 2002, p.19-25

- la restauration de la relation entre le patient et ses proches ;
- une meilleure communication entre la personne aphasique et les autres résidents ;
- une satisfaction à l'égard de la rééducation.

Autre changement important à l'issue de ce travail collectif : le rôle de membre de la famille devient, à nouveau, plus important que celui de malade ou de personne aphasique, notamment grâce au réajustement des attentes possibles envers le patient et des moyens donnés pour adapter la communication au sein de la famille.

Ce programme a également démontré que des familles, considérées comme ne relevant pas des services sociaux, étaient en grande détresse face au drame de l'aphasie.

Abordons maintenant une étude portant sur la comparaison du vécu d'un AVC par les proches selon qu'il y ait, ou non, aphasie.

• **3.3.2 L'APHASIE, PRINCIPAL FACTEUR AGGRAVANT DU VÉCU D'UN AVC PAR LES PROCHES**⁷⁹

Cette enquête, de type quantitatif, fut réalisée en 2005 dans 251 foyers de patients ayant subi un AVC l'année précédente. Un conjoint était présent auprès de 146 victimes d'AVC, dont 65% souffrant d'aphasie. La comparaison portait sur les conséquences pour un aphasique versus non aphasique.

Il en résulte qu'être aphasique est la plus discriminante des variables de différenciations :

- L'AVC entraîne un « bouleversement considérable » pour 72% de conjoints de patients aphasiques contre 41% de conjoints de patients non aphasiques.
- Il aurait mis fin à tous les projets d'avenir du couple (42,1% vs 25,5%).
- Les atteintes motrices, cognitives, émotionnelles et la dépression sont beaucoup plus importantes chez les aphasiques.
- La perte d'emploi, de revenus, l'invalidité sont également nettement supérieures.
- La vie sociale est presque inchangée pour 80,4% de conjoints de non aphasiques, ce chiffre tombe à 65,3% en cas d'aphasie où les amis seraient également plus gênés par peur du handicap.
- Le conjoint d'un aphasique doit davantage assumer les tâches courantes et la gestion des comptes (24% vs 5,9% pour ce dernier point).
- Les conjoints d'aphasiques ont des sentiments de révolte, d'injustice, de fatigabilité plus importants que les autres.
- La vie sexuelle subit des changements plus importants en cas d'aphasie (70,5% vs 51%).

En conclusion, l'aphasie est un facteur aggravant important entraînant des conséquences lourdes aux niveaux familial, professionnel, financier et psychoaffectif et ce, tant pour le patient que pour ses proches.

Cette analyse étant quantitative, il serait intéressant d'avoir une approche qualitative. Cette étude montre bien la difficulté pour les proches, et particulièrement le conjoint, de faire face à la maladie et à ses conséquences. Cette situation est encore pire à vivre lorsque le patient est anosognosique.

⁷⁹ AIACH, BAUMANN, in *loc.cit.*, in Médecine vol.3, 2007, p.130-135

Un patient aphasique anosognosique est, finalement, un aphasique qui s'ignore.

Ce trouble étant généralement transitoire, une fois dissipé, n'oublions pas qu'il restera l'aphasie !
Les proches ne sont pas épargnés par cette période troublante. Ils devront aussi faire face au violent impact psychologique provoqué par le retour de la conscience chez le malade alors qu'eux-mêmes sont déjà, probablement, en état de choc.

CONCLUSION

Au fil de ce travail, nous avons essayé de clarifier les concepts de « conscience » et d'anosognosie. Une des difficultés rencontrées a été la polysémie des termes selon les auteurs, d'où d'importantes variations dans la fréquence du trouble et dans les propositions de prise en charge.

N'y aurait-il pas, finalement, autant de définitions que de personnes tentant d'en trouver une ?

