

Vivre avec le syndrome de Korsakoff

**Informations à l'usage
du patient et de son entourage
Mai 2006**

Editeur Responsable : Eric DEBERSAQUES -
Avenue de Boetendael, 34 - 1180 Bruxelles

Ce fascicule a été rédigé à l'initiative d'un groupe de professionnels en ergothérapie, logopédie et psychologie, issu de plusieurs institutions hospitalières belges. (mai 2006)

Nous remercions tous ceux qui nous ont aidés à élaborer et corriger cette brochure.

Si vous souhaitez des informations ou vous procurer des exemplaires supplémentaires veuillez contacter :

Marie-France BRANDT
Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens
Rue du Château de Ruyff, 68
4841 Henri-Chapelle 087 59 32 11

Kathleen CUISENAIRE, Valérie KINDT ou Rémy LECLERE
Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon
Rue de Bricgniot, 205
5002 Saint-Servais 081 72 11 11

Marie-France BADOU, Marie-Jo FOIDART ou Christelle MARECHAL
Clinique de L'IPAL - Site Pèrê
Montagne Sainte Walburge,
4000 Liège 04 225 87 11

Catherine GODIN
La Ramée Fond'Roy
Avenue de Boetendael, 34 Avenue Jacques Pastur, 43
1180 Bruxelles 02 344 18 94 1180 Bruxelles 02 375 44 93

Valérie BOURGEOIS ou Bérangère HENRY de FRAHAN
Centre Psychiatrique Saint-Bernard
Rue J. Empain, 43
7170 Manage 064 54 14 09

Christine GILSON, Danielle ROBA ou Jocelyne VERGAELEN
Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin
Rue Saint Hubert, 84
5100 Dave 081 30 28 86

Véritable « maladie de la mémoire », le syndrome de Korsakoff est une pathologie mal connue et souvent mal comprise.

La personne qui en est affectée présente souvent un discours et un comportement qui peuvent paraître incohérents ou inadéquats, alors que, physiquement, cette personne reste en général la même.

Ces modifications suscitent de nombreuses questions...

Cette brochure s'adresse à toute personne qui, confrontée de près ou de loin à cette pathologie, souhaite en savoir plus.

Elle comporte des informations générales sur la maladie, ainsi que des exemples représentatifs des difficultés rencontrées par la personne qui en souffre et son entourage. Elle devrait permettre d'éclairer les questions suivantes :

1 / Quelles sont les caractéristiques de cette pathologie ?

2 / Comment s'installe le syndrome de Korsakoff et comment évolue-t-il ?

3 / Comment comprendre : a. la mémoire et ses troubles ?

b. les modifications du comportement et les problèmes exécutifs ?

4 / La prise en charge est spécifique : que peut-on faire ?

5 / Situations concrètes : comment réagir ?

6 / Attention aux idées fausses !

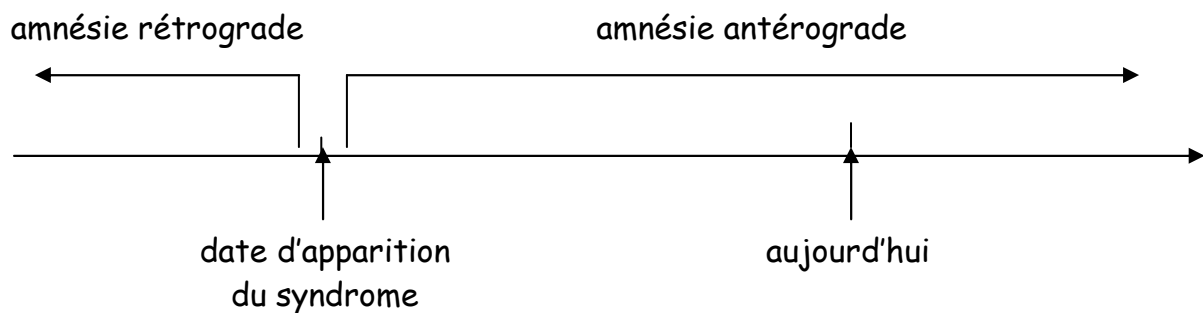
7 / Avenir

1 / Quelles sont les caractéristiques de cette pathologie ?

Le syndrome de Korsakoff est lié à un **déficit en vitamine B1** qui engendre des **lésions irréversibles dans certaines régions du cerveau**.

Ce syndrome se caractérise par un **oubli massif (= syndrome amnésique) de la plupart des informations perçues par le patient après l'installation de la maladie (=amnésie antérograde)**.

