

Etude de l'influence de l'anosognosie sur la prise en charge orthophonique de patients atteints de maladie d'Alzheimer

Cécile CARON*, Thierry ROUSSEAU**

* orthophoniste, Besançon, cecile.ca@hotmail.fr

** orthophoniste, Docteur en psychologie, ERU 17, Sablé-sur-Sarthe, throusseau2@wanadoo.fr

Résumé :

Du fait de la progression de l'incidence de la maladie d'Alzheimer, l'augmentation des besoins de prise en charge orthophonique paraît inéluctable. Les bénéfices retirés par le patient du suivi peuvent être supposés limités sans motivation, sans conscience de ses troubles. L'adaptation de l'approche thérapeutique de l'orthophoniste au profil psychologique et cognitif du patient est donc déterminante.

La méconnaissance des troubles peut être imputée à deux types de dysfonctionnement : le déni, mécanisme défensif d'ordre psychologique et l'anosognosie, processus neurologique. Ainsi, nous avons postulé que les sujets atteints de maladie d'Alzheimer, légèrement ou modérément, s'impliquent moins dans la prise en charge orthophonique lorsqu'ils sont anosognosiques et/ou dans le déni.

Notre expérimentation consistait à proposer à un groupe de 11 patients un questionnaire pour estimer leur anosognosie des troubles comportementaux et cognitifs, ainsi que des tests neuropsychologiques. Nous avons comparé les réponses des patients à un questionnaire destiné aux accompagnants et interrogé des orthophonistes sur les modalités du suivi et le comportement du sujet.

Une analyse qualitative et quantitative des questionnaires a montré que patients et accompagnants s'accordent sur les changements comportementaux, la anosognosie est préservée à ce niveau. En ce qui concerne la cognition, les patients ont davantage tendance à présenter un déni et à minimiser leurs troubles, ce en quoi ils diffèrent des accompagnants. Aucune corrélation franche entre anosognosie, sévérité de la démence et réussite aux tests neuropsychologiques n'est retrouvée.

Notre étude a mis en évidence le fait que la méconnaissance des troubles ne modifie pas l'indication d'un suivi orthophonique, d'approche cognitive ou écologique, à condition qu'il s'adapte au patient, à son évolution psychologique et cognitive.

Mots clés : Démence, orthophonie, évaluation, anosognosie, déni.

Study of the influence of anosognosia on the speech therapy of patients affected by Alzheimer's disease

Summary :

Because of the progress of the incidence of the Alzheimer disease, the increase of the needs of speech therapy seems inevitable. Profits removed by the patient of the follow-up can be supposed limited unmotivated, without consciousness of its confusions. The adaptation of the therapeutic approach of the speech therapist to the psychological and cognitive profile of the patient is thus determining.

The misunderstanding of the confusions can be imputed to two types of dysfunction : the denial, the defensive mechanism of psychological order, and the anosognosia, the neurological process. So, we applied that the persons with Alzheimer disease, slightly or moderately, involve less in the speech therapy when they are with anosognosia and/or in the denial.

Our experimentation consisted in offering a questionnaire to the patients to estimate their anosognosia of behaviour and cognitive disturbances, as well as neuropsychological tests.

We compared the answers of the patients with a questionnaire intended for accompagnants and questioned by the speech therapists about the modalities of the monitoring and the behaviour of subject.

A qualitative and quantitative analysis of questionnaires showed that patients and caregivers agree about behaviour changes, the anosognosia is preserved at this level. As regards cognition, the patients have more tendency to introduce a denial and to minimise their disturbances, in what they differ from caregivers.

Any frank correlation enters anosognosia, strictness of insanity and success in the neuropsychological tests is found.

Our study highlighted the fact that the ignorance of disturbances does not change the indication of a speech therapy, of cognitive or ecological approach, provided that it fits to the patient, to his psychological and cognitive evolution.

Key words : Insanity, speech therapy, valuation, anosognosia, denial.

----- INTRODUCTION -----

La méconnaissance que le malade-Alzheimer peut avoir de ses propres troubles est un facteur à prendre en compte par les différentes personnes qui interviennent auprès du malade : par l'entourage d'abord car elle risque d'expliquer un certain nombre de comportements et par les soignants, ensuite, car elle risque d'interférer dans la prise en charge thérapeutique.

Le patient peut présenter deux sortes de méconnaissance de ses troubles : l'anosognosie et le déni.

L'anosognosie est un symptôme neuropsychologique qui a été décrit par Babinski (1914), à propos de la perte de connaissance ou de conscience observée chez des sujets hémiparétiques. Ce neurologue a également proposé le terme d'anosodiaphorie pour qualifier l'indifférence affective du patient à l'égard de sa paralysie.

Kotler-Cope et Camp (1995) définissent l'anosognosie comme « un manque de capacité à reconnaître la présence ou à apprécier la sévérité de déficits dans le fonctionnement sensoriel, perceptif, moteur, affectif ou cognitif ».

Le modèle DICE (Dissociable Interactions and Conscious Experience) de Mc Glynn et Schacter (1989) attribue l'origine de ce symptôme à un dysfonctionnement cérébral. Selon ce modèle, l'anosognosie peut ainsi être sélective ou générale selon les composantes cérébrales altérées.

Le déni correspond à un mécanisme psychologique de défense et s'explique par l'approche psychodynamique. Il consiste à nier la réalité ou une perception qui est source d'angoisse et vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le Moi, le pôle défensif de l'individu dans la conception psychanalytique freudienne (Bergeret, 2000).

D'autres mécanismes de défense tels que la rationalisation, la projection ou la dénégation peuvent aussi s'observer.

Notre étude (Caron, 2008) s'est ainsi intéressée à l'évaluation de l'anosognosie - et du déni - à savoir leurs manifestations cliniques et leurs éventuels liens avec la cognition et le comportement. Nous avons par ailleurs analysé l'impact de l'anosognosie sur la prise en charge orthophonique.

L'objectif de cette prise en charge orthophonique est de permettre au patient de conserver le plus longtemps possible son autonomie, de retarder la dégradation des capacités de communication et de certaines fonctions cognitives.

