

Dr Marie Corneloup\*, Dr Pascal Menecier\*\*, Dr Isabelle Millot\*\*\*

\* Interne, Observatoire régional de la santé Bourgogne Franche-Comté, Dijon. UFR des Sciences de santé, Université de Bourgogne-Franche-Comté, 7, boulevard Jeanne d'Arc, BP 87900, F-21079 Dijon Cedex. Courriel : marie.corneloup@chu-dijon.fr

\*\* Praticien hospitalier, Unité d'addictologie, Consultation mémoire, Hôpital des Chanaux, Mâcon. Institut de psychologie, Université Lyon 2, France

\*\*\* Médecin, Observatoire régional de la santé Bourgogne Franche-Comté, Dijon, France

Reçu mai 2016, accepté février 2017

# Troubles cognitifs liés à l'alcool

## Pratiques et besoins des acteurs de l'addictologie en Bourgogne

### Résumé

**Contexte :** le mésusage de l'alcool peut entraîner des troubles cognitifs interférant avec les soins en addictologie. L'objectif de cette enquête était de recenser les besoins et demandes des acteurs régionaux impliqués dans le parcours de patients atteints de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA), afin de formuler des choix de santé publique cohérents. **Méthodes :** l'enquête s'est déroulée de mai à juin 2015 en Bourgogne, ciblant 346 structures sanitaires, sociales ou médico-sociales. Le questionnaire appréciait la fréquence des TCLAs invalidants et interrogeait les pratiques de soins. Parallèlement, une analyse du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été effectuée. **Résultats :** 97 questionnaires ont été retournés (31 % des structures interrogées). Presque tous les acteurs rencontrent des personnes présentant des TCLAs répétés comme invalidants (94 %). Plus de 2 000 patients seraient concernés en Bourgogne. Les soins comportent un repérage, une évaluation spécialisée puis l'orientation en addictologie ou psychiatrie. L'hébergement, rarement spécialisé, reste problématique. Des difficultés sont exprimées par 81 % des acteurs. **Discussion :** la prise en considération des TCLAs est variable, complexe et source d'incertitudes pour les professionnels. Le manque de procédures validées et un défaut de lieu d'accueil peuvent renforcer les difficultés. Les perspectives régionales reposent sur la diffusion des recommandations, l'accès à une filière de soins dédiés, avec équipe ressource, et le renforcement des lieux d'évaluation et de réhabilitation.

### Mots-clés

Trouble lié à l'usage d'alcool – Trouble cognitif – Pratique professionnelle – Soin – Enquête en santé publique.

L'alcool est une substance psychoactive dont les coûts sanitaires et sociaux sont majeurs pour la société (1-3). Parmi les dommages liés au mésusage figurent

### Summary

**Alcohol-related cognitive impairments. Stakeholders' practices and needs in addiction medicine in Burgundy**

**Context:** alcohol misuse may result in cognitive disorders interfering with addictologic care. The aim of this study was to identify needs and demands from regional stakeholders, engaged with patients suffering from alcohol-related cognitive impairments (ARCI), in order to propose coherent public health choices. **Methods:** the study was conducted amongst professionals and stakeholders of the area from may to june 2015 in Burgundy, targeting 346 health and welfare centers. The addressed survey estimated frequency of disabling ARCI and care practices. An analysis of the regional health service database completed these results. **Results:** 97 forms were returned (31% of interrogated health and welfare centers). Of those polled, 94% stated meeting people with ARCI considered as disabling. More than 2,000 people would be concerned in Burgundy. Healthcare runs on identifying disorders and providing a specialized evaluation. Psychiatric and addiction treatment services are targeted for guidance and support. Housing, hardly ever specialized, is a current issue. Expressed difficulties concerned 81% of stakeholders and professionals. **Discussion:** consideration of ARCI is uneven, complex and lead to uncertainties for professionals. Lack of validated protocols and scarcity of facilities may enhance difficulties. Local perspectives rely on the dissemination of practice guidelines, access to a dedicated healthcare pathway with a referent professional team and the strengthening of evaluation and rehabilitation facilities.

### Key words

Alcohol use disorder – Cognitive disorder – Professional practice – Care – Public health survey.

les troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA). Les déficits neuropsychologiques engendrés par les TCLAs incluent des dysfonctions exécutives (4, 5), attentionnelles (6)

et mnésiques (7, 8), et parfois des déficits moteurs (9). Responsables de difficultés de maintien de l'abstinence (10, 11) et entravant les thérapies motivationnelles (12, 13), les TCLA freinent et perturbent les soins généraux comme addictologiques.

Récemment redéfinis par le Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPAAH) (14), les TCLA intègrent l'ensemble des formes cliniques, de l'atteinte légère au trouble déficitaire sévère tardif tel que le syndrome de Korsakoff. Cette redéfinition des TCLA a été suggérée par Pitel et al. (15), actée dans le récent DSM-5 (16) et développée dans une mise au point récente (17). Un outil de repérage spécifique a récemment été validé : la BEARNI (*Brief evaluation of alcohol-related cognitive impairment*) (18). L'organisation des soins dédiés aux TCLA demeure non seulement essentielle (19), mais devient également réalisable.

