



**Mots-clés :** Alcool, mésusage, cognition, représentations et pratiques soignantes, enquête qualitative  
**Keywords:** Alcohol, misuse, cognition, caregivers representations and practices, qualitative survey

## Troubles cognitifs associés au mésusage d'alcool : enquête qualitative sur les attentes de professionnels et acteurs de l'addictologie en Bourgogne

*Cognitive impairment associated with alcohol misuse, a qualitative survey in order to clarify expectations and needs of caregivers in Burgundy (Eastern France)*

P. Menecier<sup>1</sup>, I. Millot<sup>2</sup>, S. Wackenheim<sup>3</sup>, E. Ayad<sup>4</sup>, J.P. Capitain<sup>5</sup>, B. Favet<sup>6</sup>, C. Robin<sup>7</sup>, et le groupe Addiction et cognition, Agence régionale de santé de Bourgogne

**Les troubles cognitifs associés au mésusage d'alcool sont un des aspects les plus fréquents et peut-être aussi les plus méconnus des troubles liés à l'usage d'alcool. Dans la région de Bourgogne, un groupe de travail missionné par l'Agence régionale de santé (ARS) se réunit autour de ce thème depuis début 2014. Il a lancé une enquête qualitative auprès d'acteurs régionaux en alcoologie dans l'objectif de préciser leurs attentes, leurs besoins et les orientations qu'ils espèrent en termes de repérage, de diagnostic, d'accompagnement ou d'accueil pour les formes les plus évoluées, afin d'étayer les choix de santé publique locaux.**

*Cognitive impairment associated with alcohol misuse are one of the most common aspects and perhaps the least known among the alcohol use disorders. In Burgundy, commissioned by the Regional Health Agency, a working group on this theme has met since early 2014. A qualitative survey has been initiated among regional actors in alcoholology in order to clarify expectations, needs and hoped-term orientations about screening, diagnosis, support or home for the most advanced forms, to assist local choice in public health.*

L'alcool, substance psychoactive prédominant dans notre environnement socioculturel, est d'abord un psychodysléptique. Il trouble les esprits des consommateurs, et influe sur ceux de qui les côtoient comme de qui tentent de les soigner. Au-delà des effets immédiats d'ivresse ou différés de sevrage, les interactions à moyen ou long terme entre alcoolisation et cognition commencent à être envisagées de manière plus complexe qu'à travers le seul exemple des troubles déficitaires tardifs et extrêmes (tel que le syndrome de

Korsakov) [1]. Le profil cognitif de sujets atteints de troubles liés à l'usage d'alcool, les modalités de repérage précoce de ces perturbations, les implications pour le soin des complications du mésusage, en particulier comme facteur de pérennisation des conduites (2), sont autant de points complémentaires, en cours de valorisation. Il sera utile de les intégrer, tant dans les pratiques de soin que dans les orientations de santé publique.

### CONTEXTE RÉGIONAL ET OBJECTIFS DU GROUPE DE TRAVAIL

La Bourgogne, indépendamment de sa qualité de région de production viticole, est l'une des régions de France où les dommages dus à l'alcool comme les niveaux de consommation sont

proches des moyennes nationales (3), c'est-à-dire toujours *trop élevés* (4). Entre les multiples interrelations qu'entretiennent alcool et cognition et en intégrant la dualité toxicité-protection, qui va au-delà d'un regard hygiéniste entre "le bien et le mal", il convient de rappeler que **l'alcool est d'abord neurotoxique** (5). Ensuite, cette toxicité pour le système nerveux central comporte, entre autres, des dommages cognitifs, qui en sont un des aspects majeurs (hors périodes d'intoxication ou de sevrage alcoolique, bien entendu) [6]. Sans préciser a priori le sens de cette interrelation, on constate que les troubles cognitifs associés au mésusage d'alcool ont des formes, des supports anatomiques ou psychodynamiques et des profils évolutifs multiples (7). Repérer ces troubles, quelle que soit leur importance, conditionne les modalités de soin et d'accompagnement, mais ne doit jamais constituer un frein aux soins ni être un motif de leur limitation.