Deux grands types de prise en charge orthophonique peuvent être proposés aux sujets atteints de maladie d'Alzheimer.

Aux stades léger ou modéré de la maladie, une thérapie d'approche cognitive peut être mise en place. Celle-ci a particulièrement été développée par Seron et Van der Linden (2000) et vise à « optimiser les performances du patient à chaque moment de son évolution et ce en exploitant ses capacités préservées ainsi que l'ensemble des facteurs susceptibles d'améliorer sa performance ».

A un stade plus avancé, une thérapie comportementale sera préférée ; elle s'oriente autour de la communication en cherchant à la favoriser sous ses formes verbales et non verbales. La DTA (Démence de Type Alzheimer) étant une pathologie dégénérative, il conviendra d'adapter la prise en charge aux capacités cognitives et communicationnelles du patient. En effet, sans cette adaptation aux troubles du patient, la prise en charge peut être interrompue, notamment par le patient lui-même voire par sa famille (Rousseau, 2007b). L'approche écosystémique de Rousseau (2007a) s'inscrit dans ce champ et consiste à prendre en charge le patient dans son milieu de vie ainsi que le système dans lequel il évolue. L'intervention se fait

ainsi non seulement auprès du patient, par la prise en compte de ses capacités de communication préservées, mais également auprès de son entourage, sollicité pour adapter son propre comportement de communication aux difficultés du sujet.

Notre travail a enfin tenté de trouver un lien entre l'anosognosie et des difficultés cognitives plus marquées. Certaines études ont mis en évidence une corrélation entre ce symptôme et des tests neuropsychologiques, dans la maladie d'Alzheimer.

Migliorelli et coll. (1995) ont identifié que l'anosognosie était souvent rencontrée dans le cadre de troubles cognitifs importants et de difficultés dans les activités quotidiennes. Leur étude a également montré que la présence des hommes était plus importante dans le groupe des sujets anosognosiques.

Pour Starkstein et coll. (1996), l'inconscience des déficits cognitifs serait associée à un déclin intellectuel plus sévère, une plus haute fréquence des délires et une moindre dépression.

Enfin, Laudrin et Drunat (2001) ont remarqué que l'anosognosie chez le sujet atteint de maladie d'Alzheimer touche plus fréquemment les fonctions de la mémoire, du calcul et des praxies. Barrett et coll. (2005) ont trouvé des résultats semblables pour la mémoire et les fonctions visuo-spatiales.

----- HYPOTHESE -----

De manière générale, quelle que soit la pathologie, le patient doit en partie connaître les raisons du déclenchement d'une thérapie, en particulier non médicamenteuse et doit les accepter. C'est ainsi que sa coopération, son investissement donneront plus de chance de réussite au traitement. Un patient qui ne s'implique pas dans la prise en charge par manque de motivation et/ou sans conscience de ses troubles risque de n'en retirer qu'un bénéfice modeste.

Dans cette optique, nous postulons que :

Les sujets atteints de maladie d'Alzheimer, à un stade léger ou modéré, s'impliquent moins dans la prise en charge orthophonique lorsqu'ils sont anosognosiques et/ou dans un déni.

A partir de ce postulat, nous tenterons de vérifier que :

- en début de maladie, le patient est plutôt dans le déni de ses troubles alors que l'anosognosie s'installe plus tardivement,
- le patient dans le déni peut utiliser d'autres mécanismes de défense,
- l'anosognosie concerne autant les troubles cognitifs que comportementaux,
- les sujets anosognosiques ont un trouble des fonctions exécutives, objectivé par des tests neuropsychologiques.

----- METHODOLOGIE -----

Notre objectif consiste à mieux comprendre comment la méconnaissance des troubles des patients atteints de maladie d'Alzheimer se manifeste dans la prise en charge. Par l'administration de tests neuropsychologiques et d'un questionnaire au patient, nous avons cherché à différencier le déni de l'anosognosie.

L'expérimentation s'est intéressée à :

- évaluer le degré de nosognosie des troubles en proposant un questionnaire aux patients,
- proposer un questionnaire reprenant celui de chaque patient à l'accompagnant, pour comparer les réponses,
- proposer un questionnaire aux orthophonistes qui suivent les patients de l'étude, afin de déterminer le comportement des patients en séance et les caractéristiques de leur suivi orthophonique,
- administrer des tests neuropsychologiques ayant une probable corrélation avec l'anosognosie, pour tenter d'établir une éventuelle distinction entre sujets anosognosiques, sujets dans le déni et sujets conscients de leurs difficultés.

Notre analyse s'est faite sur deux niveaux : qualitatif et quantitatif.

Dans le cadre de notre étude, nous avons proposé aux patients certains tests neuropsychologiques, pour lesquels des données de la littérature ont repéré une corrélation avec l'anosognosie (Starkstein et coll., 1996 ; Laudrin, Drunat, 2001 ; Antoine et coll., 2004 ; Barrett et coll., 2005). Les tests choisis font appel aux fonctions exécutives et visuo-spatiales. Ainsi, indépendamment de la sévérité de la démence, ils seraient plus échoués chez les sujets anosognosiques. L'ordre de passation des tests est identique pour tous les patients : le Mini Mental State Examination, MMS, (Folstein, McHugh., 1975), le Trail Making Test, les fluences formelle et catégorielle, le Test du Cadran de l'Horloge et enfin le questionnaire d'anosognosie que nous avons élaboré.

Ce questionnaire comprend 29 questions, 17 relatives au fonctionnement cognitif et 11 se rapportant au comportement (une question porte sur les données administratives du patient). Nous avons rempli ce questionnaire en posant directement les questions au patient qui devait effectuer un choix de réponse parmi celles écrites sur un carton : jamais, parfois, souvent, toujours. Nous avons comptabilisé les occurrences pour chaque type de réponse, à la fois pour les patients et pour les accompagnants puis nous avons établi une comparaison des deux groupes. Plus le patient donne de réponses « jamais », moins il considère avoir des difficultés. Nous avons également noté sur une échelle chaque modalité de réponses : jamais = 0, parfois = 1, souvent = 2 et toujours = 3. Plus la différence entre les deux scores (accompagnant et patient) est élevée, plus le patient est considéré comme anosognosique.