En Bourgogne, un groupe de travail missionné par l'Agence régionale de santé (ARS) s'est réuni entre 2014 et 2015 autour du thème des déficits cognitifs liés à l'alcool. Une première enquête qualitative a mis en exergue les diverses pratiques, les incertitudes, les problématiques courantes des professionnels (repérage, orientation, hébergement), ainsi qu'un besoin de formation (20, 21). Cette étude exploratoire a permis de construire un questionnaire adapté pour interroger l'ensemble des acteurs régionaux impliqués auprès des patients présentant des TCLA. L'objectif était de recenser les besoins et les demandes des acteurs régionaux impliqués dans la prise en charge de patients atteints de TCLA afin de formuler des choix de santé publique cohérents. Dans ce but, il nous fallait apprécier la fréquence des TCLA, préciser les approches diagnostiques et thérapeutiques, et inventorier les difficultés rencontrées. Un rapport final de ce groupe de travail a été remis à l'ARS de Bourgogne en décembre 2015 (24).

## Méthodes

### **Population**

Un recensement de l'ensemble des structures sanitaires et sociales régionales susceptibles d'accueillir des patients atteints de TCLA a été effectué à l'aide du tableau de bord addiction régional (22) et des membres du groupe de travail missionné par l'ARS. Un questionnaire anonyme (annexe 1) a été adressé à l'ensemble des pro-

fessionnels et acteurs de Bourgogne identifiés comme responsable au sein de chaque structure. Au total, 346 structures sanitaires et sociales ont ainsi été interrogées. Les structures spécialisées en addictologie ont notamment été ciblées : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), unités d'addictologie hospitalières, services de soins de suite et de réadaptation mention addictologie (SSRA), réseaux de santé spécialisés dans les addictions ou les troubles cognitifs. Toutes les autres organisations susceptibles de rencontrer des patients atteints de TCLA ont également été contactées : consultations mémoire, services hospitaliers de court séjour (gastro-entérologie et neurologie), centres médico-psychologique (CMP) et services de psychiatrie, neurologues libéraux. Afin de recueillir le point de vue des médecins traitants, centraux dans les parcours de santé des patients, un échantillon de médecins généralistes a également été interrogé au sein des maisons de santé pluridisciplinaires. Enfin, toutes les structures d'accueil sociales ou médico-sociales (spécialisées ou non dans le domaine des addictions), ainsi que les mouvements d'entraide ont été sollicités. Les répondants au questionnaire pouvaient ainsi être médecin, cadre de santé, responsable de structure médico-sociale ou président d'association.

### **Outils d'enquête et passation**

Le questionnaire était construit pour apprécier la fréquence des TCLA jugés invalidants et des problèmes d'hébergement, pour interroger les pratiques de soins en reprenant la description du dernier patient rencontré, et enfin pour recueillir difficultés et attentes des acteurs de la région (l'enquête a été réalisée avant la fusion des régions Bourgogne et Franche-Comté). Les acteurs ont été contactés par voie postale ou électronique. Une lettre d'accompagnement et un lien vers le questionnaire en ligne étaient joints au courrier. Tous disposaient d'un mois pour renvoyer le questionnaire ou saisir leurs réponses via le dispositif d'enquête en ligne Limesurvey®, les questionnaires papiers retournés étant saisis sur la même plateforme. Une relance ciblée a été réalisée à un mois auprès des structures contactées par courriel (i.e. ne nécessitant pas de frais postaux supplémentaires) : consultations mémoire, antennes de l'Anpaa et associations d'usagers.

### **Analyse**

L'analyse quantitative des résultats a été effectuée avec le logiciel SPSS 21®. Les variables quantitatives

**Annexe 1. – Questionnaire (ORS Bourgogne)****Troubles cognitifs modérés à sévères associés à l'alcool – Besoins et attentes des usagers et des professionnels**

Avec l'appui de l'ARS, un groupe régional de professionnels intervenant dans le domaine des addictions travaille sur la problématique des troubles cognitifs induits par la consommation chronique d'alcool. Nous entendons par troubles cognitifs, les troubles de la mémoire, du raisonnement, de l'orientation, de la concentration, etc. Ce bref questionnaire (5 minutes) a pour but d'identifier les besoins et attentes en matière de repérage, d'évaluation, d'orientation et d'accueil pour proposer des réponses adaptées en Bourgogne.

- Rencontrez-vous dans votre pratique des personnes présentant des troubles cognitifs invalidants associés à l'alcool ?  
 Oui       Non

Si oui, combien de personnes par an (environ) ?    |\_\_|

- À ce jour, connaissez-vous de telles personnes qui n'ont pas de solution d'hébergement adapté ?     Oui     Non

Si oui, combien ?    |\_\_|

- À propos de la dernière personne concernée que vous avez rencontrée, qu'avez-vous proposé ?

Repérage / évaluation des troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez : .....
Orientation	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez : .....
Réhabilitation, remédiation cognitive	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez : .....
Accompagnement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez : .....
Lieu d'accueil / hébergement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez : .....
Traitement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez : .....

- Avez-vous des difficultés ou des questionnements par rapport à la prise en charge de ces personnes ?

Oui       Non

Si oui, lesquels ? .....

- Avez-vous des attentes par rapport à des actions de communication / formation / information ?

Oui       Non

Si oui, lesquels ? .....

- Structure d'appartenance

<input type="checkbox"/> Association d'usager	<input type="checkbox"/> Réseau de santé
<input type="checkbox"/> CSAPA	<input type="checkbox"/> Service hospitalier non spécialisé addiction
<input type="checkbox"/> CAARUD	<input type="checkbox"/> Service de soins de suite généraliste
<input type="checkbox"/> Centre mémoire	<input type="checkbox"/> Service de soins de suite spécialisé addictions
<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> Structure sociale ou médico-sociale non spécialisée addiction (CHRS, foyer...)
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste libéral	<input type="checkbox"/> Structure sociale ou médico-sociale spécialisée addiction (CHRS, foyer...)
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste libéral	<input type="checkbox"/> Unité d'addictologie
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....	

