



Mots-clés : Troubles cognitifs liés à l'alcool, repérage, soins, réhabilitation, hébergement spécialisé

Keywords: Alcohol related cognitive disorders, identification of cognitive impairment, care, rehabilitation, specialized housing accommodation

Troubles cognitifs liés à l'alcool : état des lieux et propositions en Bourgogne*

Cognitive impairment associated with alcohol misuse

P. Menecier¹, M. Corneloup², I. Millot³, S. Wackenheim⁴, E. Ayad⁵, A. Piver⁶, groupe Addictions-cognitions⁷

Un groupe de travail a été constitué à propos des troubles cognitifs liés au mésusage d'alcool en Bourgogne. Il a mené ses réflexions en s'adossant à 2 études spécifiques de l'Observatoire régional de la santé. Un parcours coordonné entre professionnels est proposé, modélisé en 6 étapes clés : repérer les troubles, les évaluer en première puis seconde intention, orienter, stabiliser et réhabiliter, accompagner, réinsérer et autonomiser les patients, avant, enfin, d'envisager la question de leur accueil spécialisé en hébergement pour certains. Un dernier point, transversal, concerne la création d'équipes professionnelles référentes du sujet, et une offre de formations sur ce thème.

A working group has been formed about cognitive disorders associated with alcohol misuse. Its deliberations were carried out based on 2 specific studies by the Regional Health Observatory of Burgundy.

A coordinated care chain of professionals is suggested, modeled in 6 keysteps are successively described considering the needs to identify the disorders, to evaluate at first-line then second-line, to direct, to stabilize and to rehabilitate, to reinsert, to support and to empower, before finally consider the issue of specialized accommodation home for some of them. A final transversal point concerns the creation of referent professional team about the subject, and the promotion of training/teaching about it.

Dans le cadre de la démarche *Projet addictions* en Bourgogne, on a retenu la mise en place de protocoles territoriaux 2014-2016, dont une des fiches *Actions* concerne les troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA). Cette question est apparue comme un point sensible pour de nombreux professionnels, qui ont souligné sa dimension récurrente et dérangeante, ainsi que le manque d'offres spécifiques d'évaluation ou d'accueil. L'impression d'être démuné prévaut, alors que les réponses à ces situations paraissent souvent relever d'improvisations et d'opportunités locales. Pour ces différentes raisons, on a retenu cette question de santé et on en a fait une priorité pour une mise au point régionale et l'élaboration de propositions d'actions.

LES MÉTHODES

Un groupe a travaillé pendant 2 ans, en collaboration avec les services de l'Agence régionale

¹ Médecin, centre hospitalier de Mâcon ; ² Interne, CHU de Dijon ; ³ Médecin, Observatoire régional de la santé, Bourgogne ; ⁴ Directrice Le Renouveau, Dijon ; ⁵ Médecin, centre hospitalier de Montceau-les-Mines ; ⁶ Psychologue spécialisée en neuropsychologie, CHU de Dijon ; ⁷ Protocole territorial Addictologie, Agence régionale de Bourgogne.

* Le *Courrier des addictions* a publié un premier article de cette équipe : "Troubles cognitifs associés au mésusage d'alcool, enquête qualitative sur les attentes de professionnels et acteurs de l'addictologie en Bourgogne" 2015;17(2):26-8.

de santé (ARS), collaboration enrichie du lieu avec l'Observatoire régional de la santé (ORS) qui a conduit 2 études régionales (1-3). Un document synthétique, rapport de ce travail, a été remis à l'ARS fin 2015 (4), dégageant des axes d'orientation et de développement d'actions de santé publique en Bourgogne concernant les personnes présentant des TCLA.

Un premier accord global du groupe est apparu sur un objectif général dépassant la seule question des modalités d'accueil des situations les plus sévères (rares syndromes de type Korsakoff), ouvrant la réflexion aux besoins de développer le repérage et l'évaluation des troubles, à tous les stades, avant de promouvoir la réhabilitation des patients. Ce travail, limité aux TCLA, n'a volontairement pas envisagé les conséquences cognitives du cannabis ou des benzodiazépines, lors de mésusages parfois associés, sans pour autant les négliger.