Le questionnaire adressé aux accompagnants reprend exactement les mêmes questions formulées à la 3^{ème} personne du singulier. L'accompagnant répond seul à ce questionnaire et peut y annoter des observations sur le patient.

Enfin, nous avons créé un questionnaire de 18 items destiné aux orthophonistes, afin d'apprécier la motivation du patient, sa demande de suivi orthophonique et dans une certaine mesure, son degré de nosognosie des troubles.

Nous avons ainsi interrogé 11 patients, atteints de maladie d'Alzheimer à un stade léger ou modéré, d'après les résultats au MMS. Nous avons préféré inclure des patients encore suffisamment autonomes dans la vie quotidienne et ne souffrant pas de troubles cognitifs trop importants pouvant influencer sur la compréhension au questionnaire.

Les 11 accompagnants (conjoints - pour la plupart - ou enfants) constituent la référence pour la comparaison des réponses au questionnaire.

Enfin, les 4 orthophonistes ayant participé à notre étude suivent les patients inclus, à domicile ou en cabinet libéral.

----- RESULTATS -----

1. Répartition des patients

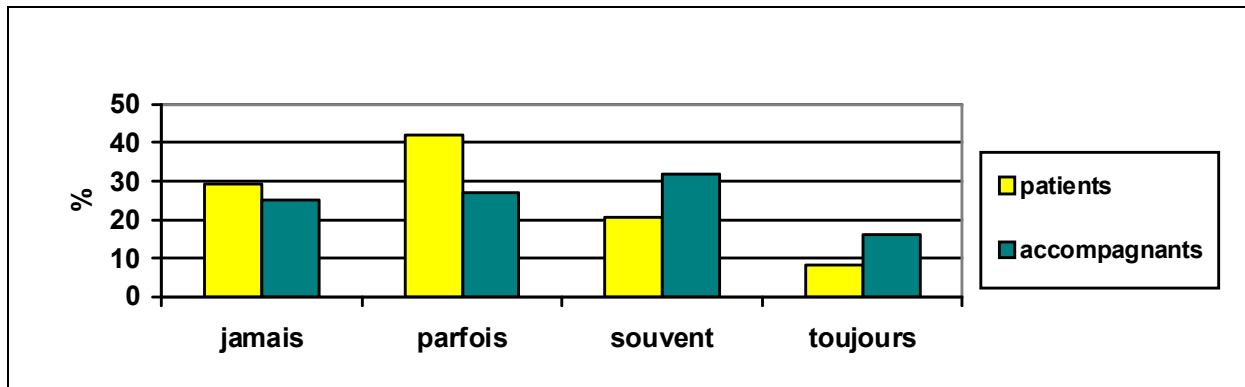
Nous avons constitué deux groupes de patients selon leur résultat au MMS.

Le groupe 1 est constitué de 4 patients, 1 homme et 3 femmes, dont le MMS est strictement inférieur à 19. La moyenne d'âge de ce groupe est de 73,2 ans.

Le groupe 2 comprend 7 patients, 3 hommes et 4 femmes, de moyenne d'âge 78,8 ans. Leur MMS est supérieur ou égal à 19.

2. Questionnaire d'anosognosie

En comparant **l'ensemble des questionnaires** des patients et de leurs accompagnants à l'aide d'une ANOVA (méthode d'analyse statistique des variances), nous obtenons des différences significatives pour les modalités de réponse « parfois », « souvent » et « toujours ». Les résultats nous renseignent sur le fait que les patients considèrent avoir moins de troubles que ce que les accompagnants rapportent. Ainsi, les patients ont plus tendance à reconnaître avoir « parfois » des difficultés, voire à ne « jamais » en présenter dans certains domaines, mais ils ne reconnaissent pas autant que les accompagnants avoir des troubles « souvent » et « toujours ». Nous constatons ainsi une nette propension des patients à minimiser leurs troubles cognitifs et comportementaux.



Comparaison du total des réponses entre patients et accompagnants.

La comparaison des **réponses de type cognitif** entre patients et accompagnants nous fournit exactement le même type d'observation : les patients admettent plus volontiers avoir « parfois » des troubles cognitifs en comparaison avec leurs accompagnants. En revanche, ils répondent moins fréquemment que leurs accompagnants avoir des troubles cognitifs de façon plus marquée, c'est-à-dire « souvent » ou « toujours ».

La comparaison des **réponses de type comportemental** entre les deux groupes ne soulève aucune différence significative pour chacune des modalités de réponses. Les accompagnants ne rapportent pas de difficultés plus marquées dans le comportement des sujets que ceux-ci n'en reconnaissent. Ainsi, il ne paraît pas que les patients soient anosognosiques de leurs troubles comportementaux.

L'analyse des réponses au questionnaire selon le degré de démence n'a pas été effectuée à l'aide d'outil statistique, ce qui ne nous permet pas de parler de significativité. De manière globale, nous remarquons que les patients répondent à peu près de la même façon, qu'ils aient une atteinte légère ou modérée. Les sujets obtenant un meilleur score au MMS, ceux du groupe 2, ont cependant tendance à moins rapporter de difficultés au questionnaire que les patients du groupe 1 modérément atteints. Ceci peut aussi s'expliquer par le déclin effectif des habiletés cognitives : il est possible que les patients du groupe 2 rapportent moins de troubles car ils sont effectivement plus préservés de la maladie.

L'analyse des réponses selon le sexe a été entreprise à l'aide du test non paramétrique U de Mann et Whitney. Il apparaît que les hommes de notre population minimisent davantage leurs difficultés que les femmes. Des différences significatives sont observées pour les réponses « jamais » plus souvent données par les hommes et pour les réponses « parfois » fournies plus fréquemment par les femmes qui admettent ainsi avoir plus de difficultés.

