



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



PRATIQUE CLINIQUE

Anosognosie : définitions, caractéristiques, méthodes d'évaluation, exemple de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie

Anosognosia: Definition, symptomatology, investigations methods, day hospital example

S. Stirati-Buron*, P. Koskas, O. Drunat

Service de neuropsychogériatrie, hôpital Bretonneau, 23, rue Joseph-de-Maistre, 75018 Paris, France

Disponible sur Internet le 11 mars 2008

MOTS CLÉS

Anosognosie ;
Démence ;
Évaluation

Résumé L'anosognosie signifie l'absence de prise de conscience ou une prise de conscience amoindrie des troubles. Elle est fréquente chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'autres types de démences. Elle est source de difficulté de prise en charge et d'augmentation du fardeau de l'aidant. L'évaluation de l'anosognosie est souvent déduite de l'entretien réalisé avec l'aidant et/ou des tests cognitifs faits par le psychologue. Dans le cadre de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie de Bretonneau, nous avons pris en compte spécifiquement le problème de l'anosognosie. Ce service accueille des patients déments ambulatoires sur une durée limitée (environ six mois) avec un objectif d'évaluation et de prise en charge du patient et de ses aidants. Une évaluation pluridisciplinaire du couple aidant/aidé est réalisée à l'admission, ce qui nous permet d'obtenir une appréciation plus objective de l'anosognosie, en confrontant les résultats de différentes échelles et l'impression clinique des examinateurs. La présence et l'importance de l'anosognosie sont des facteurs déterminants dans le choix du programme de soins pour le patient et pour la mise en place d'un plan d'aide au cours de sa prise en charge en hôpital de jour.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Anosognosia;
Alzheimer's disease;
Evaluation

Summary Anosognosia can be defined as an impaired ability to recognize the presence or appreciate the severity of deficits. Anosognosia has frequently been associated in Alzheimer's disease. The consequences of agnosognosia place the patient and caregiver in a situation of insecurity and increase the burden for the family. Unawareness can be measured as the

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sandryne.stirati-buron@brt.aphp.fr (S. Stirati-Buron).

discrepancy between the patient's self-report and the report of a caregiver, or in other terms, neuropsychological performance. In the day hospital, we systematically research for anosognosia in Alzheimer's patients admitted for six months. Anosognosia scores were defined as the difference between patient's and the family's rating. We also compared the results of the patient's opinion and the nurse's test result. This method is helpful in determining the existence of anosognosia without requiring input from the caregiver. The presence and significance of anosognosia provide useful information for determining the choice of treatment and for developing an assistance program during the time spent in the hospital.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'anosognosie est un terme issu du grec qui associe *nosos* (maladie) et *gnosie* (connaissance). Ce terme a été décrit initialement par Babinski, en 1914, comme la méconnaissance par le patient du déficit ou de la maladie dont il est atteint. Ce n'est que dans les années 1980 que le terme d'anosognosie s'associe à la démence. Kotler et Camp, en 1995, donnent une définition plus adaptée aux pathologies cognitives : il s'agit d'une altération de la capacité à reconnaître la présence ou à apprécier la sévérité des déficits tant dans le fonctionnement sensoriel, moteur, affectif que cognitif. La plupart des études sur la démence ont mis en évidence une sous-estimation des difficultés par les patients. Les chiffres varient selon les études de 15 à 75 % [1–3]. On peut se demander pourquoi il existe tant d'hétérogénéité ? En fait, les causes sont multiples, les méthodes d'évaluation – comme on le verra plus loin – sont diverses, les patients étudiés sont à des stades différents de la maladie et les fonctions étudiées sont, elles aussi, différentes.

Il est démontré l'intérêt de dépister ces patients car ils sont plus à risque. En effet, le patient anosognosique n'a pas de stratégie de compensation ni d'anticipation de ses déficits du fait qu'il en a une conscience amoindrie ou nulle. Il peut se mettre en insécurité en refusant les aides nécessaires ou en se mettant en danger (la conduite automobile...) Certains sont opposants aux soins. L'anosognosie peut être aussi une source de retard au diagnostic.

L'aidant, quant à lui, est davantage en souffrance, le fardeau et sa charge en soins augmentent.

