

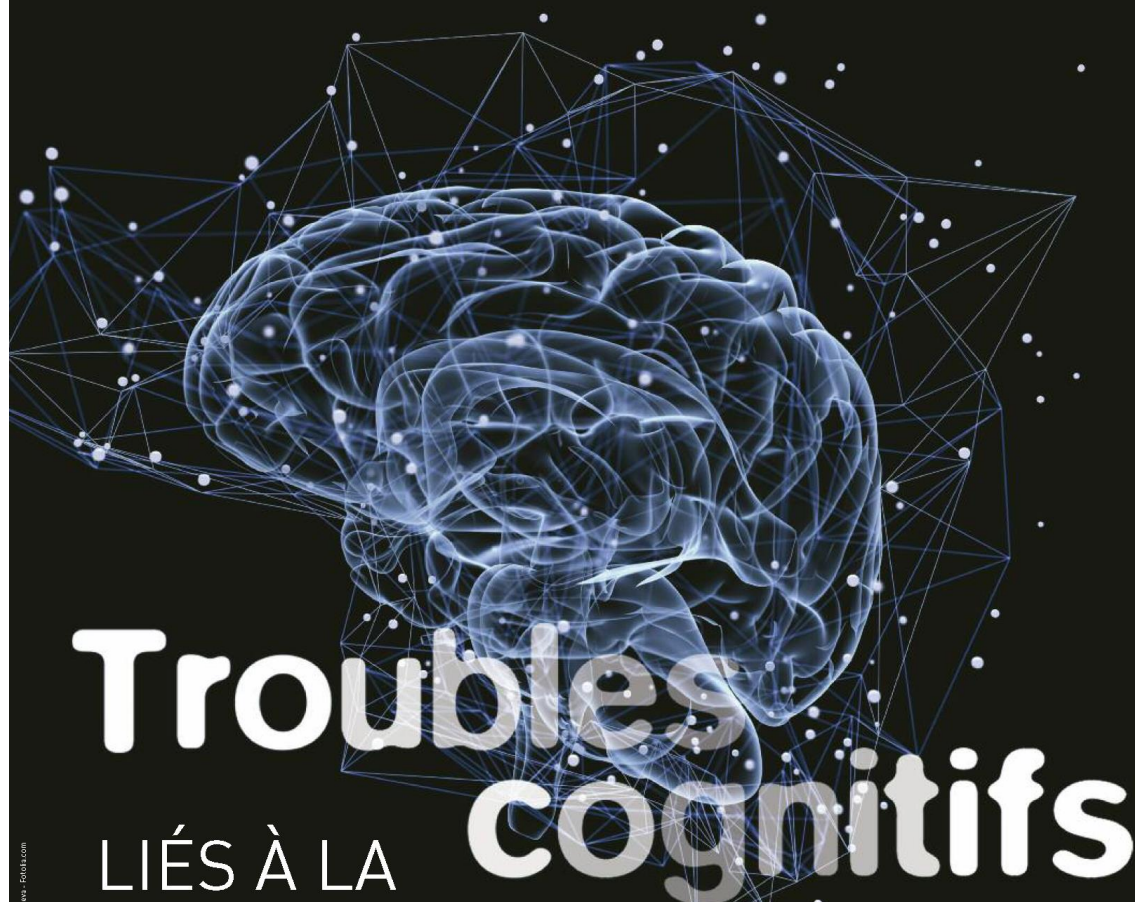
RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