La comparaison entre réponses cognitives et comportementales au niveau des questionnaires des patients a été effectuée avec le test non paramétrique de Wilcoxon. Les résultats sont significatifs pour les 4 modalités de réponses. Ils nous indiquent que la plupart des patients ont une anosognosie de leurs troubles cognitifs, puisqu'ils répondent plus souvent « jamais » et « parfois » aux questions relatives à la cognition et ils choisissent plus les modalités de réponse « souvent » et « toujours » pour les items comportementaux. Cette dissociation en faveur d'une anosognosie sélective s'inscrit dans le cadre des études de McGlynn et Schacter (1989) et de Kotler-Cope et Camp (1995). Une autre interprétation possible serait que cette non-reconnaissance des difficultés s'apparenterait plutôt à un déni des troubles cognitifs alors que les sujets accepteraient mieux les changements comportementaux; c'est cette dernière que nous privilégierons.

3. Tests neuropsychologiques

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé des tests pour la plupart paramétriques en raison de notre population réduite. Le test de corrélation des rangs de Spearman a ainsi été appliqué pour tous les calculs. Les résultats ont été analysés pour chaque test neuropsychologique par rapport aux réponses de type cognitif du questionnaire d'anosognosie : MMS, test du cadran de l'horloge, TMT A et B, test des fluences formelle et sémantique.

Nous n'observons globalement pas de corrélation entre le degré d'anosognosie des troubles cognitifs et la réussite aux tests neuropsychologiques proposés aux patients. Les seules corrélations positives repérées sont établies entre les réponses « jamais » et le score au MMS (en fait, il s'agit plus d'une tendance observée), le résultat au test du cadran de l'horloge partie A et le résultat au TMT B. Pour ces trois tests, plus le patient considère n'avoir jamais de troubles, plus il obtient un score élevé et donc satisfaisant aux tests. Il est à nouveau envisageable que du fait d'une moindre atteinte cognitive, la réussite des sujets à ces tests soit en conséquence meilleure.

4. Analyse qualitative des questionnaires

Une telle analyse nous paraît intéressante à entreprendre, car elle permet de dégager certaines singularités masquées par l'analyse statistique.

Au niveau des patients, nous avons noté, lors de nos entretiens, des remarques qu'ils formulaient et qui pourraient correspondre à des mécanismes de défense. Certains propos de

patients s'assimilaient à une rationalisation, mécanisme qui consiste à avancer une explication logique à un comportement. Ainsi, un des sujets avait des difficultés d'orientation spatiale lors de la conduite automobile qu'il expliquait en disant « J'ai 82 ans quand même ». Une autre patiente nous a formulé le même type d'énoncé et attribuait certaines de ses difficultés, particulièrement de mémoire et d'écriture, à une cause médicale datant de 3 ans mais sans lien objectif.

Une des patientes reconnaissait avoir des difficultés au quotidien, mais, concernant les tâches ménagères, elle attribuait ses difficultés à son époux : « Mon mari me stresse ». Cette réponse peut s'apparenter à de la projection, cette patiente rejetant sur une autre personne l'origine de ses difficultés.

Enfin, un des patients avait tendance à minimiser ses troubles et à ajouter un commentaire à ses réponses. Ainsi, pour l'usage du téléphone, il nous a avoué que c'était sa femme qui s'en occupait, mais il a ajouté : « Je le ferais si elle n'était pas là » (ce que son épouse a nié discrètement à son insu). A propos de ses troubles cognitifs (mémoire, attention, manque du mot), à plusieurs reprises le patient admettait avoir quelques difficultés « mais pas tout le temps ». Ce sujet connaissait son diagnostic et parlait de sa maladie sans dramatisation, avec une sorte de détachement, ce qui pourrait nous amener à parler d'anosodiaphorie.

En ce qui concerne **les accompagnants**, ceux-ci étaient nombreux à ajouter des commentaires sur les difficultés du patient, mais plutôt dans le sens d'un changement par rapport aux capacités antérieures de leur conjoint(e) ou de leur parent. De nombreuses personnes ont trouvé ce questionnaire intéressant car il s'approchait des difficultés quotidiennes ressenties par l'entourage qui trouvait ainsi le moyen de s'exprimer sur les modifications engendrées par la maladie chez le sujet, aux niveaux cognitif et comportemental. Des personnes tenaient d'ailleurs à nous faire part des adaptations mises en place.

Au niveau de l'analyse des réponses au questionnaire plus particulièrement, nous avons été confrontés à un accompagnant qui considérait que son épouse n'avait pas de difficultés particulières. Ainsi, le total des réponses à son questionnaire était inférieur à celui de la patiente. Nous pouvons interpréter ces données comme résultant d'une forme de déni de cet époux. Après « enquête » auprès de l'orthophoniste suivant la patiente, il apparaît que l'accompagnant n'est pas du tout impliqué dans la prise en charge orthophonique de sa femme. L'orthophoniste rapporte qu'elle ne discute jamais avec cet accompagnant et que même lorsqu'elle est en contact téléphonique avec lui pour joindre la patiente, celui-ci passe directement son épouse. Il ne cherche a priori pas à savoir comment se déroule la prise en charge.

5. Questionnaire aux orthophonistes

Les patients de notre étude sont suivis à raison d'au moins une séance hebdomadaire. L'approche thérapeutique proposée est cognitive pour tous les patients, certaines orthophonistes essaient également d'adapter le contenu des séances par une approche qui s'inspire d'une prise en charge de type écologique.

Les absences des patients sont rares et toujours motivées, les patients ne sont donc a priori pas dans le rejet de la prise en charge.

Pour ce qui relève du **comportement des patients**, les orthophonistes rapportent que ceux-ci ne les interrogent pas sur l'intérêt de la prise en charge en général et sur l'intérêt thérapeutique des activités proposées plus particulièrement. Paradoxalement, la plupart des patients sont en demande de suivi selon les orthophonistes et l'expriment par leur attitude ou verbalement.

Nous supposons donc que nous sommes face à des patients en demande de prise en charge orthophonique, mais sans attente particulière ou ciblée la concernant. Ces observations sont assez étonnantes : les patients semblent conscients d'avoir des difficultés, en général mnésiques, puisqu'ils présentent une demande, mais ils ne sont pas réellement « acteurs » de la prise en charge, car ils ne s'expriment pas explicitement sur le contenu des séances. D'autre part, dans le questionnaire que nous avons proposé aux patients, tous admettaient que les séances d'orthophonie leur étaient utiles.