L'Agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne, dans le cadre des travaux de la Commission régionale des addictions, devenue *Projet Addiction*, a retenu la mise en place de protocoles territoriaux 2014-2016, se déclinant dans chaque département mais comportant une partie commune régionale en 5 axes. L'un de ceux-ci, ciblant la question des troubles cognitifs liés à l'alcool, est à l'origine de la constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire qui se réunit depuis début 2014. Il associe des professionnels de structures d'accueil et de soins en addictologie, d'établissements hospitaliers, de Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et de l'Observatoire régional de la santé (ORS). Son objectif est de considérer les conduites addictives avec l'alcool et leurs interactions avec la cognition, sans pour autant négliger les questions associées aux usages ou mésusages concomitants d'autres produits (cannabis, benzodiazépines, etc.). Les objectifs secondaires visent à décrire et mesurer la fréquence des troubles cognitifs et leurs caractéristiques, pas seulement au stade démentiel, mais encore tout au long de leur évolution. Ils ont aussi pour but de préciser les modalités de leur repérage par des professionnels de première ligne (sans compétences neuropsychologiques) et leur possible systématisation, d'étudier les modalités de remédiation ou de réhabilitation. Ils ont pour propos, enfin, de réfléchir aux moyens d'accueil des formes les plus sévères à mettre en œuvre. Si l'intention initiale de l'ARS était de travailler sur l'opportunité de créer une structure d'accueil pour patients atteints de troubles cognitifs graves, le groupe a opté pour une approche large et globale de la question, afin de ne pas négliger les possibilités d'amélioration et de récupération en dehors de la consommation d'alcool. Parallèlement, le groupe a fait une revue de la littérature sur l'état

<sup>1</sup> Praticien hospitalier, unité d'addictologie-consultation mémoire, hôpital des Chanoux, Mâcon Cedex ; laboratoire SIS (EAM 4128), université Lyon 2.

<sup>2</sup> Médecin, Observatoire régional de la santé, Bourgogne.

<sup>3</sup> Directrice du centre Le Renouveau, Dijon.

<sup>4</sup> Médecin, centre hospitalier de Montceau-les-Mines.

<sup>5</sup> Centre hospitalier spécialisé La Chartreuse, Dijon.

<sup>6</sup> Directeur de l'ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie), Bourgogne.

<sup>7</sup> Médecin, Agence régionale de santé de Bourgogne.

actuel de la question, sa déclinaison en France à la lumière des travaux du groupe de travail spécifique du COPAAH (8) [encadré] et l'éventualité d'un rapprochement avec le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019, envisageant le cas particulier des jeunes malades atteints de syndromes démentiels apparentés à la maladie d'Alzheimer (9).

## L'ENQUÊTE QUALITATIVE : OBJECTIFS ET MÉTHODES

Dans ce contexte, le groupe a proposé une première phase d'étude reposant sur une enquête qualitative, à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès d'acteurs en addictologie de la région (professionnels ou associations d'usagers), afin de valider ses axes de travail et de vérifier ses hypothèses de départ. Cette étude, ayant pour objets les troubles cognitifs associés à un mésusage d'alcool (formes sévères ou malades jeunes) mais aussi le repérage des formes modérées et les modalités de leur prise en compte, a pris la forme d'une enquête téléphonique. La grille d'entretien a été adressée aux sujets de l'enquête avant l'interview, pour préparation. Principaux points : la fréquence des troubles cognitifs invalidants dus à l'alcool dans leur pratique, leurs habitudes de repérage et d'évaluation, l'existence ou non de difficultés de prise en compte, les possibilités de recours en matière de

diagnostic, de réhabilitation, d'accompagnement ou d'orientation vers un lieu d'accueil spécifique sur le territoire, les éventuelles autres attentes relatives à ce thème. L'enquête a été conduite par l'ORS de Bourgogne.

## RÉSULTATS

L'enquête a été menée auprès de **16 acteurs régionaux**, issus des 4 départements de la Bourgogne. Les interviewés comptaient 2 bénévoles présidents d'associations d'usagers et 14 professionnels : 7 médecins (psychiatres, addictologues, généralistes), 3 psychologues, 1 infirmier et 5 responsables socio-administratifs, relevant à divers titres du dispositif spécialisé en addictologie.