Lieu     Côte-d'Or     Nièvre     Saône-et-Loire     Yonne     Régionale

Merci de votre participation !

sont présentées avec les moyennes et leur intervalle de confiance. Les variables qualitatives sont présentées en effectifs et pourcentages. Le calcul des taux de réponse, basé sur le dénominateur "nombre de structures interrogées", a été effectué en décomptant le nombre de

structures répondantes (pour un questionnaire rempli par un acteur travaillant dans une unité d'addictologie hospitalière et dans une unité de psychiatrie, nous le comptabilisons deux fois pour le calcul du taux de réponse : pour une structure en addictologie et pour

une structure en psychiatrie). Le reste des analyses était effectué par rapport au nombre de questionnaires reçus.

Sept secteurs ont été définis selon les structures dans lesquelles les acteurs travaillaient (l'addictologie primant sur les autres domaines pour un acteur travaillant dans différentes structures) : addictologie, consultation mémoire, hospitalier, libéral, psychiatrie, social et autres. Les comparaisons de proportions ont été effectuées au moyen du test exact de Fisher. Les comparaisons multiples ont été réalisées sur les variables catégorielles

comparées deux à deux avec ajustement de Fisher lorsque cela semblait pertinent. Les propositions des réponses ouvertes ont été reclassées par thème après analyse exploratoire.

Une analyse des bases de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) avec chaînage des bases de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), Soins de suite et de réadaptation (SSR) et Psychiatrie a été réalisée pour identifier le nombre de patients hospitalisés ayant un diagnostic de TCLA

**Tableau I :** Taux de réponse par structure selon le secteur d'activité

Secteur d'activité de la structure	Nombre de structures répondantes	Nombre de structures interrogées	Taux de réponse
Addictologie	23	34	68 %
Réseaux	3	5	60 %
Hospitalier	17	31	55 %
Consultations mémoire	6	14	43 %
Associations d'usagers	4	11	36 %
Social/médico-social	29	121	24 %
Psychiatrie	12	60	20 %
Libéral	9	70	13 %
Non disponible	4	0	-
<b>Total général</b>	<b>107</b>	<b>346</b>	<b>31 %</b>

**Tableau II :** Résultats de l'enquête selon le secteur d'activité

	Addictologie	Consultation mémoire	Hospitalier	Libéral	Psychiatrie	Social	Autre *	p **	Total
Effectif de répondants	22	6	14	7	10	27	11		97
Personnes ayant des TCLA invalidants									
- Proportion d'acteurs qui en rencontrent	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	89 %	73 %	ns	94 %
- Nombre de patients connus en moyenne par acteur [IC 95%]	28 [14-42]	18 [11-26]	29 [17-40]	7 [2-11]	51 [0-102]	19 [9-29]	32 [0-80]	-	26 [18-35]
Modalités de soins proposées									
- Repérage/évaluation	73 %	83 %	93 %	71 %	80 %	73 %	63 %	ns	69 %
- Orientation	82 %	83 %	64 %	57 %	50 %	75 %	88 %	ns	73 %
- Accompagnement	77 %	50 %	79 %	43 %	80 %	79 %	50 %	ns	71 %
- Traitement pharmacologique	64 %	0 %	86 %	14 %	80 %	46 %	50 %	0,0009	55 %
- Réhabilitation, remédiation cognitive	18 %	0 %	7 %	14 %	20 %	13 %	13 %	ns	13 %
Patients sans solutions d'hébergement adapté									
- Proportion d'acteurs en rencontrant	86 %	67 %	86 %	14 %	60 %	56 %	36 %	0,0023	63 %
- Nombre de patients connus en moyenne par acteur [IC 95%]	19 [4-34]	9 [3-16]	10 [4-17]	2	10 [1-19]	11 [0-24]	3 [1-6]	-	12 [7-18]
- Proposition d'un lieu d'accueil	59 %	33 %	64 %	57 %	40 %	54 %	63 %	ns	55 %
Difficultés de prise en charge	82 %	50 %	93 %	57 %	70 %	100 %	63 %	0,0027	81 %
Attentes (formation, information...)	82 %	33 %	71 %	86 %	50 %	78 %	64 %	ns	71 %

\* Autre = réseaux, associations d'usagers et non renseignés. \*\* Test exact de Fisher.

(codes CIM-10 F10.5, F10.6 et F10.7 en diagnostic principal ou associé) en Bourgogne sur l'année 2013.

## Résultats

### **Taux de réponse**

Le taux de réponse à l'enquête est de 31 %, variant de 13 % à 68 % selon les secteurs d'activité (tableau I). Ainsi, sur les 346 structures visées par l'enquête, 97 questionnaires ont été retournés concernant 107 structures.

### **Appréciation de la fréquence des TCLA invalidants**

Les acteurs interrogés sont 94 % à rencontrer des personnes présentant des TCLA jugés invalidants (tableau II). Chaque acteur déclare rencontrer en moyenne 26 personnes concernées par ces troubles dans l'année (IC 95 % = 18-35). Le secteur le plus concerné est celui de la psychiatrie avec 51 personnes/an en moyenne. En addictologie et dans le milieu hospitalier général, les acteurs rencontrent en moyenne une trentaine de patients/an ayant des TCLA considérés invalidants.