L'ensemble de ces données peut être lié dans une certaine mesure à la connaissance du diagnostic de maladie d'Alzheimer. Pour 3 patients le diagnostic a été donné, 2 patients ne le connaissent pas et pour les 6 autres, les orthophonistes n'ont aucune certitude. L'annonce de la maladie est encore assez difficile à entreprendre. Il est aussi possible d'envisager que les patients dans l'inconnu de leur diagnostic n'aient pas vraiment de demande particulière, par absence de plainte précise justement.

Nous n'avons pas pris en compte cette variable « connaissance du diagnostic » dans l'analyse des résultats, mais nous pressentons bien qu'entre un patient qui le connaît et un autre pour lequel des explications n'ont pas été données, ou du moins pas clairement, des comportements différents peuvent transparaître, à savoir ceux qui nous intéressent dans cette étude : déni ou anosognosie. Ainsi, un patient qui connaît son diagnostic et suit une prise en charge orthophonique semble plus disposé à faire des liens entre l'intérêt de son suivi et ses difficultés et peut donc répondre au questionnaire de manière spécifique par rapport à un sujet dans l'ignorance de son diagnostic.

Il paraît par ailleurs vraisemblable que, pour quelques patients, les séances d'orthophonie assurent un contact avec l'extérieur. Une accompagnante nous a d'ailleurs avancé cet argument, dans le sens où son époux ne sort plus sans elle et que l'orthophonie est un moyen de conserver des liens sociaux. Ainsi, certains bénéficieraient d'un suivi plus pour l'aspect social que pour l'aspect thérapeutique.

Au niveau des signes comportementaux observés au cours de séances, les orthophonistes indiquent par ordre de fréquence que les patients sont avant tout enthousiastes et appliqués (81,8 %), puis anxieux (63,6%). Ces résultats nous renseignent sur le fait que les sujets de notre étude montrent peu de signes comportementaux que l'on pourrait qualifier de négatifs, comme de l'agitation ou de l'agacement. La prise en charge paraît convenir aux sujets de notre étude qui, nous en convenons, ne manifestent peut-être pas ce type de troubles probablement plus caractéristiques d'une atteinte cognitive plus sévère. En revanche, les signes d'anxiété notés sont certainement à mettre au niveau des manifestations propres à la maladie ou encore à un degré de nosognosie suffisant pour troubler la quiétude des sujets en réaction à leurs déficits.

----- DISCUSSION -----

1. Résumé des résultats et validation des hypothèses

Sur l'ensemble des réponses au questionnaire d'anosognosie, nous obtenons des différences significatives entre patients et accompagnants. Pour les modalités de réponse « parfois », les patients reconnaissent avoir plus de difficultés que ce que les accompagnants soulèvent. En revanche, ils minimisent leurs troubles, puisqu'ils donnent significativement plus de réponses « jamais » et ils fournissent moins de réponses « souvent » et « toujours » que les accompagnants, ces modalités de réponses étant en faveur de troubles plus importants.

En s'appuyant sur l'évaluation par l'accompagnant, globalement nous pouvons observer une dissociation entre réponses cognitives et comportementales, par rapport aux patients. Pour les changements relatifs au comportement, patients et accompagnants s'accordent dans leurs réponses et soulèvent autant de difficultés : la nosognosie est préservée à ce niveau.

Pour les changements relatifs à la cognition, patients et accompagnants se dissocient dans leurs réponses. Peut-on pour autant parler d'anosognosie, sachant que pour ces mêmes patients la nosognosie de leurs troubles comportementaux est préservée ? Une telle dissociation suggère que nous avons été confrontés à des patients dans un déni, sans invalider pour autant notre hypothèse qui avançait que l'anosognosie concernait autant les troubles cognitifs que comportementaux.

Nous avons noté que quelques patients exprimaient des propos s'assimilant à des mécanismes de défense, en particulier la rationalisation et la projection, ces processus étant des moyens d'adaptation et de protection du sujet ; nous les interpréterons comme une forme subtile de déni. En revanche, nous n'avons pas rencontré de patient franchement dans le déni de ses troubles au cours de nos entretiens. Ainsi, nous supposons que deux types de comportements de déni s'observeraient : d'une part un déni d'opposition où le patient pourrait beaucoup questionner l'orthophoniste sur la durée et l'intérêt de la prise en charge, il montrerait des signes d'agacement ou encore il pourrait suivre une prise en charge peu régulière. D'autre part, un déni par lequel le patient s'investirait dans le suivi thérapeutique, en restant compliant, avec le souhait de camoufler ses difficultés : en suivant par exemple une prise en charge pour des troubles mnésiques, le patient chercherait à y remédier, à les compenser ou même à restaurer ses capacités antérieures. Notre hypothèse selon laquelle le déni s'accompagne d'autres mécanismes de défense est partiellement validée : certains patients expriment une sorte de banalisation de leurs troubles ou utilisent des mécanismes de défense s'apparentant à de la rationalisation ou de la projection, sans pour autant qu'il s'agisse d'un déni exprimé.

Notre expérimentation a partiellement permis de vérifier l'hypothèse suggérant que le déni s'observerait en début de maladie d'Alzheimer et que l'anosognosie s'installerait plus tard. Effectivement, nous avons établi que la différence observée au niveau des réponses entre le comportement et la cognition pouvait être attribuée à un déni. Il est en revanche risqué de trancher notre observation en scindant strictement anosognosie et déni, puisque nos résultats ont été interprétés à partir d'une analyse statistique, élaborée sur des moyennes, alors que chaque sujet a son propre fonctionnement et ne s'inscrit ainsi pas forcément dans ce constat. D'autre part, notre population d'étude était constituée de patients légèrement à modérément atteints, ce qui peut expliquer que nous n'ayons pas rencontré de sujet avec une anosognosie marquée.

Nous avons établi que le déni des troubles cognitifs des patients de notre étude ne représente pas une véritable gêne dans leur prise en charge orthophonique, puisqu'ils manifestent des signes d'enthousiasme et d'application et suivent de façon régulière la prise en charge. Il semble logique de dire que si nous postulons que les patients sont plus dans un déni que dans une anosognosie, alors les sujets de notre étude s'impliquent d'autant plus dans la prise en charge recherchant à effacer leurs troubles. Notre hypothèse qui proposait que les patients anosognosiques s'investissent moins dans la prise en charge apparaît ainsi difficilement applicable aux résultats que nous avons obtenus.