LE CONTEXTE

En Bourgogne, les TCLA concerneraient **plus de 2000 personnes**, dont plus de 700 seraient sans solution d'hébergement (1-3). Généralement, les TCLA concerneraient peu ou prou **jusqu'à 2/3 des sujets dépendants de l'alcool** (5). Face à ces situations, les réponses relèvent souvent d'improvisations variables selon les ressources

et les organisations locales, sans coordination ni égalité de l'offre entre les territoires de santé. Le jeune âge des personnes prévaut. Le retentissement socioprofessionnel va conditionner les réponses du dispositif de soin ou d'accueil. On observe un lien entre l'existence de troubles cognitifs et le risque de reprise (rechutes) ou de maintien des alcoolisations [6, 7]. Les cliniciens éprouvent des difficultés dans le repérage puis l'évaluation de ces situations, malgré l'émergence de travaux à ce propos, notamment en France (5, 7), ainsi que la diffusion des recommandations du Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPAAH) [8]. L'évaluation de la situation régionale a été réalisée grâce à 2 études de l'ORS de Bourgogne. La première étude **qualitative** (1, 2), menée par entretiens auprès de 16 acteurs de l'alcoologie, confirme l'intérêt pour la question des TCLA. Il existe de multiples attentes en termes d'apport de connaissances, de stratégies de repérage et d'évaluation, d'orientation et d'accueil ou de réhabilitation.

La seconde étude, **quantitative**, menée par questionnaires autoadministrés (3), a analysé les réponses de 96 acteurs en alcoologie de la région et confirme l'intérêt porté aux TCLA. Les propositions faites aux patients reposent sur le repérage, l'orientation, l'accompagnement et l'hébergement, si nécessaire. Traitement, réhabilitation et remédiation cognitive sont des modalités moins consensuelles. Les difficultés de prise en charge énoncées portent essentiellement sur un besoin d'identification des structures d'orientation, d'accompagnement et d'hébergement. Les attentes en termes de formation sont majoritaires, tant dans le domaine de l'addictologie que de la problématique des troubles cognitifs.

LES PROPOSITIONS

On propose la mise en place d'un parcours coordonné de professionnels afin d'optimiser l'offre aux malades qui présentent des TCLA. Ce projet peut se décliner en 7 points clés :

Le repérage

Il y a un intérêt à repérer rapidement les TCLA afin d'adapter les offres de soins et d'accompagnement (8). Le repérage peut être effectué par tout acteur en contact avec la personne : des membres de sa famille, des familiers ou des membres d'associations et des professionnels de la santé, du médicosocial ou du social. Il n'est ni un diagnostic, ni une évaluation : il est clinique, et ne nécessite aucun outil spécifique. Il concerne le constat ou la recherche de troubles de la mémoire (oublis) et de l'attention (distractibilité) et d'autres altérations cognitives. Il ne peut se concevoir qu'en dehors des consommations aiguës d'alcool, à distance des phases immédiates du sevrage (au-delà du

cinquième jour), et en dehors de prises massives de traitements psychotropes (notamment lors du sevrage) [5]. Pour développer ce repérage, il convient d'y sensibiliser les professionnels et de les former.

L'évaluation en première intention

C'est une évaluation neuropsychologique initiale qui, après le repérage, permet de confirmer l'existence de troubles et d'écarter les diagnostics différentiels (confusion, troubles somatiques, troubles psychiatriques, etc.). Elle est intégrée à un examen médical complet. Réalisée par des professionnels de santé formés à la passation de tests, elle est parallèle à une offre de soins en addictologie. Parmi les principaux outils envisagés à cette fin dans la littérature, citons le MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) [8, 9], la BEARNI (*Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment*) [5], voire le MMSE (*Mini Mental State Examination de Folstein, version Greco [Groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs]*) associé à la BREF (*Batterie rapide d'évaluation frontale*) [10, 11].

Et en seconde intention

C'est une évaluation neuropsychologique approfondie, appréciant le profil, l'importance des troubles ainsi que leurs répercussions sur le quotidien [12]. Elle est assurée par un professionnel formé et diplômé en neuropsychologie. Les lieux ressources pour accéder à de tels professionnels formés aux questions des addictions et des TCLA sont rares, en dehors de quelques équipes spécifiques. Le groupe de travail a pu envisager leur rattachement à des structures hospitalières (unités d'addictologie) ou ambulatoires (CSAPA), et – pourquoi pas ? –, le développement de consultations "mémoire", qui accueillent déjà certains de ces patients. L'éventualité d'une nouvelle structure à créer, avec une équipe transversale spécifique, n'est pas exclue. Son positionnement en hôpital de jour addictologique (HJA) peut permettre une évaluation pluridisciplinaire, prolongée, avec observation dans les actes de la vie quotidienne.

L'orientation, la stabilisation et la réhabilitation

L'accès à des modalités de remédiation cognitive, afin d'étayer les récupérations spontanées ou, dans le cadre de troubles persistants, afin de favoriser l'autonomie, requiert de développer et d'adapter les structures existantes ou d'en créer de nouvelles. Cela concerne des places en hospitalisation complète ou de jour, avec mention

"addictologie", en service de soins de suite et de réadaptation addictologique, voire en service de soins de suite et de réadaptation addictologique spécialisés dans les troubles cognitifs (ce qui reste à créer). Le choix de structure se fera selon les profils addictologiques, selon la sévérité des troubles et les ressources locales. Les modalités de réhabilitation cognitive restent à valider en fonction de travaux d'évaluation en cours ou à venir [13, 14].