L'anosognosie ne doit pas être confondue avec l'anosodiaphorie qui signifie que le patient est conscient de ses troubles, mais qu'il les banalise et qu'il n'en semble pas affecté. Le terme de déni est souvent employé en synonyme de l'anosognosie, alors qu'il fait référence à un mécanisme de défense.

Caractéristiques de l'anosognosie chez les déments

Les études étant contradictoires, l'anosognosie n'est pas, à ce jour, plus fréquente dans telle ou telle étiologie démentielle.

Plusieurs études se sont attachées à décrire les symptômes fréquemment associés aux patients anosognosiques.

Une série de 750 patients Alzheimer à des stades légers de la maladie ont été évalués en consultation mémoire ainsi que leurs aidants. L'anosognosie se traduisait surtout par une perte de conscience de leur déficit aux activités instrumentales de la vie quotidienne, aux troubles de l'humeur et aux troubles du comportement. Les patients anosognosiques étaient plus souvent apathiques et à des stades plus sévères de la maladie [4].

Une autre étude a comparé des patients Alzheimer débutants et des patients atteints de *mild cognitive impairment* (MCI), ayant tous un *mini-mental state* (MMS) supérieur à 24. Dans le groupe MCI, les patients surestimaient leur déficit par rapport à leurs aidants, alors que c'était l'inverse chez les patients Alzheimer. L'anosognosie serait donc un facteur prédictif et plutôt péjoratif d'évolution vers la démence [5].

L'étude de Kashiwa et al., en 2005, a essayé de caractériser les patients anosognosiques à partir d'une cohorte de 84 patients. Il existait une corrélation positive avec l'âge du patient, l'âge tardif du début de la maladie, la durée de la maladie, les activités instrumentales de la vie quotidienne, l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) et la troisième partie du *stroop-test*. À l'inverse, il n'y avait pas de corrélation avec le MMS, la *geriatric depression scale*, le niveau d'éducation, le sexe et les autres tests cognitifs comme le *trail making test* (TMT), les fluences verbales et les empan [6].

La dépression est parfois perçue comme une réaction psychologique à la perte des capacités cognitives induite par la démence [7]. Cette dépression réactionnelle laisserait la place, à un stade plus tardif, à l'anosognosie. Elle exprime alors une forme de déni lorsque les ressources adaptatives du sujet sont dépassées. Mais, cette hypothèse n'est pas confirmée. En effet, on note, à partir du suivi d'une cohorte de déments pendant deux ans, que les patients dysthymiques présentaient un niveau d'anosognosie plus faible que des patients déprimés [8].

En revanche, plusieurs études sont consensuelles et établissent un lien entre l'anosognosie et les troubles du comportement. En effet, les patients hallucinants ont des scores plus hauts d'anosognosie [9] ; il en est de même des délires paranoïdes et des troubles psychocomportementaux évalués par le NPI [6].

Particularités du bilan neuropsychométrique chez le patient anosognosique

Il n'y a pas de corrélation retrouvée entre la démence sévère et l'anosognosie ni avec le niveau d'efficacité globale éva-

luée par le MMS et le test de Weschler ainsi que les tests d'apraxie et de langage [6].

En revanche, un lien est établi avec les batteries d'évaluation frontale, comme Wisconsin, la fluence verbale, la BREF et la série de Luria [10]. On retrouve aussi une corrélation positive avec l'apraxie visuoconstructive et le test de l'horloge qui sont plus facilement échoués chez des patients anosognosiques [11].

Régions cérébrales impliquées dans la conscience du soi

Il y a déjà 20 ans, les études mettaient en évidence une diminution du débit sanguin cérébral de l'hémisphère droit lors de l'analyse de la conscience du soi. Actuellement, par la neuro-imagerie fonctionnelle, on explore les régions cérébrales qui s'activent lorsqu'on pense à notre propre personne. On observe alors une activation de la région préfrontale ventromédiane lorsque nous ressentons des expériences émotionnelles [12].

On observe aussi un degré d'anosognosie plus fort chez les patients Alzheimer quand l'activité des régions de la jonction temporopariétale est faible. Ces régions sont recrutées dans des tâches de prise de perspective ou de théorie de l'esprit et lorsque l'on essaye de se mettre à la place d'un autre pour imaginer quelle serait sa réaction [13].