Par ailleurs, les sujets que nous avons rencontrés restent encore assez autonomes dans la vie quotidienne et bien que pour la plupart des aménagements et des adaptations aient été mis en place, la méconnaissance de leurs troubles ne semble pas être trop handicapante. Au niveau de

la prise en charge, les orthophonistes semblent s'adapter aux dispositions du patient, bien qu'elles appliquent essentiellement une approche cognitive. Dans ce contexte, les patients expriment une demande de prise en charge, mais pour autant, ils n'interrogent pas vraiment les orthophonistes sur les modalités de leur prise en charge. Toutefois, nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une indifférence, car tous manifestaient un intérêt au questionnaire. Ainsi, quel que soit leur degré de nosognosie, les sujets expriment une demande de prise en charge orthophonique et reconnaissent donc avoir certaines difficultés.

Enfin, notre hypothèse qui postulait que les sujets anosognosiques échouaient de manière plus significative aux tests neuropsychologiques du fait d'un dysfonctionnement frontal, par rapport à des sujets conscients de leurs troubles, n'est que très partiellement vérifiée. En effet, nous obtenons très peu de corrélations positives entre anosognosie et réussite aux différents tests explorant ces fonctions. Ainsi, les patients considérant n'avoir aucune difficulté dans certains domaines cognitifs réussissent significativement mieux à ces tests, probablement aussi en raison d'une moindre atteinte cognitive globale.

2. Confrontation des résultats aux données de la littérature

En ce qui concerne **l'anosognosie et l'atteinte cognitive**, nous avons retrouvé comme Laudrin et Drunat (2001) une absence de corrélation entre degré d'anosognosie et atteinte cognitive estimée par le MMS. Ces auteurs retrouvent également une corrélation entre l'anosognosie et les troubles du langage écrit, ainsi que notre analyse qualitative a permis de le souligner.

Nous avons observé qu'au niveau cognitif, les sujets étaient plutôt anosognosiques de leurs troubles mnésiques et du calcul, ce qui est conforme aux observations de Kotler-Cope et Camp (1995) ou encore de Laudrin et Drunat (2001). Migliorelli et coll. (1995) ont également trouvé des corrélations avec les déficits mnésiques. Nous sommes également en accord avec ces auteurs qui n'ont repéré aucune corrélation entre l'anosognosie et les troubles du comportement d'une part et les résultats aux tests neuropsychologiques d'autre part.

Barrett et coll. (2005) ont démontré que l'anosognosie était corrélée aux troubles visuo-spatiaux et mnésiques. Notre analyse qualitative nous a permis d'observer également de tels liens en ce qui concerne la mémoire.

Au niveau des **manifestations de l'anosognosie**, nous avons trouvé chez les sujets de notre étude une différence entre la conscience des troubles cognitifs, qui est altérée, et la conscience des troubles comportementaux, qui elle est plutôt préservée. Ces résultats vont dans le même sens que les études de Kotler-Cope et Camp (1995), qui soulignent que l'anosognosie n'est pas obligatoirement un phénomène global mais qu'il peut être sélectif. Dans ses manifestations, l'anosognosie peut se présenter de manière spécifique ou globale comme le modèle DICE de McGlynn et Schacter (1989) le postule, ce qui semblerait cohérent avec nos observations. Cependant, nous avons fait le choix de considérer que cette sélectivité dans la reconnaissance des troubles s'apparente plus à un déni.

Nous avons par ailleurs observé une différence significative entre hommes et femmes au niveau de la reconnaissance des troubles. Les femmes acceptent apparemment mieux leurs difficultés et les reconnaissent ainsi plus que les hommes. Dans leur étude, Migliorelli et coll. (1995) retrouvent cette caractéristique. Une interprétation possible serait que les hommes pensent qu'ils remplissent et/ou s'attribuent, un rôle social plus exigeant que leurs consœurs féminines. D'autre part, il convient de considérer que la position des femmes dans la société n'était pas la même pour les patientes que nous avons rencontrées (qui ont en moyenne 76,3

ans), que ce qu'elle est actuellement avec le développement de l'indépendance sociale et financière des femmes. Sans entrer dans une analyse sociologique, nous pouvons penser que la tendance plus marquée des hommes de notre population à minimiser leurs difficultés est en lien avec la position sociale qu'ils ont occupée au cours de leur carrière professionnelle et personnelle.

Nous avons souhaité établir une distinction entre déni et anosognosie mais au vu de nos résultats, une telle conception dichotomique n'est a priori pas adaptée. En effet, nous avons constaté que l'évaluation de l'anosognosie repose sur un certain nombre de difficultés méthodologiques. A partir de ces observations, la position adoptée par Trouillet et coll. (2003) nous paraît intéressante. Ces auteurs considèrent que les manifestations psycho-comportementales observées chez les patients résultent de deux mécanismes : des mécanismes primaires d'ordre biologique, qui relèvent d'un dysfonctionnement cognitif ; et des mécanismes secondaires, à savoir les réactions psychologiques provoquées en réponse à ce dysfonctionnement. Ainsi, l'anosognosie et les mécanismes de défense seraient des processus qui pourraient interagir chez un même patient et ne seraient pas aussi scindés que nous le supposions.

Notre recherche s'est intéressée aux patients atteints de maladie d'Alzheimer à un stade léger ou modéré. L'anosognosie à ces stades n'est peut-être pas si marquée que cela et, en tout cas, ne représente pas un handicap pour entreprendre une prise en charge orthophonique, dans un cadre cognitif particulièrement. Rousseau (2007a) expose les limites de cette approche cognitive avec des patients atteints de maladie d'Alzheimer à un stade modéré et sévère. Il préconise ainsi une thérapie écosystémique mieux adaptée à ces populations dont les difficultés de communication deviennent plus invalidantes et pour lesquelles l'anosognosie est souvent marquée. Interrompre la prise en charge orthophonique n'est pas indiqué, il convient plutôt de la modifier. L'anosognosie ne devrait pas représenter un handicap pour une prise en charge, si l'on part du principe que c'est à l'entourage de s'adapter aux capacités du patient, l'orthophoniste effectuant alors un travail d'accompagnement auprès des familles. L'orthophoniste doit à la fois s'adapter au profil du patient, c'est-à-dire à ses difficultés cognitives et comportementales et à son anosognosie ou à son déni, mais il convient aussi que le thérapeute s'adapte au profil de l'entourage qui lui-même peut être plus ou moins réceptif vis-à-vis des troubles du sujet ou même présenter un déni. L'intérêt d'une telle démarche réside dans l'importance de préserver les familles d'une attitude de rejet du malade, de culpabilité ou encore d'impuissance (Rousseau, 2007a).

