VISage
Vienne Santé Gérontologie

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 34 – Septembre 2006

DENI – ANOSOGNOSIE – ANOSODIAPHORIE, AU COURS DES DECLINS COGNITIFS

Nous sommes régulièrement confrontés à des personnes qui continuent à estimer leurs capacités mnésiques (ou autres capacités cognitives) comme préservées malgré des mises en situation d'échec successives.

Ces comportements ont pour point commun de minorer les troubles cognitifs mais peuvent en fait relever de mécanismes psychologiques ou cognitifs différents. Il est important de se demander si le patient est affecté par ses troubles, s'il est indifférent ou encore non conscient de ses troubles. Il faut être sensible à la plainte du patient mais aussi à sa connaissance des raisons motivant la réalisation d'un examen. On considérera également les écarts qui peuvent être observés entre le discours de l'entourage familial et du sujet, et entre l'auto-estimation des capacités cognitives face aux observations et aux résultats.

Il n'est pas rare de s'entretenir avec des familles qui dédramatisent largement les difficultés de leur parent et trouvent toutes sortes de raisons pour justifier les problèmes rencontrés dans la vie quotidienne. Ce comportement s'assimile alors au **déni** qui constitue un mécanisme de défense face à un aspect inacceptable et menaçant de la réalité. Le malade peut également lui-même dénier ses troubles et ses faiblesses, ceci dans l'objectif par exemple de ne pas se sentir diminué ou de ne pas afficher explicitement ses manques. Ce mécanisme est d'origine psychologique. Chacun peut trouver dans le déni un équilibre, malgré tout précaire, qui permet de vivre le mieux possible avec la maladie.

Il s'agit bien là d'un mécanisme psychologique inconscient qu'il est difficile de bousculer. Rappeler trop brutalement au patient ses incapacités risquerait de provoquer un effondrement psychologique. Paradoxalement, il semble nécessaire d'aider ces patients à considérer leurs difficultés majeures afin de faciliter les procédures de compensation des troubles et par là même de limiter les retentissements sur les activités quotidiennes. Cela peut aussi permettre d'éviter les situations à risque.

Hormis cette défense qu'est le déni, l'absence de conscience des troubles peut aussi relever de perturbations cognitives.

L'**anosognosie** est le terme qui désigne une absence de conscience des troubles. Il s'agit d'une non prise de conscience ou une prise de conscience amoindrie d'un trouble cognitif acquis après une lésion cérébrale, et ceci quel que soit le domaine concerné (langage, mémoire, praxies ...).

Contrairement à cette ignorance des déficits, le patient peut aussi être capable de signaler l'existence de ses difficultés, sans en être pour autant affecté ou alors en en diminuant l'importance. On parle ici d'**anosodiaphorie**. L'insensibilité affective au trouble a de ce fait pour implication de minorer les retentissements du trouble sur la gestion de la vie quotidienne. Les patients anosodiaphoriques ne font preuve d'aucune réaction émotionnelle négative lorsqu'ils expliquent leur trouble ou qu'ils constatent leurs erreurs durant une évaluation.

Le patient ne fait pas « exprès » de se comporter comme si tout allait bien. Il est alors difficile pour l'entourage de ne pas être déstabilisé par le bien-être inadapté de leur parent. Ce décalage entre une jovialité inappropriée et les incapacités peut même être source de frustration chez l'entourage. Il peut alors être pénible de toujours corriger les erreurs du patient. Ces rectifications peuvent malgré tout permettre de limiter l'exclusion du malade d'une juste réalité, en tous cas au début de la maladie. L'évolution est parfois péjorative, les aidants pouvant alors s'épuiser à continuellement répéter les mêmes informations.

La présence de ces perturbations psychologiques ou cognitives sont délétères pour la mise en place de stratégies compensatoires au trouble, et d'une façon plus générale, aux prises en charge rééducatives. Les patients n'estimant pas avoir de difficultés particulières ne pourront pas être réceptifs aux aides externes. Mais cette absence de conscience des troubles peut également être salutaire pour le bien-être psychologique des patients atteints de maladies dégénératives par exemple, puisqu'ils souffrent moins de se voir diminuer, ce qui n'est malheureusement pas le cas de leur entourage. Les situations sont très diverses et les comportements très variables d'un contexte à un autre. Il n'existe pas de solution universelle, l'important étant certainement de préserver la dignité de chacun.

Jacqueline BOUCHET-LAINE neuropsychologue, service de gérontologie clinique, Centre Hospitalier de Vienne
Référence : Dictionnaire du patient Alzheimer et de sa famille, C. HAZIF-THOMAS, Ph. THOMAS, septembre 2003, Brochure NOVARTIS