

C. R. DE LA CONFERENCE DU 30/10/2009 A LA MEDIATHEQUE

animée par le Pr Gilles BERRUT

**"RECONNAISSANCE DU VISAGE
ET RECONNAISSANCE DE LA PRESENCE"**

Le président René PERNES remercie le Pr Gilles BERRUT, vice président de la Société Française de gériatrie, vice président de la fédération nationale des centres mémoires, Pr de gériatrie à l'université de NANTES et responsable des centres mémoires gériatriques à NANTES, d'être présent parmi nous.

« Merci pour cette invitation, je suis très heureux de vous rencontrer. En effet, il est essentiel que les professionnels et l'engagement citoyen se rejoignent sur des pathologies à la fois aussi fréquentes et mettant en cause l'environnement social de la personne.

J'ai choisi le thème : "reconnaître un visage, reconnaître une présence" parce qu'il me semble que cela fait partie de ces difficultés particulièrement douloureuses de la maladie.

En effet :

Une personne vient avec son mari et me dit son souci parce que « il y a un homme qui vient chez moi » et le mari confirme : « oui, de temps en temps, elle me regarde et me dit qu'est-ce que vous faites là, veuillez sortir, je suis chez moi ».

Une autre patiente me dit : « dans mon lit, il y a un étranger » et le mari confirme que même quelquefois, pour éviter des troubles du comportement, il change de lit.

Un coiffeur m'interroge : j'ai une cliente qui, à la fin de la coiffure, se regarde dans le miroir et me demande « qui est cette personne ? ».

Et, vous êtes tous témoins ou concernés par ces erreurs de reconnaissance : telle fille qui voit sa mère et lui dit : « ah, c'est toi, tante Adélaïde » ou bien : « maman, qu'est-ce que tu fais là ».

Et, à chaque fois évidemment, c'est toute l'identité non seulement personnelle mais l'identité de la relation qui s'effondrent.

Et, c'est l'incompréhension :

« Je ne suis plus sa fille », ou bien : « qu'est-ce que je fais là encore ? », « est-ce qu'il faut vraiment que je vienne la voir à la maison de retraite puisqu'elle m'appelle sa mère et puis après, cela l'agite ? ».

De quoi s'agit-il ?

Il m'a semblé que vous partager quelques notions sur la reconnaissance du visage par le cerveau, pouvait aider à essayer d'intégrer ces troubles de reconnaissance en essayant de mettre un peu de distance avec la dimension relationnelle et affective.

Ne pas être reconnu dans son visage, ce n'est pas forcément ne pas être reconnu dans sa personne.

Cependant, on peut dire qu'il y a des extrêmes : c'est la reconnaissance du visage uniquement qui est perturbée alors que toutes les autres formes de reconnaissance existent. A l'autre bout, il y a la non reconnaissance de toute la personne. Et puis, il y a l'entre deux.

La non reconnaissance du visage et uniquement du visage se rencontre dans des formes de maladies assez rares qui sont des formes congénitales. En langage médical et scientifique, on trouve ces mots de racine grecque : le visage, c'est prosopo et la connaissance, c'est gnosie, ce qui donne un mot barbare : l'aprosopagnosie ☞ la non reconnaissance du visage.

Dans ce cas, les personnes peuvent reconnaître l'autre par le son de sa voix, par sa manière de se déplacer : on en fait tous l'expérience : quelqu'un monte l'escalier et l'on sait que c'est untel par le rythme de son pas, sa manière de poser le pied, d'ouvrir la porte qui lui sont propres. Donc, on a des signes de reconnaissance qui sont autres que le visage. **Et ces personnes ont la possibilité de reconnaître les autres en prenant d'autres indices.**

Quand il y a non reconnaissance absolue de l'autre, cela veut dire que l'on a, non seulement, la non reconnaissance du visage qui ne fonctionne pas mais, en plus, que les centres qui intègrent d'autres signes comme la reconnaissance du son, sont aussi atteints.

Et puis, il y a l'entre deux : la personne ne reconnaît pas le visage mais elle sent bien que c'est une personne féminine. Elle va essayer de trouver des caractéristiques de cette présence familière comme le son d'une voix qui semble féminine familière. Elle va chercher dans une autre partie du cerveau que l'on appelle un stock lexical où elle a mis toutes les voix féminines familières. Selon l'histoire de la personne, cela peut être sa mère, sa sœur, etc... Finalement, nous avons là une non reconnaissance du visage mais la reconnaissance qu'il s'agit d'une voix féminine familière.