Au total, en Bourgogne, plus de 2 000 personnes seraient concernées par des TCLA considérés comme invalidants par les acteurs interrogés. Selon les données du PMSI, 135 patients ont été hospitalisés en 2013 avec un diagnostic de TCLA renseigné dans les établissements de Bourgogne (MCO, SSR et Psychiatrie confondus).

### **Repérage et évaluation**

Le repérage et/ou évaluation des TCLA est pratiqué par 69 % des acteurs interrogés (tableau II). Les acteurs de la psychiatrie, les praticiens des consultations mémoire et du secteur hospitalier général proposent quasiment tous une évaluation. Les acteurs mentionnent la sollicitation d'un spécialiste : neuropsychologue pour 48 %, mais aussi neurologue (14 %), gériatre (9 %), psychiatre (10 %), psychologue ou encore addictologue. Le bilan cognitif est cité dans deux tiers des cas, certains acteurs désignant le MMSE (*Mini-mental state examination*) (23) ou le test MoCA (*Montreal cognitive assessment*) (24) ; la grille BEARNI n'était pas disponible au

moment de l'étude (18). Enfin, selon certains acteurs, un repérage pourrait s'effectuer sur la simple observation clinique : "Le patient présentait une démence Korsakoff typique, il n'était pas nécessaire de réaliser des tests cognitifs". Le recours aux examens d'imagerie est rarement mentionné.

### **Prise en soins**

Une orientation est proposée par 73 % des acteurs : ils sont plus de 80 % en addictologie et parmi les praticiens des consultations mémoire à la proposer (tableau II). Quatre principales orientations sont citées : l'addictologie (dont Csapa, unité d'addictologie), un milieu médicalisé (psychiatrique, consultation mémoire ou médecin traitant), une structure d'hébergement ou encore le secteur social. Certains patients sont dirigés vers la maison départementale des personnes handicapées, une structure associative, ou même un service d'aide par le travail.

L'accompagnement est proposé par plus de trois quarts des acteurs de l'addictologie, du secteur hospitalier général, de la psychiatrie ou du social. Les autres acteurs ne le proposent que dans la moitié des cas ou moins. La principale modalité mentionnée reste l'accompagnement via l'addictologie, notamment les Csapa. Suivis lors des consultations ou à domicile, accompagnement social, personnalisé ou pluridisciplinaire, sont d'autres dispositions envisagées.

L'offre de soins médicamenteuse est absente des propositions des praticiens des consultations mémoire, tandis que plus de huit acteurs sur dix la proposent en hospitalier général ou en psychiatrie. Les acteurs mentionnent surtout la vitaminothérapie et les psychotropes.

La réhabilitation ou remédiation cognitive est proposée par 13 % des acteurs. Certains questionnent sa légitimité dans le contexte des TCLA : "Je ne savais pas que cette approche était efficace sur ces tableaux" signale un praticien.

### **Hébergement**

Des usagers sans solution d'hébergement adapté sont connus de 63 % des acteurs (tableau II). En addictologie, les acteurs sont significativement plus concernés que les libéraux ou les acteurs du social (86 % vs res-

pectivement 14 % et 56 % ;  $p < 0,05$ ). De nombreux acteurs du secteur hospitalier général connaissent également des patients sans solution adaptée (86 %). Chaque répondant connaîtrait en moyenne 12 personnes sans solution d'hébergement adapté (IC 95 % = 7-18). Le total cumulé s'élève à plus de 700 patients sans solution d'hébergement adapté.

Un lieu d'accueil est proposé par plus de la moitié des acteurs interrogés. Les structures d'hébergement sociales ou médico-sociales sont principalement citées, dont les familles d'accueil et pensions de familles. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont souvent envisagés même si des freins à leur accueil sont identifiés : jeune âge des patients (moins de 60 ans) et problématique addictive.

### **Difficultés et attentes des professionnels**

Parmi les acteurs rencontrant des personnes avec des TCLA considérés invalidants, 81 % sont en difficulté. Les acteurs du social signalent tous des difficultés, ils sont significativement plus nombreux que les praticiens des consultations mémoire, les acteurs libéraux et de la psychiatrie.

Les doléances concernent principalement la pauvreté des offres d'hébergement, l'orientation et le contexte médico-social des patients. L'accès à l'hébergement de longue durée est décrit comme problématique, l'absence de structures d'accueil adaptées étant mentionnée par plusieurs acteurs, tous secteurs confondus. Ce manque est identifié par certains acteurs travaillant en milieu hospitalier général comme un facteur d'allongement des durées de séjour. Les spécificités du public concerné par les TCLA génèrent une complexité supplémentaire : pauvreté des ressources sociales, sévérité des troubles, déni de la maladie ou non-adhésion aux soins proposés sont autant de facteurs identifiés comme entravant les soins. Une minorité d'acteurs cible des problèmes organisationnels en milieu hospitalier, général ou psychiatrique.

Trois quarts des répondants ont des attentes : de formation, d'information, de financement et/ou développement de structure ou de création de postes. Plus de la moitié des attentes formulées concernent le besoin de formation : définition et repérage des TCLA, accompagnement, remédiation cognitive. Les attentes en termes d'information ciblent l'identification des structures

d'accueil et des professionnels intervenant dans le parcours de soins.

