

Mémoire et mémoires



Dr Hélène CASSOUDESALLE

Pr Sophie JACQUIN-COURTOIS

helene.cassoudesalle@chu-bordeaux.fr



Hôpitaux de Lyon



Plan

A- Les différents modèles et leur évolution récente

B- Anatomie et neurophysiologie de la mémoire

C- Amnésie et troubles de mémoire en clinique

D- Les différents tableaux cliniques

E- Évaluation des troubles mnésiques

F- Prise en charge rééducative

A retenir

A- Les différents modèles et leur évolution récente

- mémoire à court terme / à long terme
- MCT: 30 à 90s, 7+/- 2, très sensible aux tr attentionnels
- MdT: mémoire tampon, manipulations cognitives sur info temporaires (stockage verbal/visuel + traitement)
- MLT: >90s, encodage / stockage / rappel

- Tulving:
 - mémoire **épisodique**: souvenirs personnellement vécus, situés dans le temps et dans l'espace, avec accompagnement émotionnel
 - mémoire **sémantique**: savoirs partagés
- mémoire **procédurale** (implicite, savoir-faire)

B- Anatomie et neurophysiologie de la mémoire

A retenir

- **système limbique**: émotion, apprentissage, mémoire
- **circuit de Papez**: perception → souvenir
hippocampe – monde extérieur – explicite
- **circuit amygdalo-thalamo-cingulaire**
amygdale – monde intérieur – implicite
- régions frontales (mise en mémoire et rappel, MdT, attention)
- néocortex (stockage des info selon leur modalité sensorielle)
- **système cortico-striatal** (savoir-faire)

Plan

A- Les différents modèles et leur évolution récente

B- Anatomie et neurophysiologie de la mémoire

C- Amnésie et troubles de mémoire en clinique

D- Les différents tableaux cliniques

E- Evaluation des troubles mnésiques

F- Prise en charge rééducative

C- Amnésie et troubles de mémoire en clinique

1- Examen clinique

2- Le noyau sémiologique

1- Examen clinique

a- les circonstances de l'examen et la nature de la plainte

- fréquente chez le sujet âgé de plus de 65 ans
- décompensation anxieuse devant l'oubli
- Ou méconnaissance du trouble chez un patient anosognosique dont l'entourage s'inquiète
- évaluation des différents secteurs des capacités intellectuelles dans leur ensemble:

vigilance

langage, dénominations

compréhension

fonctions exécutives

jugement



1- Examen clinique

b- analyse de la mémoire par ses différents secteurs

- **1^{er} temps d'évaluation initiale par des outils globaux**

MMSE, fonctionnement frontal (BREF)

- **mémoire rétrograde**

Episodique

mémoire biographique, peut nécessiter un contrôle familial
nature du récit: pauvre, fabulatoire, redondant, incohérent...

Sémantique

mémoire des faits généraux (politiques, historiques, culturels...)
en fonction du contexte personnel du sujet (profession, adresse...)

- **mémoire antérograde**

Capacité d'**apprentissage** à travers 3 types de restitution explicite de l'information: rappel libre, rappel indicé, reconnaissance

Mémoire visuelle aussi : reproduction ou reconnaissance de figures, description des lieux à l'hôpital

2- Le noyau sémiologique

a- amnésie antérograde

- oubli à mesure
- pas de restitution d'informations possible après 2 mn d'interférence
- pas de facilitation possible
- désorientation temporelle, questionnements et anxiété lors d'un trouble paroxystique

b- amnésie rétrograde

- impossibilité ou difficulté d'évoquer des évènements passés antérieurs à la maladie
- variable selon l'étiologie
- récupération progressive selon un gradient temporel (loi de Ribot)
- récupération parfois fluctuante, témoignant de la simple inaccessibilité du souvenir par défaut de rappel



- **Mémoire rétrospective** : capacité à se souvenir du passé
- **Mémoire prospective** : capacité à se souvenir d'effectuer une action dans le futur

A NE PAS CONFONDRE AVEC

- **Mémoire rétrograde** : ensemble des informations acquises avant atteinte cérébrale
- **Mémoire antérograde** : ensemble des informations acquises après atteinte cérébrale

2- Le noyau sémiologique

c- fabulations et fausses reconnaissances

- ne font pas partie du noyau sémiologique de l'amnésie
 - spontanées ou induites par les questions
 - favorisées par l'anosognosie
-
- valeur de diagnostic topographique
 - lésions hippocampiques*
absentes
 - lésions thalamiques*
phase aiguë, pas en phase chronique
 - lésions frontales*
importantes et persévératives (apprentissage inconscient et ignoré)



d- signes négatifs

- pas de troubles de vigilance

C- Amnésie et troubles de mémoire en clinique

A retenir

- méfiance si anosognosie
- l'interrogatoire est déjà un test
 - éléments biographiques et faits généraux
- amnésie **antérograde**: oubli à mesure
- amnésie **rétrograde**: oubli des événements antérieurs
- +/- confabulations
- pas de troubles de vigilance

Plan

A- Les différents modèles et leur évolution récente

B- Anatomie et neurophysiologie de la mémoire

C- Amnésie et troubles de mémoire en clinique

D- Les différents tableaux cliniques

E- Évaluation des troubles mnésiques

F- Prise en charge rééducative

D- Les différents tableaux cliniques

1- Troubles permanents par lésion focale

- a- lésions hippocampiques
- b- amnésies diencéphaliques
- c- atteinte frontale

2- Amnésies transitoires

- a- ictus amnésique
- b- amnésies transitoires symptomatiques

3- Troubles de mémoire des démences et du vieillissement normal

4- Autres troubles mnésiques

1- Troubles permanents par lésion focale

a- lésions hippocampiques

- **cas H.M.** (Milner et al, 1968)

épilepsie incontrôlable par traitement médicamenteux

1953 (27 ans): résection **bilatérale** du lobe temporal médian

amygdale, uncus, gyrus hippocampique, 2/3 ant hippocampe

syndrome amnésique séquellaire

oubli à mesure majeur (amnésie antérograde)

mémoire déclarative à court terme très déficitaire++

amnésie rétrograde partielle (≈10 ans)

impossibilité de garder de nouvelles informations en MLT

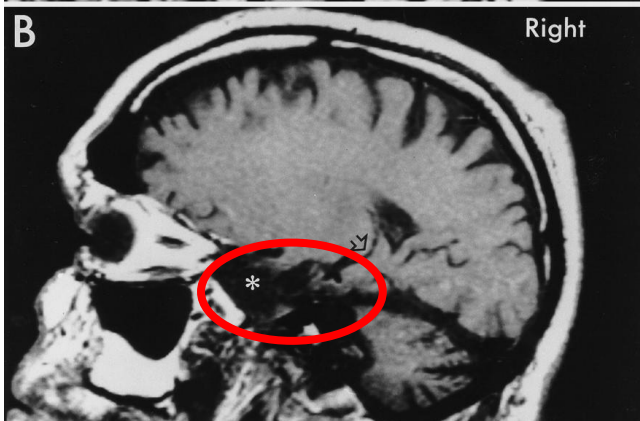
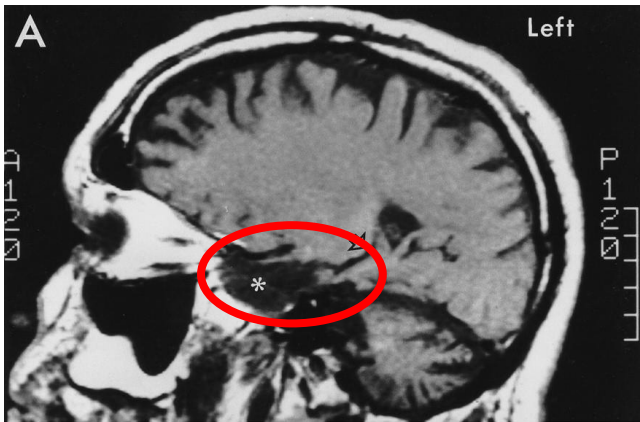
pas d'évolution

QI N, pas de troubles perceptifs, pas de troubles de la mémoire procédurale

Vie et mort d'un héros de la mémoire

Life and death of H.M.: A hero of memory

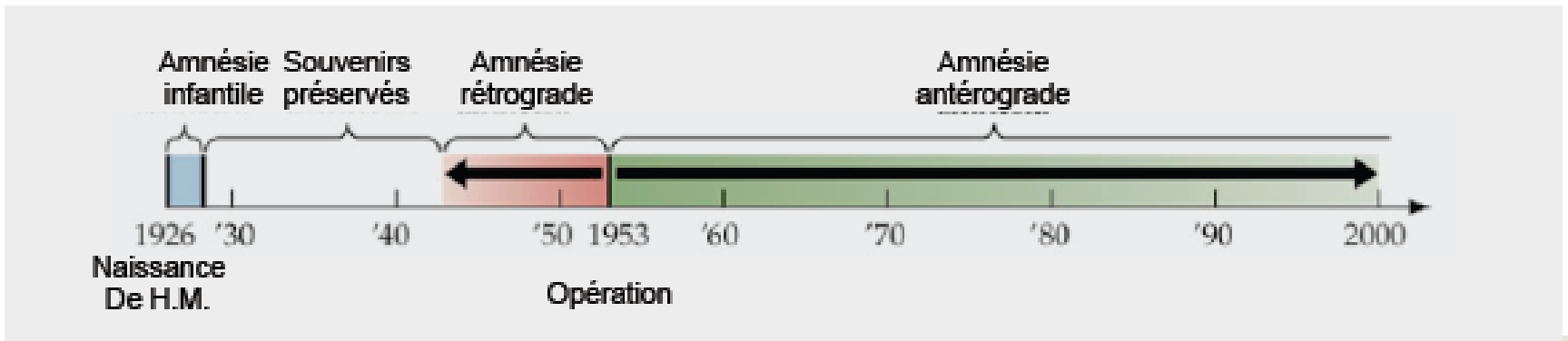
Croisile, 2009




William Scoville



Brenda Milner





Disponible en ligne sur

 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Éditorial

Vie et mort d'un héros de la mémoire

Life and death of H.M.: A hero of memory

Il est mort le 2 décembre 2008 à l'âge de 82 ans. Dans le monde de la neuropsychologie et des neurosciences, il était célèbre sous ses initiales, « H.M. ». Depuis 1996, son prénom « Henry » avait été divulgué par son biographe Philip Hilts (Hilts, 1995). On savait aussi que s'il était citoyen américain, son nom de famille était francophone. Seuls quelques initiés connaissaient ce nom, mais ils gardaient le silence.

1. Amnésique depuis le 1^{er} septembre 1953

Depuis l'âge de 10 ans, H.M. souffrait d'une épilepsie présumée temporale. Pour l'en guérir, le neurochirurgien américain William Scoville l'a opéré le 1^{er} septembre 1953 au cours d'une intervention qu'il a lui-même déclarée comme étant « *franchement expérimentale* ». Scoville enleva par succion-aspiration les deux régions temporales internes jusqu'à 8 cm en arrière du pôle temporal (amygdales, uncus, cortex hippocampiques et parahippocampiques) (Scoville et Milner, 1957). Un scanner et des IRM ont depuis lors montré que persistait, quoique sévèrement atrophiée, la moitié postérieure des hippocampes, en particulier à droite (Corkin et al., 1997).

La malencontreuse et involontaire célébrité de H.M. date de cette intervention à la suite de laquelle il est devenu amnésique... et l'est resté jusqu'à sa mort 55 ans plus tard. Soucieux d'éviter que ne se reproduise une telle catastrophe cognitive, Scoville a permis à la psychologue canadienne Brenda Milner (relayée ensuite par la psychologue américaine Suzanne Corkin) d'étudier et de publier le cas de H.M. (Milner et Penfield, 1955; Scoville et Milner, 1957). Ce dernier ne pouvait plus rien apprendre, son amnésie antérograde était massive, totale, irréversible : il était incapable de former la moindre trace mnésique à long terme, aussi bien en modalité visuelle qu'auditive, quels que fussent les matériels à mémoriser (mots, chiffres, phrases, dessins, visages, événements personnels ou publics). L'amnésie affectait bien sûr le rappel libre mais aussi les rappels indicés et la reconnaissance. Il lui était impossible de mettre en place spontanément des stratégies pour compenser son déficit mnésique et celles qu'on lui proposait n'amélioraient en rien ses performances. La

répétition des apprentissages ne l'aidait en rien. Dès qu'il passait à une autre épreuve, H.M. oubliait la tâche précédente et ne la reconnaissait pas si elle lui était de nouveau proposée.

Longtemps, Brenda Milner a cru que H.M. avait une amnésie rétrograde de trois ans. On découvrit toutefois dans les années 1980, que s'il pouvait raconter les faits survenus avant ses 16 ans, donc avant 1942 (crise de 1929...), il ne se souvenait pas de certains épisodes publics ou personnels survenus lors des 11 années ayant précédé l'intervention (fin de la Seconde guerre mondiale en 1945, sa graduation en 1947). On pouvait aussi bien incriminer son épilepsie qu'un déficit de consolidation hippocampique.

2. Des mémoires préservées

Au fil du temps, Brenda Milner fut frappée par le fait que sa mémoire de travail était intacte et qu'il améliorait ses performances lors d'apprentissages procéduraux implicites comme la lecture ou l'écriture en miroir. Alors que H.M. oubliait avoir réalisé ces tâches, il les effectuait de plus en plus rapidement, de séance en séance et d'un jour à l'autre. Lui-même s'en étonnait : « c'était plus facile que je le pensais » (Milner et al., 1968).

Il pouvait dessiner de mémoire le plan de la maison où il a vécu de 1960 à 1974 ; il avait aussi mémorisé le chemin de sa chambre au premier étage de l'institution où il vivait depuis 1981. Corkin a suggéré que cette capacité était liée à la persistance de la partie postérieure du gyrus parahippocampique droit (Corkin, 2002). Effectivement, une IRM fonctionnelle réalisée lors de la présentation de photographies complexes a montré chez H.M. (comme chez les témoins) une activation de la partie postérieure du gyrus parahippocampique (Corkin, 2002).

