

L'amnésie

**Elaine de Guise
McGill University Health Centre
Montreal General Hospital
Montreal, Quebec, Canada
elaine.deguise@muhc.mcgill.ca**

L'amnésie se définit comme la perte totale ou partielle de la mémoire. Une grande hétérogénéité existe quant aux syndromes amnésiques. À ce jour, plusieurs types d'amnésie ont été rapportés dans la littérature et la neuropsychopathologie de l'amnésie est également très variée. Le syndrome amnésique peut se retrouver dans plusieurs pathologies et apparaître de façon progressive ou abrupte, transitoire ou permanente. Bref, les critères étiologiques, anatomiques, évolutifs et cliniques sont à considérer dans la classification des amnésies.

La sémiologie

L'amnésie antérograde

L'amnésie antérograde se rapporte au déficit d'encodage des nouvelles informations qui suivent un événement donné et précis dans le temps, par exemple un traumatisme lié à un accident ou l'apparition du dommage cérébral. Ainsi, les informations nouvelles ne peuvent être ou sont partiellement retenues par la personne, entraînant donc une difficulté à apprendre. Ce type d'amnésie peut être partiel (oubli de certaines parties des informations) et est souvent sous-jacent aux plaintes subjectives de la personne, ou encore total et donc caractérisé par un oubli des événements de la vie quotidienne ou une perte des informations au fur et à mesure. L'évaluation de l'amnésie antérograde peut être réalisée par le biais d'un entretien ou d'un questionnement sur des événements produits récemment ou par des épreuves formelles de rappels différés d'histoires, de mots, d'objets ou de dessins. La personne aura davantage tendance à oublier si elle est dans un contexte d'interférence.

L'amnésie rétrograde

L'amnésie rétrograde se rapporte à la perte des informations qui précèdent un événement précis dans le temps ou l'apparition du dommage cérébral. La personne est donc dans l'impossibilité de récupérer ses souvenirs ou les événements passés. Ce type d'amnésie peut se manifester de façon aiguë ou progressive et affecter les souvenirs des événements s'étant déroulés quelques minutes, quelques jours, mois ou années avant l'apparition du dommage cérébral soudain ou progressif. Ce type de rappel gradué temporellement est rencontré par exemple dans le cas de désordres liés au vieillissement. Il est plus courant d'observer la présence d'une amnésie antérograde sans amnésie rétrograde ou avec amnésie rétrograde très courte, de quelques minutes à quelques heures. Toutefois, il est cliniquement plus rare d'observer la présence d'une amnésie rétrograde en l'absence d'une amnésie antérograde. L'amnésie rétrograde affecte les souvenirs personnels et contextuels (mémoire épisodique) mais ne touchent souvent pas les connaissances

générales et les apprentissages automatisés (procéduraux). L'entrevue avec la personne, en collaboration avec un proche, permet de retracer la chronologie des souvenirs et des rappels que celle-ci peut en faire. Par son caractère autobiographique, ce type de problématique est plus difficilement objectivable.

La diversité clinique

Tel que mentionné précédemment, plusieurs causes peuvent être à l'origine d'un trouble de mémoire. Les amnésies sont souvent associées à des dysfonctions bilatérales des aires médiales temporales et des aires diencephaliques. Les dissociations cliniques entre l'amnésie rétrograde et l'amnésie antérograde ont mis en évidence des patrons anatomiques distincts des structures anatomiques impliquées dans la récupération d'événements anciens et l'apprentissage de nouvelles informations. Un dommage aux structures hippocampiques témoigne de troubles mnésiques antérogades, tandis que des lésions aux structures diencephaliques (corps mamillaires et/ou thalamus) entraînent des difficultés de récupération en mémoire rétrograde (Warrington and McCarthy 1988). Les pathologies causant des déficits de la mémoire rétrograde ou antérograde sont diverses. Parmi celles-ci on retrouve l'anoxie, l'anévrisme, les accidents vasculaires cérébraux, les tumeurs cérébrales, l'herpès, les traumatismes cranio-cérébraux, les démences, le syndrome de Korsakoff et les amnésies progressives associées aux démences. L'amnésie peut également survenir suite à un désordre épileptique ou une intervention chirurgicale impliquant les régions diencephaliques.