3. Limites de l'étude

Notre première limite concerne le nombre de sujets inclus. Bien que nous ayons obtenu quelques résultats significatifs, la puissance de l'analyse statistique reste limitée par notre échantillon réduit et ne nous permet pas de généraliser nos observations à la population générale. Il aurait été idéal d'inclure plus de patients et autant d'hommes que de femmes. Nos résultats ne sont pas non plus extrapolables à des patients plus sévèrement atteints par la maladie d'Alzheimer.

Nous n'avons pas pris en compte la variable « connaissance du diagnostic » lors de l'élaboration de nos critères d'inclusion ; or, pour analyser la part d'anosognosie et de déni chez les sujets, ce critère paraît incontournable.

L'évaluation de l'anosognosie est par ailleurs rendue difficile par la subjectivité qu'elle comporte. Notre système de cotation fournit certes un indice quantitatif, mais il est établi par

comparaison des questionnaires des patients et des accompagnants. Nous avons ainsi attribué à ces derniers une valeur de référence, or l'entourage n'est pas toujours objectif et fiable. En effet, il réagit de manière personnelle à la maladie du conjoint ou du parent et son évaluation dépend de sa propre détresse (Derouesné et coll., 2001). Un des moyens possible pour limiter cette subjectivité aurait été de rencontrer tous les accompagnants pour recueillir leurs réponses.

Au niveau de notre questionnaire, il aurait été intéressant de poser plus de questions relatives à la prise en charge orthophonique, ce qui nous aurait permis de mieux analyser les comportements ou attentes des sujets et des accompagnants à ce niveau.

D'autre part, il aurait été intéressant d'entreprendre une étude de la méconnaissance des troubles en suivant les patients dans leur prise en charge sur une période de quelques semaines ou mois. Une évaluation ponctuelle peut effectivement être insuffisante pour comprendre les multiples facteurs entrant dans les manifestations de l'anosognosie.

4. Intérêts et perspectives

Le questionnaire a été assez bien accueilli par les accompagnants et les patients dans l'ensemble. Nous avons eu des retours très positifs des familles qui voyaient l'occasion dans ce questionnaire de s'exprimer sur les difficultés du patient engendrées par la maladie. La bonne réceptivité des patients aux tests nous conforte dans la certitude d'une approche positive et valorisante.

La prise en considération des troubles nosognosiques dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer, même si elle ne change pas son indication, nous paraît rester importante à plusieurs niveaux. Tout d'abord, ce symptôme peut être à l'origine d'une non-compréhension de l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique, particulièrement de type cognitif. Ainsi, le patient ne se rendant pas compte de ses difficultés, peut ne pas identifier l'intérêt d'une prise en charge puisqu'il ne souffre d'aucun trouble à ses yeux. L'orthophoniste a ici une place importante envers le patient et sa famille pour déterminer l'approche thérapeutique qui pourra être entreprise. Ainsi, l'approche écosystémique (Rousseau, 2008) qui vise à une adaptation de l'équipe soignante et de l'entourage aux troubles du patient et qui est basée sur un travail avec le patient passant par la voie procédurale et implicite, n'est pas concernée par l'absence de conscience des troubles.

D'autre part, l'étude de la conscience des troubles permet d'apporter à l'entourage du patient des clés dans la compréhension de la maladie d'Alzheimer et de ses troubles. Cela est d'autant plus valable lorsque le patient est sévèrement atteint. Ses capacités d'adaptation en sont réduites et il revient alors à l'entourage de modifier sa manière d'être avec le patient. Rousseau (2007b) développe ainsi l'intérêt d'une prise en charge adaptative et évolutive comme la thérapie écosystémique.

D'autres investigations seraient intéressantes à entreprendre avec des effectifs plus importants, ou encore en effectuant une étude longitudinale de patients Alzheimer suivis en orthophonie. Enfin, une recherche pourrait être réalisée en proposant ces questionnaires au patient et à plusieurs membres de son entourage. Ceci permettrait d'analyser le vécu personnel de chaque individu par rapport aux troubles cognitifs et comportementaux du patient et d'observer si des dissociations existent entre conjoints, enfants, amis, soignants.

----- CONCLUSION -----

Nous avons pour objectif d'évaluer l'influence de l'anosognosie dans la prise en charge orthophonique de patients atteints de maladie d'Alzheimer, à un stade léger ou modéré. De notre étude qui s'est portée sur un échantillon réduit de la population générale, nous ne sommes pas parvenus à valider totalement nos hypothèses de départ.

Ainsi, notre étude a conclu que l'anosognosie des sujets inclus ne modifie en rien l'indication d'une prise en charge orthophonique. Une distinction franche entre déni et anosognosie n'a pas été clairement établie, mais nous avons identifié d'autres mécanismes de défense chez certains patients. Les troubles comportementaux et cognitifs ne sont pas reconnus de la même façon, les patients sont effectivement plus dans un déni de leurs troubles cognitifs. Enfin, la réussite aux tests neuropsychologiques ne paraît ni corrélée à l'anosognosie, ni au déni.

En outre, notre étude a mis en évidence d'autres manifestations de la méconnaissance des troubles, notamment le fait que celle-ci semble plus marquée chez les hommes et qu'elle concerne plus particulièrement les troubles de la mémoire, du langage écrit et du calcul.