Une autre évaluation de l'anosognosie consiste à confronter le jugement du patient concernant ses propres capacités à ses performances lors des tests psychométriques. Il y a alors une corrélation entre le degré d'erreur de jugement et l'activité dans les régions orbitofrontales; ces dernières régions sont impliquées dans des jugements de valeur qu'un individu émet vis-à-vis de ses propres compétences [13].

Quelles sont les méthodes d'évaluation de l'anosognosie ?

Même si la majorité des recherches se sont intéressées à la conscience du déficit mnésique, il est important, du fait de l'hétérogénéité de l'anosognosie, de s'intéresser aussi aux activités de la vie quotidienne, à la gestion du budget, au comportement, au jugement; ce qui introduit donc l'idée d'une hétérogénéité aussi dans les échelles d'évaluation de l'anosognosie.

Certaines études, dans les années 1990, ont évalué l'anosognosie sur des axes d'autonomie en étudiant les activités de la vie quotidienne, mettant en évidence alors, chez certains patients, des troubles ignorés et, chez d'autres, des troubles parfaitement identifiés comme, par exemple, des difficultés de communication. Dans les travaux de Kotler et Camp, en 1995, l'anosognosie serait modérée pour des troubles du comportement et de l'humeur comme l'agitation, la dépression, la baisse d'autonomie, et importante pour les habilités cognitives comme le langage, la mémoire et les praxies [14].

On peut évaluer l'anosognosie à trois niveaux: par un autoquestionnaire, par l'intermédiaire d'un référent aidant ou soignant ou encore par le bilan neuropsychométrique – l'évaluation de l'anosognosie se faisant

toujours par un différentiel entre le patient et un outil de référence.

Voici quelques exemples d'échelles de dépistage :

- L'*autoquestionnaire Anosognosia dementia* publié par Migliorelli et al., en 1995, [15] comporte 30 items. Le score d'anosognosie est calculé par la différence entre le score du référent et celui du patient au même questionnaire. On considère que le patient est anosognosique si le score est supérieur à 14. Ce questionnaire est intéressant, car il s'intéresse à l'ensemble des fonctions cognitives et aussi comportementales. Les domaines sont testés par des questions simples concernant la mémoire, l'orientation temporelle et spatiale, la compréhension, les possibilités d'écrire, de lire et de signer, de compter et de communiquer. L'ensemble des activités de la vie quotidienne est aussi évalué, comme la gestion du budget, l'aptitude aux activités ménagères et le contrôle sphinctérien. D'autres questions explorent la dépression, l'irritabilité et la déshinhibition [16]. L'informateur privilégié est généralement un membre de la famille proche ou un soignant, mais il faut rester prudent sur ces scores calculés, puisqu'ils sont réalisés à partir du jugement d'une tierce personne. Certaines familles peuvent partager l'anosognosie du patient, être peu informative et même fausser les résultats. À l'inverse, d'autres familles exagèrent les difficultés. Pour être tout à fait rigoureux, il faudrait alors faire une troisième évaluation, soit par un autre soignant, soit par un autre membre de la famille ;
- une étude a testé l'anosognosie par le *questionnaire de Mac Nair*, en utilisant un soignant comme référent dans le cadre d'un hôpital de jour. On voit qu'à T_0 le soignant considérait le patient plus anosognosique que ne l'a fait l'évaluation à trois mois: le jugement devenait moins péjoratif au fur et à mesure de temps. Est-ce que le soignant développait à son tour une certaine anosognosie à force d'être en contact avec le patient? [17];
- un autre test d'évaluation a été publié en 2001 par Laudrin et Drunat [3]: le *MMS anosognosique*. Il s'agit d'un test simple et rapide de sept questions qui correspondent aux sept domaines du MMS, à savoir l'orientation temporelle, l'orientation spatiale, la mémoire, le calcul, le langage oral, le langage écrit et l'apraxie constructive. Il peut être réalisé sous forme d'un auto- ou d'un hétéroquestionnaire; il est facilement compréhensible et utilise un mode de réponses dichotomiques [3].