Dans certains cas, l'oubli porte aussi sur la **période qui précède l'atteinte cérébrale (=amnésie rétrograde)**.



Cette maladie engendre diverses **difficultés** :

- le malade ignore la date et le lieu exact où il se trouve (= *désorientation spatio-temporelle*)
- il reconnaît à tort certaines personnes auxquelles il attribue une identité erronée (= *fausses reconnaissances*)
- il fournit, à la place du souvenir réel, d'autres récits de ce qui s'est passé (= *confabulations*)
- il ignore ses difficultés et estime en général ne pas avoir de problème (= *anosognosie*).

Parallèlement aux troubles décrits plus haut, et de façon non systématique, on peut observer :

1 / une **modification du comportement et/ou de l'affectivité** de la personne. Ces changements peuvent être mis en rapport avec des **difficultés exécutives**. Ces problèmes sont abordés de façon plus détaillée en page 10.

2 / **sur le plan physique**, une atteinte sensitivomotrice des membres inférieurs et supérieurs (= *polynévrite*), qui engendre souvent des troubles de l'équilibre et de la marche ; ainsi que des tremblements interférant, par exemple, avec l'écriture ; une névrite optique pouvant entraîner des troubles visuels.

Si plusieurs aspects de la cognition sont touchés, **il faut préciser que ces personnes conservent néanmoins leurs capacités intellectuelles**, de même que l'attention et certains systèmes de mémoire tels que la mémoire de travail et la mémoire procédurale. (Ces termes seront détaillés et expliqués plus loin dans le texte.)

Il est entendu que **chaque personne est différente** et que ces caractéristiques sont, dans une certaine mesure, variables d'un sujet à l'autre.

2 / Comment s'installe le syndrome de Korsakoff et comment évolue-t-il ?

La **carence en vitamine B1**, qui est à l'origine du syndrome de Korsakoff, est le plus souvent liée à un **alcoolisme chronique et des carences alimentaires**.

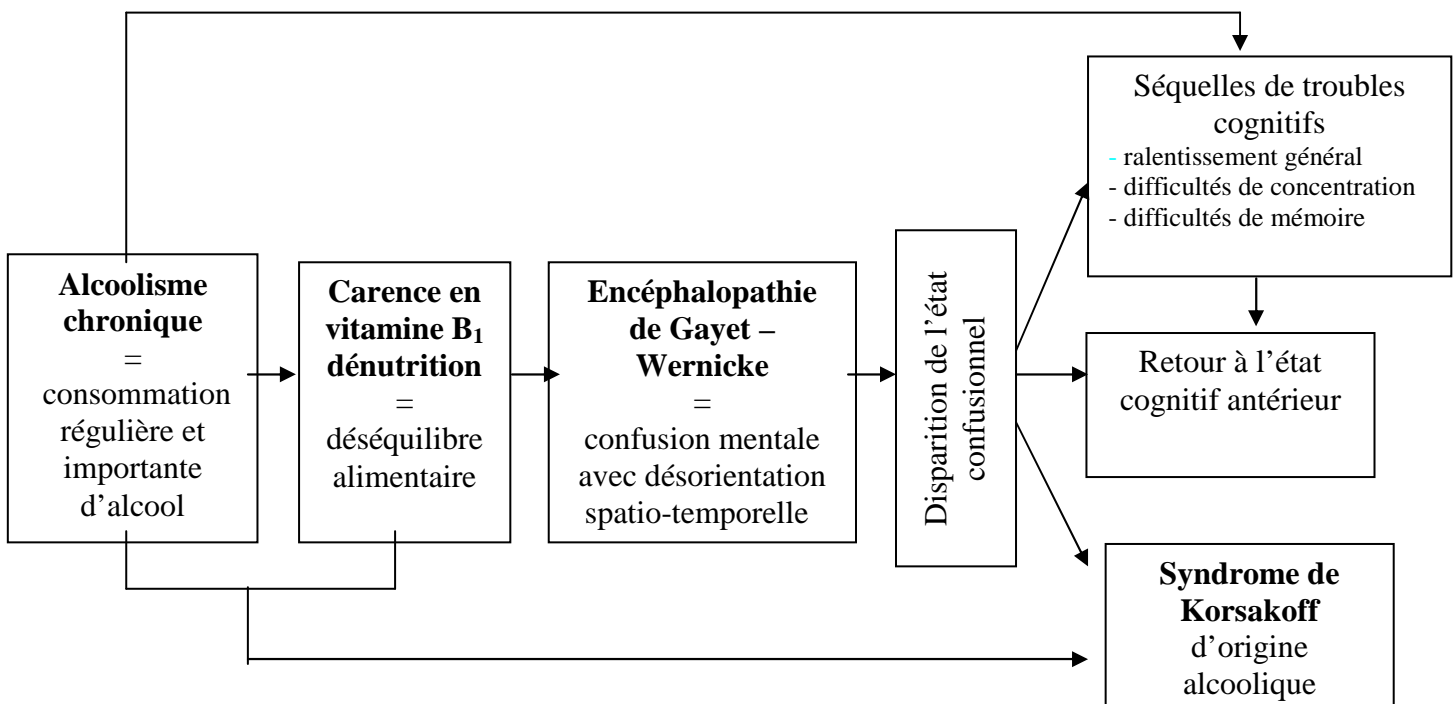
Rappelons que la **consommation d'alcool** provoque non seulement des pertes de mémoire ponctuelles liées à l'abus, mais également, à plus long terme, une diminution des capacités de mémoire en dehors des moments de consommation. Ces difficultés, lorsqu'elles n'atteignent pas le stade d'un syndrome amnésique, sont souvent réversibles avec l'arrêt de la consommation (= *abstinence*).