Premier constat : l'accueil favorable réservé à l'enquête, qui semble témoigner d'un réel intérêt pour le sujet. La fréquence des troubles cognitifs sévères, estimés comme rares par la plupart des professionnels, est variable selon le lieu d'exercice. Elle est estimée plus élevée dans les structures hospitalières, en accueil d'urgence, mais rare en CSAPA, en structure de soins primaires, voire en centre spécialisé de soins (à l'exception d'un centre qui, ayant systématisé le repérage, fait état de plus de 10% de formes sévères et d'une moitié de troubles parmi les accueillis). On observe un manque global d'assurance ou de certitudes par rapport au thème, aux définitions : ainsi, peu de données



cliniques et neuropsychologiques spécifiques apparaissent, même si certaines notions spécialisées sont parfois mentionnées, comme celles qui concernent le continuum clinique entre troubles modérés et sévères (10), ou la place de la vitaminothérapie B (11).

Dans tous les cas, ces patients sont réputés "incapables", "embolisant" les services, ce qui conduit plus de 2/3 des interviewés à un consensus quant au besoin de place pour l'accueil de sujets relevant de formes sévères (désignés *problèmes de placement*). Ces patients sont des malades jeunes, en comparaison de populations habituelles relevant de maladies d'Alzheimer ou de pathologies apparentées et qui n'accèdent pas, de par leurs profils, aux structures pour adultes handicapés, sans être non plus adaptés (de par leurs troubles) à des structures polyvalentes d'hébergement social.

De nombreuses questions portent sur l'évaluation de la prévalence locale de situations relevant de troubles sévères et du besoin de places spécifiques. Cependant, si chacun rapporte, au travers de récits de vie qui ont marqué leurs pratiques et celles de leurs collègues et partenaires, des cas particuliers et des parcours singuliers aboutissant à des réponses variables, chaque fois improvisées, le repérage de troubles ou l'évaluation cognitive n'est jamais systématique, ni jamais réalisé par l'interviewé lui-même. Parfois, une orientation est faite vers un autre professionnel, psychologue ou neuropsychologue. Toutefois, aucune orientation n'est faite en "consultation Mémoire". Les acteurs s'interrogent sur le type d'outil de repérage à employer (quel questionnaire utiliser ?), et sur le meilleur moment pour réaliser cette évaluation. Il y a une forte attente à propos des conduites à tenir, des structures de référence pour le repérage et l'évaluation, mais aussi de l'information sur d'éventuelles modalités de réhabilitation (d'aide à la récupération). Les interviewés ont aussi évoqué les freins et difficultés rencontrés dans la conduite d'une évaluation cognitive : parmi eux, il y avait des difficultés d'évaluation (complexité de la différenciation du trouble cognitif comme cause ou conséquence du trouble lié à l'usage d'alcool, ou encore crainte de blesser, de mettre en échec le sujet par une évaluation dans une période de vulnérabilité ressentie). Ont ensuite été évoquées l'apparence trompeuse de certains patients susceptibles de faire illusion, de *faire façade* faute d'une évaluation systématique, la nécessaire interrogation sur le rôle délétère d'autres produits parfois associés (cannabis ou benzodiazépines), la complexité de situations où des déficits cognitifs préexistent à l'addiction (*pauvreté cognitive initiale*), ainsi que la nécessité d'être en mesure de détecter des comorbidités psychiatriques. Plus encore, le choix du moment le plus adapté pour le repérage et l'évaluation est questionné : quand doivent-ils être proposés, plus ou moins précocement, dans un accompagnement ou le professionnel et la structure ne sont que temporairement en lien avec le sujet, et sont déjà largement accaparés par d'autres tâches spécifiques, médicales ou sociales ?