## **Discussion**

Cette étude exploratoire avait pour objectif d'apprécier la fréquence des TCLA, de préciser les approches diagnostiques et thérapeutiques et d'identifier les besoins et les demandes des acteurs impliqués dans le parcours de santé des patients porteurs de TCLA afin d'éclairer les choix de santé publique.

### **Les TCLA invalidants intéressent et ne sont pas si rares**

Le taux de réponse global de 31 % est très satisfaisant pour une enquête déclarative élargie auprès d'acteurs des secteurs sanitaire, social, médico-social et associatif. D'autant que la thématique des TCLA reste une spécificité du large champ que représente l'addictologie. La mise au point du COPAAH parue dans les mois précédant notre enquête, "Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs" (14), a pu attirer l'attention des professionnels. Un taux de participation de 68 % en addictologie confirme le vif attrait porté à la problématique dans ce secteur, dont certains représentants étaient à l'origine des réflexions du groupe de travail (25). Presque tous les répondants se déclarent confrontés aux TCLA invalidants dans leur pratique. Les 2 000 patients identifiés en Bourgogne fréquentent majoritairement trois secteurs de soins : l'addictologie, la psychiatrie et le secteur hospitalier général.

L'évaluation de la sévérité des TCLA, envisagés selon un continuum de gravité depuis 2009 (5), ne repose sur aucun référentiel (14, 26). La frontière entre les différents degrés de sévérité reste floue et rend les données de prévalence publiées très labiles : 3 % de démences liées à l'alcool (*Alcohol related dementia*, ARD) (27) identifiées en soins ambulatoires spécialisés (28), 10 à 18,4 % d'ARD parmi les démences précoces (29, 30), 10 à 70 % de déficits cognitifs identifiés parmi des patients alcoolodépendants (14). Il est donc difficile de comparer l'estimation que fournit notre enquête à d'autres résultats.

L'analyse des données du PMSI de l'année 2013 retrouve 135 patients concernés au titre du diagnostic principal ou associé en Bourgogne. Ce total, tributaire

des aléas de codage du PMSI, fournit néanmoins un seuil minimal d'estimation de la fréquence des formes sévères de TCLA sur le territoire.

### **Repérage précoce, évaluation première puis spécialisée**

Le questionnement des acteurs à propos de la dernière personne rencontrée permet de balayer un éventail des pratiques de soins actuelles auprès des patients atteints de TCLA jugés invalidants. L'absence de consensus sur les modalités de repérage et/ou d'évaluation n'est pas un frein pour les acteurs interrogés qui proposent cette étape dans 69 % des cas. Ce repérage doit être le plus précoce possible, compte tenu du retentissement des troubles sur la prise en soins (10, 11, 31) et de l'anosognosie qui touche ces patients (32). Il devient ainsi la responsabilité de tous les acteurs du secteur sanitaire et social susceptibles de remarquer les troubles cognitifs des patients. D'autant qu'une réversibilité de ces troubles en l'absence de consommation d'alcool est possible (33, 34).

L'amélioration de certains tableaux cognitifs déficitaires sévères, d'allure démentielle, a déjà été rapportée (21). Un diagnostic précis des TCLA ne peut être réalisé qu'en s'appuyant sur une évaluation rigoureuse afin de ne pas cataloguer les patients sur la simple observation. Cette évaluation, effectuée après sevrage et hors consommation de psychotropes, s'appuie sur des outils spécifiques utilisés par des professionnels formés. MMSE (23) et MoCA (24) ont été cités. La grille BEARNI, spécifiquement conçue pour l'évaluation des troubles cognitifs mais également moteurs liés à l'alcool (18), complète la liste des outils dorénavant utilisables pour le repérage (17).

Le recours à un neuropsychologue est mentionné par beaucoup d'acteurs qui perçoivent la nécessité d'une évaluation approfondie des profils cognitifs de ces patients (14). Dans le même temps, les professionnels affirmant que le diagnostic des formes sévères de TLCA est évident à leurs yeux négligent la complexité de ces situations, les causalités intriquées et la nécessité d'écarter les diagnostics différentiels (4, 35). De tels propos, même rares, peuvent sembler contradictoires avec les besoins de recours extérieurs exprimés par une majorité d'acteurs. Ces besoins posent la question de la disponibilité des neuropsychologues qui, à l'heure actuelle, sont essentiellement accessibles dans des

consultations mémoire. Le schéma d'organisation des soins est ainsi questionné par un praticien des consultations mémoire de la sorte : "Est-ce bien le rôle des consultations mémoire ?". Leur compétence s'étend de la réassurance auprès des personnes ayant une plainte mnésique simple au diagnostic du syndrome démentiel avec identification du type de démence (36). Ne serait-ce qu'à titre diagnostique, les consultations mémoire peuvent donc jouer un rôle (37).

### **Des pratiques de soins diversifiées**

L'orientation et l'accompagnement sont proposés par plus de 70 % des acteurs interrogés. Les structures d'addictologie et de psychiatrie, ainsi que le suivi par le médecin généraliste sont des propositions courantes. L'hébergement ou l'accompagnement social sont aussi proposés. Malheureusement, le corpus de données qualitatives dont nous disposons ne permettait pas une analyse fine du parcours de soin proposé, à savoir qui oriente vers tel ou tel secteur. Nous avons néanmoins pu remarquer que les acteurs de l'addictologie semblent peu orienter au sein de leur secteur d'activité, et les acteurs du social, de la même manière, semblent orienter en dehors de leur secteur d'activité. Ces errances entre secteurs et la diversité des modalités envisagées témoignent de l'absence de structures ressources comme de procédures de soins validées.