La carence est parfois tellement sévère qu'elle engendre une **pathologie cérébrale** :

- soit aiguë : l'**encéphalopathie de Gayet-Wernicke**, qui est caractérisée par une confusion mentale avec désorientation spatio-temporelle et trouble de l'équilibre, dont l'évolution la plus courante est un syndrome de Korsakoff
- soit chronique : le **syndrome de Korsakoff**

Le syndrome de Korsakoff résulte d'une lésion cérébrale stable (acquise et non dégénérative). On attend donc en général peu d'amélioration des signes de la maladie et en particulier de l'amnésie antérograde.

DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE AU SYNDROME DE KORSAKOFF.



3a / Comment comprendre la mémoire et ses troubles ?

La mémoire est la capacité pour un individu de retenir un ensemble d'informations pendant un temps limité à quelques secondes (mémoire de travail) ou, au contraire, pour une durée indéterminée (mémoire à long terme).

La mémoire de travail permet de conserver entre 5 et 9 informations le temps de leur utilisation. Une fois la tâche terminée, ces données sont « effacées ».

Par exemples : -c'est grâce à elle que nous retenons, le temps de le composer, le numéro de téléphone que nous venons de regarder dans l'annuaire.
-c'est également elle qui nous assiste dans la réalisation d'un calcul mental en gardant en mémoire les nombres que nous additionnons.

Les mémoires à long terme permettent la rétention de différentes données pour une durée plus longue. Il n'existe pas un seul système mais plusieurs en fonction du type d'informations qu'ils vont stocker.

- La mémoire épisodique se charge des événements que nous avons personnellement vécus dans un contexte spatial et temporel particulier :

« Je me rappelle que pour mon premier jour de travail, je suis arrivée en retard à cause du changement d'heure, je revois encore la tête de mon chef à l'entrée de son bureau, il fulminait , ses joues avaient pris la couleur de sa cravate ... »

- La mémoire sémantique conserve les connaissances que nous avons sur le monde qui nous entoure sans que l'on se souvienne du contexte dans lesquelles elles ont été apprises :

« Je sais que Bruxelles est la capitale de la Belgique, que la girafe est un animal pourvu d'un long cou et que la première guerre mondiale s'est déroulée entre 1914 et 1918, mais je ne sais plus quand, ni où ni par qui j'ai obtenu ces informations. »

- La mémoire procédurale conserve les manières de faire et procédures propres à de nombreuses compétences apprises à travers l'action :
« Comment calculer, rouler à vélo ou en voiture, peindre, taper sur un clavier d'ordinateur, ... »
- Le système des représentations perceptives garde à long terme les informations sur la forme, la structure, l'aspect des objets, des visages, des sons et permet leur reconnaissance :
« Reconnaître un fruit dans un panier sur base d'une couleur et d'une texture de peau, reconnaître une personne dont le visage est en partie caché. »
- La mémoire prospective permet de retenir les choses à faire, à penser ou à dire dans le futur :
« Je dois me souvenir de sortir les poubelles demain et je ne dois pas oublier mon rendez-vous chez le médecin dans 3 semaines. »

Concernant les systèmes de mémoire procédurale et de représentations perceptives, on parle souvent de mémoire implicite car l'apprentissage peut se réaliser en dehors d'un rappel volontaire et conscient.