En collaboration
avec l'association
RESALCOG

22^{es}
RENCONTRES
PROFESSIONNELLES
DU **RESPADD**

→ 15 et 16
JUN 2017
PARIS

ESPACE DU
CENTENAIRE
189, rue de Bercy
75012 Paris



Troubles LIÉS À LA **cognitifs**

CONSOMMATION D'ALCOOL
ET AUTRES **DROGUES**

www.respadd.org

Bernard Anzi / Graphisme / Ph. © T. Luan, Duplexes - Fotolia.com



RESALCOG



ASSISTANCE
PUBLIQUE
HÔPITALUX
DE PARIS

Sommaire

OUVERTURE SESSION RESALCOG	3
• Bernard Jomier.....	3
• Sylvia Nguyen-Dang.....	4
• Delphine Vilain	4
PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS SÉVÈRES LIÉS À L'ALCOOL EN ILE-DE-FRANCE : LE RÉSEAU RESALCOG.....	6
• Recueil de données partagées.....	6
• La remédiation cognitive.....	8
• Bilan de deux années d'activité : l'exemple de la MAS Korsakoff	11
OUVERTURE DES 22^{ES} RENCONTRES.....	16
• Anne Borgne	16
• Frank Questel.....	16
• Dorothée Lecallier	16
L'IVRESSE DU SOLDAT	16
PSYCHO-TRAUMAS, TROUBLES COGNITIFS ET USAGES DE DROGUES : QUELLES CONSÉQUENCES ?.....	22
• Psychotraumatisme, alcool et addictions.....	22
• Psycho-traumas et addictions	26
• Les troubles cognitifs liés à l'alcool : travaux en cours en Bourgogne	27
ETAT DES LIEUX DE LA COMPRÉHENSION DES TROUBLES COGNITIFS LIÉS À L'ALCOOL.....	30
CORPS, PSYCHISME ET TROUBLES COGNITIFS	34
• Prise en charge psychologique des patients présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool : intérêts, limites et questionnement.....	34
• La prise en charge psychocorporelle. La place du corps chez les patients présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool	37
TROUBLES COGNITIFS ET USAGES DE DROGUES ILLICITES.....	42
• Cocaïne et troubles cognitifs.....	42
• Cannabis et troubles cognitifs.....	43
• Nouveaux Produits de Synthèse et troubles cognitifs.....	44
DEBAT : QUI POUR ACCUEILLIR LES TROUBLES COGNITIFS SÉVÈRES ?....	47
CONCLUSION	50

OUVERTURE SESSION RESALCOG

● **Bernard Jomier**

● Adjoint à la santé, Ville de Paris

Le tabac et l'alcool – deux conduites à risque – sont en France les deux premières causes évitables de mortalité. La prévention doit devenir la principale ligne de force de la politique de santé. Malheureusement, elle est encore aujourd'hui trop souvent sous-organisée et insuffisamment prise en compte. La Ministre de la santé ayant récemment affirmé sa volonté de voir les politiques de prévention prendre plus d'ampleur dans la politique de santé, il conviendra de confirmer la concrétisation de ces bonnes intentions.

Bernard Jomier souligne par ailleurs la complexité de la situation actuelle. En effet, les élus sont confrontés à nombreuses oppositions, même en matière de défense de la santé publique. Pour sa part, il rappelle avoir interpellé très vivement et publiquement la Présidente de la RATP l'année dernière, pendant l'Euro de football, au sujet de l'indécente campagne de promotion de l'alcool menée dans certaines stations de métro (entièrement décorées et rhabillées par un fabricant de bière). Malheureusement, cette interpellation, bien que relayée dans les médias, est restée sans effet concret et la campagne s'est poursuivie jusqu'à son terme. Bernard Jomier revient également sur les déclarations d'un ancien chef de l'état, qui expliquait combien le paquet neutre aurait des conséquences néfastes sur les territoires français. Si cette affirmation n'avait pu être clairement explicitée, ces exemples montrent à quel point les élus font face à des obstacles puissants et bien organisés.

Bernard Jomier évoque ensuite des programmes développés par la ville de Paris concernant l'alcool. Le Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion comprend ainsi un axe de développement, auprès des publics reçus dans les centres d'hébergement, d'une politique de réduction des risques. La ville de Paris a ainsi soutenu les actions de l'ANPAA ainsi que l'expérimentation menée aujourd'hui au sein des CHRS par l'association Emmaüs. Cette expérimentation vise à repenser l'interdiction d'introduire de l'alcool au sein des structures. L'objectif n'est évidemment pas de favoriser la consommation d'alcool. L'expérimentation s'inscrit plutôt dans une logique de consommation à moindre risque, l'interdiction totale générant à la fois des comportements de violence et des effets de surconsommation.

Les jeunes constituent un autre axe fondamental de la politique de la ville en matière de santé. La mission métropolitaine de prévention des conduites à risque, animée avec le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, intervient auprès des publics jeunes à de nombreuses occasions. Une campagne d'information est en cours actuellement.

Enfin, la ville de Paris mène un important travail, de concert avec l'AP-HP et le Conseil de la nuit, pour établir une cartographie des lieux les plus impliqués dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisation excessive.

Bernard Jomier souligne que les travaux et les discussions menés au cours de ces deux journées d'échange pourront nourrir les axes de la politique de santé de la ville.

Frank Questel revient sur les problématiques de la précarité et des conduites à risque des jeunes. La prise en charge des troubles cognitifs des patients précaires constitue en effet aujourd'hui un véritable défi, la précarité et les troubles cognitifs étant souvent liés. S'agissant des jeunes, il évoque le Binge drinking, une nouvelle forme d'alcoolisation dont les effets particulièrement délétères sur les fonctions cognitives sont désormais connus.

● **Sylvia Nguyen-Dang**

● Médecin référent en addictologie et handicap, pôle médico-social, délégation départementale de Paris

En France, presque 10 % des adultes sont en difficulté avec l'alcool. Responsable de 49 000 décès par an, celui-ci constitue la deuxième cause de mortalité évitable. Il est également la première cause d'hospitalisation, pour le traitement de l'alcoolisation elle-même ou pour ses conséquences. Son coût social est important, puisque proche de 120 milliards d'euros. Ses conséquences sociales sont également lourdes, puisqu'il conduit notamment à des faits de violence (conjugale ou routière). Sylvia Nguyen-Dang souligne, par ailleurs, la fréquence de l'association de la consommation d'alcool chez les usagers de drogues, ces derniers évoluant vers des poly-consommations.