L'avantage de ce score est de ne pas tenir compte du référent, mais de l'évaluation objective du MMS. Dans cette publication, il n'y avait pas de corrélation entre le score d'anosognosie et la sévérité de l'atteinte cognitive établie par le MMS. On remarquait cependant que l'échec aux items du langage et des praxies était associé à un score plus sévère sans être significatif. L'inconvénient de ce dépistage est qu'il n'explore pas les activités de la vie quotidienne, les troubles du comportement, ni les fonctions exécutives. Il reste donc trop restrictif.

En revanche, dans cette même étude, un score de fiabilité du référent pouvait être obtenu en soustrayant le score du MMS supposé par le référent et le score réel du MMS. On voyait alors que, dans la plupart des cas, le référent sous-estimait les capacités du patient et que cela s'accroissait au fur et à mesure que son MMS était bas. L'estimation

était le plus souvent correcte pour l'orientation temporelle, l'orientation spatiale et la mémoire, mais beaucoup plus aléatoire en ce qui concerne le calcul, les praxies et le langage écrit et oral.

Expériences de l'hôpital de jour de l'hôpital Bretonneau

Dans le cadre de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie, nous avons pris en compte spécifiquement le problème de l'anosognosie. Ce service accueille des patients âgés et déments ambulatoires pour une durée limitée à six mois, avec un objectif d'évaluation et de prise en charge du patient et de son aidant.

Les patients sont adressés à l'issue d'une consultation mémoire et d'un bilan réalisé en hôpital de jour diagnostic ; ils bénéficient alors d'une journée de préadmission où une évaluation pluridisciplinaire du couple aidant/aidé est réalisée. À cette occasion, nous apprécions de façon objective l'anosognosie en confrontant les résultats des différentes échelles et l'impression clinique des examinateurs (médecin, soignants, assistante sociale) (Tableau 1).

Voici quelques mises en situation pratiques :

- l'utilisation du téléphone : connaissez-vous votre numéro de téléphone ? Cherchez un numéro dans une liste et composez ce numéro ;
- la manipulation de l'argent : le patient est interrogé sur le prix de la baguette. Ensuite, on lui demande de sortir d'un porte-monnaie 2,50 euros et 17,23 euros. Il doit ensuite remplir un chèque ;
- la prise des médicaments : elle est évaluée à l'aide d'un pilulier : le patient, sachant quel jour nous sommes, doit prendre son traitement.

Plusieurs types de renseignements nous permettent une approche de l'anosognosie :

- en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, le patient et l'aidant remplissent séparément l'échelle de vie quotidienne permettant non seulement de définir un score d'anosognosie par le différentiel des résultats de chacun, mais aussi une analyse qualitative des informations contradictoires : la mise en situation du patient objective des erreurs qui n'apparaissent pas généralement dans les tests classiques et qui peuvent aussi faire admettre au patient ses propres difficultés ; parallèlement, l'évaluation du rééducateur va confirmer ou, au contraire, infirmer les dires de l'aidant : elle peut, dans certains cas, avérer que l'aidant n'est pas au fait ou est dans le déni des difficultés du membre de sa famille ;

Tableau 1 Le bilan du patient.

Une échelle de Mc Nair (22 questions cotées de zéro à quatre points).
Un bilan neuropsychométrique.
Une échelle d'évaluation des activités de la vie quotidienne (cotée sur 14).
Une mise en situation lors d'un entretien avec le rééducateur à l'égard de trois des principales activités instrumentales.

Tableau 2 Bilan de l'aidant.

L'entretien avec un soignant où il expose ses principales difficultés.
Le questionnaire de Mc Nair.
L'échelle d'activité de la vie quotidienne.
L'évaluation sociale par l'assistante sociale.
Le questionnaire de Zarit pour évaluer son fardeau et sa souffrance (si le score est supérieur à 60, la charge est importante ; s'il est inférieur à 20, la charge est faible ; entre les deux, la charge est légère ou modérée).

- au niveau de la conscience de son trouble mnésique, l'échelle de Mac Nair remplie systématiquement par le couple aidant/aidé permet d'obtenir un différentiel de score retenu de 20 pour conclure à une anosognosie ; de plus, les tests neuropsychométriques nous éclairent sur la sévérité du syndrome démentiel et les domaines échoués ;
- enfin, l'échelle de Zarit, réalisée avec l'aidant, peut donner des informations indirectes sur la conscience du trouble par ce binôme et leur façon de s'adapter ou de faire face à la maladie (Tableau 2).