De nouveaux apprentissages, difficilement verbalisables, se réalisent par l'action. Sans avoir l'impression ni même l'intention d'apprendre, nous mémorisons à notre insu et exprimons de nouvelles habilités motrices, cognitives ou perceptives.

La conduite automobile illustre bien cette situation, nous manipulons pédales et levier de vitesse sans y réfléchir et sommes d'ailleurs bien en peine de verbaliser la marche à suivre quand nous voulons apprendre à conduire à quelqu'un.

Cette caractéristique « implicite » de la mémoire procédurale est fortement sollicitée dans le travail rééducatif. (Voir p.14)

De la même manière, nous enregistrons implicitement des informations visuelles par exemple après un voyage en train en face d'une personne qui nous est totalement inconnue, nous mémorisons involontairement sa physionomie. Remis en présence de cette personne, nous aurons un sentiment de familiarité, de déjà vu.

Les troubles mnésiques constituent un handicap invisible qui a un retentissement important sur la vie affective, sociale et professionnelle du sujet, mais également sur celle de son entourage.

Rappelons également que, d'une manière générale, l'anxiété, le stress, la fatigue, la distraction, l'énervement, les interférences de l'extérieur (bruits, conversations d'autrui, ...) ou les interférences de l'intérieur (nos propres pensées, tracas, soucis, ...), ... ont un effet néfaste sur la mémoire.

Si, dans le cas du syndrome de Korsakoff, c'est la mémoire épisodique qui est touchée spécifiquement, dans d'autres pathologies (traumatisme crânien, démence, tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral, dépression...), les difficultés mnésiques seront différentes et pourront varier d'une personne à l'autre !

L'évaluation précise d'un déficit mnésique est une étape importante qui doit être réalisée par un spécialiste et, dans ce cas, il s'agira souvent d'un psychologue formé en neuropsychologie.

3b / Les modifications du comportement et les problèmes exécutifs.

Il est assez fréquent qu'une atteinte des fonctions exécutives soit présente conjointement au syndrome de Korsakoff.

Les fonctions exécutives concernent **un ensemble de processus ayant pour objectif le contrôle** des activités intellectuelles et du comportement. Le patient peut donc présenter des troubles exécutifs cognitifs ou comportementaux ou encore les deux à la fois.

Les fonctions exécutives entrent en jeu **lorsqu'il faut** :

- **s'adapter à des situations nouvelles** en élaborant des stratégies adaptées,
- **réaliser des tâches complexes** nécessitant l'analyse, le maintien d'informations en mémoire, le fractionnement en différentes étapes, la capacité de modifier son plan d'action en y intégrant de nouvelles informations, le maintien du programme malgré la présence d'éléments distrayeurs.

Parmi ces processus, on parle souvent de :

- la capacité de se tenir à la réalisation d'une action en cours en écartant les informations qui sont inutiles (= *inhibition*)
- la capacité de s'empêcher de dire ou de faire quelque chose qui nous vient à l'esprit

Exemples :

- cette fonction est mise à l'épreuve dans le jeu « ni oui ni non » lorsque la personne doit s'empêcher de répondre par oui ou non alors que c'est la réponse attendue
- lors d'une conversation, si différentes idées viennent à l'esprit, il convient de les stopper (de les inhiber) pour rester dans le sujet de conversation et ne pas passer du coq à l'âne

- la capacité de passer d'un type d'information à un autre (= *flexibilité* ou « *shifting* »)

Exemples :

- cette fonction est mise à l'épreuve dans le langage SMS (tki-trrv)
- ne pas rester bloqué sur une pensée, un raisonnement
- trouver plusieurs sens à un même mot
- jongler avec le sens figuré et le sens propre d'un mot
- passer rapidement d'une tâche à l'autre

- la capacité à résoudre des problèmes et à organiser l'action en conséquence (= *planification*)

Exemples :

- cette fonction est mise à l'épreuve dans les jeux de stratégies - les énigmes
- lors de la préparation d'un menu, les temps de préparation, les temps de cuisson, les ustensiles utilisés et les ingrédients nécessaires doivent être organisés de manière judicieuse
- organiser, planifier les différentes activités de sa journée
- organiser les courses et démarches à faire en tenant compte de certaines contraintes (heures d'ouverture des magasins, localisation, ...)