Il est vrai que la référence à la mère pour une fille est très difficile parce qu'il y a un jeu de structurations psychologiques qui marche dans les deux sens. C'est-à-dire que cette fille s'est structurée comme femme avec une identité à sa mère et s'est structurée dans son enfance par la personnalité de sa mère, que ce soit dans le même sens ou dans l'opposition mais toujours en référence à. Et tout d'un coup se retrouver référente, perturbe sur un niveau appelé psycho-dynamique, c'est-à-dire la structuration de la personne habitée.

La formation que je propose en consultation dans ces cas là, c'est de bien mettre d'un côté les aspects psycho-dynamiques et de l'autre côté quelque chose de beaucoup plus opératoire et simple qui est le fonctionnement du cerveau. Le modèle simple d'une cellule qui, en s'excitant permet de remuer un bras ou une jambe est le suivant : on a un influx qui part du cerveau et fait fonctionner un muscle. Il faut prendre ce modèle aussi simple,

aussi mécanique sur d'autres fonctions qui peuvent sembler plus complexes, par exemple la reconnaissance du visage. Il n'y a plus le lien entre stimulation neurologique et la reconnaissance du visage.

Dans ce cas, on en déduit que ce trouble de reconnaissance du visage est un trouble non seulement de reconnaissance de personne mais aussi de modification de la relation affective et du lien psycho-dynamique. Comme l'on ne gère pas forcément soi-même les relations psychologiques que l'on a avec sa famille, son époux ou son épouse, on se perd là dans des dédales sans fin.

En 1955, pour la première fois, a été publié ce trouble :

« J'ai vu au club un inconnu qui me fixait et j'ai demandé au maître d'hôtel, qui c'était ? Vous allez vous moquer de moi, j'étais en train de me regarder dans un miroir ».

Il s'agit là de quelqu'un qui n'a pas une maladie neuro-dégénérative. En fait, on rencontre ce genre de troubles dans des syndromes très ponctuels, chez des personnes qui, par ailleurs, sont complètement compétentes sur le plan cognitif, la cause étant un accident vasculaire qui va intéresser cette zone là.

Dans ce 2^{ème} exemple, la personne (un peintre) après un accident vasculaire ne se reconnaissait plus. Il avait exécuté 80 auto-portraits de lui-même devant un miroir. Sur les clichés montrés au public, on voit une évolution : au début, il y a une perturbation importante des capacités de reconnaissance et puis, vers la fin, il commence à reconstituer son visage.

Cela permet de comprendre que la reconnaissance d'un visage nécessite en fait la perception de détails mais aussi de formes globales et de leur intégration. Reconnaître un visage est un mécanisme très complexe.

Ces dissociations du visage et de l'objet font aussi partie des aprosopagnosies.

Dans ce 3^{ème} exemple, il s'agit d'un éleveur de moutons qui ne pouvait pas reconnaître des visages célèbres mais qui reconnaissait très bien ses moutons. Cette reconnaissance du visage fait donc appel à un autre répertoire qui est celui des visages connus ou inconnus, une sorte d'apprentissage.

Il y a un syndrome très particulier où la patiente est convaincue que la personne familière a été remplacée par un imposteur. Cela est très difficile à vivre. En tant que bénévole, une information peut être donnée : « cela ne veut pas dire qu'elle ne vous reconnaît plus comme son mari mais que la forme du visage, les indices donnés par la présence ne renvoient plus à votre identité ».

Ce qui suit est un peu compliqué mais c'est pour montrer ce que l'on a pu discerner dans l'identité :

D'abord, on a la description par les détails, en 2 dimensions, du visage et la description des expressions qui sont en lien avec une sorte d'unité de reconnaissance faciale. C'est-à-dire qu'il y a un petit bloc de cellules spécialisées dans la reconnaissance faciale.

Et après, il y a l'identité de la personne. Vous pouvez avoir une atteinte à un niveau mais pas à un autre. Par exemple, l'identité est mauvaise mais le nom est bon, ou l'inverse, le

nom est mauvais mais l'identité est bonne. Cela est très perturbant : vous êtes appelé d'un nom impropre alors que c'est vous qui êtes reconnu.