Les principaux avantages de notre « méthode » sont la diversité des domaines évalués, la possibilité de dépistage même en l'absence de l'aidant, le repérage de la fiabilité de ce dernier et de sa souffrance. La présence et l'importance de l'anosognosie sont des facteurs déterminants dans le choix du programme de soins pour le patient. Le but n'étant pas de le mettre en difficulté, mais de le valoriser et de consolider ses acquis. L'aidant peut bénéficier d'un soutien psychologique individuel. Ce dépistage souligne aussi les déficiences sociales ; il est un support à l'introduction d'aide au domicile ou encore de protection juridique.

Conclusion

L'évaluation de l'anosognosie, dès l'admission par une équipe pluridisciplinaire et complémentaire, est un des piliers de la prise en charge de l'hôpital de jour et conditionne une partie des objectifs cognitifs ou sociaux. Les critères sont très hétérogènes, davantage qualitatifs que quantitatifs. Le but de cette démarche est d'apporter des solutions pour une prise en charge optimale et efficiente sur du long terme et au-delà de la durée des soins en hôpital de jour.

Références

- [1] Lopez OL, Becker JT, Somsak D, Dew MA, DeKosky ST. Awareness of cognitive deficits and anosognosia in probable Alzheimer' disease. *Eur Neurol* 1994;34:277–82.
- [2] Weinstein EA, Friedland RP, Wagner EE. Denial/unawareness of impairment and symbolic behavior in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1994;7:176–84.
- [3] Laudrin H, Drunat O. Évaluation de l'anosognosie chez les sujets âgés déments : MMS anosognosique. *Rev Geriatr* 2001;26(4):251–64.

- [4] Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. A diagnostic formulation for anosognosia in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:719–25.
- [5] Kalbe E, Salmon E, Perani D, et al. Anosognosia in very mild Alzheimer's disease but not in mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005;19:349–56.
- [6] Kashiwa Y, Kitabayashi Y, Narumoto J, Nakamura K, Ueda H, Fukui K. Anosognosia in Alzheimer's disease: association with patient characteristics, psychiatric symptoms and cognitive deficits. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:697–704.
- [7] Antoine C, Antoine P, Guernonprez P, Frigard B. Conscience des déficits et anosognosie dans la maladie d'Alzheimer. *Encephale* 2004;30:570–7.
- [8] Starkstein S, Chemerinski E, Sabe L, et al. Prospective longitudinal study of depression and anosognosia in Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry* 1997;171:47–52.
- [9] Migliorelli R, Petracca G, Tesón A, Sabe L, Leiguarda R, Starkstein SE. Neuropsychiatric and neuropsychological correlates of delusions in Alzheimer's disease. *Psychol Med* 1995;25:505–13.
- [10] Michon A, Deweer B, Pillon B, Agid Y, Dubois B. Relation of anosognosia to frontal lobe dysfunction in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:805–9.
- [11] Auchus AP, Woodard JL, Goldstein FC, Green J, Green RC. Anosognosia in Alzheimer's disease: letters to the editor. *Arch Neurol* 1996;53:10.
- [12] Schaeffer A, Collette F, Philippot P, et al. Neural correlates of hot and cold emotional processing: a multilevel approach to the functional anatomy of emotion. *Neuroimage* 2003;18:938–49.
- [13] Salmon E, Perani D, Herholz K, et al. Neural correlates of anosognosia for cognitive impairment in Alzheimer's disease. *Hum Brain Mapp* 2006;27:588–97.
- [14] Kotler-Cope S, Camp CJ. Anosognosia in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1995;9:52–6.
- [15] Migliorelli R, Tesón A, Sabe L, et al. Anosognosia in Alzheimer's disease: a study of associated factors. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995;7:338–44.
- [16] Laudrin H, Phardin D, Chieze JC, Drunat O. Anosognosie et maladie d'Alzheimer. *Rev Geriatr* 1999;24(3):173–88.
- [17] Thomas-Antérion C, Girtanner C, Vassal P, et al. Évaluation des troubles mnésiques dans la maladie d'Alzheimer par le patient, sa famille et les soignants avant et après 3 mois de prise en charge en hôpital de jour. *Ann Gerontol* 1996;10:483–98.