L'accompagnement, la réinsertion, l'autonomisation

Selon les environnements, les ressources et la sévérité des troubles, diverses offres pourront intéresser la réinsertion des patients dans leur milieu sociofamilial, favoriser leur autonomie, aider au maintien d'un accompagnement en addictologie et à la préservation de la distance avec l'alcool (8)... Pour cela, un recours à divers partenaires du droit commun est possible: aides à domicile, structures sociales de secteur, professionnels de santé au domicile, dispositif adulte handicapé, etc., comme à certains acteurs du dispositif ambulatoire en addictologie. Une coordination et une articulation avec une équipe ressource, référente sur les TCLA est souhaitée (Cf. ci-dessous "Des propositions transversales").

L'hébergement spécialisé

Afin de trouver une solution d'accueil pérenne pour les personnes présentant les troubles les plus sévères, ou en cas d'échec du maintien à domicile et des programmes de réhabilitation ou de réinsertion, des structures spécifiques sont nécessaires. On propose la création d'une ou de plusieurs structures médicosociales régionales spécifiques. Elle serait consacrée à l'hébergement et aux soins, sans limitation de durée de séjour, avec un cahier des charges et un nombre de places à préciser.

Des propositions transversales

Enfin, dans la perspective d'articuler, de réguler et de coordonner les différentes étapes précitées, il est envisagé de mettre en place une ou plusieurs équipes référentes (départementales ou régionales) et ressources sur la question des TCLA. Leur composition pourrait associer médecins, neuropsychologues, infirmiers, etc. Les missions, en coordination avec le dispositif de soins en addictologie et les consultations "mémoire", pourraient se décliner entre: expertise, évaluation, sensibilisation, formation des acteurs et professionnels; tenue d'une base de données des réseaux partenaires dans la région; référence autour de conseils, évaluation,

orientation, accompagnement... Cette équipe pourrait aussi développer et proposer aux professionnels des formations et des désensibilisations autour des TCLA.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références bibliographiques

1. Alcool et troubles cognitifs en Bourgogne - Entretiens exploratoires. Franche-Comté: Observatoire régional de la santé de Bourgogne, 2015:16 p. <http://www.orsbfc.org/publication/alcool-et-troubles-cognitifs-en-bourgogne-entretiens-exploratoires/>
2. Menecier P, Millot I, Wackenheim S et al. Troubles cognitifs associés au mésusage d'alcool: enquête qualitative sur les attentes de professionnels et acteurs de l'addictologie en Bourgogne. *Le Courrier des addictions* 2015;17(2):26-8.
3. Alcool et troubles cognitifs en Bourgogne - Enquête quantitative auprès des acteurs de l'addictologie. Franche-Comté: Observatoire régional de la santé de Bourgogne, 2015:30 p. <http://www.orsbfc.org/publication/alcool-et-troubles-cognitifs-en-bourgogne-enquete-quantitative-aupres-des-acteurs-de-laddictologie/>
4. Groupe de travail Addictions-cognitions 2014-2015, ARS Bourgogne. Troubles cognitifs liés au mésusage d'alcool: relevé de conclusions et propositions du groupe de travail; Orientations pour l'avenir en Bourgogne. 2016.
5. Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C et al. Validation of a brief screening tool for alcohol-related neuropsychological impairments. *Alcohol Clin Exp Res* 2015;39(11):2249-60.
6. Seigneurie AS, Guerin-Langlois C, Limosin F. Vulnérabilité cognitive de l'alcoolodépendance: identification d'endophénotypes morphologiques cérébraux. *Encephale* 2013;39:320-5.
7. 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.
8. Groupe de travail du Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPAAH). Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs: synthèse. *Alcoolologie et Addictologie* 2014;36(4):335-73.
9. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(4):695-9.
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
11. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology* 2000;55(11):1621-6.
12. Ritz L, Pitel AL, Vabret F, Eustache F, Beaunieux H. Alcoolodépendance: atteintes neuropsychologiques et diagnostics différentiels. *Rev Neuropsychol* 2012; 4(3):196-205.
13. Svanberg J, Evans JJ. Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review. *Alcohol Alcohol* 2013;48(6):704-11.
14. Cabé N, Laniecepce A, Ritz L, Lannuzel C et al. Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance: intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge. *Encephale* 2016;42:74-81.