De façon quasi anecdotique face à ce ravage amnésique, il se souvenait occasionnellement du décès de son père (1967) et de sa mère (1981). Il savait que le pape Jean XXIII et le président Kennedy étaient morts en 1963. Il avait la notion de l'existence du rock-and-roll (qu'il a pu d'ailleurs apprendre), il savait que des astronautes sillonnaient l'espace et que Skylab était un hangar dans l'espace.

3. Quel était l'homme H.M. au quotidien ?

Que ressentait H.M. ? Avait-il conscience de son état ? C'était, semble-t-il, un homme charmant, bien élevé et coopérant, dont la gentillesse a été maintes fois soulignée par les psychologues qui l'ont inlassablement testé. Ceux qui l'ont approché constataient qu'il était partiellement conscient de son amnésie mais qu'il apparaissait comme « hors du temps ». La marge d'erreur de son estimation de l'année en cours pouvait être de 43 ans et il sous-estimait son âge en permanence de dix à 26 ans. On rapporte qu'après avoir été interrogé, il avait fait le commentaire suivant :

« Chaque jour est le seul jour, quelles qu'aient été mes joies ou mes peines les jours précédents. Vous voyez, à ce moment précis, je me demande, ai-je dit ou fait quelque chose de travers ? Vous voyez, juste maintenant, tout me paraît très clair, mais que vient-il de se passer ? C'est ce qui m'inquiète. C'est comme si je me réveillais d'un rêve. Simplement, je ne me rappelle rien. » (Croisile, 2003).

Certaines fois, il appréhendait plus précisément son amnésie, avec même un certain sens de l'humour. Lorsque Suzanne Corkin lui demanda un jour « Que faites-vous pour essayer de vous souvenir ? », il lui répondit « Et bien, cela je ne le sais pas, parce que je ne me rappelle pas (rire) ce que j'ai essayé ! ». Une autre fois, alors qu'il sortait d'un bureau avec un médecin et que ce dernier se demandait à voix haute s'il avait laissé ses clés dans la pièce, H.M. lui rétorqua : « Au moins, vous, vous sauriez où les chercher ! ». Il parlait en ces termes de Scoville qu'il avait rencontré plusieurs fois avant l'intervention : « Il a conduit des recherches médicales sur les gens – toutes sortes de gens. Ce qu'il a appris sur moi en a aidé d'autres et j'en suis heureux. ». En 1982, il ne s'est pas reconnu sur une photographie prise en 1966. Devant un miroir, H.M. ne manifestait aucune émotion particulière alors qu'il y voyait le visage d'un vieil homme, bien éloigné de celui du jeune homme de 27 ans à la veille de l'intervention chirurgicale qui bouleversa sa vie. Enfin, dans ses rêves, H.M. s'imaginait être médecin ou neurochirurgien !

Selon sa famille, H.M. avait conservé sa personnalité enjouée. En réalité, il n'avait pas de libido, ses réactions affectives étaient émoussées et il n'exprimait ni faim, ni soif, ni douleur, ni fatigue. Sa mère déclarait en 1968 : « Le problème avec Henry est qu'il ne se plaint pas – jamais ! ». Les seules circonstances où il a pu se mettre réellement en colère étaient celles où il était agacé par autrui, mais il suffisait de distraire son attention pour qu'aussitôt retombât son irritation. L'ensemble de ce comportement affectif et émotionnel témoigne vraisemblablement des conséquences de l'exérèse des amygdales.

4. Merci et adieu, H.M. !

L'extraordinaire et dramatique histoire de H.M. a ainsi bouleversé nos connaissances sur les processus anatomiques, biologiques et cognitifs de la mémoire. Grâce à lui, le rôle crucial de l'hippocampe au sein des circuits d'apprentissage et de consolidation a été découvert. Grâce à lui, le mythe d'une mémoire unique, monolithique, a éclaté pour être remplacé par un fonctionnement en plusieurs sous-systèmes relativement autonomes les uns des autres : mémoire à court terme et mémoire à long terme, mémoire épisodique et mémoire sémantique, mémoire explicite et mémoire implicite.

Le cerveau de H.M. devrait être pris en charge par le *brain observatory* à l'université de San Diego, afin d'en réaliser une cartographie complète à partir de 3000 coupes. Qu'en sortira-t-il exactement qu'on ne sache déjà ? Quoi qu'il en soit, jamais un patient n'aura autant contribué aux neurosciences et à notre compréhension moderne de la mémoire. Nous lui devons beaucoup et, à ce titre, il est inoubliable. H.M. s'appelait « Henry Molaison ».

R É F É R E N C E S

- Corkin S, Amaral DG, González RG, Johnson KA, Hyman BT. H.M.'s medial temporal lobe lesion: findings from magnetic resonance imaging. *J Neurosci* 1997;17:3964-79.
- Corkin S. What's new with the amnesic patient H.M.? *Nat Rev Neurosci* 2002;3:153-60.
- Croisile B. Septembre 1953... septembre 2003. H.M. ou 50 ans d'amnésie ! *Neurology* 2003;6:379-84.
- Hilts P. *Memory's ghost: the strange tale of Mr M and the nature of memory*. New York: Simon & Schuster; 1995.
- Milner B, Penfield W. The effect of hippocampal lesions on recent memory. *Trans Am Neurol Assoc* 1955;80:42-8.
- Milner B, Corkin S, Teuber H-L. Further analysis of the hippocampal amnesic syndrome: 14-year follow-up study of H.M. *Neuropsychologia* 1968;6:215-34.
- Scoville WB, Milner B. Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1957;20:11-21.

B. Croisile

Service de neuropsychologie, centre mémoire de ressources et de recherche de Lyon, hôpital neurologique, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France
Adresse e-mail : bernard.croisile@chu-lyon.fr.

Disponible sur Internet le 24 février 2009

0035-3787/\$ – see front matter

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.neurol.2009.01.002

pouvait plus rien apprendre, son amnésie antérograde était massive, totale, irréversible : il était incapable de former la moindre trace mnésique à long terme, aussi bien en modalité visuelle qu'auditive, quels que fussent les matériels à mémoriser (mots, chiffres, phrases, dessins, visages, événements personnels ou publics). L'amnésie affectait bien sûr le rappel libre mais aussi les rappels indicés et la reconnaissance. Il lui était impossible de mettre en place spontanément des stratégies pour compenser son déficit mnésique et celles qu'on lui proposait n'amélioraient en rien ses performances. La

Amnésie antérograde

Mémoires préservées

Au fil du temps, Brenda Milner fut frappée par le fait que sa mémoire de travail était intacte et qu'il améliorait ses performances lors d'apprentissages procéduraux implicites comme la lecture ou l'écriture en miroir. Alors que H.M. oubliait avoir réalisé ces tâches, il les effectuait de plus en plus rapidement, de séance en séance et d'un jour à l'autre. Lui-même s'en étonnait : « c'était plus facile que je le pensais » (Milner et al., 1968).

approché constataient qu'il était partiellement conscient de son amnésie mais qu'il apparaissait comme « hors du temps ». La marge d'erreur de son estimation de l'année en cours pouvait être de 43 ans et il sous-estimait son âge en permanence de dix à 26 ans. On rapporte qu'après avoir été interrogé, il avait fait le commentaire suivant :

« Chaque jour est le seul jour, quelles qu'aient été mes joies ou mes peines les jours précédents. Vous voyez, à ce moment précis, je me demande, ai-je dit ou fait quelque chose de travers ? Vous voyez, juste maintenant, tout me paraît très clair, mais que vient-il de se passer ? C'est ce qui m'inquiète. C'est comme si je me réveillais d'un rêve. Simplement, je ne me rappelle rien. » (Croisile, 2003).

Emotions

Selon sa famille, H.M. avait conservé sa personnalité enjouée. En réalité, il n'avait pas de libido, ses réactions affectives étaient émoussées et il n'exprimait ni faim, ni soif, ni douleur, ni fatigue. Sa mère déclarait en 1968 : « Le problème avec Henry est qu'il ne se plaint pas – jamais ! ». Les seules circonstances où il a pu se mettre réellement en colère étaient celles où il était agacé par autrui, mais il suffisait de distraire son attention pour qu'aussitôt retombât son irritation. L'ensemble de ce comportement affectif et émotionnel témoigne vraisemblablement des conséquences de l'exérèse des amygdales.

Conscience de l'amnésie ?

1- Troubles permanents par lésion focale

a- lésions hippocampiques

- **cortectomie temporale unilatérale**

effets latéralisés

lésion G: déficit de la mémoire verbale

lésion D: déficit de la mémoire spatiale

retentissement à long terme +/- évalué, plus net à G par
affaiblissement de la mémoire sémantique

- **amnésie post-anoxique ou ischémique localisée**

régions hippocampiques très sensibles à l'hypoxie

étiologie fréquente d'amnésie permanente

anoxie post noyade, arrêt cardiaque, pendaison, CO... +/- Sd strié

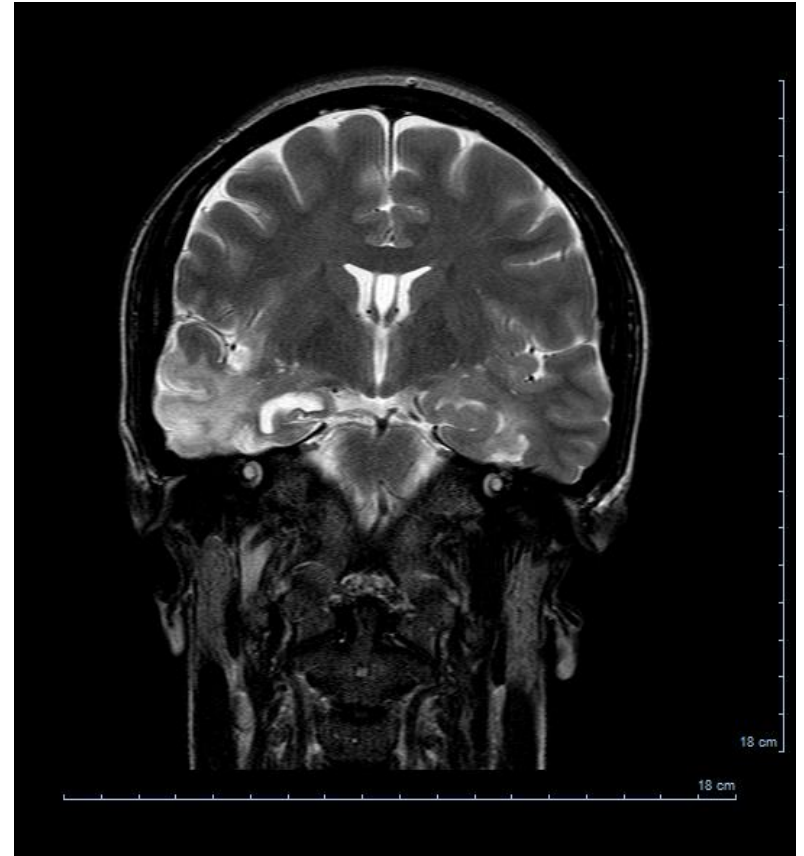
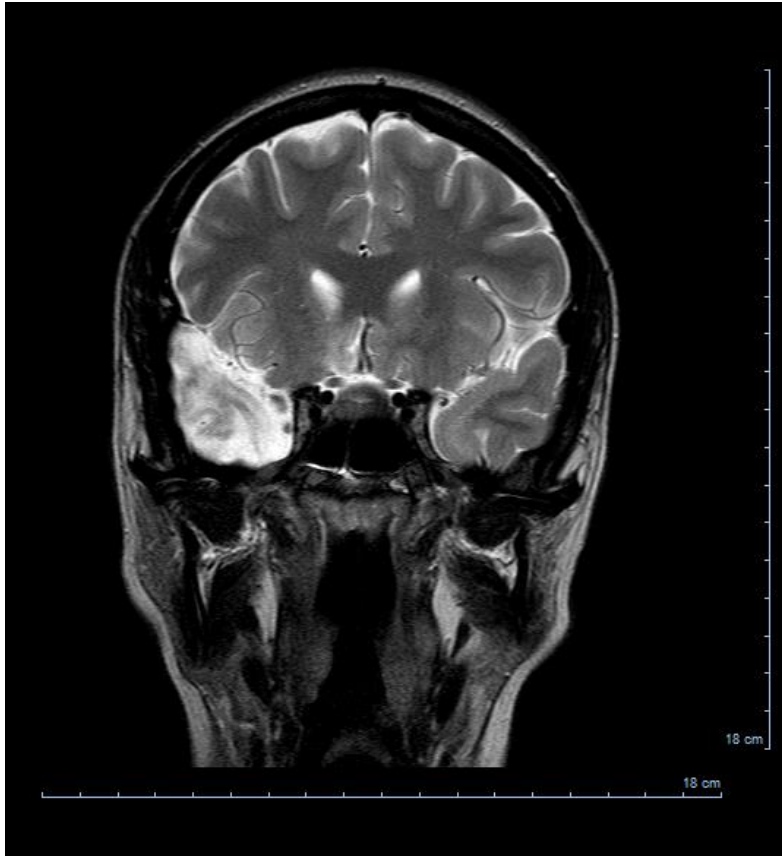
ramollissement bilatéral dans territoire artère cérébrale postérieure
(cécité corticale parfois associée)

1- Troubles permanents par lésion focale

a- lésions hippocampiques

- **méningo-encéphalite herpétique**

- Encéphalite aiguë nécrosante (*agression virale directe des neurones*)
- Destruction neuronale: lobe temporal++, insula, cortex cingulaire
- Tableau de confusion fébrile avec symptômes de localisation temporelle
 - hallucinations auditives, olfactives, troubles du comportement
 - troubles mnésiques avec oubli à mesure
- Mortalité spontanée 70%
 - avec traitement aciclovir: mortalité 20%, ↘ des séquelles
- Séquelles:
 - *mnésiques*: amnésie antérograde, trouble de l'apprentissage épisodique, préservation MCT et rétrograde
 - *comportementales*: troubles du comportement alimentaire, hyperactivité motrice ou apathie, troubles attentionnels, troubles anxiodépressifs, hyperémotivité, irritabilité