La plupart des complications liées à l'alcool, et notamment à la consommation chronique d'alcool, sont par ailleurs connues ; elles peuvent être hépatiques, cardio-vasculaires, ou neurologiques. L'alcool est également à l'origine de cancers et de troubles cognitifs sévères. Or, si la prise en compte des troubles cognitifs est récente, ils sont néanmoins parfois réversibles, même pour les plus sévères d'entre eux. Il conviendra donc d'agir le plus précocement possible auprès des publics concernés, mais aussi dans les situations pour lesquelles aucune action susceptible d'être menée n'avait encore pu être définie.

Les troubles cognitifs demeurent cependant sous-estimés, bien que leur impact relationnel et social soit important. Ils sont, en eux-mêmes, des freins et des obstacles à l'accès à une prise en charge adaptée et par cela sont aussi facteurs d'exclusion. En effet, le patient ne peut pas appréhender lui-même, du fait de ses troubles, l'importance des dommages liés à sa consommation, lesquels restent encore difficiles à diagnostiquer précocement.

Les actions menées ont pour objectif :

- ✚ le repérage et la prise en charge précoce des troubles cognitifs, notamment en médecine ambulatoire, dans les CSAPA, en psychiatrie, au niveau des ELSA ;
- ✚ l'adaptation des stratégies de prévention, de réduction des risques et de développement des prises en charge comme la remédiation cognitive ;
- ✚ la mise en place de réseaux de travail pluridisciplinaire autour du patient – RESALCOG ;
- ✚ la recherche en addictologie, en lien avec les neurosciences, la génétique, l'épidémiologie et les sciences sociales ;
- ✚ la diffusion des connaissances auprès de tous les acteurs qui sont amenés à intervenir auprès des patients alcoolo-dépendants ;
- ✚ l'évolution des structures de soins et des structures médico-sociales.

● **Delphine Vilain**

● Référente régionale pour les conduites addictives, ARS Ile-de-France

Le projet régional de santé vise à répondre aux besoins des Franciliens et à mobiliser tous les acteurs pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Il poursuit trois objectifs :

- ✚ assurer à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé ;
- ✚ améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé dans la région ;
- ✚ conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs, au plus près des territoires.

La question des conduites addictives est traitée de manière transversale dans ce projet régional de santé. L'ambition globale de l'ARS Ile-de-France est de mieux intégrer la prévention, la réduction des risques et l'accès aux soins.

Plusieurs stratégies sont retenues en matière de conduites addictives, afin de répondre aux différents enjeux mentionnés précédemment. Un des premiers axes est de mettre en œuvre des actions de réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux liés à la consommation de drogues illicites, d'alcool et de tabac. Plusieurs projets sont aujourd'hui développés, dont la mise en place d'une Clinique de la réduction des risques en matière d'alcool. Un deuxième axe concerne plus spécifiquement la formation des personnels de santé de premiers recours sur les questions de repérages précoces et d'interventions brèves en addictologie.

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS SÉVÈRES LIÉS À L'ALCOOL EN ILE-DE-FRANCE : LE RÉSEAU RESALCOG

© Recueil de données partagées
Frank Questel

Président de RESALCOG, hôpital Fernand-Widal, AP-HP, Paris

Conçue comme une filière de soin, l'association RESALCOG est née avant tout de l'émoi suscité par le sort qui était réservé aux patients concernés par ces troubles cognitifs et qui se retrouvaient brinquebalés d'un service à l'autre. Faute de personnels compétents, ces patients ne bénéficiaient d'aucune structure adaptée en capacité de les accueillir pour des longs séjours. Frank Questel souhaite ainsi rendre hommage à Philippe Michaud, l'un des initiateurs du réseau et coordinateur d'une de ses entités phare : l'Unité Serge Korsakoff.

Le RESALCOG est aujourd'hui composé de plusieurs professionnels et établissements ayant pour objectif commun de constituer un réseau francilien destiné aux patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à leur consommation d'alcool. Le réseau a également l'ambition de promouvoir et de formaliser une approche cohérente et coordonnée de ces troubles.

Les connaissances sur les troubles cognitifs liés à la consommation d'alcool se sont beaucoup approfondies au cours des dernières quinze années. Frank Questel rend également hommage, à ce titre, à l'équipe de Caen et à François Vabret, coordinateur d'un groupe de travail auprès de la COPAAH (Collège Professionnel des Acteurs de l'addictologie Hospitalière). Ce groupe de travail a établi, en 2014, un document de référence absolument remarquable recensant les données récentes sur les problématiques des troubles cognitifs et sur lequel tous les acteurs du RESALCOG se sont appuyés.