Les manifestations de troubles exécutifs sont très variables et peuvent également être paradoxales ; l'atteinte du contrôle du comportement ou des émotions **peut varier dans deux sens opposés** :

- soit de l'apathie, avec un manque d'initiative, un émoussement affectif,
- soit de l'excitation, avec une désinhibition, de l'impulsivité, une irritabilité.

Ces manifestations auront un retentissement sur l'ensemble des activités du patient puisqu'elles peuvent concerner aussi bien :

- la cognition et le comportement,
- la gestion des émotions,
- les motivations et les prises d'initiatives.

Elles auront par conséquent des répercussions sur le fonctionnement social et professionnel de la personne.

L'évaluation de ces troubles et leur prise en charge nécessitent l'intervention d'un professionnel formé en neuropsychologie.

4 / La prise en charge est spécifique : que peut-on faire ?

En raison de l'origine lésionnelle du syndrome de Korsakoff, il **n'y a pas de guérison de cette pathologie.**

La récupération de l'état antérieur de fonctionnement du patient est donc impossible, et il faut envisager l'avenir dans une **perspective d'adaptation aux troubles**, de la part du patient et de son entourage.

Une prise en charge est à moduler **au cas par cas** et nécessite l'intervention de divers spécialistes ; un **travail pluridisciplinaire** sera d'autant plus efficace qu'il permet de prendre en compte les aspects médicaux, sociaux, psychologiques et surtout cognitifs.

Les principales difficultés rencontrées sont :

- l'anosognosie de la personne (elle ignore ses difficultés et estime en général ne pas avoir de problème), et l'absence de motivation qui en découle,
- les troubles du comportement de type exécutif, c'est-à-dire, l'apathie, l'inertie,...
- un état dépressif,
- la dépendance à l'alcool ; toute re consommation aura un effet gravement délétère sur le fonctionnement de la personne,
- l'isolement de ces personnes sur le plan familial, social, professionnel,
- le manque de structures adaptées pour permettre une vie semi-autonome, de sorte que ces patients évoluent dans des lieux de résidence non spécifiques tels que : l'hôpital psychiatrique, la maison de repos ou encore la maison de soins psychiatriques.

La prise en charge médicale :

Tout sevrage éthylique doit être réalisé dans un centre spécialisé et sous contrôle médical.

Une fois le syndrome de Korsakoff installé, le traitement médicamenteux vise essentiellement à limiter des manifestations secondaires telles que la dépression ou l'anxiété, ou d'autres troubles dysexécutifs du comportement.

Le traitement doit prendre en considération les troubles mnésiques et éviter l'usage de médicaments ayant un effet néfaste sur la mémoire.

Les aspects nutritionnels doivent être également surveillés car une alimentation équilibrée, riche en vitamines, est nécessaire au fonctionnement physique et cérébral.

La prise en charge psychologique :

La fragilité de la personne vis-à-vis de l'alcool est à traiter. Dans cette optique, la fréquentation d'un centre spécialisé et/ou un suivi psychologique constituent une démarche utile, même si l'envie de consommer peut disparaître en contexte d'hospitalisation.

Les types de prises en charge psychologiques répondent à différentes orientations :

- comportementaliste,
- systémique,
- psychanalytique,...

et à différents modes de suivi :

- en clinique psychiatrique,
- en privé,
- en centre de santé mentale,...

Les médecins, soignants et assistants sociaux pourront vous orienter et vous guider dans cette démarche.

Enfin, le maintien d'activités que la personne appréciait et qui lui procurent du plaisir va permettre de maintenir une **qualité de vie** satisfaisante et éviter un repli sur soi chez une personne déjà confrontée fréquemment à des situations d'échec.

La prise en charge cognitive :

Réalisée par des spécialistes (neuropsychologues, ergothérapeutes, logopèdes), elle est indispensable et permet d'effectuer un **bilan précis des capacités cognitives (atteintes et préservées) chez le patient.**

Les objectifs visent à la fois un niveau d'autonomie maximale pour la personne, en fonction de ses capacités, et le maintien des acquis (les connaissances antérieures qui restent préservées).

Pour y arriver, **différentes aides sont mises en place :**

- la mise en place d'une « prothèse mnésique » : **le carnet de mémoire**
 - o La prise de notes organisée dans un carnet de mémoire (= agenda amélioré) va permettre au patient de récupérer les informations qui ne s'inscrivent plus en mémoire. Il devra donc apprendre à écrire dans l'agenda et à consulter systématiquement cet outil tout à fait personnel. Il est important que la personne se l'approprie ; qu'elle le choisisse et y écrive elle-même dedans !
- **des aides environnementales**, choisies en fonction des besoins et du contexte
 - o Il s'agit, par exemple, d'affichages, de calendriers, de rappels, de guides « étape par étape »,... qui seront plus efficaces s'ils sont bien placés, toujours au même endroit et sont agrémentés de photos, couleurs,...
 - o D'autres aides peuvent résider dans un GSM programmable, un porte-clés sonore, une minuterie, une montre avec dateur et/ou alarme, un pilulier,...