1- Troubles permanents par lésion focale

b- amnésies diencéphaliques

- par atteinte de la **partie profonde et médiane du cerveau**
- étiologies multiples (*vasculaires, traumatiques, tumorales, carentielles*)
- **encéphalopathie de Gayet Wernicke, syndrome de Korsakoff**
 - carence en vitamine B1: atteinte bilatérale des corps mamillaires
 - amnésie antérograde et à un moindre degré rétrograde
 - désorientation temporo-spatiale
 - anosognosie du trouble, avec fabulations et fausses reconnaissances
 - mémoire à court terme préservée, capacités de jugement et de raisonnement à peu près conservées
- **infarctus thalamique**
 - bilatéral:*
 - amnésie antérograde intense et pure
 - unilatéral:*
 - gauche: déficit verbal
 - droit: déficit visuo-spatial, plus éphémère

1- Troubles permanents par lésion focale

c- troubles de mémoire par atteinte frontale

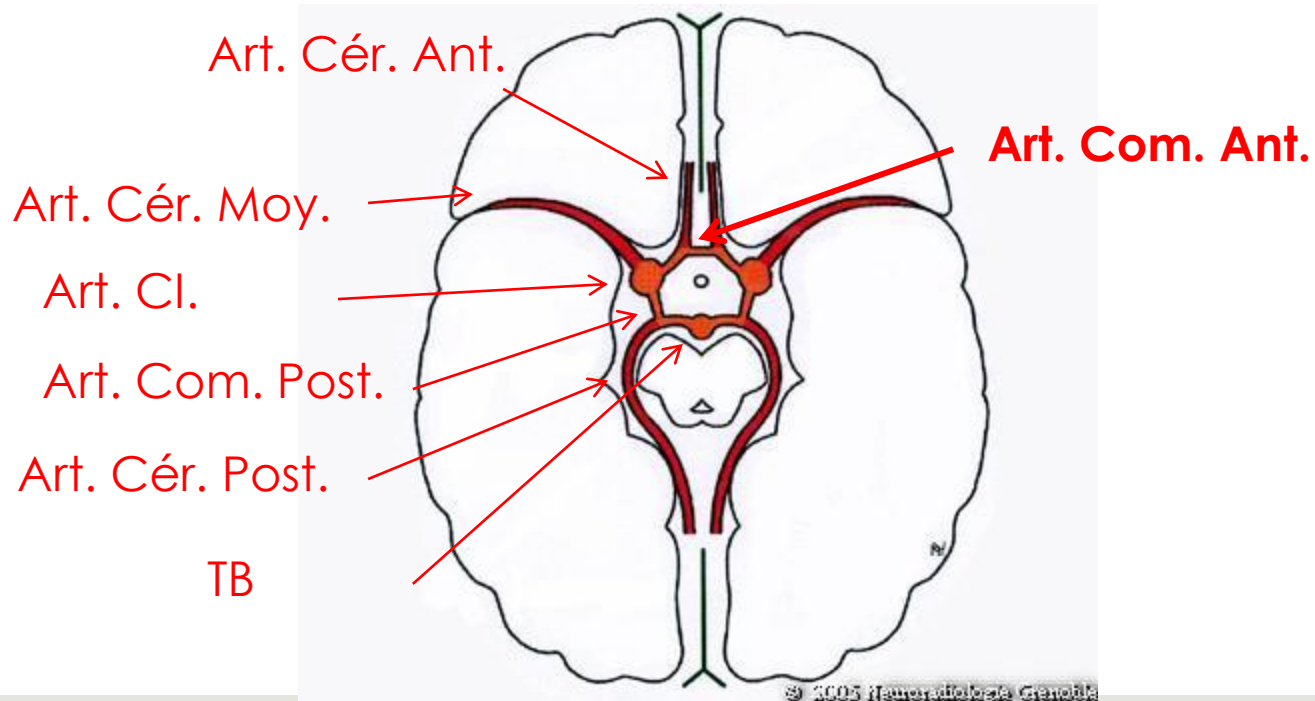
- grande variété de lésions possibles (topographique et étiologique)
- mémoire et lobe frontal
 - attention et MdT
 - motivation
 - convergence des représentations cérébrales
 - stratégies d'encodage et de rappel
- clinique:
 - pas de plainte et peu de perturbation évidente à l'examen
 - déficit de mémoire dans des tâches impliquant la planification temporelle d'une séquence d'évènements
 - métamémoire déficiente (incapacité de porter un jugement sur le contenu de leur mémoire), anosognosie

1- Troubles permanents par lésion focale

c- troubles de mémoire par atteinte frontale

- **amnésie par rupture d'un anévrisme de l'artère communicante antérieure**

déficit plus net pour le matériel verbal que pour le visuel
déficit plus net pour la rappel que pour la reconnaissance
troubles associés de l'encodage, de l'attention, de la personnalité



1- Troubles permanents par lésion focale

c- troubles de mémoire par atteinte frontale

- **troubles de mémoire et traumatisme crânien**

topographie lésionnelle diverse, multiples (frontal, occipital)
lésions de cisaillement axonal ou vasculaires

évolution variable selon la gravité:

- évolution favorable (ictus amnésique traumatique)

- syndrome de Korsakoff post-traumatique

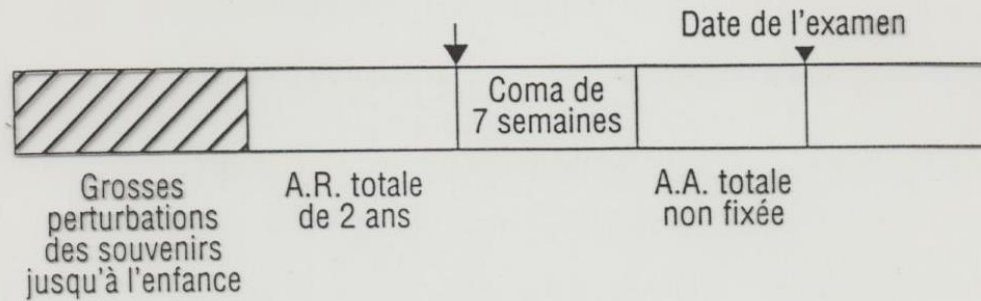
- amnésie post-traumatique résiduelle

 - amnésie rétrograde (avant le TC)

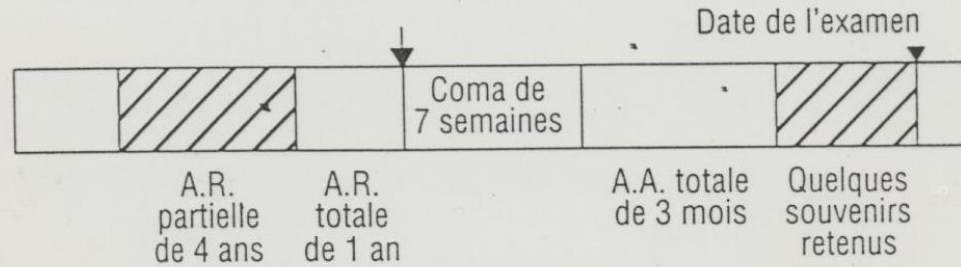
 - amnésie antérograde (depuis l' éveil)

 - durée de l'amnésie antérograde: bon marqueur de la qualité de la récupération cognitive à long terme

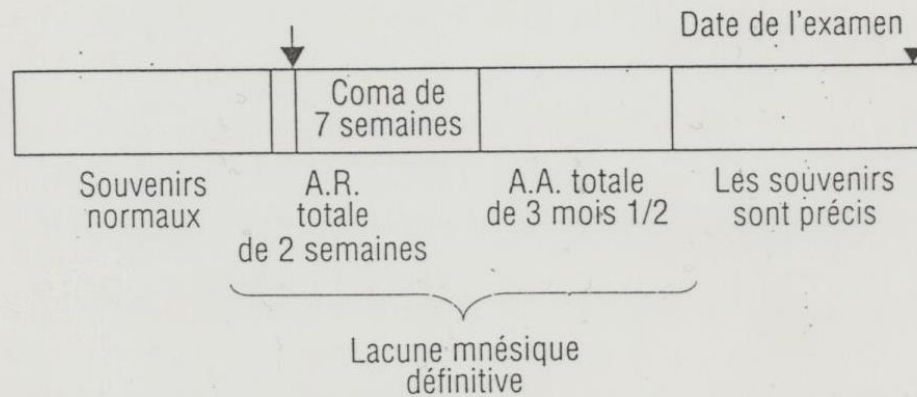
1^{er} examen : 5 mois après le traumatisme



2^e examen : 8 mois après le traumatisme



3^e examen : 16 mois après le traumatisme :



2- Amnésie transitoire

a- ictus amnésique

- amnésie brève transitoire (quelques heures, 6 à 10 h), d'apparition brutale
- étiologie inconnue
- souvent >50 ans
- pas de lésion cérébrale, examen neurologique N
- pendant l'épisode:
 - amnésie antérograde majeure (oubli à mesure massif)
 - amnésie rétrograde de quelques heures à plusieurs années

b- amnésies transitoires symptomatiques

- pathologies vasculaires
- pathologies dégénératives
- pathologies épileptiques
- pathologies métaboliques, toxiques ou médicamenteuses (benzodiazépines, anticholinergiques)

3- Troubles de mémoire des démences et du vieillissement normal

- critères diagnostiques difficiles
- début insidieux
- problème de diagnostic différentiel au début

3- Troubles de mémoire des démences et du vieillissement normal

a- vieillissement

- altération de systèmes sensoriels, empêchant un recueil correct des informations
- 3 caractéristiques retenues comme associées au vieillissement normal:

réduction des capacités attentionnelles

MdT non altérée en soi, mais secondairement à la réduction des capacités attentionnelles

altération de la récupération active

rappel libre altéré, indiçage efficace

diminution de la vitesse de traitement

temps nécessaire au traitement d'une tâche d'autant plus augmenté que la tâche est complexe



3- Troubles de mémoire des démences et du vieillissement normal

b- concept de Mild Cognitive Impairment (MCI)

- sujet âgé
- troubles mnésiques isolés, sans performances en-dessous des normes dans les autres fonctions cognitives
- troubles du rappel libre avec indigage sémantique correct
- parmi les patients MCI: 15% / an évolueront vers une démence (MA)
- critères de MCI (Petersen et al, 2001)
 - a- plainte mnésique, corroborée par l'entourage
 - b- altération objective de la mémoire
 - c- fonctionnement cognitif général normal
 - d- activités de la vie quotidienne intactes
 - e- absence de démence



3- Troubles de mémoire des démences et du vieillissement normal

b- concept de Mild Cognitive Impairment (MCI)

- concept qui s'est vite avéré hétérogène (hétérogénéité clinique étiologique et symptomatique, évolutive)
- de nouveaux critères ont été élaborés, importants pour la recherche clinique et le diagnostic
- l'identification des patients à risque de développer une maladie d'Alzheimer apparaît capitale
- objectif principal de nombreuses études actuelles qui s'appuient sur
 - des critères cliniques
 - mais aussi d'imagerie
IRM, tomographie par émission monophotonique (TEMP),
tomographie par émission de positons (TEP) [¹⁸F]-fluorodéoxyglucose (FDG)

3- Troubles de mémoire des démences et du vieillissement normal

c- maladie d'Alzheimer

- la plus fréquente des démences corticales progressives
- débute le plus souvent par des troubles mnésiques, autour de 65 ans
- plainte mnésique
 - conscience des troubles possible à la phase initiale
 - anosognosie des troubles évocatrice de l'étiologie organique
- troubles mnésiques
 - d'installation insidieuse, d'aggravation progressive
 - antérograde puis rétrograde
 - mémoire épisodique: défaut des processus d'encodage et de récupération active
- puis évolution vers un syndrome aphaso-apraxy-agnosique, troubles attentionnels



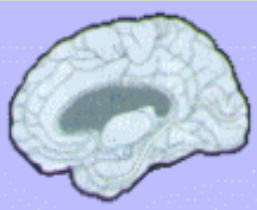
Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer repose la plupart du temps d'abord sur un profil clinique évocateur. Il est ensuite confirmé ou infirmé par un biomarqueur.

Pour le profil clinique, trois situations existent :

- cas typiques (80 à 85% de tous les cas): troubles de la mémoire épisodique à long terme (appelés syndrome amnésique de type hippocampique et correspondant par exemple à la difficulté de se rappeler d'une liste de mots même avec des indices)
- cas atypiques (15 à 20% des cas): atrophie de la partie arrière du cortex cérébral ou aphasia logopénique (trouble de la mémoire verbale où le patient répète un mot en inversant les syllabes par exemple) ou atteinte de la partie avant du cerveau (qui donne des troubles du comportement)
- états précliniques: asymptomatiques à risque (patients sans symptôme mais pour lesquels on découvre fortuitement dans le cadre d'études scientifiques qu'ils ont des biomarqueurs positifs) et présymptomatiques (ayant une mutation génétique)

L'un des deux biomarqueurs suivants est nécessaire :

- dans le liquide céphalorachidien (issu d'une ponction lombaire) : teneurs anormales de protéines cérébrales (en baisse pour la protéine bêta amyloïde et en hausse pour la protéine tau)
- dans le cerveau par neuro-imagerie TEP (tomographie par émission de positons) : rétention élevée du traceur amyloïde



LES 10 STADES DE LA PATHOLOGIE TAU

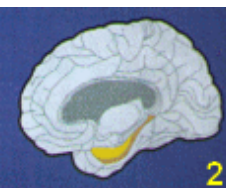
(dans la maladie d'Alzheimer)



1

1- CORTEX TRANS ENTORHINAL

Atteinte usuelle de tauopathie chez tous les plus de 75 ans.



2

2- CORTEX ENTORHINAL

Pas de signe clinique.
Pas toujours de dépôts amyloïdes observés.