La proposition d'un traitement médicamenteux est controversée, alors qu'aucun n'est spécifiquement indiqué dans les TLCA. La différence est franche entre les acteurs du milieu hospitalier général ou de la psychiatrie, très nombreux à proposer un traitement médicamenteux, et les praticiens des consultations mémoire qui n'en prescrivent pas. La prescription de psychotropes peut être en lien avec une comorbidité psychiatrique, fréquemment associée aux troubles cognitifs chez les patients alcoolodépendants (31). Néanmoins, la plupart des médicaments psychotropes peuvent avoir des effets cognitifs délétères. La seule recommandation thérapeutique des groupes d'experts est la vitaminothérapie par thiamine (38, 39).

Réhabilitation et remédiation cognitive sont peu envisagées. L'offre régionale est très pauvre et peu connue (20), comme ailleurs en France. Les preuves de l'efficacité des méthodes de réhabilitation neuropsychologique dans des pathologies psychiatriques spécifiques sont encore récentes, et les arguments en faveur d'un

bénéfice dans la prise en charge des TCLA restent hypothétiques (40). Le bénéfice de l'entretien motivationnel, au cœur du soin de l'alcoolodépendance (11, 13), repose sur les capacités cognitives du patient. Une période d'abstinence suffisante est indispensable à la récupération des fonctions cognitives (41), cependant le maintien de cette abstinence repose également sur les capacités cognitives des patients (11, 19). D'où l'intérêt d'inclure des techniques de réhabilitation spécifiques dans les pratiques soignantes des TCLA, légers comme sévères (19, 42).

### **Solutions d'accueil et d'hébergement**

Près de deux tiers des acteurs interrogés connaissent des personnes ayant des TCLA considérés invalidants sans hébergement adapté. Les praticiens libéraux sont les moins nombreux à connaître des patients dans cette situation, plus souvent repérés par des acteurs de l'addictologie ou du secteur hospitalier général. La recherche d'un lieu d'accueil ou d'hébergement est d'ailleurs plus souvent effectuée par les acteurs hospitaliers. Le biais de recrutement du système hospitalier, qui accueille les patients les plus sévèrement atteints, peut expliquer en partie cette différence.

Source de difficultés, les acteurs ciblent l'absence de structure adaptée à l'accueil de longue durée pour les patients atteints de TCLA invalidants, mais également une orientation perturbée par la simple méconnaissance des structures d'accueil. Les praticiens hospitaliers, lorsque les patients sont dans l'incapacité d'un retour à domicile, peuvent aussi être plus souvent confrontés à la nécessité de recherche d'une structure d'aval. Ainsi, l'embolisation des lits d'hospitalisation par les patients sévèrement touchés par les TCLA, déjà incriminée par les professionnels lors des entretiens exploratoires (20), est à nouveau mentionnée. L'attente de lieux d'hébergement, permettant le développement de soins addictologiques et de réhabilitation cognitive sur un temps suffisamment long (souvent requis au-delà des possibilités de services de SSR), reste non couverte.

L'échec des propositions d'hébergement est corrélé soit à l'absence d'adhésion du patient, soit à un refus d'admission dans la structure ciblée. Un frein identifié est le jeune âge des patients, qui est problématique dans d'autres cas de démence sévère (mesure 18 du plan Alzheimer 2012-2018) (35). Le total cumulé de plus

de 700 personnes sans solution d'hébergement adapté appuie la légitimité des besoins exprimés par les acteurs.

### **Des incertitudes et un besoin de formation**

Outre le manque de visibilité au sein du parcours de soin des patients atteints de TCLA, les acteurs interrogés ressentent un manque de compétence, tant dans le domaine très spécialisé des TCLA qu'en addictologie. L'enquête qualitative révélait déjà une certaine modestie des professionnels interrogés quant à leurs connaissances de ces sujets (20). Ce besoin de formation fait écho à l'ensemble des difficultés décrites par les acteurs, professionnels ou bénévoles, avec ou sans compétences en addiction. Cependant, le manque de formation, comme le manque de temps pour développer des soins en addictologie sont souvent des rationalisations mises en avant par des professionnels peu à l'aise dans leur exercice (43). L'absence de solution thérapeutique simple et pharmacologique résolutive peut conduire à ce type de ressenti, aussi bien devant des troubles cognitifs invalidants que devant des troubles addictifs.

### **Perspectives régionales**

En Bourgogne, les résultats de cette enquête ont été intégrés aux conclusions et propositions du groupe de travail Addiction-Cognition (25) afin d'éclairer les choix de santé publique régionaux. Dans un contexte économique contraint, différentes mesures organisationnelles ont été proposées aux autorités de santé afin d'améliorer la prise en considération des TCLA. Une ligne directrice de repérage large suivi d'une évaluation professionnelle en deux temps (selon le degré de complexité des troubles) devrait améliorer l'orientation au sein d'un parcours de soin en cours de développement. Pour cela, la possibilité de référer à une équipe régionale spécialisée est envisagée. Ses missions comprendraient un rôle de ressource dans les démarches cliniques (diagnostic et évaluation), d'appui dans la recherche de lieux d'accueil ou de réhabilitation, de recours pour développer des actions de formation en lien avec les organismes locorégionaux, et de coordination entre les acteurs existants (spécifiques ou non de l'addictologie ou de l'abord des troubles cognitifs). L'application des pratiques recommandées de repérage et d'évaluation (14, 18) devrait permettre aux professionnels d'avancer dans le recueil de données épidémiologiques standardisées valides (26). La promotion de ces pratiques de

repérage implique que le système de soins devra être en capacité de répondre aux demandes et aux besoins des acteurs et des patients.