L'amnésie post-traumatique

L'amnésie post-traumatique se rapporte à l'amnésie de l'événement traumatique ou de l'accident et des événements suivants le traumatisme. Le patient est donc dans l'incapacité de récupérer le fait accidentel, il présente une amnésie antérograde de durée variable et parfois une amnésie rétrograde brève (quelques minutes à quelques heures). L'amnésie rétrograde peut être d'une plus longue durée lorsque le traumatisme crânien est plus grave. La personne en état d'amnésie post-traumatique se présente comme étant confuse, désorientée au plan spatio-temporel et parfois même agitée. Elle se montre incapable d'encoder de nouvelles informations et présente des déficits attentionnels graves ainsi que des troubles de jugement et d'introspection significatifs. Certains îlots de souvenirs sont parfois rapportés par les personnes en amnésie post-traumatique. L'intensité du traumatisme cranio-cérébral est souvent corrélée avec la durée de l'amnésie post-traumatique. Dans les cas les plus graves, l'amnésie post-traumatique peut s'étendre à plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Plusieurs études ont démontré le caractère pronostic de la durée de l'amnésie post-traumatique; une amnésie de plus longue durée serait un facteur prédictif d'un moins bon devenir chez les personnes ayant subi un traumatisme crânien (Zafonte et al. 1997; de Guise et al. 2005). La période d'amnésie post-traumatique se termine lorsque la personne est en mesure d'exprimer une continuité temporelle. La durée de l'amnésie post-traumatique peut être évaluée à partir d'un outil standardisé tel que le Galveston Orientation and Amnesia Test (Test) dans lequel plusieurs questions d'orientation sont posées aux personnes, comme son nom, l'heure, la date, le jour, le mois, l'année, le lieu, etc. (Levin et al. 1979).

L'amnésie globale transitoire

Ce type d'amnésie se caractérise par un trouble isolé de la mémoire récente ou par une amnésie antérograde totale et par une amnésie rétrograde de quelques heures avant l'apparition du trouble. L'amnésie rétrograde peut également affecter des souvenirs biographiques isolés plus anciens. La personne est désorientée temporellement mais ne présente pas de trouble comportemental ou intellectuel. Elle oublie toutefois des événements qu'elle vient juste d'encoder ou d'apprendre (amnésie antérograde). Le patient devient brutalement amnésique et confus, obnubilé, anxieux et présente souvent des symptômes physiques tels que des céphalées, de la nausée et parfois des vomissements. Ces troubles mnésiques disparaissent totalement, il y a peu de récurrence et les causes de cette amnésie sont diverses et parfois difficilement identifiables (changements brusques de température, exercice physique intensif, émotion...) et peuvent être causés par un désordre vasculaire cérébral ou épileptique. Enfin, suite à cet épisode, la personne ne peut récupérer les événements associés à cette période et demeure avec une amnésie qui peut s'échelonner de quelques minutes à quelques heures.

L'amnésie rétrograde isolée (amnésie psychogène)

Ce type d'amnésie correspond à l'oubli d'un fait précis désagréable ou traumatisant teinté d'une surcharge émotionnelle, comme la perte d'un être cher. Elle s'explique par un mécanisme inconscient de défense qui s'oppose à la récupération d'un souvenir précis. Dans les cas plus graves et aussi plus rares, une amnésie rétrograde totale peut être rapportée sans trouble significatif de la mémoire antérograde. Les personnes se montrent ainsi incapables de récupérer leur passé, voire parfois leur identité. Ce type d'amnésie se présente plus fréquemment chez les personnes ayant des troubles psychiatriques.