3

3- HIPPOCAMPE

Si dépôts amyloïdes : haut risque d'Alzheimer, sinon état stable.



4

4- CORTEX TEMPORAL ANTERIEUR

Troubles légers mais pathologiques. Stade préclinique.



5

5- CORTEX TEMPORAL INFÉRIEUR

Dépôts amyloïdes abondants dans le cortex. Troubles cognitifs.



6

6- CORTEX TEMPORAL MOYEN

Montée en puissance des troubles cognitifs.



7

7- CORTEX ASSOCIATIF POLYMODAL

Aphasie (troubles du langage) et apraxie (coordination).



8

8- CORTEX TEMPORAL MOYEN

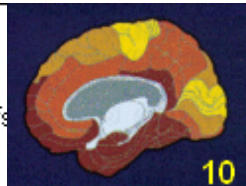
Troubles du comportement possibles.



9

9- CORTEX ASSOCIATIF UNIMODAL

Maladie modérée à sévère.
Troubles moteurs, et de la reconnaissance.



10

10- REGIONS CORTICALES ET SOUS CORTICALES

Stade terminale de la maladie d'Alzheimer.

3- Troubles de mémoire des démences et du vieillissement normal

d- maladie de Pick (dégénérescence lobaire fronto-temporale)

- atteinte frontale ou fronto-temporale
- démence pré-sénile (50 ans)
- avec sémiologie dysexécutive prédominante

e- démence sémantique (une forme de démence fronto-temporale)

- âge moyen 60 ans
- perte progressive des connaissances sémantiques anciennes
- mémoire épisodique récente normale
- discours fluent mais vide de sens

3- Troubles de mémoire des démences et du vieillissement normal

f- démences sous-corticales

- épargne du cortex qui peu à peu se trouve en situation de désafférentation
 - soit par atteinte de la SB
 - soit par atteinte des noyaux gris centraux
- lenteur d'idéation, apathie, dépression...
- détérioration de la **mémoire procédurale**
- étiologies variées:
 - Mie Parkinson, chorée, pathologies vasculaires, SEP...

4- Autres troubles mnésiques

a- anxiété

- plainte mnésique spontanément verbalisée
- troubles mnésiques plutôt le fait de troubles attentionnels
altération variable des processus d'encodage et de récupération active
efficacité de l'indiçage



b- dépression

- plainte mnésique spontanément verbalisée
- intensité variable
- déficit portant sur les processus de rappel libre
secondairement au ralentissement psychomoteur, aux troubles de l'autoappréciation et à des troubles attentionnels



4- Autres troubles mnésiques

c- iatrogènes

- action défavorable de certains médicaments sur la mémoire
sédatifs, benzodiazépines et apparentés
antinauséieux, antivertigineux (action neuroleptique)
antidépresseurs à action anticholinergique
antihypertenseurs à action centrale
...



d- facteurs influençant la mémoire

- mémoire très corrélée aux autres fonctions cognitives, au comportement global de l'individu et à son environnement
- parasitée par les troubles attentionnels
- facteurs potentiellement influençant:
 - possibilités perceptives, capacités de vigilance et d'éveil
 - capacités d'attention et de concentration
 - qualité du sommeil, force de motivation, besoin ou nécessité
 - valeurs affectives attribuées au matériel à mémoriser
 - humeur et degré d'émotion, raisonnement
 - aptitudes innées, âge, sexe, entraînement



A retenir

D- Les différents tableaux cliniques

- lésions hippocampiques (HM, encéphalite herpétique)
 - oubli à mesure majeur (amnésie antérograde)
 - +/- amnésie rétrograde partielle
 - +/- tr comportementaux
 - effets de la latéralité si unilatéral
- lésions diencéphaliques
 - amnésie antérograde
 - + DTS, anosognosie, fabulations: Korsakoff
 - pure: infarctus bithalamique
- lésions frontales (rupture anévrysme ComAnt, TC)
 - défaut de stratégie encodage et rappel, de planification
 - métamémoire déficiente, anosognosie



A retenir

D- Les différents tableaux cliniques

- tr de mémoire des démences
 - MA: tr mnésique d'installation progressive, antérograde puis rétrograde
- vieillissement:
 - ↓ capacités attentionnelles, rappel libre difficile, ↓ vitesse de traitement
- tr mnésiques liés à anxiété, dépression, iatrogènes++

Plan

A- Les différents modèles et leur évolution récente

B- Anatomie et neurophysiologie de la mémoire

C- Amnésie et troubles de mémoire en clinique

D- Les différents tableaux cliniques

E- Évaluation des troubles mnésiques

F- Prise en charge rééducative

E- Évaluation des troubles mnésiques

1- Évaluation globale non spécifique

2- MCT et MdT

3- MLT

4- Évaluation mnésique globale

5- Évaluation écologique

6- Autres

1- Évaluation globale non spécifique

a- MMSE

(Folstein et al, 1975)

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage / 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|--------|----------|--|
| 11. Cigare | Citron | Fauteuil | |
| 12. Fleur | Clé | Tulipe | |
| 13. Porte | Ballon | Canard | |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|--------|----------|--|
| 11. Cigare | Citron | Fauteuil | |
| 12. Fleur | Clé | Tulipe | |
| 13. Porte | Ballon | Canard | |

Langage / 8

- Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*
- Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives / 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

1- Évaluation globale non spécifique

b- BREF

(Dubois et al, 2000)

		Cotation
1- Epreuve des similitudes <i>Demander en quoi se ressemblent</i> ☐ une orange et une banane ☐ une chaise et une table ☐ une tulipe, une rose et une marguerite	. les trois réponses correctes	= 3
	. 2 réponses seulement	= 2
	. 1 réponse	= 1
	. aucune réponse	= 0
2- Epreuve de fluence verbale <i>Demander au patient de donner le maximum de mots commençant par la lettre S</i>	. plus de 10 mots	= 3
	. entre 5 et 10 mots	= 2
	. entre 3 et 5 mots	= 1
	. moins de 3 mots	= 0
3- Comportement de préhension <i>L'examinateur s'assoit devant le patient dont les mains reposent sur les genoux. Il place alors ses mains dans celles du patient afin de voir s'il va les saisir spontanément.</i>	. le patient ne saisit pas les mains de l'examinateur	= 3
	. le patient hésite et demande ce qu'il doit faire	= 2
	. le patient prend les mains sans hésitation	= 1
	. le patient prend les mains alors que l'examinateur lui demande de ne pas le faire	= 0
4- Séquences motrices de Luria <i>Le patient doit reproduire la séquence "tranche - point - paume" après que l'examinateur lui ait montré seul 3 fois, et après qu'il l'ait réalisé 3 fois avec l'examinateur.</i>	. le patient réussit seul 6 séquences consécutives	= 3
	. le patient réussit seul au moins 3 séquences consécutives	= 2
	. le patient peut y arriver seul mais réussit correctement avec l'examinateur	= 1
	. le patient n'est pas capable de réussir 3 séquences correctes même avec l'examinateur	= 0
5- Epreuve des consignes conflictuelles <i>Demander au patient de taper 1 fois lorsque l'examinateur tape 2 fois et vice-versa (séquence proposée 1-1-2-1-2-2-2-1-1-1-2)</i>	. aucune erreur	= 3
	. seulement 1 ou 2 erreurs	= 2
	. plus de 2 erreurs	= 1
	. le patient suit le rythme de l'examinateur	= 0
6- Epreuve de Go - No Go <i>Le patient doit taper 1 fois quand l'examinateur tape 1 fois et ne pas taper lorsque l'examinateur tape 2 fois (1-1-2-1-2-2-2-1-1-1-2)</i>	. aucune erreur	= 3
	. seulement 1 ou 2 erreurs	= 3
	. plus de 2 erreurs	= 1
	. le patient est perdu ou suit le rythme de l'examinateur	= 0
Total		=

1- Évaluation globale non spécifique

c- BEC 96

- Batterie d' Evaluation Cognitive

- 1- Epreuve de manipulation mentale
- 2- Epreuve d'orientation
- 3- Présentation de six images destinées à être rappelées
- 4- Epreuve de problèmes
- 5- Epreuve de fluence verbale
- 6- Epreuve de rappels
- 7- Epreuve d'apprentissage
- 8- Epreuve de dénomination.
- 9- Epreuve de visuo-construction.

activités mnésiques

activités organisatrices

activités verbales

activités perceptivo-motrices

B.E.C. 96													
Nom :			Sexe :				Age :						
Date examen :			Année scolarité :				Latéralité :						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Rappels	+	.	.	.
Apprentissage	+	.	.	.
Orientation	+	.	.	.
Manipulation	+	.	.	.
Problèmes	+	.	.	.
Fluence	+	.	.	.
Dénomination	+	.	.	.
Visuo-construct.	+	.	.	.
SCORE :				Interférences :									

1- Évaluation globale non spécifique

d- test des 5 mots

(Dubois, 1997, 2002)

- consiste à mémoriser cinq mots écrits sur une feuille de papier et appartenant à des catégories différentes

(ex: fleur, fruit, vêtement, animal, instrument de musique)

- puis rappel *immédiat libre*
en cas de difficulté, indicé

score d'apprentissage /5

- tâche attentionnelle interférente
- 5mn plus tard rappel *différé libre*
éventuellement indicé si besoin

score de mémoire /5

- ROSE
- ELEPHANT
- CHEMISE
- ABRICOT
- VIOLON

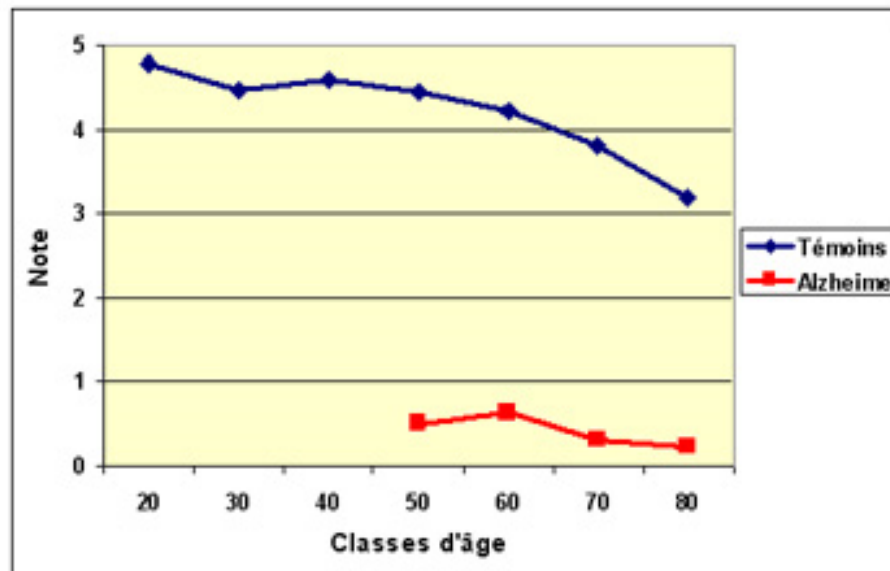
score total pondéré = score total + RLi + RLd

taux d'oubli = $100 \times (\text{score d'apprentissage} - \text{score de mémoire})$
/ score d'apprentissage

1- Évaluation globale non spécifique

d- test des 5 mots

- simple, rapide et très efficace pour évaluer la mémoire en pratique médicale courante
- repère facilement un trouble de mémoire objectif chez un sujet ayant une plainte mnésique
- très sensible aux stades précoces de la MA (normal chez anxieux):
forme légère de MA: rappel libre différé très faible par rapport à des témoins de même âge



2- MCT et MdT

a- test de la mémoire des chiffres WAIS-III

- extrait de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes (1997, 2000)
- tâche d'empan direct de chiffres: MCT
(N= 7 +/-2)

Ordre direct

Item/Essai	Réponse	Note (0 ou 1)
1. Essai 1	1-7	
Essai 2	6-3	
2. Essai 1	5-8-2	
Essai 2	6-9-4	
3. Essai 1	6-4-3-9	
Essai 2	7-2-8-6	
4. Essai 1	4-2-7-3-1	
Essai 2	7-5-8-3-6	
5. Essai 1	6-1-9-4-7-3	
Essai 2	3-9-2-4-8-7	
6. Essai 1	5-9-1-7-4-2-8	
Essai 2	4-1-7-9-3-8-6	
7. Essai 1	5-8-1-9-2-6-4-7	
Essai 2	3-8-2-9-5-1-7-4	
8. Essai 1	2-7-5-8-6-2-5-8-4	
Essai 2	7-1-3-9-4-2-5-6-8	

Note totale Ordre direct
(Max = 16)

- tâche d'empan de mots: MCT

2- MCT et MdT

α- test de la mémoire des chiffres WAIS-III

- extrait de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes (1997, 2000)
- tâche d'empan de chiffres envers: MdT
(N= 5 +/-2)

Ordre inverse

Item/Essai	(Bonne réponse)/Réponse	Note (0 ou 1)
1. Essai 1	2-4 (4-2)	
Essai 2	5-7 (7-5)	
2. Essai 1	6-2-9 (9-2-6)	
Essai 2	4-1-5 (5-1-4)	
3. Essai 1	3-2-7-9 (9-7-2-3)	
Essai 2	4-9-6-8 (8-6-9-4)	
4. Essai 1	1-5-2-8-6 (6-8-2-5-1)	
Essai 2	6-1-8-4-3 (3-4-8-1-6)	
5. Essai 1	5-3-9-4-1-8 (8-1-4-9-3-5)	
Essai 2	7-2-4-8-5-6 (6-5-8-4-2-7)	
6. Essai 1	8-1-2-9-3-6-5 (5-6-3-9-2-1-8)	
Essai 2	4-7-3-9-1-2-8 (8-2-1-9-3-7-4)	
7. Essai 1	9-4-3-7-6-2-5-8 (8-5-2-6-7-3-4-9)	
Essai 2	7-2-8-1-9-6-5-3 (3-5-6-9-1-8-2-7)	

Note totale Ordre inverse
(Max = 14)