Là, il faut discerner ce dont il s'agit : est-ce le mot qui est en cause ou l'identité même. Pour essayer de décrire cela, il y a plusieurs concepts dont un relativement descriptif et simple. Ce modèle a différencié plusieurs niveaux : un niveau appelé perceptif dans lequel il y a la décision d'abord que c'est un visage. Puis, l'identification par classification d'espèces : l'âge, le sexe, ou niveau émotionnel : c'est quelqu'un de familier, c'est quelqu'un d'hostile. Et après, on va prendre ces ensembles de caractéristiques et on va faire comme le cerveau fait toujours avec la mémoire, on va aller chercher dans la bibliothèque des visages pour comparer. Je prends un visage que j'ai décrit. Je vais dans ma bibliothèque et je regarde toutes les photos que j'ai en mémoire. « En effet, cela ressemble bien à celui-là. Ah ! vous êtes le président KENNEDY, Ah non, je me suis trompé de photo ». Donc, il y a ce jeu de comparaisons.

La familiarité caractérise les photos des visages connus et inconnus. C'est-à-dire que dans notre bibliothèque, nous avons le tiroir des visages de la famille et des amis et les visages des hommes célèbres, etc...

Le sens que l'on donne à cette reconnaissance des visages est le sens sémantique.

Dans cette catégorisation sémantique, on va pouvoir dire : « c'est quelqu'un de très proche, mon conjoint, mon enfant ou d'un peu moins proche, un ami, une relation » etc... Et puis, il va y avoir le sens affectif : c'est-à-dire que : « non seulement, c'est quelqu'un de ma famille mais c'est quelqu'un que j'aime bien ».

On a cherché à savoir où se situait ce centre de reconnaissance des visages. Sur une coupe du cerveau, il se situe en haut, dans une zone qui comprend :

- l'aire occipitale, zone de la vision et des aires primaires de la vision,
- et, un peu plus haut, une zone pariéto-temporale, zone de convergence d'informations appelée associative.

Par ailleurs, on s'aperçoit que l'ensemble des informations se situe uniquement sur l'aire visuelle et dans des zones profondes, derrière les yeux, avec les voies visuelles qui vont rejoindre une structure interne du lobe occipitale appelée la scissure calcarine qui est le cortex visuel primaire.

C'est dans cette zone que vont se situer les reconnaissances. Aujourd'hui, on peut même dire plus précisément qu'il s'agit d'une zone très très petite de 0,3 cm³ appelée le gyrus fusiforme.

Devant cette zone, au niveau du lobe temporal, se situe l'hippocampe, une tête d'enregistrement, lieu de la mémoire et point de départ de la maladie. Tout se concentre sur ce point là pour ensuite s'étendre.

Si l'extension se fait vers le haut et vers devant, le patient peut avoir des atteintes frontales avec altération du comportement. Si elle est plutôt postérieure, le patient peut avoir un syndrome visuel qui va avec le problème de la mémoire. Quand la maladie s'étend, l'ensemble des aires est concerné et on a les troubles du comportement, de la mémoire et les troubles visuels.

On peut avoir 2 cas de figures : soit le trouble de reconnaissance est un signe précoce d'une atteinte plutôt postérieure qui ne renvoie pas à une gravité de la maladie. Soit, nous sommes dans une histoire relativement longue et c'est un indice d'une étape supplémentaire de la sévérité.

Quelquefois, l'impact psychologique est plus important que l'impact neuro-psychologique : la personne est compétente dans de nombreux domaines mais peu sur les reconnaissances.

Si je parle de reconnaissance visuelle, il y a un autre mot qui est l'agnosie visuelle, plus large que l'aprosopagnosie. C'est la non reconnaissance de lieux, d'objets qui peut être indépendante de la non reconnaissance des visages.

Cette non reconnaissance de la signification des objets pose des problèmes particuliers dans la vie de tous les jours : exemple, une personne qui mange un pamplemousse avec une fourchette, qui met un morceau de viande dans un yaourt, a des comportements qui peuvent choquer ou inadaptés, etc...