Nous souscrivons à l'analyse de Derouesné qui servira de conclusion à ce débat sémantique :

« Sur un plan pratique, la prise en charge des patients présentant une méconnaissance de leurs troubles nécessite une approche multiple. Sur un plan théorique, il nous semble indispensable, d'une part, d'abandonner des termes généraux comme anosognosie ou déni et de revenir à une description précise des faits et, d'autre part, de quitter le domaine de la confrontation pour celui de la collaboration entre les diverses disciplines impliquées dans le respect mutuel de leur spécificité. »⁸⁰

Nous avons abordé l'impact possible de l'anosognosie sur le patient, sur sa prise en charge et sur ses proches.

Les auteurs et les logopèdes/orthophonistes consultés sont unanimes pour affirmer que la prise en charge ne peut être efficace tant que ce problème de « non conscience » la parasite.

Dans certains cas, le trouble est temporaire, autorisant ensuite une prise en charge « classique » mais, assez fréquemment, le trouble n'est que partiellement reconnu par le patient ; toutefois la reconnaissance du trouble par le professionnel est un moment indispensable de la prise en charge et de l'orientation ultérieure.

Nous constatons que ce travail de recherches a permis :

- de réaliser une mise à jour des connaissances sur la conscience et sur l'anosognosie ;
- d'envisager ces connaissances selon une approche neurologique, discipline qui a vu des avancées spectaculaires grâce à l'imagerie médicale et la chirurgie éveillée ;
- d'aborder le domaine, rarement traité, de l'anosognosie dans l'aphasie ;
- de donner la parole aux logopèdes/orthophonistes, de partager leur expérience, mais aussi leurs doutes ;
- d'écouter le ressenti de patients anosognosiques et celui de leurs proches.

Nous avons trouvé des réponses aux questions qui avaient suscité l'envie de traiter ce sujet.

Ces réponses ont, par contre, généré beaucoup d'autres questions, mais nous y avons gagné au moins une certitude : un TFE ne peut qu'effleurer un trouble aussi étonnant, qui en dit long sur la complexité du cerveau humain.

80 DEROUESNÉ, C., .in *La méconnaissance de la maladie ou des déficits* op.cit.

BIBLIOGRAPHIE

- **LIVRES**

BROKS, P., *L'hippocampe et l'amande*; Paris, Ed. de l'Olivier, 2006, 309 p.

CHANGEUX, J-P., *L'Homme de vérité*, Paris, Ed. Odile Jacob Poches, 2004, 402 p.

COHEN, L., *L'Homme-Thermomètre*, Paris, Ed. Odile Jacob Poches, 2008, 270 p.

DAMASIO, A., *L'Autre Moi-Même*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2010, 413 p.

DAMASIO, A., *L'Erreur de Descartes*, Paris, Ed. Odile Jacob Poches, réédition 2010, 396 p.

DAMASIO, A., *Le Sentiment même de soi*, Paris, Ed. Odile Jacob Poches, 2002, 479 p.

EDELMAN, G., *Biologie de la conscience*, Paris, Ed. Odile Jacob Poches, 2000, 427 p.

GIL, R., *Neuropsychologie*, Paris, Ed. Masson, réédition 2006, 414 p.

JEANNEROD, M., *L'homme sans visage*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2007, 156 p.

JEANNEROD, M., *Le cerveau volontaire*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2009, 297 p.

LAPLANE, D., *La pensée d'outre-mots*, Paris, Institut d'Edition Sanofi-Synthelabo, 2000, 180 p.

ONFRAY, M., *La puissance d'exister*. Paris, Ed. Grasset et Fasquelle- Poche, 2006, 281 p.

PRIGATANO, G., *A Study of Anosognosia*, New-York, Oxford University Press, 2010, 537 p.

RAMACHANDRAN, V.S., *Le Fantôme intérieur*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2002, 367 p.

SACKS, O., *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Ed. Points, 1988, 313 p;

SERON, X., VAN DER LINDEN, M., *Traité de Neuropsychologie clinique Tome 1*, Marseille, Solal, 2000, 494 p.

VAN EECKHOUT, P., *Le Langage blessé*, Paris, Ed. Albin Michel, 2001, 226 p.