RESALCOG : la mise en place d'une filière de soin

La filière RESALCOG a été imaginée et construite en partant du niveau le plus en amont possible, c'est-à-dire en y intégrant les urgentistes (les patients souffrant de TCSLA sont, le plus souvent, admis dans les urgences), les structures ambulatoires et les équipes de liaison. Ces différents partenaires de première ligne jouent un rôle absolument essentiel pour diagnostiquer, dépister et orienter les patients.

Le service de médecine addictologie de l'Hôpital Fernand-Widal intervient en deuxième ligne. Ce service de court séjour (une quinzaine de jours au maximum) a la particularité d'être, à l'origine, un service de médecine interne. Il dispose donc d'une unité de 24 lits d'addictologie aiguë et de bénéficier d'un plateau technique relativement important. Le service a développé des partenariats avec deux structures qui lui apportent une aide essentielle pour le diagnostic des patients, voire même leur orientation : le centre Mémoire de l'Hôpital Fernand-Widal (CM2R) et le service de médecine nucléaire de l'Hôtel-Dieu.

Les SSR polyvalents ou addictologiques (Hôpital Gouin et Hôpital René Muret) constituent la troisième ligne de la filière. L'accent est mis, dans ces structures, sur la nutrition et la rééducation fonctionnelle. En effet, de nombreux patients souffrent de dénutrition. La

première étape, avant d'envisager une remédiation cognitive, est de les renutrir. Les durées de séjour sont plus longues et peuvent aller jusqu'à un mois.

La filière propose, en quatrième ligne, une prise en charge spécifique neurocognitive que les initiateurs du réseau ont voulue relativement différée par rapport à l'entrée en soin (au-delà du premier mois de prise en charge). Des programmes de remédiation cognitive adaptés aux patients souffrant de TCSLA ont été mis en place au sein de la Clinique des Epinettes (60 lits) et de la Clinique du Parc (22 lits). Les séjours peuvent aller jusqu'à trois à quatre mois. Si cette prise en charge n'a pas permis aux patients de récupérer leurs fonctions cognitives, de quitter le réseau et de retrouver une certaine autonomie, ils sont transférés à la MAS Korsakoff.

La MAS Korsakoff intervient en cinquième ligne. Elle constitue le dernier niveau de prise en charge des patients et propose des durées de séjours pouvant aller jusqu'à deux ans. Cette Maison d'accueil spécialisée n'a pas vocation à garder les patients définitivement. Se pose donc le problème de l'aval de cette structure. Le réseau fait appel à des structures en Belgique, ce pays ayant mis en place un dispositif particulièrement performant. Le réseau peut également faire appel à des EHPAD mais ces structures pourraient craindre de recevoir des patients anciennement usagers d'alcool.

La cohorte ALCOMEMO

Les données scientifiques validées dans le domaine des TCSLA étant rares, le réseau a décidé de constituer une cohorte de patients – appelée ALCOMEMO – afin de mieux comprendre ces troubles et proposer des prises en charge adaptées.

La cohorte inclut uniquement des patients alcoolo-dépendants souffrant de troubles cognitifs sévères ou très sévères, dont les résultats obtenus au MoCA (Montreal Cognitive Assessment : test d'évaluation des fonctions cognitives) sont inférieurs à la moyenne. Une évaluation neuropsychologique devait permettre de mettre en évidence des atteintes sur au moins deux fonctions cognitives (fonctions exécutives, mémoire épisodique, ou encore l'attention) et au moins un signe clinique évocateur d'une étiologie alcoolique au moment du diagnostic (ataxie, troubles oculomoteurs, neuropathie, dénutrition).

Les patients ont été inclus dans la cohorte entre janvier 2013 et décembre 2016. Elle regroupe aujourd'hui 43 patients (11 femmes et 32 hommes). L'âge moyen est de 56,8 ans. 50 % de ces patients n'avaient jamais été suivis en addictologie. La durée moyenne de perte de contrôle des consommations est de 25 ans. Les patients sont en majorité précaires. Seulement 7 sont sous protection judiciaire.

L'étude montre par ailleurs que plus de 50 % des patients de la cohorte sont dénutris ; la sévérité des troubles cognitifs semble donc liée à l'importance de la dénutrition. Plus de la moitié ne présente cependant pas d'atteintes hépatiques sévères et seule une minorité de ces patients souffre d'une cirrhose. De la même façon, la majorité des patients n'a pas d'antécédents convulsifs. Il n'y a donc pas de lien évident entre la sévérité des troubles cognitifs et la sévérité de la maladie hépatique ou des antécédents convulsifs. Des anomalies au scanner cérébral sont retrouvées chez uniquement la moitié des patients. En revanche, l'IRM cérébrale montre des pathologies chez 97 % des patients (atrophie cérébrale, atrophie cérébelleuse, des corps mamillaires, atrophie hippocampique, atrophie du corps calleux). Enfin, les scintigraphies cérébrales font apparaître des anomalies majeures.