Cependant, un pas important est franchi quand on a intégré le fait qu'il s'agit d'une non reconnaissance de la signification des objets. L'analyse de la situation permet de la comprendre et de rationaliser, donc de créer un peu de distance entre la souffrance de voir l'autre faire des gestes inadaptés.

Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une agnosie visuelle, il faut déterminer s'il y a un type d'objets en cause ou tous les objets, afin de ne pas tout interdire au patient.

Réponses à quelques questions posées par le public :

☛ Qu'en est-il de la non reconnaissance des lieux ?

Il y a 2 types de non reconnaissance des lieux :

- La non reconnaissance du lieu par son aspect, qui rejoint l'agnosie visuelle mais sur les espaces.
- Un trouble de la vigilance où, ni le temps, ni l'espace ne sont reconnus : c'est la désorientation temporo-spatiale. cela peut être une confusion mentale qui n'est plus un problème du trouble cognitif mais une perte de repères à l'occasion d'un stress, d'une affection, d'une intervention chirurgicale, d'une émotion.

Une apparition subite de non reconnaissance des lieux et du temps doit faire évoquer un problème médical qui s'est surajouté.

☛ Quand une personne à son domicile ne reconnaît pas une pièce, les toilettes, etc... de quoi s'agit-il ?

- Il peut s'agir d'une agnosie des espaces. Comme il y a trouble de la mémoire, il n'y a pas d'apprentissage et quand on dit « cette porte est celle des W.C. », dix minutes après, il faut le répéter.

On peut faire appel à un autre type de reconnaissance : poser des photos de lieux sur une porte anonyme peut donner des repères au patient.

- C'est une confusion lorsque l'incident survient brutalement : la veille, la personne reconnaissait bien et tout d'un coup ne reconnaît plus.
- Ou bien, on a un comportement d'urination qui est une libération des attitudes en fonction des stimulations. Ce comportement appartient au syndrome frontal : dès que la personne a envie de faire quelque chose, elle le fait. Il n'y a pas de distance entre l'envie et le faire. Et, comme il y a une perte des conventions sociales, la personne peut s'installer très tranquillement dans le salon, uriner et s'en aller. Dans ce cas, il n'y a pas de perte de reconnaissance de l'objet mais perte des conventions sociales.

☛ **La formation de nos bénévoles qui vont dans les familles est-elle suffisante en regard de tous ces éléments de non reconnaissance ?**

Ce que l'on attend peut-être des bénévoles de France Alzheimer, c'est un surcroît en termes de compétences, de connaissances et de conseils. La connaissance de base de neuropsychologie expliquée de manière simple mais efficace pour le conseil à l'autre est une priorité. Il y a donc priorité n° 1 à la formation.

☛ **Le regard de l'autre**

C'est d'abord un regard des conventions sociales. Comme la maladie atteint ces conventions sociales, la personne est regardée comme étrange. L'entourage doit l'assumer sans se fragiliser. S'il n'arrive pas à mettre une rationalité dans sa démarche, un minimum de distance par rapport à la situation pour essayer de la comprendre, il y a fragilité par rapport à la personne qui juge.

☛ **Le diagnostic**

Les problèmes de gnosie (de reconnaissance) d'images ou de visages appartiennent en début de maladie à d'autres syndromes dégénératifs que la maladie d'Alzheimer. Ce sont les démences sémantiques avec trouble du sens, qui rejoignent un cadre plus large, les démences fronto-temporales avec troubles du comportement et de l'adaptation sociale.

Dans les 2 cas : démences sémantiques et démences fronto-temporales, il s'agit d'affections du lobe frontal dans lesquelles on peut avoir des aprosopagnosies dès le début de la maladie lorsqu'il y a troubles du comportement et des attitudes sociales.

Quel que soit le syndrome dégénératif, on peut avoir un trouble de reconnaissance du visage au cours de l'évolution, décelé par un examen neuropsychologique.

☛ **Différencier la reconnaissance du visage de la reconnaissance de la présence**

Même si la personne semble complètement indifférente, un compliment n'est jamais perdu. De plus, il faut faire attention à l'expression du visage parce qu'il y a dans cette

maladie une présentation appelée apathie qui est cette absence de capacité d'expression du sentiment. Mais, ce n'est pas pour cela que le sentiment n'est pas là.