2- MCT et MdT

b- test des séquences lettres-chiffres WAIS-III

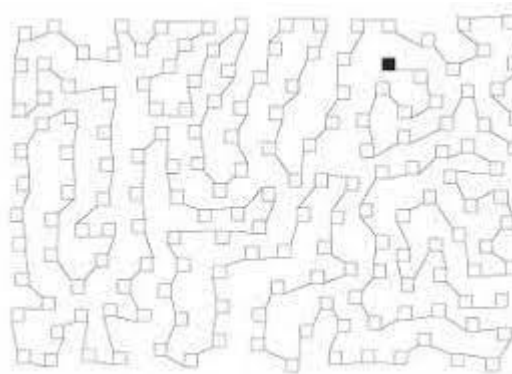
- extrait de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes (1997, 2000)
- MdT, fonctions exécutives

Item/Essai	(Bonne réponse) / Réponse	Note (0 ou 1)
1. Essai 1 L-2	(2-L)	
Essai 2 6-P	(6-P)	
Essai 3 B-5	(5-B)	
2. Essai 1 F-7-L	(7-F-L)	
Essai 2 R-4-D	(4-D-R)	
Essai 3 H-1-8	(1-8-H)	
3. Essai 1 T-9-A-3	(3-9-A-T)	
Essai 2 V-1-J-5	(1-5-J-V)	
Essai 3 7-N-4-L	(4-7-L-N)	
4. Essai 1 8-D-6-G-1	(1-6-8-D-G)	
Essai 2 K-2-C-7-S	(2-7-C-K-S)	
Essai 3 5-P-3-Y-9	(3-5-9-P-Y)	
5. Essai 1 M-4-E-7-Q-2	(2-4-7-E-M-Q)	
Essai 2 W-8-H-5-F-3	(3-5-8-F-H-W)	
Essai 3 6-G-9-A-2-S	(2-6-9-A-G-S)	
6. Essai 1 R-3-B-4-Z-1-C	(1-3-4-B-C-R-Z)	
Essai 2 5-T-9-J-2-X-7	(2-5-7-9-J-T-X)	
Essai 3 E-1-H-8-R-4-D	(1-4-8-D-E-H-R)	
7. Essai 1 5-H-9-S-2-N-6-A	(2-5-6-9-A-H-N-S)	
Essai 2 D-1-R-9-B-4-K-3	(1-3-4-9-B-D-K-R)	
Essai 3 7-M-2-T-6-F-1-Z	(1-2-6-7-F-M-T-Z)	
Note totale (Max = 16)		<input type="text"/>

2- MCT et MdT

c- épreuve de double tâche (Baddeley, 1997)

- MdT, fonctions exécutives
- épreuve nécessitant d'effectuer 2 tâches différentes A et B
d'abord isolément
puis simultanément *administrateur central*
- ex tâche A visuo-motrice comme un barrage de cibles
calepin visuo-spatial
- ex tâche B auditivo-verbale comme la répétition de séries de chiffres
boucle phonologique

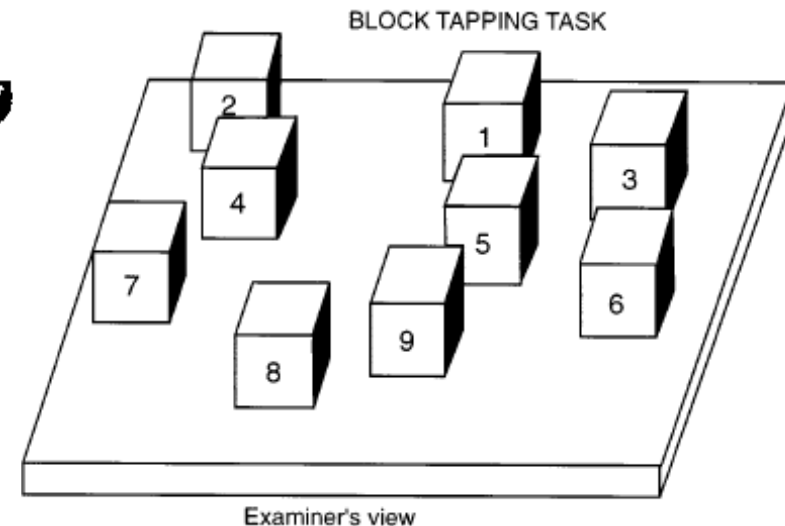
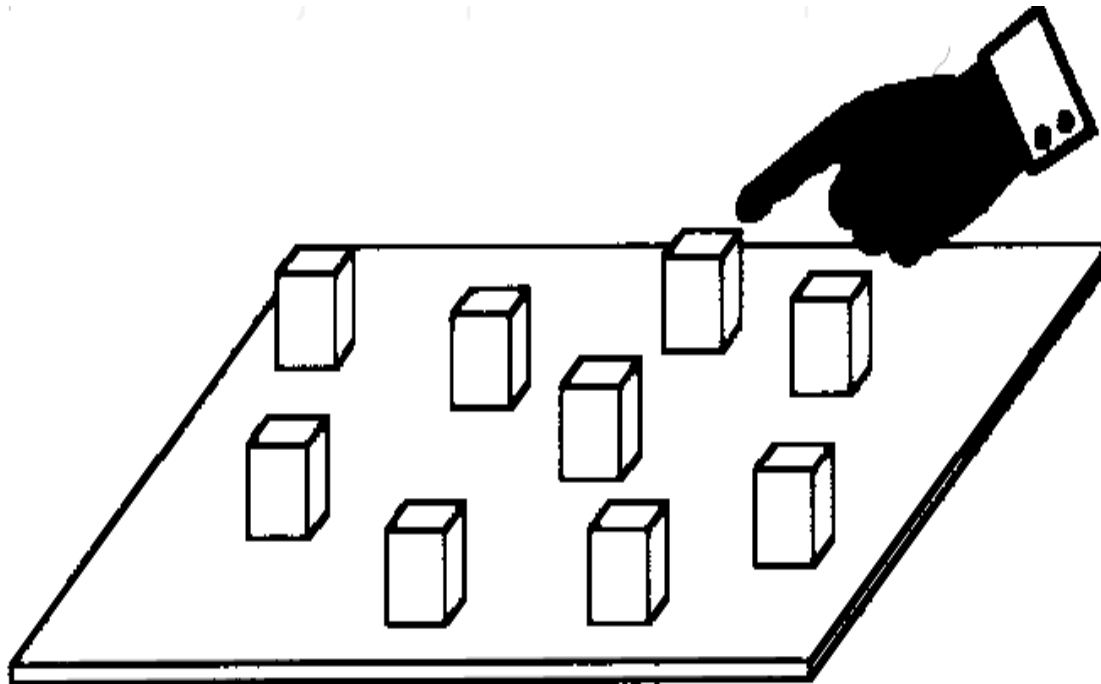


Ordre direct		
Item/Essai	Réponse	Note (0 ou 1)
1. Essai 1 1-7		
Essai 2 6-3		
2. Essai 1 5-8-2		
Essai 2 6-9-4		
3. Essai 1 6-4-3-7		
Essai 2 7-2-8-4		
4. Essai 1 4-2-7-3-1		
Essai 2 7-5-8-3-4		
5. Essai 1 4-1-9-4-7-3		
Essai 2 3-9-2-4-8-7		
6. Essai 1 5-9-1-7-4-2-8		
Essai 2 4-1-7-9-3-8-4		
7. Essai 1 5-8-1-9-2-4-4-7		
Essai 2 3-8-2-9-5-1-7-4		
8. Essai 1 2-7-5-8-6-2-5-8-4		
Essai 2 7-1-3-9-4-2-5-6-8		
Note totale Ordre direct (Max = 16)		<input type="text"/>

2- MCT et MdT

d- test des cubes de Corsi (Corsi, 1972)

- empan visuo-spatial (MdT visuo-spatiale)
- l'examineur touche séquentiellement des cubes
- le patient doit toucher les mêmes cubes dans le même ordre
- le nombre de cubes à toucher augmente progressivement



3- MLT

a- épreuve du RL/RI (Grober et Buschke) (1988): MLT verbale

- composée de 16 mots de 16 catégories sémantiques différentes
- 4 planches de 4 mots
- 4 étapes:
 - 1-phase de contrôle de l'encodage (sémantique) et rappel indicé immédiat
 - 2-phase de 3 rappels libres (RL) et 3 rappels indicés (RI) avec une tâche interférente de 20 secondes
 - 3-phase de reconnaissance (48 mots présentés dont les 16 mémorisés dans la 1^{ère} partie)
 - 4-phase de rappel libre/indicé différé (20 minutes)

3- MLT

a- épreuve de Grober et Buschke (1988): MLT verbale

gilet jonquille

domino hareng

1-contrôle de l'encodage sémantique et **rappel indicé immédiat**
 2-phase de **3 rappels libres** et **3 rappels indicés** avec tâche interférente de 20s
 3-phase de **reconnaissance**
 4-phase de **rappel libre/indicé différé**

Catégorie	Item	R. Imm	Rappel 1		Rappel 2		Rappel 3		Rappel différé	
			RL	RI	RL	RI	RL	RI	RL	RI
Poisson	Hareng									
Vêtement	Gilet									
Jeu	Domino									
Fleur	Jonquille									
Profession	Dentiste									
Fruit	Groseille									
Métal	Cuivre									
Instr.musique	Harpe									
Oiseau	Mésange									
Arbre	Tilleul									
Sport	Judo									
Légume	Céleri									
Danse	Valse									
Maladie	Rougeole									
Meuble	Tabouret									
Science	Géographie									
	TOTAL									
	Ajout									

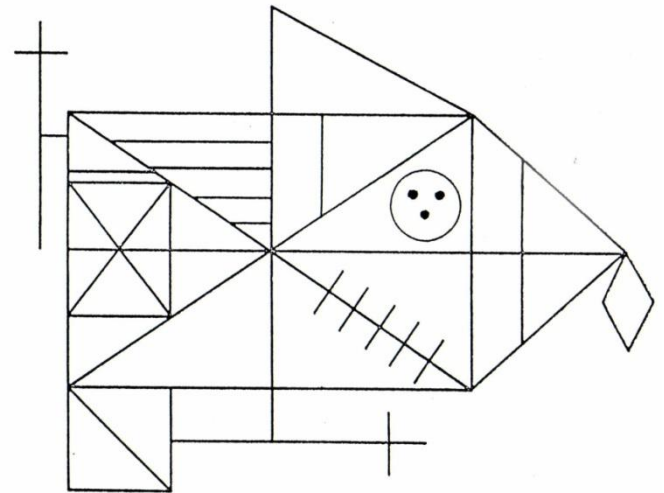
3- MLT

b- California Verbal Learning Test (Delis et al, 1987)

- évaluation de la mémoire épisodique
- épreuve d'apprentissage de mots
- 2 listes de 16 mots appartenant à 4 catégories sémantiques
- 1^{ère} liste:
 - 'liste de courses du lundi'
 - apprentissage en 5 essais (5 rappels libres)
- 2^{ème} liste:
 - 'liste du mardi'
 - apprise et rappelée une fois
- puis liste du lundi demandée en rappel libre
 - en rappel indicé
 - après 20 mn
 - en reconnaissance

3- MLT

c- figure complexe de Rey (1959): MLT visuelle



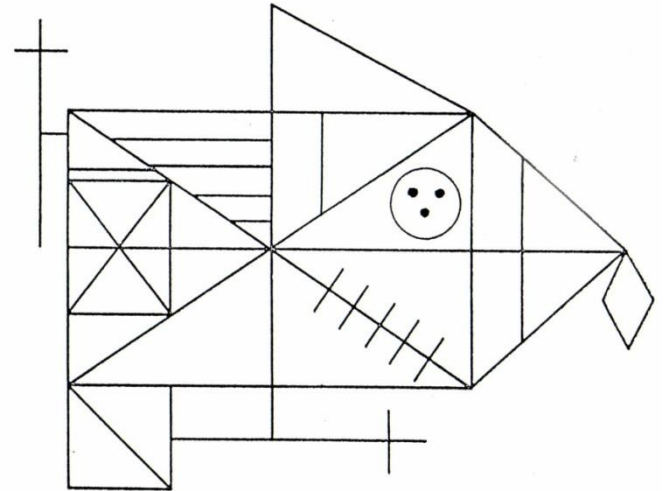
condition	processus cognitifs évalués	mesures
copie	structuration perceptive planification et programmation motrice	précision durée type de copie
rappel immédiat (<3 minutes)	MCT	précision durée
rappel différé 20-45 minutes	MLT	précision durée

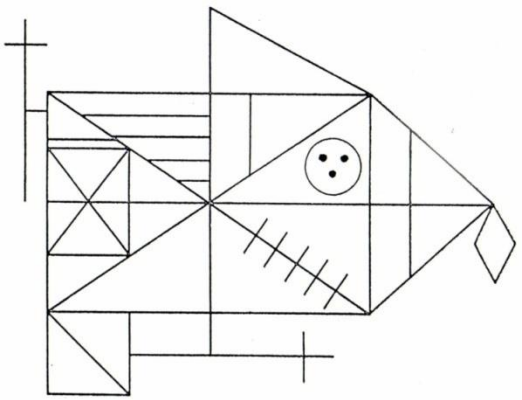
3- MLT

c- figure complexe de Rey (1959): MLT visuelle

types de copie:

- I- construction sur l'armature
- II- détails englobés sur l'armature
- III- contour général
- IV- juxtaposition de détails
- V- détails sur fond confus
- VI- réduction à un schème familier
- VII- gribouillage