Frank Questel présente, pour finir, le devenir des patients. Onze ont ainsi pu rentrer à domicile. Douze sont encore dans le réseau, dont huit à la MAS Korsakoff. Les EHPAD,

souvent sollicités, accueillent aujourd'hui cinq des patients de la cohorte. Cinq patients sont perdus de vue et trois sont décédés (dont deux au domicile).

■ Récupération cognitive et facteurs associés à la récupération.

Cette étude portait sur 15 patients testés après une moyenne de six mois d'abstinence et une participation à un programme de remédiation cognitive. Trois grandes fonctions ont été testées (les fonctions exécutives, la mémoire épisodique et l'attention) et sept sous-fonctions. Les résultats montrent que onze patients sur quinze ont amélioré leurs fonctions cognitives. 35 % des fonctions altérées initialement s'améliorent plus ou moins significativement après six mois d'abstinence et de remédiation cognitive. Le coefficient de corrélation entre le score d'amélioration et la durée d'abstinence, avant la réalisation du premier bilan neuropsychologique, est significatif. Ainsi, plus le premier bilan est précoce, plus la récupération est importante. Il est ainsi recommandé d'attendre au moins un mois avant de faire la première évaluation neuropsychologique ; en effet, il existe une première phase de récupération précoce après le sevrage alcoolique. L'étude montre une amélioration significative de la flexibilité et de la planification visuo-spatiale.

■ Statut nutritionnel et troubles cognitifs

Cette étude, réalisée sur une cohorte de 59 patients, a réussi à montrer l'importance de la part de la malnutrition dans les troubles cognitifs. Ainsi, les patients qui souffrent des troubles cognitifs les plus sévères sont ceux qui sont les plus dénutris. L'étude souligne également la corrélation entre l'évolution de l'index de masse corporelle (IMC) et le MoCA. Tout point perdu à l'IMC (reflet de l'état nutritionnel) augmente de 30 % le risque d'avoir un MoCA pathologique.

© **La remédiation cognitive**
Anne-Laure Bricet
Clinique des Epinettes, Paris

Les altérations cognitives liées à l'alcool sont fréquentes et touchent principalement trois domaines : les fonctions exécutives, la mémoire épisodique verbale et les fonctions visuo-spatiales. Cette liste n'est cependant pas exhaustive et d'autres domaines peuvent également être touchés, notamment, à titre d'exemple, une altération de la cognition sociale (l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales).

Les fonctions exécutives interviennent dans la régulation du comportement. Elles permettent de s'adapter à des situations nouvelles, conflictuelles ou complexes. Plusieurs fonctions exécutives spécifiques sont identifiées.

- ✚ L'inhibition permet à l'individu de résister aux distractions, de ne pas dire tout ce qui lui traverse l'esprit et qui ne serait pas adapté. Un déficit d'inhibition peut se traduire par une impulsivité, des difficultés pour gérer les émotions (notamment la colère) et des difficultés pour se concentrer.
- ✚ La flexibilité mentale permet de s'adapter rapidement à la nouveauté et aux changements.
- ✚ La planification est la capacité à organiser une série d'actions afin d'atteindre un objectif.
- ✚ La mémoire de travail (ou à court terme) permet à l'individu de disposer d'un espace de travail mental afin de maintenir des informations pendant une très courte période.

La remédiation cognitive est un traitement rééducatif réalisé par un professionnel pour améliorer le fonctionnement cognitif. Ce traitement repose sur l'utilisation d'activités souvent ludiques et privilégie les exercices motivants, revalorisants et individualisés. La remédiation

cognitive est basée sur la plasticité cérébrale, avec l'idée que l'entraînement des fonctions cognitives sollicite la neuroplasticité. Le traitement peut se faire en groupe ou en individuel. Il est toujours proposé après une évaluation neuropsychologique (afin d'identifier les fonctions cognitives qui ont été altérées et celles qui ont été préservées).

La remédiation cognitive poursuit plusieurs objectifs, notamment la restauration des fonctions cognitives défailtantes. Le traitement peut également aider le patient à prendre conscience des troubles dont il souffre et de repérer leur impact sur son quotidien. Il vise indirectement à améliorer le niveau de fonctionnement avec une meilleure adaptation sociale (gestion de la vie quotidienne, réinsertion professionnelle, cognition sociale, meilleure autonomie). Au cours de ce processus, l'estime de soi s'améliore, tout comme l'adhésion thérapeutique.

La remédiation cognitive s'appuie sur deux approches :

- ✚ L'approche restauratrice consiste à entraîner les fonctions déficitaires au moyen d'exercices répétés, dont on augmente progressivement la difficulté.
- ✚ L'approche réadaptative (ou palliative) consiste plutôt à contourner les difficultés en aidant le patient à élaborer des stratégies lui permettant d'exploiter au mieux les fonctions préservées.

■ La remédiation cognitive des troubles légers à modérés.