Les méthodes employées pour apprendre à utiliser ces aides font appel à :

- **des mémoires préservées** chez la personne ; comme la mémoire procédurale par exemple
 - o Cette mémoire s'exprimant par l'action, il s'agira de répéter fréquemment les mêmes paroles ou les mêmes comportements afin qu'ils deviennent automatiques
- **des apprentissages sans erreur**
 - o En raison de l'amnésie antérograde, les patients Korsakoff ont tendance spontanément à répéter les mêmes erreurs. Il s'agit donc de mettre en place un apprentissage sans erreur.

Ces prises en charge sont **très longues** (plusieurs mois à plusieurs années) et gagnent en efficacité lorsque **l'entourage peut soutenir, au quotidien, l'utilisation des aides mises en place par les professionnels.**

5 / Situations concrètes : comment réagir ?

Le thérapeute spécialisé est la personne ressource qui réfléchit avec vous à la façon d'aborder ces situations qui, pour la plupart, nécessitent l'utilisation d'une aide mnésique.

Cette guidance exige un investissement important non seulement de la part du patient mais aussi de son entourage. Pour ce dernier, il s'agit de prendre une position adéquate vis-à-vis de la personne : c'est-à-dire :

- la guider de manière personnalisée et adaptée à chaque situation et à chaque instant ; lors de la prise de note et de la consultation du carnet
- maintenir la motivation en recourant à l'agenda sur base des besoins et envies réels de la personne
- éviter les ordres, l'infantilisation, le harcèlement; un carnet de mémoire doit rester un ami, un allié, pour celui qui l'utilise
- résister à l'envie d'agir à la place de la personne mais l'encourager à utiliser ses aides.

→ Désorientation spatiale :

- Mme X. cherche toute la journée sa chambre dans le service hospitalier où elle séjourne.
- A la sortie de la librairie, Mr Y. est dans l'impossibilité de retrouver la sortie du centre commercial

Il s'agit de limiter le changement de repères de base tels la chambre ou le lieu de vie.

Si de nouveaux repères spatiaux doivent être établis, il faut les apprendre à la personne en se basant sur la routine et la répétition pour favoriser un apprentissage implicite et procédural.

Il faut s'assurer que des aides environnementales (un fléchage du couloir, un nom et/ou une photo sur la porte...) ont été mises en place.

Il faut aussi inciter la personne à rechercher systématiquement ces aides.

Une rubrique du carnet de mémoire contenant les plans (du service, du village,...) et/ou les descriptifs de trajets est à mettre en place et à compléter chaque fois qu'un nouveau trajet est nécessaire

→ Désorientation temporelle :

- Mr K. veut aller se coucher ; il se déshabille et met son pyjama ; il est 11 h 00 du matin.
- Lorsque nous demandons son âge à Mme L. , elle nous répond « Dans les cinquante ? ». Quand nous le lui faisons calculer à partir de sa date de naissance et de l'année en cours, elle est étonnée de découvrir qu'elle a 72 ans.

Comme pour les informations spatiales, il est possible de renforcer l'apprentissage d'une information sémantique (par exemple l'âge du sujet) par sa répétition fréquente.

Dans d'autres cas, il s'agira plutôt de proposer à la personne de consulter des aides environnementales (montre, calendrier,...) ou son carnet de mémoire.

→ Amnésie rétrograde :

- Mme Z. se demande pourquoi son père ne lui rend pas visite. Il est en fait décédé depuis 5 ans.

Ce type de situation nécessite un accompagnement empathique et vigilant pour progressivement favoriser le rappel de ce souvenir douloureux et accueillir la tristesse toujours présente.

Aider la personne à se re-situer (« Où sommes-nous ? Depuis quand ? ») et rappeler le handicap mnésique.

Favoriser l'évocation (« Vous pensez à votre papa ? Quand l'avez-vous vu pour la dernière fois ? Était-il en bonne santé ? »).

Susciter la consultation du carnet de mémoire et, si nécessaire, la prise de notes dans une rubrique spécifique.