### GRUPE DE TRAVAIL DU COLLÈGE PROFESSIONNEL DES ACTEURS DE L'ADDICTOLOGIE HOSPITALIÈRE : TROUBLES DE L'USAGE D'ALCOOL ET TROUBLES COGNITIFS (8)

Cet état des lieux des connaissances et des pratiques, issu d'un groupe pluridisciplinaire d'experts français, retient comme points-clés :

*"La prévalence des atteintes cognitives des patients suivis pour un trouble de l'usage d'alcool est très sous-estimée. Pourtant, le profil clinique caractéristique des patients présentant de tels troubles implique pour eux une difficulté à prendre en compte l'ensemble des dommages associés à la consommation d'alcool, une altération des facultés d'introspection et d'autocritiques et des difficultés de prise de décision pour changer un comportement, contrastant avec une surestimation de leurs capacités à y parvenir.*

*Cette clinique, combinée à des attitudes de rejet social, limite pour ces patients l'accès à des soins adaptés et entraîne une plus grande difficulté à mettre en œuvre les changements nécessaires à la correction des troubles.*

*Tous ces éléments contribuent au renforcement de la pathologie et en aggrave les conséquences. Ils peuvent constituer un facteur de risque de mauvais résultats des prises en charge. L'insuffisance de la prise en compte de ces troubles dans le dispositif de soins actuel crée une perte de chance pour ces patients qui sont orientés vers des prises en charge inadaptées, au mauvais endroit et/ou au mauvais moment."*

Ce travail d'expertise collective multidisciplinaire de santé et de recherche en neurosciences a pour objectif, après une mise au point sur l'état actuel des connaissances, d'améliorer une filière de soins spécialisée (diagnostic, orientation, prise en charge). Il se développe autour des 7 questions :

- Quels troubles cognitifs peuvent être induits par une exposition in utero à l'alcool ? Quelles en sont les conséquences ?
- Quels troubles cognitifs peuvent être induits par l'usage ponctuel important d'alcool (*binge drinking*) ?
- Quelles sont les définitions et l'épidémiologie des troubles cognitifs liés à l'exposition chronique à l'alcool ?
- Quels aspects les atteintes cérébrales liées aux troubles chroniques de l'usage d'alcool prennent-elles en neuro-imagerie ? Quelle clinique neuropsychologique pour ces atteintes ?
- Comment procéder à une évaluation neuropsychologique en cas de trouble de l'usage de l'alcool ?
- Quelle prise en charge adopter en cas de troubles cognitifs liés à l'alcool : la réhabilitation cognitive et psychosociale, les traitements médicamenteux ?
- Quel parcours de soin en cas de trouble de l'usage d'alcool avec troubles cognitifs ?



## DISCUSSION

Malgré le nombre et la diversité des difficultés relevées, la presque totalité de ces acteurs prendra aussi la peine de souligner tous les bénéfices qu'il y a à procéder à une évaluation. Ils ont presque tous insisté sur l'importance de disposer d'un diagnostic (positif et différentiel) afin d'orienter la conduite à tenir, de préciser une évolutivité (voire une possible régression), de formuler des offres de soins, d'envisager d'éventuels groupes homogènes de patients et d'aider aux orientations des patients (réorientations professionnelles, notamment). Plusieurs personnes aborderont les questions éthiques que pose la promotion d'un repérage, qui ne se justifie qu'à la condition expresse de pouvoir ensuite proposer une offre en termes d'accompagnement ou de soins, avec un projet personnalisé.

Enfin, les résultats signalent que le bénéfice associé à l'arrêt de l'alcool est bien identifié, y compris dans un moment où se développent les notions de réduction des risques ou des méfaits en alcoologie. On note aussi l'intérêt, ou plutôt l'espoir, de considérer des formes de prévention de ces troubles (les vitamines B ou des séances de remédiation cognitive, notamment, sont citées), même si une vision souvent pessimiste des troubles sévères, "dont le patient ne récupérerait que rarement", semble parallèlement prédominer.