Il existe plusieurs programmes de remédiation cognitive. Certains programmes ciblent la cognition (CRT, RECOS, COGMED). D'autres ciblent uniquement la cognition sociale (IPT, SCIT, GAÏA, RC2S). Certains outils ont été validés pour une utilisation en groupe, d'autres uniquement pour une utilisation lors de séances individuelles. Cependant, ces programmes ont été validés essentiellement sur des patients schizophrènes ou sur des patients victimes d'AVC ou de traumatismes crâniens. Le nombre d'études validées chez les patients souffrant de troubles cognitifs liés à l'alcool est, à l'heure actuelle, toutefois très réduit.

Anne-Laure Brichet souligne ensuite qu'un programme, « Rééducation de la mémoire de travail », élaboré par Claire Vallat-Azouvi propose treize exercices de difficulté croissante, dont la reconstitution de mots sur épellation, l'arrangement de mots par ordre alphabétique et le défilé de questions. Cette technique s'appuie sur une approche restauratrice puisqu'elle s'emploie à améliorer la capacité de stockage en mémoire à court terme et faciliter la manipulation des informations.

■ Remédiation cognitive et syndrome amnésique sévère.

Les approches développées pour les patients souffrants de troubles cognitifs sévères, et notamment d'un syndrome amnésique, sont légèrement différentes. Le travail rééducatif s'appuiera sur des apprentissages implicites et procéduraux. Il poursuivra les objectifs suivants :

- ✚ l'établissement de repères spatio-temporels ;
- ✚ la stimulation générale des compétences cognitives ;
- ✚ la reprise accompagnée des activités de la vie quotidienne, puis sociale ;
- ✚ la mise en place d'aides externes.

La rééducation de la mémoire à long terme est différente de celle des autres fonctions cognitives. Plusieurs études ont montré que la pratique d'exercices répétitifs (similaires à ceux élaborés par Claire Vallat-Azouvi) n'était pas efficace et ne permettait pas aux patients d'augmenter leur capacité de stockage en mémoire à long terme.

Les techniques proposées pour la rééducation de la mémoire à long terme s'appuient sur une approche réadaptative. Elles viseront plutôt à faciliter le fonctionnement mnésique en apportant des moyens mnémotechniques. Elles auront recours aux systèmes mnésiques préservés, comme la mémoire perceptive ou la mémoire procédurale. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées, parmi lesquelles :

- ✚ La méthode d'estompage progressif des indices : des indices sont d'abord fournis au patient pour faciliter la récupération de l'information, puis leur nombre est réduit progressivement. Dans cette méthode, une question (par exemple : « quelle est la capitale du Turkménistan ? ») est présentée au patient qui doit trouver la réponse (par exemple : « Achgabat »). Au départ toutes les lettres de la réponse sont montrées au patient. Aux essais suivants, une lettre de la réponse est systématiquement soustraite (par exemple, « Achgaba. », puis « Achgab », puis « Achga... ») et ce, jusqu'à ce que le patient puisse trouver le mot sans aucun indice. Les résultats ont montré que cette méthode pouvait aider les amnésiques à apprendre de nouveaux mots.
- ✚ La méthode de l'apprentissage sans erreur : le patient est invité à ne répondre que s'il est sûr de sa réponse. La réponse correcte est fournie autant de fois que nécessaire.

À côté des stratégies présentées ci-dessus, il est très important de développer, lors des séances de rééducation, l'usage d'aide-mémoire externes (aussi appelées prothèses mnésiques).

● Questions de la salle

Frank Questel rappelle que le prérequis de la remédiation cognitive est que le patient ne consomme plus d'alcool, ce qui est parfois très difficile à obtenir.

Evoquant le rapport entre psychothérapie et remédiation cognitive, Anne-Laure Brichet souligne que la première est une aide à la remédiation cognitive ; les deux approches peuvent converger.

Frank Questel fait observer qu'il est difficile pour un psychologue de rentrer en communication dans un registre de psychothérapie avec un patient dont la mémoire est défaillante et qui peut ne pas se souvenir des entretiens précédents. Cependant, le travail psychologique dispose de plusieurs outils et s'appuie sur les proches (amis et famille). Il évoque le cas de plusieurs patients de l'unité Korsakoff qui ont utilisé, tout au long de leur vie, des carnets pour y noter diverses informations. Ces notes montrent souvent que ces patients avaient conscience qu'ils avaient des problèmes de mémoire. Elles peuvent également servir à enrichir le travail psychologique. Quoiqu'il en soit, le psychologue doit accepter de renoncer à une psychothérapie classique.

Une intervenante indique recevoir en consultation des patients souffrant de troubles modérés ou légers des fonctions cognitives. Ces troubles sont évidents. Ils ont même parfois été objectivés. Pourtant, elle se heurte, avec certains patients, à un déni complet des troubles. Ces patients ont des capacités de récupération assez importantes et la remédiation cognitive ne peut que leur être bénéfique.