BIBLIOGRAPHIE

- **ARTICLES :**

AIACH, P., BAUMANN. M., *L'aphasie, principal facteur aggravant du vécu d'un AVC par les proches* in Médecine vol.3, 2007, p.130-135

CIANCA, *Anosognosie et autres « troubles de conscience de.. » après atteinte hémisphérique droite*, in Neuropsychy News, vol.5 2006, p.29

COCCHINI, G., *VATA-L : Visual-Analogue Test assessing Anosognosia for Language Impairment*, in The Clinical Neuropsychologists, 24, 2010, p.1379-1399

DEROUESNÉ, C., *La méconnaissance de la maladie ou des déficits : un phénomène multidimensionnel*, in Neuropsychy News vol. 5 n°4, septembre-octobre 2006, p.147-151

HOCHSTENBACH, J., PRIGATANO, G., MULDER, T., *Patients' and Relatives' Reports of disturbances 9 months after stroke : Subjective changes in physical functioning, cognition, emotion and behavior*, in Physical Medical Rehabilitation vol.86, 2005, p.1587-1592

LEBRUN, Y., *La dysphorie et l'anosognosie dans le traitement de l'aphasie* in Rééducation Orthophonique vol.28, 1990 p.259-269

LEBRUN, Y., LELEUX, C., *Anosognosie et Aphasie* in Archive suisse de Neurologie vol.130-1, 1982 p.25-38

MAZAUX, J-M., *L'aphasie de l'adulte : Evolution des concepts et des approches thérapeutiques* in Glossa n°100, 2007, p.36-44

PRADAT-DIEHL, P.; *Traumatismes crâniens sévères : quelles séquelles cognitives ?* In Neurologies, 2004, vol.7, p.67-69

PROD'HOMME, K., *Aphasie et modalité, à quoi servent ces énoncés si bien préservés?* in Glossa n°104, 2008, p.26-33

RODE, *Evaluation des incapacités et de la qualité de vie des patients présentant des troubles cognitifs*, in Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, Vol. 48 n°6, 2005, p. 377-379

TREMBLAY, J., *Malgré l'aphasie et l'institutionnalisation, renouer avec soi et sa famille*, in Gérontophile n° 24, 2002 p.19-25

BIBLIOGRAPHIE

- **COURS HERS :**

Docteur MESPOUILLE P., *Cours de Neurologie et Neuropédiatrie*, 2ème et 3ème Logopédie, ISL, 2009-10

- **SITES INTERNET :**

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/durehabilitationneuropsychonegligencePAzouvi2007.pdf>

<http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/HeminegCours.pdf>

<http://www.informationhospitaliere.com/dico-866-anosodiaphorie.html>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

<http://lecerveau.mcgill.ca>

- **DICTIONNAIRES :**

Dictionnaire français- anglais Robert&Collins, Ed. LR, Paris, 2010

Dictionnaire d'orthophonie, Ortho Edition, 2004

ANNEXE 1 : VATA-L: VISUO-ANALOGUE TEST FOR ANOSOGNOSIA FOR LANGUAGE DISORDERS

NB : à la demande du Docteur Cocchini, cette sous-partie a été supprimée afin de respecter les droits des auteurs du test dans le cadre d'une diffusion sur internet.

ANNEXE 2 : Questionnaire « Anosognosie et Aphasie »

1. Vous travaillez :

- en libéral en institution activité mixte

2. Votre expérience professionnelle dans le domaine de l'aphasie :

- de 1 à 3 ans de 3 à 5 ans de 5 à 10 ans
 de 10 à 15 ans de 15 à 20 ans plus de 20 ans

3. Etes-vous confronté(e) à des patients aphasiques anosognosiques :

- souvent régulièrement rarement jamais

NB : Si vous avez coché « jamais », il est inutile de continuer à répondre, je vous remercie pour votre participation.