La réadaptation de l'amnésie

Plusieurs techniques de réadaptation sont actuellement employées chez les personnes amnésiques, particulièrement chez les personnes souffrant d'amnésie antérograde. Les interventions peuvent être axées sur l'emploi de techniques compensatoires externes, comme des ordinateurs, des téléavertisseurs, des notes écrites, un agenda ou encore par le biais de programmes d'entraînement intensifs impliquant de façon active la personne, sa famille et son entourage. Des techniques visant à modifier l'environnement sont ainsi employées, telles que l'enseignement de techniques de compensation comme l'entraînement (pratique), les stratégies d'organisation, l'imagerie visuelle et l'étiquetage verbal. De plus, d'autres techniques comme l'utilisation de tâches implicites, l'utilisation d'un discours et des moyens mnémotechniques sont également employées en réadaptation (Cicerone et al. 2000). À ce jour, les techniques d'enseignement de stratégies de compensations pour les troubles mnésiques se sont montrées efficaces chez les personnes avec des traumatismes crâniens légers (Gordon et al. 2006). Quant aux personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou grave, les interventions les plus efficaces sont celles ayant recours aux aides externes, telles que les aides mémoires, et ce, dans le but de faciliter l'acquisition de connaissances ou d'habiletés particulières. L'objectif de ces aides externes est d'augmenter le niveau fonctionnel des personnes plutôt que d'améliorer la fonction de la mémoire en soi (Cicerone et al. 2000). Des techniques d'orientation à la réalité ont également été utilisées chez des personnes

confuses, présentant des déficits de la mémoire rétrograde et antérograde, ainsi qu'une désorientation spatio-temporelle. Elles visent à favoriser l'orientation à l'aide de stimulation et de répétitions des informations d'orientation de base (Corrigan et al. 1985). Elles sont appliquées sur une base individuelle (approche informelle) ou en groupe (approche formelle). Ces techniques ont été utilisées chez des populations de patients présentant surtout des démences et chez des patients traumatisés crâniens (Zencius et al. 1998; de Guise et al. 2005).

Conclusion

Au plan clinique, l'amnésie est rarement un trouble neuropsychologique isolé. L'amnésie est cliniquement rencontrée en conjonction avec d'autres symptômes. Par exemple, des fabulations (confabulations) peuvent être observées chez les personnes amnésiques ou celles-ci tentent de combler les vides ou les oublis par des reconstructions plus ou plus réalistes de mémoires anciennes ou récentes, ce qui est souvent le cas chez les personnes atteintes du syndrome de Korsakoff. De plus, l'amnésie est parfois accompagnée d'un déficit de conscience de ses propres déficits (anosognosie), la personne étant incapable de réaliser la présence de son trouble de mémoire ou de l'impact que celui-ci peut avoir dans son quotidien. De plus, tel que mentionné précédemment, une période de désorientation spatio-temporelle et de confusion peut également être présente et surajoutée à l'amnésie. En bref, l'amnésie ne se présente que très rarement de façon isolée et plusieurs troubles neuropsychologiques sont susceptibles de se présenter de façon simultanée et ainsi complexifier le tableau clinique. Une évaluation formelle et complète s'avère donc essentielle et nécessaire afin d'obtenir une bonne compréhension des troubles mnésiques et des plaintes subjectives des patients afin de leur offrir les interventions de réadaptation appropriées à leurs besoins.

Bibliographie

- Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, et al. 2000. Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 81:1596-1615.
- Corrigan J, Arnett J, Houck L, Jackson R. 1985. Reality orientation for brain injured patients: Group treatment and monitoring of recovery. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 66:626-630.
- de Guise E, LeBlanc J, Feyz M, Lamoureux J. 2005. Prediction of the level of cognitive functional independence following traumatic brain injury in acute care setting. *Brain Injury*. 19:1085-1093.
- de Guise E, LeBlanc J, Feyz H, Thomas H, Gosselin N. 2005. Effect of an integrated reality orientation programme in acute care on post-traumatic amnesia in patients with traumatic brain injury. *Brain Injury* 19:353-362.
- Gordon WA, Zafonte R, Cicerone K, Cantor J, Brown M, et al. 2006. Traumatic Brain injury Rehabilitation. State of the Science. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 85:343-382.

- Levin H, O'Donnell V, Grossman R. 1979. The Galveston Orientation and Amnesia test. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 167:675-84.
- Warrington EK, McCarthy RA. 1988. The fractionation of retrograde amnesia. *Brain and Cognition*. 7:184-200.
- Zafonte RD, Mann NR, Scott RM, Black KL, Woods DL, Hammond F. 1997. Post-traumatic amnesia: It's relation to functional outcome. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 78:1103-1106.
- Zencius A, Wesolowski M, Rodriguez, I. 1998. Improving orientation in head injured adults by repeated practice, multi-sensory input and peer participation. *Brain Injury*; 12:53-61.