Anne-Laure Brichet rappelle qu'il ne s'agit pas tant de déni à proprement parler que d'anosognosie, un des symptômes les plus fréquents chez les patients souffrant de troubles amnésiques ou des fonctions exécutives. La première étape de la remédiation cognitive peut consister à aider le patient à prendre conscience de ses troubles. Anne-Laure Brichet admet qu'elle a peu de patients réfractaires. Ils s'intègrent plutôt bien dans le groupe de remédiation cognitive. Rien ne sert de proposer une remédiation cognitive à un patient

totallement réfractaire, mais il ne faut pas, en revanche, hésiter à insister auprès des patients indécis pour les pousser dans cette voie.

📍 Bilan de deux années d'activité : l'exemple de la MAS Korsakoff

👤 **Philippe Michaud**

Hôpital Nord-92, Villeneuve-la-Garenne

La MAS Korsakoff est un lieu permettant aux patients de se reconstruire. Il peut notamment leur apporter une protection, mais permet également d'affiner l'évaluation, d'organiser la remédiation et de travailler à la réadaptation. Le projet de la MAS est clairement tourné vers la sortie et, idéalement, vers un retour à domicile. Les objectifs proposés aux patients sont de :

- ✚ retrouver celles des fonctions cérébrales atteintes qui peuvent être restaurées ;
- ✚ s'adapter aux déficits résiduels ;
- ✚ retrouver le sens de la vie en société ;
- ✚ s'étayer des mesures de protection sociale qui peuvent être mobilisées ;
- ✚ restaurer un cadre social pour la sortie ;
- ✚ consolider l'arrêt de l'alcool.

📄 Les caractéristiques cliniques des patients

Les patients accueillis au sein de la MAS Korsakoff sont tous étiquetés « syndrome de Korsakoff » avant l'admission. Cette qualification est cependant de plus en plus impropre. Ce syndrome caractérise en effet un syndrome amnésique pur alors qu'il existe une vraie continuité entre les troubles cognitifs modérés et les troubles cognitifs sévères. De surcroît, les patients reçus dans l'unité souffrent au minimum de deux, voire même de trois, atteintes sévères des troubles cognitifs : des atteintes aussi bien des fonctions exécutives que des atteintes de la mémoire ainsi que, assez souvent des atteintes somatiques et notamment neurologiques.

L'unité dispose de 15 lits et a reçu, depuis son ouverture, 26 patients (dont 7 femmes). L'âge moyen à l'admission est de 53,2 ans. Plus de la moitié des patients traités ont été transférés depuis le réseau RESALCOG et notamment depuis la Clinique des Epinettes.

Les patients peuvent avoir des antécédents favorisant les TCLA, tels que des traumatismes crâniens graves (trois patients), des AVC (deux patients), une dépendance aux opiacés (trois patients dont un encore substitué par méthadone), des hépatopathies sévères (quatre patients) et des crises comitiales (quatre patients). 36 % des patients ont des troubles moteurs importants. Tous ont des problèmes dentaires. Philippe Michaud rappelle que, dans son exposé, Frank Questel a insisté sur les problèmes nutritionnels des patients. Cependant, pour manger, il faut pouvoir mastiquer. Or, l'état dentaire des patients reçus dans la MAS est absolument catastrophique, et celui de leur bouche proche du champ de ruine. Beaucoup de patients souffrent également de troubles ophtalmologiques, ce qui n'est pas sans conséquence puisque beaucoup d'exercices de la remédiation cognitive passent par le visuel. Enfin, 73 % des patients ont des problèmes avec le tabagisme.

📄 Les caractéristiques sociales des patients

Beaucoup de patients sont précaires. Ils ont tous été exclus du monde du travail (certains récemment). La plupart bénéficient d'une aide juridique (curatelle ou autre).

📄 Les caractéristiques neurologiques et neuropsychologies des patients à l'entrée

Les patients souffrent de troubles sévères. Les MMSE ou les MoCA sont assez faibles, voire effondrés. Les troubles mnésiques sont constants et massifs, antérogrades et rétrogrades pour tous. La mémoire de travail, en revanche, est le plus souvent préservée. L'anosognosie est fréquente (intense chez 11 patients). La désorientation temporelle est plus intense que la désorientation spatiale (souvent partielle). Les troubles des fonctions exécutives sont très majoritairement présents.

■ Les caractéristiques psychologiques des patients à l'entrée

Quelques patients sont déprimés. Beaucoup souffrent d'anxiété. Celle-ci peut être « primaire ». Elle peut également être liée au changement de lieu ou au trouble mnésique. Philippe Michaud évoque le cas d'un patient ayant subi un raptus anxieux massif alors qu'il se trouvait seul dans les couloirs de l'unité. Il a pris l'extincteur pour essayer de casser une des fenêtres et s'enfuir de ce lieu qu'il ne reconnaissait pas. Quelques patients sont opposants (voire très opposants) aux soins.