Cette recherche nous a permis de constater que l'étude de l'anosognosie est riche en enseignements car elle touche à des disciplines multiples telles que la neurologie, la psychologie, la neuropsychologie ou encore la psychiatrie. Son étude est cependant complexe, dans la mesure où c'est un symptôme difficile à mesurer qui peut être corrélé à de multiples facteurs : niveau de démence, caractère du patient, anxiété ou encore estime de soi. Sa distinction avec le déni nous est également apparue assez ténue. De même, les études se contredisent souvent et les mécanismes à l'origine de ce trouble restent encore à clarifier, ce qui rajoute à la difficulté d'évaluation de ce symptôme. Nous pouvons aussi regretter l'absence de consensus sur la définition même de l'anosognosie et les moyens de son évaluation.

L'anosognosie doit être envisagée comme un facteur à prendre en compte pour améliorer la prise en charge du patient Alzheimer, au même titre que les troubles cognitifs et comportementaux. Un sujet anosognosique ou dans le déni peut en effet se mettre en situation d'insécurité et d'opposition pour un traitement, il n'anticipe pas forcément ses troubles et ne met pas automatiquement en place de stratégies compensatoires adaptées, ces processus se mettant en place de façon inconsciente. Bien que les sujets de notre étude ne manifestaient assurément pas de tels comportements, il importe ainsi d'évaluer ce symptôme, afin d'apporter des réponses à l'entourage et des aides aux patients. Pour cela, l'évaluation de facteurs tels que l'anosognosie et de ses interactions avec l'évolution cognitive devrait constituer une étape utile à la description, à la compréhension et à la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer (Antoine et coll., 2004).

Pour conclure ce travail, nous tenons à souligner qu'à travers l'étude de la conscience des troubles du sujet, nous nous attachons à la conscience de soi et à la notion de respect de la personne. Ainsi, Michon, Gargiulo et Rozotte (2003) insistent qu'en ce qui concerne la personne atteinte de maladie neuro-dégénérative : « si elle ne peut pas avoir l'assurance qu'elle sera toujours consciente de ses actes et de ses paroles, elle demande l'assurance qu'elle sera toujours considérée comme une personne, qu'elle aura toujours de la valeur pour les autres ».

----- BIBLIOGRAPHIE -----

- ANTOINE, C., ANTOINE, P., GUERMONPREZ, P., FRIGARD, B. (2004). Conscience des déficits et anosognosie dans la maladie d'Alzheimer. *L'Encéphale*, 30(6), 570-577.
- BABINSKI, M.J. (1914). Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue neurologique*, 27, 845-848.
- BARRETT, A.M., ESLINGER, P.J., BALLENTINE, N.H., HEILMAN, K.M. (2005). Unawareness of cognitive deficit (cognitive anosognosia) in probable AD and control subjects. *Neurology*, 64, 693-699.
- BERGERET, J. (2000). *Psychologie pathologique, théorique et clinique*, 8^{ème} édition. Paris : Masson, collection Abrégés, 360 p.
- CARON, C. (2008). *Etude de l'influence de l'anosognosie dans la prise en charge orthophonique de patients atteints de maladie d'Alzheimer*, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, directeur de mémoire T. Rousseau. UFR SMP Orthophonie : Université de Franche-Comté.
- DEROUESNE, C., PIQUARD, A., THIBAUT, S., BAUDOUIN-MADEC, V., LACOMBLEZ, L. (2001). Les manifestations non cognitives de la maladie d'Alzheimer : étude de 150 cas à l'aide d'un questionnaire rempli par le conjoint. *Revue neurologique*, 157(2), 162-177.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R. (1975). Mini-Mental State : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- KOTLER-COPE, S., CAMP, C.J. (1995). Anosognosia in Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 9(1), 52-56.
- LAUDRIN, H., PHARDIN, D., CHIEZE, J.C., DRUNAT, O. (1999). Anosognosie et maladie d'Alzheimer : Démences. *La Revue de gériatrie*, 24(3), 173-188.
- LAUDRIN, H., DRUNAT, O. (2001). Evaluation de l'anosognosie chez les sujets âgés déments : MMS-Anosognosie. *La Revue de gériatrie*, 26(4), 289-320.
- MCGLYNN, S.M., SCHACTER, D.L. (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 11(2), 143-205.
- MICHON, A., GARGIULO, M., ROZOTTE, C. (2003). 1: La démence vue par le patient. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 1(1), 7-13.
- MIGLIORELLI, R., TESON, A., SABE, L., PETRACCA, G., PETRACCHI, M., LEIGUARDA, R., STARKSTEIN, S.E. (1995). Anosognosia in Alzheimer's disease : a study of associated factors. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 7(3), 338-344.
- REITAN, R.M. (1958). Validity of the Trail Making Test and indication of organic brain damage. *Perceptual and Motors Skills*, 9, 127-130.
- ROUSSEAU, T. (2007a). *Communication et maladie d'Alzheimer*, 3^{ème} édition. Isbergues : Ortho-Edition, 160 p.
- ROUSSEAU, T. (2007b). *Prise en charge des troubles de la communication dans les pathologies neurodégénératives : Jusqu'où ? Jusqu'à quand ? Jusqu'à qui ?* Entretiens d'orthophonie 2007, 146-155. Paris : Expansion Formation et Editions.
- ROUSSEAU, T. (2008). Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. In ROUSSEAU, T. (Ed), *Les approches thérapeutiques en orthophonie*, 2^{ème} édition, T4, 157-179. Isbergues : Ortho-Edition.
- SERON, X., VAN DER LINDEN, M. (2000). *Traité de neuropsychologie clinique*, T2. Marseille : Solal, collection Neuropsychologie, 314 p.
- STARKSTEIN, S.E., SABE, L., CHEMERINSKI, E., JASON, L., LEIGUARDA, R. (1996). Two domains of anosognosia in Alzheimer's disease. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 61, 485-490.

- STARKSTEIN, S.E., JORGE, R., MIZRAHI, R., ROBINSON, R.G. (2006). A diagnostic formulation for anosognosia in Alzheimer's disease. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 77, 719-725.
- TROUILLET, R., GELY-NARGEOT, M.C., DEROUESNE, C. (2003). La méconnaissance des troubles dans la maladie d'Alzheimer : nécessité d'une approche multidimensionnelle. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 1(2), 99-110.