→ **Amnésie antérograde :**

- Mme K. demande pour la quatrième fois, en moins d'une heure, à son mari quand viennent ses enfants.
- Alors que Mr M. est prévenu de la visite de sa femme cet après-midi, il se rend à l'atelier peinture à l'heure des visites.
- Bien que Mme N. ait vu son avocat il y a une heure, elle est incapable de dire aux infirmières quelle fut la conclusion de cette rencontre.

Les informations doivent être notées, à défaut d'être mémorisées, dans un endroit adéquat (agenda, affiche,...).

Guider la personne vers la consultation de ces aides au moment même (prise de note) et plus tard quand les gens s'interrogent (" Ne devriez-vous pas prendre note ? « Où pourriez-vous trouver cette information ? C'est peut-être noté quelque part ? »...).

→ **Trouble de la mémoire prospective :**

- Mme O. se rend à la cafétéria, bien décidée à y acheter du chocolat. Après avoir fait la file, elle commande pourtant un soda.
- Voici 3 semaines que Mr P. oublie de sortir les poubelles le jeudi.
- Mr Q. a encore oublié de se rendre à son rendez-vous chez le médecin.

La consultation systématique de la rubrique agenda du carnet de mémoire devrait aider à réduire ces oublis ; la personne doit progressivement arriver à une prise de notes systématique des activités à réaliser et à une consultation systématique du carnet. Il ne faut pas non plus oublier de pointer ou barrer les activités déjà réalisées.

Souvent, l'utilisation d'aides environnementales sera également nécessaire : planning, rappels, affichage, liste de courses, mais aussi un coup de fil d'une personne de l'entourage, la sonnerie du réveil avec un post-it accroché sur le cadran, ...

→ **Anosognosie :**

- Mme Y. veut se lever pour se rendre à une activité thérapeutique. Elle est en chaise roulante, présente un trouble de la marche sévère avec risque de chute et ne sait pas marcher seule.
- Mr Z. estime sa mémoire excellente et ne voit pas pourquoi il doit utiliser un carnet de mémoire.

Ne pas rabrouer la personne ni rentrer dans l'escalade verbale.

Une prise de conscience, même temporaire, sera favorisée si le cadre est rappelé et que l'on peut restituer à la personne un exemple de difficulté rencontrée.

Il est important que cette prise de conscience se tente au moment même (car si on évoque une difficulté ancienne, la personne risque de ne pas s'en souvenir et donc de la nier).

→ **Fausse reconnaissance :**

- Mme T. croise pour la première fois une dame dans un magasin, la prend pour sa belle-sœur et va spontanément l'embrasser.
- Mr S. est hospitalisé depuis 2 semaines ; il reste convaincu d'avoir toujours connu plusieurs membres du personnel.

Plutôt que de réprimer la personne, veiller à discuter, expliquer et, si possible, confronter, en douceur, à la réalité de la personne faussement reconnue.

Si nécessaire, rappeler le cadre, le handicap mnésique et ses conséquences.

Mais si la personne est énervée, le fait de discuter peut accroître son énervement, la tension. Dans ce cas, jouer plutôt l'indifférence et ne pas réagir, permet alors de ne pas renforcer certaines croyances fausses !

→ **Confabulations :**

- Mr D. était kinésithérapeute. Lors de son hospitalisation, il se rend au service de kinésithérapie et demande quel patient il peut prendre en charge.
- Mme G. ne souhaite pas se rendre dans la salle à manger car elle doit participer, comme tous les jours depuis qu'elle vit au Congo, à une chasse à l'éléphant.
- Mr E. sort de la salle de kinésithérapie où il a fait du vélo statique et se plaint que sa promenade de 2 heures sur la colline l'a épuisé.
- Mme F. ne souhaite pas se rendre à son rendez-vous chez le médecin, car elle pense y être déjà allée le matin.

Aider la personne à retrouver l'information exacte à l'aide d'indices sur le contexte et la consultation de son carnet de mémoire.

Si nécessaire, pister l'information exacte avec le patient auprès de l'entourage et faire inscrire celle-ci par la personne dans une rubrique permanente du carnet de mémoire.

Il faut éviter les questions provoquant ces productions erronées telles que : « Qu'avez-vous fait ? D'où venez-vous ? ».

De manière générale, privilégier les questions fermées et resituant le contexte : « C'était gai le vélo, ce matin, à la kiné ? » « Le repas de jeudi, avec votre sœur, vous a-t-il plu ? »

6 / Attention aux idées fausses !