Au fil des échanges, outre la variabilité des considérations et des prises en charge, plusieurs interviewés préciseront que, dans les interventions, "on bricole", pour finalement laisser transparaître une prudence autour de ces questions. Malgré tout, des pistes d'action semblent se dégager des discours qui tous soulignent l'intérêt d'informer sur le bénéfice à l'arrêt de l'alcool et sur les offres et dispositifs existants dans le champ de l'addictologie ou de la neuropsychologie, ainsi que de favoriser une coordination des intervenants ("et éviter de simplement se renvoyer la balle"). L'opportunité de ne pas condamner quelqu'un qui peut retrouver des capacités cognitives et l'espoir d'une simplification administrative (dossiers souvent très lourds) sont aussi rappelés.

Globalement, les 16 entretiens téléphoniques ont permis d'obtenir une vision large des préoccupations des acteurs de l'addictologie à propos des troubles cognitifs associés au mésusage d'alcool. Ils soulignent leur intérêt pour le sujet et la richesse des discours envisageant l'essentiel des points théoriques issus de la littérature la plus récente (8) ; ainsi, ressort l'intérêt du repérage systématisé et d'une évaluation précise afin d'offrir les soins addictologiques les plus adaptés (12). La place des vitamines B est faible dans les discours (11) et le recours à d'éventuels autres moyens médicamenteux pour obtenir une hypothétique neuroprotection n'apparaît pas, pas plus que les potentiels effets d'excito-toxicité de sevrages alcooliques répétés (13). L'intérêt du diagnostic positif comme celui du diagnostic différentiel sont aussi soulignés (14). La question des troubles cognitifs comme dommages de l'alcoolisation est posée avant tout. À l'inverse, leur place dans la genèse ou la pérennisation des troubles addictifs est exceptionnelle (15). Globalement, ces professionnels en situation d'expertise régionale en alcoologie expriment peu de connaissances sur le sujet (sauf exception). Même si l'enquête n'avait pas de perspective d'évaluation des connaissances, elle semble recueillir des propos conformes aux déclarations des spécialistes de l'addictologie, c'est-à-dire modestes quant à leur connaissance du sujet.

Ces résultats confirment les objectifs du groupe de travail, et renforcent l'opportunité de la thématique choisie, ainsi que les orientations envisagées. Au-delà de cette première étude, le groupe souhaite développer, par la suite, **une enquête complémentaire, quantitative**, élargie au dispositif général (sanitaire, médicosocial et social, spécialisé ou non en alcoologie), à propos des formes sévères mais aussi légères, avec des objectifs d'évaluation de prévalence estimée, des besoins ressentis, en termes de recours diagnostiques, de soutien et d'accompagnement des patients ou d'accueil institutionnel spécifique. Cette nouvelle enquête contribuera par ailleurs indirectement à la sensibilisation des professionnels sur les troubles associés au mésusage d'alcool.

En conclusion, si cette expérience locale souligne combien il est intéressant que soient présents des professionnels spécialisés en alcoologie pour la question des troubles cognitifs associés au mésusage d'alcool, il existe de multiples attentes à ce propos : en termes de besoins de connais-

sances, de recherche de stratégies de repérage et d'évaluation, de recours d'orientation et d'accueil au besoin, d'interventions de soins de réhabilitation. Un fort besoin de repères communs en ressort, dans une déclinaison régionale et locale des orientations et plans nationaux, afin de répondre aux attentes et besoins des acteurs de terrain et, surtout, des sujets relevant de troubles cognitifs et addictifs associés.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références bibliographiques