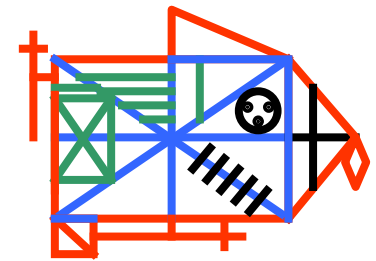
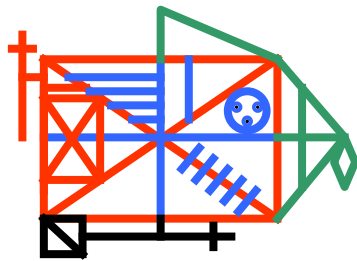
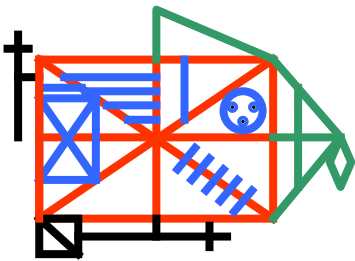




construction sur l'armature

détails englobés dans l'armature

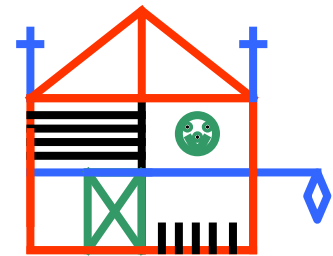
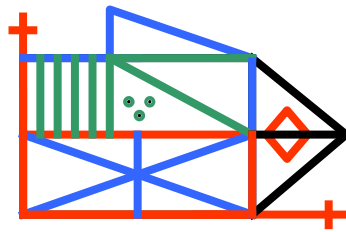
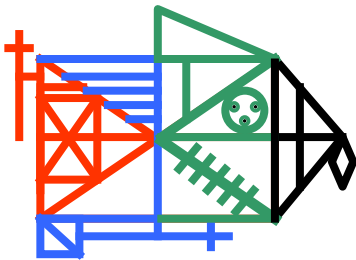
contour général 



juxtaposition de détails

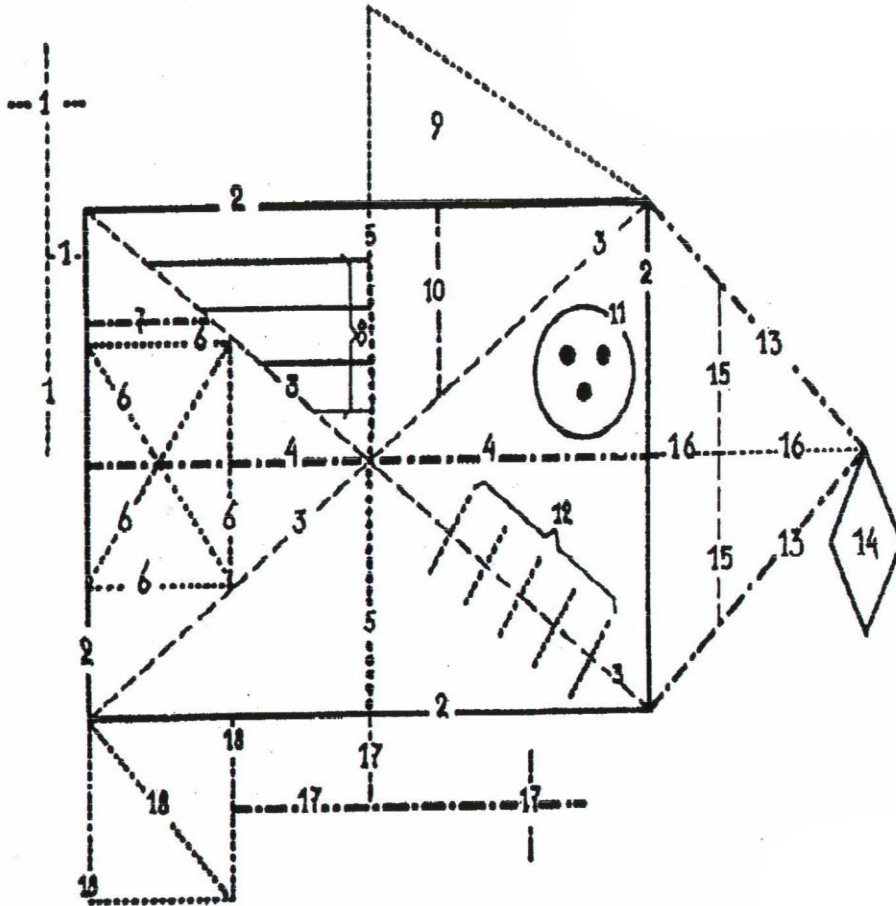
détails sur fond confus

réduction à un schème familier



3- MLT

c- figure complexe de Rey (1959): MLT visuelle



Unité correcte bien placée: 2 pts

Unité correcte mal placée: 1 pt

Unité déformée ou incomplète mais reconnaissable bien placée: 1 pt

Unité déformée ou incomplète mais reconnaissable mal placée: 1/2 pt

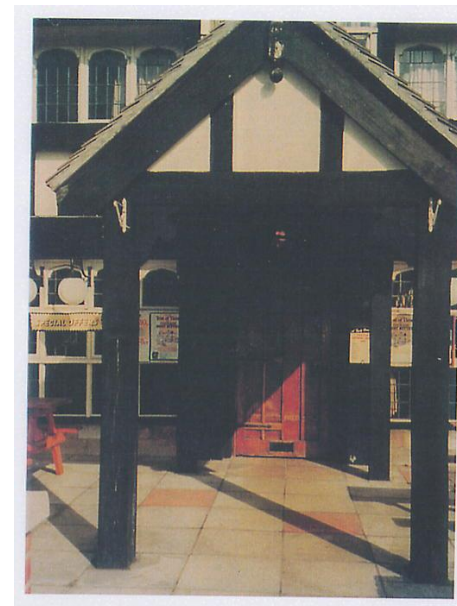
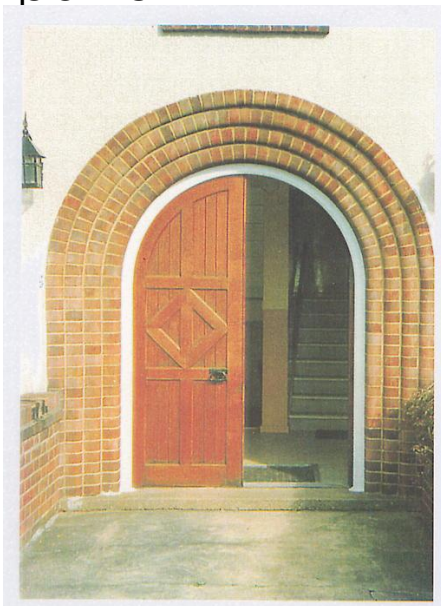
Unité méconnaissable ou absente: 0 pt

3- MLT

d- test des portes (doors test): MLT visuelle, attention, concentration

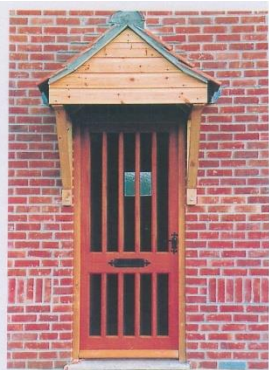
(Baddeley et al, 1994)

- partie A

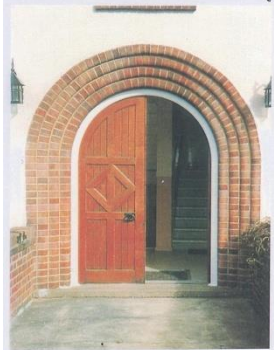




a



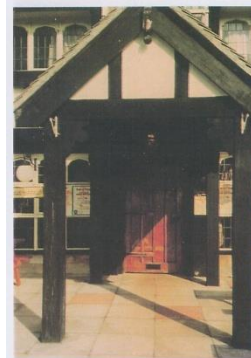
b



c



d



a



b



c



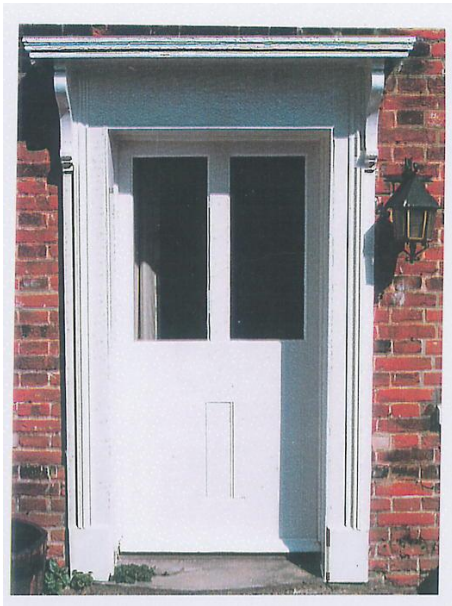
d

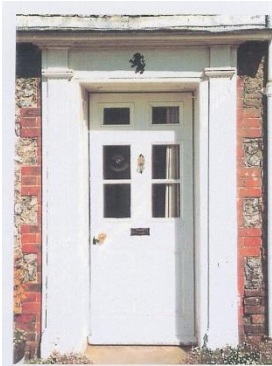
3- MLT

d- test des portes (doors test): MLT visuelle, attention, concentration

(Baddeley et al, 1994)

- partie B





a



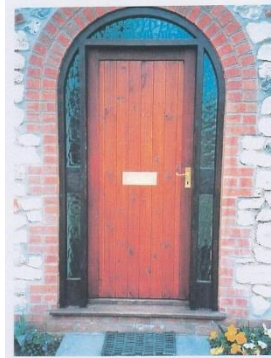
b



c



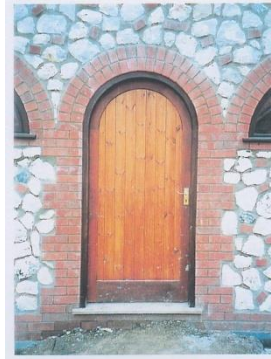
d



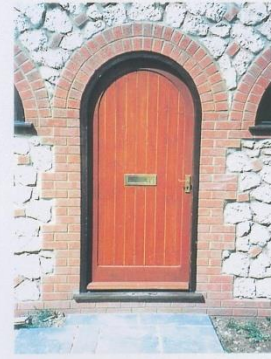
a



b



c

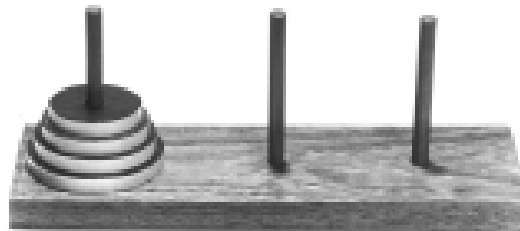


d

3- MLT

e- tour de Hanoï: mémoire procédurale (Lucas, 1883; Shallice, 1982)

- tâche: déplacer une pyramide constituée de 3 ou 4 disques de bois de diamètres décroissants empilés sur une tige vers une autre tige déterminée à l'avance, en respectant 2 règles:
 - ne déplacer qu'un seul disque à la fois
 - ne jamais poser un grand disque au-dessus d'un plus petit



- contrôler le nombre de déplacements et mesurer le temps mis

f- lecture en miroir: mémoire procédurale (Cohen et Squire, 1980)

- faire lire au sujet des mots écrits en miroir, mesure du temps de lecture



4- Évaluation mnésique globale

a-BEM 144 (Signoret, 1991)

• évaluation **visuelle**

/

évaluation **verbale**

- 1- présentation des 24 figures
- 2- présentation et rappel immédiat de la figure complexe
- 3- apprentissage de la liste de 12 signes graphiques
- 4- rappel différé de la figure complexe
- 5- span visuo-visuel
- 6- rappel différé de la liste de 12 signes graphiques
- 7- reconnaissance différée des 24 figures
- 8- apprentissage des paires associées visuelles

- 1- présentation des 24 phrases
- 2- présentation et rappel immédiat de l'histoire
- 3- apprentissage de la liste de 12 mots
- 4- rappel différé de l'histoire
- 5- span auditivo-verbal
- 6- rappel différé de la liste de 12 mots
- 7- reconnaissance différée des 24 phrases
- 8- apprentissage des paires associées verbales

ÉVALUATION VERBALE

Rappel immédiat

- 1. Robert a une grande famille, une femme et quatre enfants.
- 2. La femme de Robert souhaite changer de voiture.
- 3. Robert est heureux, c'était son rêve depuis longtemps.
- 4. Avoir une voiture rouge, avec un grand coffre.
- 5. Un matin Robert se lève tôt, pour aller chez un garagiste.
- 6. Un garagiste qui est aussi un ami d'enfance.
- 7. Robert doit attendre un peu, car il y a beaucoup de clients.
- 8. Le garagiste est bavard, et malheureux.
- 9. En effet il n'a plus de voiture à vendre.
- 10. Mais Robert remarque dans un coin une voiture rouge.
- 11. Le garagiste lui explique qu'il a oublié cette voiture.
- 12. Tout simplement parce qu'elle tombe toujours en panne.