Partant souvent d'un certain « bon sens », voici les idées fausses les plus répandues au sujet du syndrome de Korsakoff. Il faut rester vigilant et les éviter à tout prix car elles nous écartent d'un accompagnement efficace et respectueux de la personne.

« La personne atteinte d'un syndrome de Korsakoff manifeste de la mauvaise volonté : parfois elle se souvient de quelque chose et, peu après, quand on lui demande de le rappeler, elle ne s'en souvient plus !... Elle le fait exprès ! »

→ **FAUX** : les difficultés de mémoire épisodique sont le reflet d'une altération de la mémorisation volontaire et consciente. Certains souvenirs corrects et récents peuvent émerger mais ils sont l'expression d'une mémoire implicite préservée, qui fonctionne en dehors de la (bonne) volonté de la personne.

« Depuis le temps qu'il pose sans cesse les mêmes questions, il devrait connaître les réponses ! »

→ **FAUX** : L'encodage des informations en mémoire épisodique est altéré et si certains apprentissages sont malgré tout possibles en mémoire implicite, ils requièrent énormément de temps d'entraînement, et restent liés à un contenu restreint.

« Elle se rappelle avec précision ce qu'elle a vécu il y a 10 ou 25 ans ; elle doit pouvoir se souvenir de ma visite d'hier ! »

→ **FAUX** : Dans l'amnésie antérograde, qui caractérise le syndrome de Korsakoff, les difficultés de mémoire portent principalement sur les souvenirs récents (c'est-à-dire depuis que la personne est malade), alors que les souvenirs plus anciens sont souvent préservés.

« S'il utilise un carnet de mémoire, il ne fera même plus travailler sa mémoire ! »

→ **FAUX** : La mémoire est déjà suffisamment sollicitée à chaque instant de notre vie, souvent sans que nous en ayons conscience ! L'utilisation d'un carnet de mémoire permet d'éviter une surcharge inutile et de nombreuses erreurs. Lorsque des aides sont possibles, utilisez-les et facilitez-vous la vie !

« Si elle entraîne sa mémoire à force de répétition, de « par cœur », cette mémoire va finir par s'améliorer globalement et les choses seront moins compliquées au quotidien ! »

→ **FAUX** : La mémoire n'est pas un muscle qui se renforce par des exercices répétitifs ! En effet, ceux-ci ne permettront la mémorisation que de ce qui a été répété : il n'y a aucune généralisation. Par exemple, réussir à apprendre un poème ne permettra jamais de mieux se souvenir d'un rendez-vous ou d'une liste de courses. Chez la personne atteinte d'un syndrome de Korsakoff, la répétition ne portera donc que sur des informations générales (l'âge du sujet, la présence d'un handicap mnésique, le numéro de sa chambre, la consultation de l'agenda,...) et jamais ponctuelles (la date du jour, la liste des courses, l'activité réalisée la veille, ...)!

« Après un certain temps passé dans le service, il se souvient du nom du médecin et retrouve sans difficulté sa chambre, cela veut dire qu'il a récupéré sa mémoire ! »

→ **FAUX** : Si la confrontation répétée à certaines informations permet à la personne, après un certain temps, de les rappeler, les nouvelles informations seront toujours, quant à elles, soumises à l'oubli à mesure.

« Depuis que sa mémoire est malade, il reste assis en permanence dans son fauteuil ; il est vraiment devenu paresseux...et bon à rien ! »

→ **FAUX** : le problème de mémoire et les problèmes exécutifs peuvent se traduire par un manque d'initiative, un oubli des activités à entreprendre et une perte de notion du temps qui passe ; cette inertie est liée à un déficit cérébral et ne doit pas être assimilée à de la paresse.

Il n'existe actuellement pas en Belgique de structure de vie accueillant spécifiquement et uniquement des personnes atteintes d'un syndrome de Korsakoff.

Les perspectives d'avenir sont donc **à envisager au cas par cas**.

Le lieu et le style de vie seront à déterminer en fonction :

- **des ressources de la personne** : son autonomie dans la vie quotidienne, la gestion des difficultés engendrées par les troubles de mémoire, ses centres d'intérêt, son humeur, son âge, la présence d'autres troubles associés,...
- **des ressources de son entourage social et/ou familial** : son éloignement géographique, sa disponibilité temporelle, sa capacité à maintenir un investissement affectif et émotionnel malgré les souffrances engendrées par un alcoolisme chronique,...

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cette brochure vous a été remise par :.....

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter cette personne :

.....

.....