4. Quelles sont les durées d'anosognosie (minimale/maximale) auxquelles vous avez pu être confronté(e) ?

- minimale : maximale :

5. Comment définiriez-vous l'anosognosie en cas d'aphasie en fonction de votre expérience et de votre ressenti ?

6. Avez-vous rencontré une anosognosie associée dans les cas suivants (fréquence de ++ à -)

- | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> aphasie | <input type="checkbox"/> ++ | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> +/- | <input type="checkbox"/> - |
| <input type="checkbox"/> héminégligence | <input type="checkbox"/> ++ | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> +/- | <input type="checkbox"/> - |
| <input type="checkbox"/> aphasie + héminégligence | <input type="checkbox"/> ++ | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> +/- | <input type="checkbox"/> - |
| <input type="checkbox"/> hémiplégie | <input type="checkbox"/> ++ | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> +/- | <input type="checkbox"/> - |
| <input type="checkbox"/> aphasie + hémiplégie | <input type="checkbox"/> ++ | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> +/- | <input type="checkbox"/> - |

Type(s) d'aphasie :

- Wernicke Transcorticale sensorielle
 Autre :

7. Selon vous, l'amélioration de quels troubles associés favoriserait-elle une diminution de l'anosognosie ?

- | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> les troubles cognitifs | <input type="checkbox"/> ++ | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> +/- | <input type="checkbox"/> - |
| <input type="checkbox"/> les troubles spatiaux | <input type="checkbox"/> ++ | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> +/- | <input type="checkbox"/> - |
| <input type="checkbox"/> les troubles émotionnels | <input type="checkbox"/> ++ | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> +/- | <input type="checkbox"/> - |

8. Comment envisagez-vous la rééducation du patient anosognosique et quelles sont les étapes de travail ?

9. En quoi l'anosognosie modifie-t-elle votre façon de procéder ?

10. Quels outils (batteries, tests, épreuves) utilisez-vous habituellement pour votre bilan d'aphasie ? A quel moment de la passation vous rendez-vous compte qu'il y a anosognosie ?

11. Vous appuyez-vous sur l'entourage proche du patient ? Comment lui expliquez-vous ce trouble ?

12. L'entourage proche accepte-t-il la réalité du trouble ou remarquez-vous un déni ?

- déni fréquent déni occasionnel déni rare

13. Quelles autres réactions des proches du patient avez-vous perçues ?

- colère tristesse incompréhension résignation
 indifférence autres :

14. Selon vous, quels sont les rôles du logopède (orthophoniste) face à un patient aphasique et/ou hémiparétique anosognosique et face à son entourage ?

- **Rôles face au patient :**

- évaluation des difficultés et des compétences ++ + +/- -
 rééducation ++ + +/- -
 information ++ + +/- -
 relais auprès des proches ++ + +/- -
 relais auprès de professionnels ou d'organismes ++ + +/- -
 autres :

- **Rôles face à l'entourage proche :**

- information ++ + +/- -
 relais auprès de professionnels ou d'organismes ++ + +/- -
 autres :

15. Face à un patient aphasique anosognosique, vous vous sentez :

- désarmé(e) impuissant(e) résigné(e) pessimiste
 optimiste face à un défi en manque d'idées plein(e) d'idées
 autres :

16. A quelles réactions de patients aphasiques anosognosiques avez-vous été confronté(e) durant le processus de prise de conscience ?

17. Avez-vous connaissance de mesures facilitatrices spécifiques (juridiques, médicales ou autres) pouvant concerner un patient aphasique anosognosique ? Si oui, lesquelles ?

18. Quels ouvrages ou articles récents pourriez-vous me conseiller pour un état des lieux sur l'anosognosie dans un contexte d'aphasie ?

A titre informatif, merci d'indiquer dans quel pays vous exercez :

- Belgique France Suisse Luxembourg Québec
 autre pays :

ANNEXES 3 et 4 : Témoignages de personnes aphasiques

En tant que responsable du blog [PONTT](#) sur lequel ce TFE est proposé, il m'a paru préférable de ne pas inclure ces témoignages dans ce document.

Si, à l'avenir, ils sont mis à disposition, sur PONTT ou ailleurs, je ne manquerai pas de vous en avertir.

Michel Frédérix (Bill)