Rappel différé

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

1. PRÉSENTATION DES 24 PHRASES :
2. RAPPEL IMMÉDIAT DE L'HISTOIRE :
3. APPRENTISSAGE DE LA LISTE DE 12 MOTS :

	DRAPÉU	JARDIN	EGLISE	CARNET	SIROP	PEINTURE	AMPOULE	FARINE	MOUCHE	VOLCAN	RASOIR	BOUTON	TOTAL
1													
2													
3													
RL													

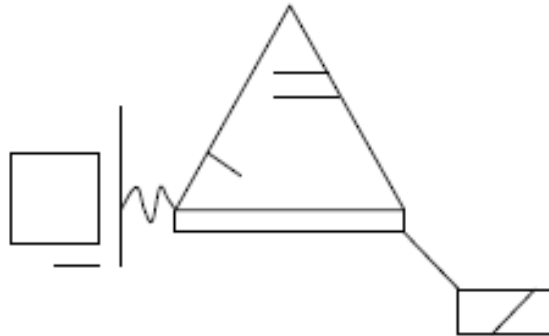
4. RAPPEL DIFFÉRÉ DE L'HISTOIRE :
5. SPAN AUDITIVO-VERBAL :
6. RAPPEL DIFFÉRÉ DE LA LISTE DE 12 MOTS :
7. RECONNAISSANCE DIFFÉRÉE DES 24 PHRASES :
8. APPRENTISSAGE DES PAIRES ASSOCIÉES VERBALES :

	1 salade & usine	2 insecte & diamant	3 papier & cloche	4 sucre & manteau	5 genou & cigare	Total
1	insecte diamant	sucre manteau	salade usine	genou cigare	papier cloche	
2	sucre manteau	genou cigare	insecte diamant	papier cloche	salade usine	
3	genou cigare	papier cloche	sucre manteau	salade usine	insecte diamant	

ÉVALUATION VISUELLE

Rappel immédiat

T
B
-
=
C
V
K
S
O
H
R
D



Rappel différé

T
B
-
=
C
V
K
S
O
H
R
D

1. PRESENTATION DES 24 FIGURES
2. RAPPEL IMMEDIAT D'UNE FIGURE GEOMETRIQUE
3. APPRENTISSAGE D'UNE LISTE DE SIGNES GRAPHIQUES

												TOTAL
1												
2												
3												
RL												

4. RAPPEL DIFFERE D'UNE FIGURE GEOMETRIQUE
5. SPAN VISUO-VISUEL
6. RAPPEL DIFFERE DE LA LISTE DE SIGNES GRAPHIQUES
7. RECONNAISSANCE DIFFEREE DES 24 FIGURES
8. APPRENTISSAGE DE PAIRES ASSOCIEES VISUELLES

												TOTAL
1												
2												
3												

4- Évaluation mnésique globale

b-échelles de mémoire de Wechsler (Wechsler, 1969, 1991, 2001)

- 3 versions
- version 3 (échelle clinique de mémoire MEM III):

Echelle de mémoire de Wechsler MEM III

- 1- Epreuve de renseignements personnels et d'informations générales
- 2- Orientation immédiate, temporelle et spatiale
- 3- Contrôle mental et attention (compter de 20 à 0)
- 4- Restitution immédiate d'un récit lu à haute voix
- 5- Mémoire des chiffres
- 6- Reproduction visuelle
- 7- Epreuve des mots couplés
- 8- Reconnaissance de visages
- 9- Scènes de famille
- 10- Apprentissage d'une liste de 12 mots
- 11- Séquence lettres-chiffres

5- Évaluation écologique

a- Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) (Wilson et al, 1985, 1994)

- développé pour permettre le dépistage des problèmes mnésiques de la vie quotidienne
- 12 items tirés de tâches mnésiques quotidiennes
- les différentes épreuves consistent
 - soit à se rappeler d'effectuer une tâche habituelle,
 - soit à retenir un type d'information nécessaire à un fonctionnement quotidien adéquat
- les épreuves:
 - rappel d'un nom
 - rappel d'un objet personnel caché
 - rappel d'un RV
 - rappel d'une histoire (rappel immédiat et différé)
 - reconnaissance d'images (rappel différé)
 - rappel d'un court trajet (rappel immédiat et différé)
 - rappel d'une image (rappel immédiat et différé)
 - reconnaissance de visage
 - questions d'orientation

5- Évaluation écologique

b- questionnaire d'auto-évaluation de la mémoire

(Van der Linden et al, 1989)

- particulièrement adapté aux patients cérébrolésés
- comporte 64 questions regroupées en 10 rubriques
conversations – films et livres – distractions – personnes
objets – connaissances générales – lieux – actions
vie personnelle - questions générales
- 1 questionnaire pour le patient, 1 questionnaire pour un proche

6- Autres

a- batterie EVE

- évaluation de la mémoire du passé: événements publics
- dernière version 2004: EVE-30 (30 événements répartis de 1920 à 2004)

b-TEMPau (Piolino et al, 2000)

- test épisodique de mémoire du passé lointain autobiographique
- 5 périodes de vie sont explorées: 0-17 ans, 18-30 an, après 30 ans, les 5 dernières années, les 12 derniers mois
- 4 thèmes de rappel: une rencontre, événement scolaire puis pro, déplacement ou voyage, événement familial

c- questionnaire semi-structuré de Kopelman (Kopelman, 1994)

- permet d'évaluer
- les souvenirs biographiques « épisodiques »
 - événements de vie spécifiques score / 63
- les souvenirs personnels « sémantiques »
 - noms, adresses, dates score / 21
- 3 périodes: enfance et adolescence, jeune adulte, dernière année

6- Autres

d- outil informatisé, adaptation outil selon le niveau



Pourquoi PREDILEM ?

De nombreuses personnes, adultes de tous âges, de bon niveau intellectuel, viennent consulter avec une plainte concernant leurs performances cognitives impliquant le langage ou la mémoire.

PREDILEM a été conçu pour cette population : il s'agit d'un outil d'évaluation qui permet de dépister des insuffisances (même légères) du langage élaboré et d'identifier les dysfonctionnements des composantes neuro-psycho-linguistiques qui sont en cause.

Passation : de 1 à 3
séances de 45 minutes.

Correction : en temps réel.

Etalonnage : 233 sujets
adultes sains répartis en
5 tranches d'âge et deux
niveaux socio-culturels.

Indications : Détection des
insuffisances du langage et
de la mémoire.

Public : Adultes / Niveau
Bac et +.

11 épreuves normalisées indépendantes :

- 0 - Epreuve préliminaire
- 1 - Dénomination sur photos
- 2 - Fluences lexicales
- 3 - Détection d'intrus
- 4 - Compréhension syntaxique
- 5 - Epellation envers et évocation
- 6 - Mémoire d'un texte
- 7 - Texte à remettre en ordre
- 8 - Acronymes
- 9 - Trouver une question
- 10 - Texte à lire et résumer

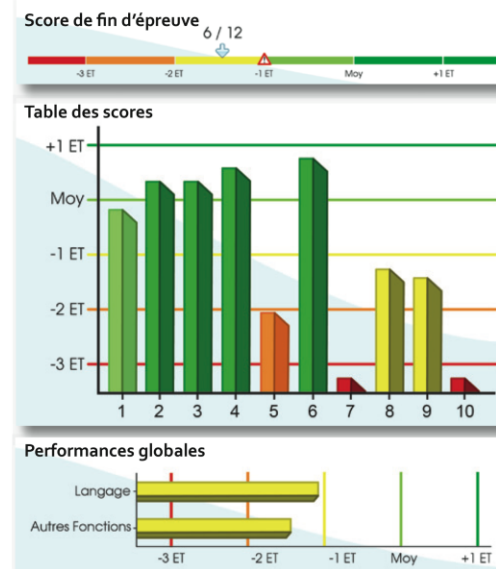
Le scoring automatisé

- Pour chaque épreuve, les scores obtenus sont instantanément et automatiquement comparés à la norme de l'échantillon auquel correspond le sujet testé.
- La présentation des résultats par épreuve est extrêmement claire. Elle permet une interprétation immédiate grâce au code couleurs et positionnement du sujet testé par rapport au seuil d'alerte de sa catégorie.
- Une synthèse reprend les deux axes : langage et autres fonctions cognitives. Les résultats cumulés et pondérés sont présentés sur le diagramme « Performances globales ».

Une analyse qualitative

- Des pistes d'analyse et d'interprétation des résultats sont proposées pour chacune des épreuves ainsi que pour la synthèse.

Présentation des scores



Les résultats sont bien évidemment imprimables et exportables pour être inclus dans les comptes-rendus de bilan.



A retenir

E- Évaluation des troubles mnésiques

- examen indispensable car la plus fréquente des plaintes cognitives
- pas nécessaire d'envoyer au neuropsychologue tous les patients avec plaintes mnésiques
- l'interrogatoire est déjà un test++
 - guider sans trop orienter
 - règle d'or: « précisez » et « racontez »
- MMSE, test des 5 mots
- empan endroit et inverse
- tests spécifiques, batteries d'évaluation, évaluation écologique (QAM) (neuropsychologue)

Plan

A- Les différents modèles et leur évolution récente

B- Anatomie et neurophysiologie de la mémoire

C- Amnésie et troubles de mémoire en clinique

D- Les différents tableaux cliniques

E- Évaluation des troubles mnésiques

F- Prise en charge rééducative

F- Prise en charge rééducative des troubles mnésiques

- Reste difficilement accessible à la rééducation en pratique courante, rôle de l'orthophonie en libéral
- Intervenir au niveau des limitations d'activité et restrictions de participation
 - rééduquer la mémoire → repérer les situations dans lesquelles les patients peuvent apprendre à faire des choses utiles pour leur vie quotidienne
- Quelques principes généraux...
 - tenir compte du retentissement émotionnel, des intérêts du patient, de ses motivations
 - travailler directement en situation de vie quotidienne
 - importance du caractère isolé ou non du trouble mnésique (anosognosie ou non associée)
 - post AVC ou TC → PEC rééducative
 - pathologies dégénératives → optimisation des capacités préservées

F- Prise en charge rééducative des troubles mnésiques

- Jusqu'au début des années 80
 - exercices mnésiques répétitifs
 - stimulations indifférenciées
 - avec comme objectif, restaurer la fonction mnésiques déficitaire
 - peu d'effet bénéfique ou alors progrès sur le matériel travaillé mais pas de généralisation ni de transferts

- Plus récemment
 - approche plus « théorique »

- **Différentes approches**

- 1 stratégies de restauration
- 2 stratégies de réorganisation
- 3 utilisation des capacités résiduelles
- 4 stratégies palliatives



 **Cognition et quotidien..... 6**

 **Mémoire épisodique..... 9**

 **Mémoire de travail..... 21**

1- Stratégies de restauration

- essais peu concluants de restauration du SNC endommagé dans son mode de fonctionnement antérieur
- exercices d'entraînements avec stimulations réitérées (jeux de Kim, mémorisation de poèmes...)
→ progrès restant localisés au matériel entraîné, sans généralisation

ex: expérience d'Ericsson (1980)

exercices répétés de mémorisation de chiffres (1h/j, 3 à 5j/s, 18 mois)

empan passe de 7 à 9

pas d'amélioration sur l'empan de lettres (7+-2)

→ pas de transferts d'apprentissage entre domaines

2- Stratégies de réorganisation ou de facilitation

- patients avec déficit mnésique léger à modéré
- objectif:
contourner les difficultés auxquelles le patient se heurte par l'apprentissage d'une nouvelle façon d'encoder ou de récupérer ou de stocker l'information
- programmes comportant généralement 2 phases:
 - 1^{ère} phase: faciliter le fonctionnement de la mémoire par le biais d'exercices spécifiquement adaptés au sujet et à des situations de la vie quotidienne
 - 2^{ème} phase: apprendre au patient à utiliser les procédés de facilitation

2- Stratégies de réorganisation ou de facilitation

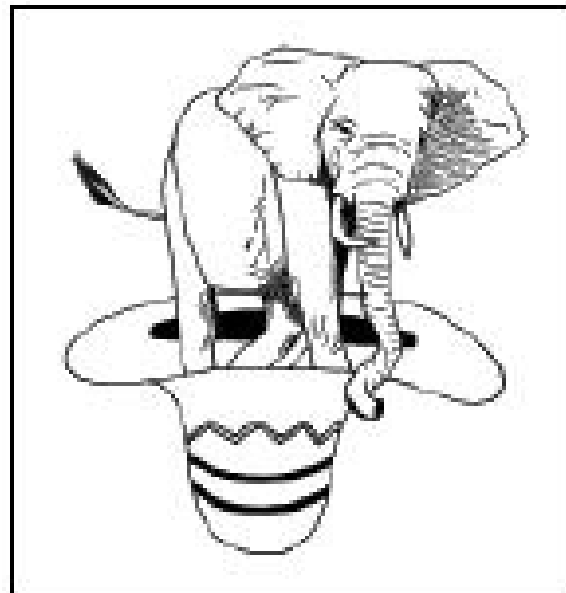
a- les stratégies verbales

- concernent des informations « signifiantes et reliées »
- la stratégie PQRST
consiste à traiter l'information de manière explicite
en l'organisant et en la reliant aux connaissances déjà mises en
mémoire
plusieurs étapes:
 - P (Preview)**: prise de connaissances du contenu général du texte
 - Q (Question)**: choisir des questions clés
 - R (Read)**: lecture du texte dans le but de répondre à ces questions
 - S (State)**: donner les réponses aux questions
 - T (Test)**: auto-évaluation du sujet à intervalles réguliersefficace dans beaucoup d'activités de la vie de tous les jours:
lecture de livres, de journaux, de reportages ou apprentissage
scolaire
mais demande certains efforts de la part des patients

2- Stratégies de réorganisation ou de facilitation

b- les stratégies visuelles

- lorsque les informations à enregistrer ne sont pas significantes ou reliées
- procédés mnémotechniques d'imagerie visuelle
- **Exemple d'image mentale créée à partir des mots « éléphant » et « sombrero », entre lesquels il n'existe aucun lien sémantique, phonologique ou visuel.**



sis

Adaptation du programme de Van Der Linden et Van Der Kaa (1989)

2- Stratégies de réorganisation ou de facilitation

b- les stratégies visuelles

- lorsque les informations à enregistrer ne sont pas significantes ou reliées
- procédés mnémotechniques d'imagerie visuelle
- techniques de faces associées



**Image mentale créée pour apprendre le nom de Mr Paillon
(adaptation d'un exemple de Van Der Linden et Van Der Kaa, 1980)**

associant
et
encoder

par le nom

concret

2- Stratégies de réorganisation ou de facilitation

b- les stratégies visuelles

- lorsque les informations à enregistrer ne sont pas significatives ou reliées
- procédés mnémotechniques d'imagerie visuelle
- technique du mot-clé
 - pour l'apprentissage d'un nouveau vocabulaire, de termes techniques ou pour l'apprentissage d'une langue étrangère
 - principe: créer une image mentale permettant de retrouver simultanément la prononciation et la signification d'un mot
- méthode des lieux
 - mémoriser une liste de mots ou d'objets en les imaginant situés en plusieurs endroits d'un espace connu du patient (ex: pièces de la maison)
- technique de la table de rappel

procédés mnémotechniques: long apprentissage, attention et motivation, niveau de compréhension satisfaisant

2- Stratégies de réorganisation ou de facilitation

b- les stratégies visuelles

- imagerie mentale: efficacité – limites:
 - efficacité si stratégie en réponse à une plainte mnésique du patient
 - réelles possibilités de transfert en vie quotidienne?
 - utilisation spontanée des techniques?