1. Bernardin F, Maheut-Bosser A, Paille F. [Cognitive impairment of alcohol-dependent subjects]. *Rev Prat* 2014;64:462-5.
2. Beaunieux H, Ritz L, Segobin S et al. Troubles neuropsychologiques dans l'alcoolodépendance : l'origine de la rechute ? *Rev Neuropsychol* 2013;5(3):159-65.
3. ORS Bourgogne. Les addictions en Bourgogne, 2014. <http://www.ors-bourgogne.org/les-addictions-en-bourgogne/>
4. Hill C, Laplanche A. La consommation d'alcool est trop élevée en France. *Presse Med* 2010;39(7/8):158-64.
5. Ollat H. La neurotoxicité de l'alcool. *Neuropsychiatrie: tendances et débats* 2004;24:25-9.
6. Boudehent C, Beaunieux H, Pitel AL, Eustache F, Vabret F. Contribution de la neuropsychologie à la prise en charge de l'alcoolodépendance : compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales. *Alcoologie et Addictologie* 2012;34(2):121-7.
7. Menecier P, Afifi A, Menecier-Ossia L et al. Alcool et démences : des relations complexes. *Revue de Gériatrie* 2006;31:11-8.
8. Groupe de travail du Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPAAH). Troubles liés à l'usage d'alcool et troubles cognitifs : synthèse. *Alcoologie et Addictologie* 2014;36(4):335-73.
9. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan Maladies neurodégénératives 2014-2019. [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_maladies\\_neuro\\_dégénératives\\_def.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_dégénératives_def.pdf)
10. Pitel AL, Lamuzel C, Viader F, Vabret F, Eustache F, Beaunieux H. Alcoolodépendance et syndrome de Korsakoff : un continuum ? *Rev Neuropsychol* 2013;5(3):179-86.
11. Day E, Benthram PW, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7.
12. Vabret F, Boudehent C, Blais Lepelleux AC et al. Profil neuropsychologique des patients alcoolodépendants. Identification dans un service d'addictologie et intérêt pour leur prise en charge. *Alcoologie et Addictologie* 2013;35(3):215-23.
13. Loeber S, Duka T, Welzel Márquez H et al. Effects of repeated withdrawal from alcohol and recovery of cognitive impairment under abstinence and rate of relapse. *Alcohol Alcohol* 2010;45(6):541-7.
14. Ritz L, Pitel AL, Vabret F, Eustache F, Beaunieux H. Alcoolodépendance : atteintes neuropsychologiques et diagnostics différentiels. *Rev Neuropsychol* 2012;4(3):196-205.
15. Seigneurie A, Guerin-Langlois C, Limosin F. Vulnérabilité cognitive de l'alcoolodépendance : identification d'endophénotypes morphologiques cérébraux. *Encephale* 2013;39:320-5.

## Brèves

### L'EXPÉRIMENTATION DES SALLES DE CONSOMMATION ADOPTÉE EN PREMIÈRE LECTURE

C'est fait ? Voire... En tout cas, **l'article 9** du projet de loi Santé sur l'expérimentation des salles d'injection à moindres risques a été adopté en première lecture, après de longues et après discussions, au cours desquelles un député UMP a même comparé ces salles à des "antichambres de la mort" ! "Après plus de 6 ans de débat (qui a commencé le 19 mai 2009 quand le Réseau français de réduction des risques [RdR] a installé une salle de consommation dans les locaux d'Asud), et beaucoup de faux départs,

les salles de consommation vont enfin pouvoir devenir une réalité, et nous nous en réjouissons", explique **Pierre Chappard**, coordinateur du **Réseau français de RdR**. On attend donc leurs ouvertures à plus ou moins long terme, à Marseille, Strasbourg, Bordeaux et Paris, où un tel projet, prévu à proximité de la gare du Nord, est défendu depuis de nombreux mois, mais où l'opposition des riverains reste un verrou difficile à lever.

En revanche, l'amendement du rapporteur Olivier Veran sur **la sécurisation juridique de la RdR à l'article 8** du même projet de loi, qui donne une définition plus précise de la RdR que celle de la loi de 2004, a été retiré... sous la pression du gouvernement. "La surprise est désagréable, poursuit-il. Cet amendement

repréend pourtant des concepts développés dans l'article 9 concernant les salles de consommation." Il demande la sécurisation juridique de toutes les actions de RdR menées par les professionnels, via l'ajout : "Ne peut être poursuivi des chefs de complicité d'usage illicite de stupéfiants et de facilitation de l'usage illicite de stupéfiants le professionnel intervenant dans le cadre de sa mission de réduction des risques tel que défini dans cet article". Et, pour les usagers de drogues, encore trop souvent arrêtés et fouillés par la police avec l'objectif de prouver la détention de stupéfiants, alors qu'ils sont en train de se servir d'un distributeur de seringues ou à l'entrée d'un CAARUD, bus mobile.

Contact : Pierre Chappard, coordinateur du Réseau français de réduction des risques, tél. : 06 63 55 65 54.