## Conclusion

La fréquence élevée des TCLA, leur potentielle réversibilité, l'identification récente de facteurs de risque (44) sont des arguments forts pour favoriser leur prise en considération le plus précocement possible. Dans l'optique de développer une filière de soins dédiée à ces patients, favorisant repérage, accessibilité aux soins et soutien aux malades et aux entourages, il convient de créer de nouveaux dispositifs dans le parcours de soin. Un tel projet requiert une allocation de moyens spécifiques pour une question de santé rarement priorisée.

Le pronostic des soins en addictologie, relié aux profils cognitifs et à leurs évolutions, justifie encore plus d'aborder cette question. Dans le même temps, le manque de ressources d'évaluation, de réhabilitation, d'hébergement ou de réintégration sociale demeure.

Un vaste champ de recherche s'ouvre alors autour des procédures de soins intégrées entre les domaines des addictions et de la cognition, à propos de la validation des offres à développer, ainsi que de la création de structures de soins ou d'hébergement. Cet enjeu de santé publique, pour une sous-population limitée mais existante, est indéniable dans l'intérêt de ces malades jeunes et des équipes soignantes. ■

**Remerciements.** – Aux membres du groupe de travail Addictions-Cognition 2014-2015, ARS de Bourgogne : Dr E. Ayad, M. F. Bardou, Dr J.P. Capitain, M. B. Favet, Mme A. Piver, Mme S. Wackenheim.

**Liens d'intérêt.** – Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

M. Corneloup, P. Menecier, I. Millot  
Troubles cognitifs liés à l'alcool. Pratiques et besoins des acteurs de l'addictologie en Bourgogne

*Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (2) : 101-110

## Références bibliographiques

- 1 - Nutt DJ, King LA, Phillips LD, Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010 ; 376 (9752) : 1558-65.
- 2 - Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *BEH*. 2015 ; (Juillet) : 440-9.
- 3 - Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. Saint-Denis : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2015 [cité 28 février 2016]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2015/le-cout-social-des-drogues-en-france-decembre-2015/>.
- 4 - Ritz L, Pitel AL, Vabret F, Eustache F, Beaunieux H. Alcoolodépendance : atteintes neuropsychologiques et diagnostics différentiels. *Rev Neuropsychol*. 2012 ; 4 (3) : 196-205.
- 5 - Ihara H, Berrios GE, London M. Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000 ; 68 (6) : 731-7.
- 6 - Tedstone D, Coyle K. Cognitive impairments in sober alcoholics: performance on selective and divided attention tasks. *Drug Alcohol Depend*. 2004 ; 75 (3) : 277-86.
- 7 - Pitel AL, Witkowski T, Vabret F, Guillery-Girard B, Desgranges B, Eustache F, et al. Effect of episodic and working memory impairments on semantic and cognitive procedural learning at alcohol treatment entry. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 ; 31 (2) : 238-48.
- 8 - Le Berre AP, Pinon K, Vabret F, Pitel AL, Allain P, Eustache F, et al. Study of metamemory in patients with chronic alcoholism using a feeling-of-knowing episodic memory task. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 ; 34 (11) : 1888-98.
- 9 - Fein G, Greenstein D. Gait and balance deficits in chronic alcoholics: no improvement from 10 weeks through 1 year abstinence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 ; 37 (1) : 86-95.
- 10 - Blume AW, Schmaling KB, Marlatt GA. Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addict Behav*. févr 2005;30(2):301-14.
- 11 - Beaunieux H, Ritz L, Segobin S, Le Berre A-P, Lannuzel C, Boudehent C, et al. Troubles neuropsychologiques dans l'alcoolodépendance : l'origine de la rechute ? *Rev Neuropsychol*. 2013 ; 5 (3) : 159.
- 12 - Le Berre AP, Vabret F, Cauvin C, Pinon K, Allain P, Pitel AL, et al. Cognitive barriers to readiness to change in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012 ; 36 (9) : 1542-9.
- 13 - Boudehent, Beaunieux H, Pitel AL, Eustache F, Vabret F. Contribution de la neuropsychologie dans la prise en charge des patients alcoolodépendants : compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles et cognitivo-comportementales. *Alcoologie et Addictologie*. 2012 ; 34 (2) : 121-7.
- 14 - Groupe de travail du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière – COPAAH. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. *Alcoologie et Addictologie*. 2014 ; 36 (4) : 335-73.
- 15 - Pitel AL, Beaunieux H, Sullivan EV, Pfefferbaum A, Viader F, Desgranges B, et al. Le syndrome de Korsakoff revisité. *Rev Neuropsychol*. 2009 ; 1 (1) : 84-9.
- 16 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> edition. Arlington : APA ; 2013.
- 17 - Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, Ritz L, Boudehent C, Eustache F, et al. Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. *Presse Médicale*. 2016 ; 45 (12) : 1124-32 [cité 25 novembre 2016]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498216000610>.
- 18 - Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, Bordas N, Segobin S, et al. Validation of a brief screening tool for alcohol-related neuropsychological impairments. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015 ; 39 (11) : 2249-60.
- 19 - Bates ME, Buckman JF, Nguyen TT. A role for cognitive rehabi-