3- Utilisation des capacités résiduelles

- chez des sujets ayant des troubles de mémoire importants
- la thérapie doit alors surtout viser à utiliser les capacités mnésiques préservées

a- technique de la récupération espacée

b- technique de l'apprentissage sans erreurs (Baddeley et Wilson, 1994)

c- utilisation des capacités de mémoire procédurale

d- technique de l'estompage

3- Utilisation des capacités résiduelles

- chez des sujets ayant des troubles de mémoire importants
- la thérapie doit alors surtout viser à utiliser les capacités mnésiques préservées

a- technique de la récupération espacée

- récupération des informations après des intervalles de rétention de plus en plus longs
- efficacité basée sur l'intervention de processus de mémoire implicite
- ex: pour retenir un nom propre ou un numéro de téléphone

b- technique de l'apprentissage sans erreurs (Baddeley et Wilson, 1994)

- utilisée dans le cadre des amnésies sévères
- ex: pour l'apprentissage des noms propres
- le sujet regarde la photographie d'un personnage dont on lui indique d'emblée le nom
- le but est d'instituer un apprentissage sans erreurs
- maintien des performances dans le temps, mais absence de généralisation, et inhibition des noms connus antérieurement après l'apprentissage

3- Utilisation des capacités résiduelles

- chez des sujets ayant des troubles de mémoire importants
- la thérapie doit alors surtout viser à utiliser les capacités mnésiques préservées

c- utilisation des capacités de mémoire procédurale

- possibilité d'apprendre des habiletés complexes comme le traitement de texte
- ⇒ chances de réinsertion et renforcer l'autonomie dans la vie quotidienne
- « greffer une à une les informations » par l'intermédiaire de la mémoire procédurale (Van der Linden, 1999)
- les connaissances acquises deviennent conceptuelles indépendantes du contexte d'apprentissage

3- Utilisation des capacités résiduelles

- chez des sujets ayant des troubles de mémoire importants
- la thérapie doit alors surtout viser à utiliser les capacités mnésiques préservées

d- technique de l'estompage

-méthode d'apprentissage avec estompage progressif des indices fournis au patient pour la récupération de l'information

-ex:

« enregistrer un document » = SAUVER

on demande de nouveau la restitution de l'item après un certain temps de latence avec comme indice

SAU...

aide progressivement diminuée au fur et à mesure des essais

SA...

S...

-les capacités préservées de mémoire implicite sont au maximum exploitées

-son efficacité dépend d'un certain nombre de facteurs

4- Stratégies palliatives

- souvent mises en place lorsque les stratégies précédentes n'ont pas permis d'évolution favorable
- peuvent favoriser la récupération d'une certaine confiance en soi
- concernent l'aménagement de l'environnement et la mise au point d'aide-mémoire externes
- différents types d'aides et importance du choix du moment d'application

a- aménagement de l'environnement

- aides utilisées dans le but de réduire la charge mnésique du patient
- ex: étiquettes sur les étagères, signaux indicateurs, tracés sur le sol, badges nominatifs, codes couleurs, disposition particulière des objets (vêtements)...

4- Stratégies palliatives

b- les prothèses mentales (aide-mémoire externes)

-1^{ère} catégorie:

alarmes de montre, minuteries programmables...

permettant d'accéder à des informations déjà stockées en mémoire
peu efficaces chez les patients souffrant d'amnésie sévère car ils
oublient ce dont ils sont censés se souvenir...

-2^{ème} catégorie:

notes personnelles, agendas, listes, carnet mémoire

les informations sont enregistrées dans des systèmes externes au sujet

-objectif: trouver l'aide externe qui correspond le mieux au patient qui
doit apprendre à s'en servir avec efficacité+++

-efficace si « sur mesure », souvent nécessité d'implication de la
famille, apprentissage parfois très long

-limites si anosognosie, syndrome dysexécutif, troubles attentionnels...

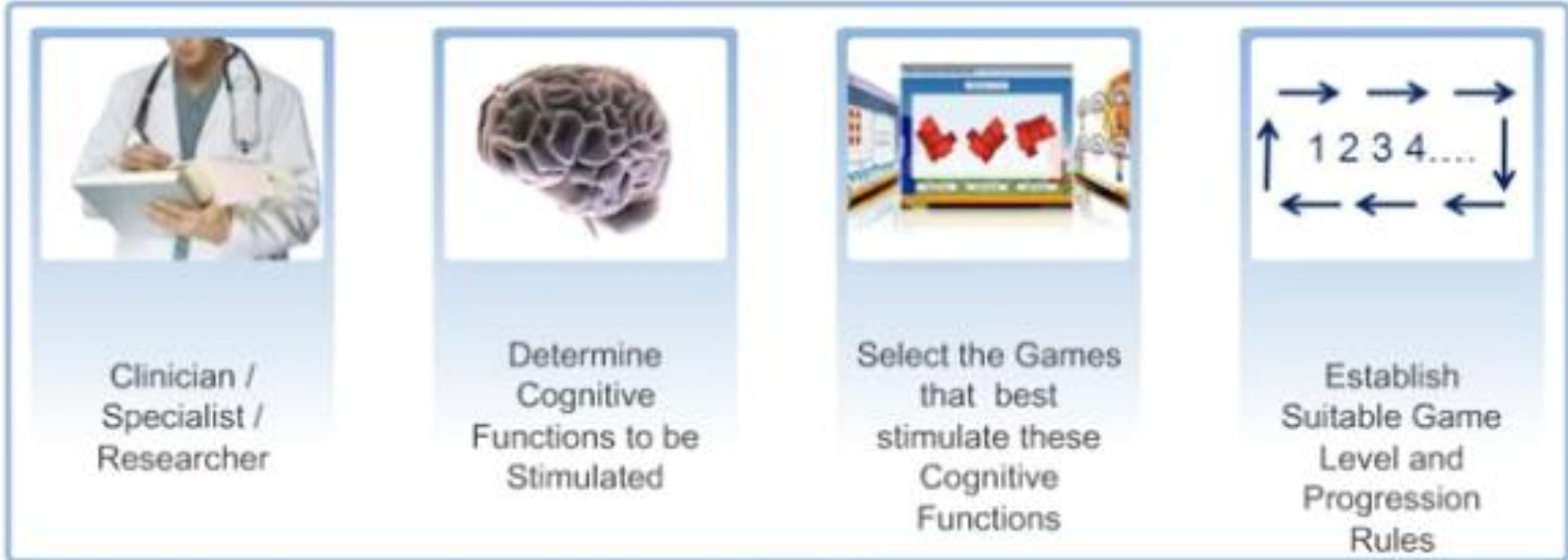
5- Nouveaux outils?

Ex:



Comment ça marche ?





Condition Specific Cognitive Program



Scientific Research

Mémoire Verbale



Info

Jouer

Mots où êtes-vous ?

Un parfait entraînement des facultés de mémoire de travail verbale et visuelle et de rappel visuel.



Info

Jouer

Mémoire d'éléphant

Utilisation de méthodes pour mémoriser une longue liste de mots. Exerce la mémoire verbale.

Mémoire Visuelle



Info

Jouer

Formes et Couleurs

Mémorisation et rappel de formes pour entraîner la reconnaissance de formes et la mémoire visuelle récente.



Info

Jouer

Jeux de Blasons

Un voyage au Moyen-Age pour entraîner la mémoire récente visuelle.



Info

Jouer

Caractères déplacés

Différents caractères d'écriture ont été substitués, repérez lesquels.



Info

Jouer

Images déplacées

Différentes images ont été substituées, repérez lesquelles.

Mémoire Auditive



Info

Jouer

Vous avez un message

Une série de messages vocaux pour tester la mémoire de travail auditive et les capacités de compréhension.

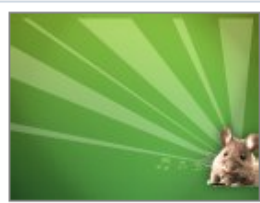


Info

Jouer

Chants d'oiseaux

Entraînement de la mémoire récente par la reconnaissance du chant des oiseaux.



Info

Jouer

Et la Souris Chicote

Reconnaissez les cris des animaux.

Mémoire Verbale et Visuelle



Info

Jouer

Le tour du monde en 80 voyages

Une promenade dans les plus beaux endroits du monde, pour entraîner la mémoire récente visuelle et verbale.

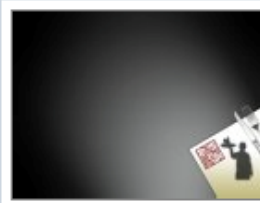


Info

Jouer

On se connaît ?

Entraînement de la mémoire récente visuelle et verbale en mémorisant visages et noms de personnes.



Info

Jouer

Garçon svp !

Dans la peau d'un serveur pour développer la mémoire verbale et visuelle.



Info

Jouer

Un Américain à Paris

Mémorisez l'emplacement de monuments célèbres dans des grandes villes.

Mémoire Spatiale



Info

Jouer

Retrouvez votre chemin

Remédiation de la mémoire de travail visuelle en reproduisant un chemin donné.



Info

Jouer

Mémorisez par sous-ensembles

Mémorisation et restitution d'une configuration d'objets, avec pour but de stimuler la mémoire visuelle.



Info

Jouer

Objets, où êtes-vous ?

Un grand classique pour solliciter la mémoire récente visuelle et verbale.



A retenir

F- Prise en charge rééducative des troubles mnésiques

- essayer d'intervenir au niveau du retentissement fonctionnel
- importance du caractère isolé ou non du trouble mnésique (anosognosie)
- stratégies de réorganisation ou de facilitation: troubles légers à modérés
- utilisation des capacités résiduelles: troubles importants
- stratégies palliatives

F- Prise en charge rééducative des troubles mnésiques

A retenir

- panachage des différentes techniques
 - selon le tableau mnésique*
 - selon les plaintes fonctionnelles*
 - selon le contexte global*
- importance des compensations, qui ne doivent pas être considérées comme des « béquilles »
- prise en charge très individualisée
 - éventuellement cadrée par PEC en orthophonie ambulatoire

Conclusion: points-clés



A retenir

A- Les différents modèles et leur évolution récente

- mémoire à court terme / à long terme
- MCT: 30 à 90s, 7+/- 2, très sensible aux tr attentionnels
- MdT: mémoire tampon, manipulations cognitives sur info temporaires (stockage verbal/visuel + traitement)
- MLT: >90s, encodage / stockage / rappel

- Tulving:
 - mémoire **épisodique**: souvenirs personnellement vécus, situés dans le temps et dans l'espace, avec accompagnement émotionnel
 - mémoire **sémantique**: savoirs partagés
- mémoire **procédurale** (implicite, savoir-faire)

Conclusion: points-clés

A retenir

B- Anatomie et neurophysiologie de la mémoire

- système limbique: émotion, apprentissage, mémoire
- circuit de Papez: perception → souvenir
 - **hippocampe** – monde extérieur – explicite
- circuit amygdalo-thalamo-cingulaire
 - **amygdale** – monde intérieur – implicite
- régions frontales (mise en mémoire et rappel, MdT, attention)
- néocortex (stockage des info selon leur modalité sensorielle)
- système cortico-striatal (savoir-faire)

- **LTP**: processus de renforcement synaptique
- changements structurels des synapses

Conclusion: points-clés



A retenir

C- Amnésie et troubles de mémoire en clinique

- méfiance si anosognosie
- l'interrogatoire est déjà un test
 - éléments biographiques et faits généraux
- amnésie **antérograde**: oubli à mesure
- amnésie **rétrograde**: oubli des évènements antérieurs
- +/- confabulations
- pas de troubles de vigilance

Conclusion: points-clés



A retenir D- Les différents tableaux cliniques

- lésions hippocampiques (HM, encéphalite herpétique)
 - oubli à mesure majeur (amnésie antérograde)
 - +/- amnésie rétrograde partielle
 - +/- tr comportementaux
 - effets de la latéralité si unilatéral
- lésions diencéphaliques
 - amnésie antérograde
 - + DTS, anosognosie, fabulations: Korsakoff
 - pure: infarctus bithalamique
- lésions frontales (rupture anévrisme ComAnt, TC)
 - défaut de stratégie encodage et rappel, de planification
 - métamémoire déficiente, anosognosie

Conclusion: points-clés



A retenir D- Les différents tableaux cliniques

- tr de mémoire des démences
 - MA: tr mnésique d'installation progressive, antérograde puis rétrograde
- vieillissement:
 - ↓ capacités attentionnelles, rappel libre difficile, ↓ vitesse de traitement
- tr mnésiques liés à anxiété, dépression, iatrogènes++

Conclusion: points-clés



A retenir

E- Evaluation des troubles mnésiques

- examen indispensable car la plus fréquente des plaintes cognitives
- pas nécessaire d'envoyer au neuropsychologue tous les patients avec plaintes mnésiques
- l'interrogatoire est déjà un test++
 - guider sans trop orienter
 - règle d'or: « précisez » et « racontez »
- MMSE, test des 5 mots
- empan endroit et inverse
- tests spécifiques, batteries d'évaluation, évaluation écologique (QAM) (neuropsychologue)

Conclusion: points-clés



A retenir

F- Prise en charge rééducative des troubles mnésiques

- essayer d'intervenir au niveau du retentissement fonctionnel
- importance du caractère isolé ou non du tr mnésique (anosognosie)
- stratégies de réorganisation ou de facilitation: tr légers à modérés
- utilisation des capacités résiduelles: tr importants
- stratégies palliatives

Conclusion: points-clés

A retenir

F- Prise en charge rééducative des troubles mnésiques

- panachage des différentes techniques
 - selon le tableau mnésique*
 - selon les plaintes fonctionnelles*
 - selon le contexte global*
- importance des compensations, qui ne doivent pas être considérées comme des « béquilles »
- prise en charge très individualisée
 - éventuellement cadrée par PEC en orthophonie ambulatoire