- litation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychol Rev.* 2013 ; 23 (1) : 27-47.
- 20 - Menecier P, Millot I, Wackenheim S, Ayad E, Capitain JP, Favet B, 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.
- 21 - Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté. Alcool et troubles cognitifs en Bourgogne - Entretiens exploratoires [Internet]. Dijon : ORSBFC ; 2015 [cité 15 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.orsbfc.org/publication/alcool-et-troubles-cognitifs-en-bourgogne-entretiens-exploratoires/>.
- 22 - Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté. Les addictions en Bourgogne [Internet]. Dijon : ORSBFC ; 2014 [cité 19 novembre 2015]. Disponible sur : <http://www.orsbfc.org/publication/les-addictions-en-bourgogne-2/>.
- 23 - Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 ; 12 (3) : 189-98.
- 24 - Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 ; 53 (4) : 695-9.
- 25 - Groupe de travail Addictions-Cognition 2014-2015, ARS Bourgogne. Troubles cognitifs liés au mésusage d'alcool : relevé de conclusions et propositions du groupe de travail FAR 02. Orientations pour l'avenir en Bourgogne. Décembre 2015.
- 26 - Ridley NJ, Draper B, Withall A. Alcohol-related dementia: an update of the evidence. *Alzheimers Res Ther.* 2013 Janv 25 ; 5 (1) : 3.
- 27 - Oslin D, Atkinson RM, Smith DM, Hendrie H. Alcohol related dementia: proposed clinical criteria. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998 ; 13 (4) : 203-12.
- 28 - Bello V, Schultz R. Prevalence of treatable and reversible dementias: a study in a dementia outpatient. *Dement Neuropsychol.* 2011 ; (5) : 44-7.
- 29 - Rossor MN, Fox NC, Mummery CJ, Schott JM, Warren JD. The diagnosis of young-onset dementia. *Lancet Neurol.* 2010 ; 9 (8) : 793-806.
- 30 - Withall A, Draper B, Seeher K, Brodaty H. The prevalence and causes of younger onset dementia in Eastern Sydney, Australia. *Int Psychogeriatr.* 2014 ; 26 (Special Issue 12) : 1955-65.
- 31 - Vabret F, Boudehent C, Blais Lepelleux AC, Lannuzel C, Eustache F, Pitel AL, et al. Profil neuropsychologique des patients alcoolo-dépendants. Identification dans un service d'addictologie et intérêt pour leur prise en charge. *Alcoologie et Addictologie.* 2013 ; 35 (3) : 215-23.
- 32 - Walvoort SJW, van der Heijden PT, Wester AJ, Kessels RPC, Egger JIM. Self-awareness of cognitive dysfunction: self-reported complaints and cognitive performance in patients with alcohol-induced mild or major neurocognitive disorder. *Psychiatry Res.* 2016 Nov 30 ; 245 : 291-6.
- 33 - Rosenbloom MJ, Rohlfing T, O'Reilly AW, Sassoon SA, Pfefferbaum A, Sullivan EV. Improvement in memory and static balance with abstinence in alcoholic men and women: selective relations with change in brain structure. *Psychiatry Res.* 2007 ; 155 (2) : 91-102.
- 34 - Bartels C, Kunert HJ, Stawicki S, Kröner-Herwig B, Ehrenreich H, Krampe H. Recovery of hippocampus-related functions in chronic alcoholics during monitored long-term abstinence. *Alcohol Alcohol.* 2007 ; 42 (2) : 92-102.
- 35 - Menecier P. Alcool, cognition et Alzheimer : oser un autre regard [Internet]. *Lett Psychogériatrie.* 2012 [cité 24 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.lettre-psychogeriatrie.com/wp-content/uploads/2012/11/59-Pascal-MENEcier-Alcool-Alzheimer.pdf>.
- 36 - Direction Générale de l'Offre de Soins. Circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n° 2011-394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Paris : DGOS ; 2011.
- 37 - Corneloup M, Petigny A, Millot I, Fiet C, Bonnet C, Beurenaut AS, et al. Alcool et troubles cognitifs en Bourgogne - Enquête quantitative auprès des acteurs de l'addictologie [Internet]. Dijon : Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté ; 2015 [cité 15 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.orsbfc.org/publication/alcool-et-troubles-cognitifs-en-bourgogne-enquete-quantitative-aupres-des-acteurs-de-laddictologie/>.
- 38 - National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications. Manchester : NICE, Guidance and guidelines ; 2010.
- 39 - Day E, Bentham PW, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 ; 7 : CD004033.
- 40 - Svanberg J, Evans JJ. Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review. *Alcohol Alcohol.* 2013 ; 48 (6) : 704-11.
- 41 - Stavro K, Pelletier J, Potvin S. Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addict Biol.* 2013 ; 18 (2) : 203-13.
- 42 - Oudman E, Nijboer TCW, Postma A, Wijnia JW, Van der Stigchel S. Procedural learning and memory rehabilitation in Korsakoff's syndrome - a review of the literature. *Neuropsychol Rev.* 2015 ; 25 (2) : 134-48.
- 43 - Menecier P, Fernandez L, Pichat M, Lefranc D, Ploton L. Connaissances soignantes à propos d'usage et de mésusage d'alcool de sujets âgés. *Alcoologie et Addictologie.* 2015 ; 37 (4) : 301-8.
- 44 - Ritz L, Coulbault L, Lannuzel C, Boudehent C, Segobin S, Eustache F, et al. Clinical and biological risk factors for neuropsychological impairment in alcohol use disorder. *PLoS One.* 2016 ; 11 (9) : e0159616.