Certains troubles de la personnalité sont manifestes (personnalité antisociale, mais aussi narcissique). L'alcoololo-dépendance est suspendue chez la plupart des patients ; l'abstinence est globalement assurée et l'appétence est faible. Philippe Michaud rappelle, à ce sujet, que l'alcoololo-dépendance implique la mémoire, celle-ci pouvant s'effacer avec le trouble mnésique. Certains patients n'ont d'ailleurs aucun souvenir de leurs consommations passées.

■ Le devenir des patients pendant le séjour.

Philippe Michaud distingue quatre types d'évolution possible :

- ✚ la progression continue ;
- ✚ la progression avec plafonnement ;
- ✚ la stagnation ;
- ✚ l'apparition d'autres troubles neurologiques intercurrents.

Le cas général est, bien heureusement, celui de la progression continue. L'adaptation au cadre permet d'apaiser le patient et de rentrer en relation avec l'équipe. Si une régression (voire une disparition) de l'amnésie rétrograde est observée, l'amnésie antérograde a tendance à stagner. L'anosognosie disparaît progressivement et les passages dépressifs sont assez fréquents. La reconnaissance du handicap est par ailleurs toujours un moment très douloureux. Les patients connaissent par ailleurs une régression très aléatoire (tout du moins en apparence) des troubles des fonctions exécutives. Il est toutefois encore impossible de prédire avec certitude le degré de progression (ou de régression) des patients. Enfin, à une exception près (le patient était également sous méthadone), l'appétence à l'alcool régresse de manière significative.

Le plafonnement peut être lié au petit niveau, à l'anosognosie, aux troubles de la personnalité, à la dépression et, dans certains cas, à l'isolement. Toutefois, le plafonnement pourrait n'être qu'un ralentissement des progrès.

L'absence de progrès est surtout le fait des patients les plus graves sur le plan cognitif à l'entrée et porteurs de syndromes quasi démentiels. Philippe Michaud évoque le cas d'une patiente présentant, après son entrée dans l'unité, une agitation motrice et verbale majeure. Les causes de ces nouveaux troubles sont inexplicables. L'équipe soignante a décidé de la mettre sous Dépakine, une des hypothèses étant qu'elle souffrait d'épisodes épileptiques. Le traitement a très bien fonctionné. La patiente est, depuis, calme, souriante et communicative. Il se peut, par ailleurs, que la stagnation soit prédictive de l'apparition de troubles nouveaux.

Les causes de l'apparition de nouveaux troubles neurologiques demeurent dans la plupart des cas obscures. On parle alors de démences « séniles » ou de « formes atypiques de démences rares », voire de « formes rares de démences atypiques ». La principale difficulté concerne aujourd'hui l'aval. Quelles solutions peut-on proposer aux patients « déments » alors qu'il n'existe pas de service aval en France pour les personnes âgées de moins de soixante ans ?

■ L'influence des interventions.

Si l'unité est capable de mesurer les progrès des patients, Philippe Michaud admet que l'influence des différentes interventions est toutefois encore très difficile à mesurer. Des évaluations neuropsychologies sont réalisées à l'entrée, huit mois après l'admission et avant la sortie. Les résultats sont souvent encourageants. De vrais progrès des fonctions exécutives, des troubles mnésiques ou des troubles moteurs apparaissent. Malheureusement, il est impossible d'affirmer que les interventions menées au sein de la MAS Korsakoff sont à l'origine de ces progrès.

■ Les sorties.

11 personnes ont quitté l'unité depuis sa création, une à son initiative et dix de façon préparée. Six patients ont rejoint leur domicile personnel (dont trois avec la présence d'un conjoint à domicile ou à proximité). Quatre patients ont rejoint un établissement médico-social :

- ✚ EHPAD : un patient de 69 ans, avec un profil de démence sénile.
- ✚ FAM : deux patientes de 46 et 51 ans.
- ✚ MAS Belgique : un patient de 57 ans, avec des troubles de type démentiels.

S'agissant des patients à domicile, on observe :

- ✚ une rechute sévère avec hospitalisation en psychiatrie et aggravation des troubles cognitifs. le patient a quitté l'unité à sa demande, contre l'avis de l'équipe soignante, après 90 jours, avec une personnalité antisociale et une anosognosie intense ;
- ✚ un décès inexpliqué ;
- ✚ quatre patients vont bien (deux sont abstinents et deux consomment occasionnellement).

S'agissant des patients en institution, tous sont décrits comme « ayant fait des progrès » par les soignants qui les ont accueillis.

Philippe Michaud tient à souligner que le travail n'est pas inaccessible aux patients après leur sortie. Deux patients ont été intégrés dans un ESAT (tous deux à leur domicile familial) après leur sortie. Deux patients bientôt sortis ont réalisé des stages en ESAT débouchant sur une embauche qui sera concrétisée cet été, avec l'intégration dans un foyer de vie. Le travail, rappelle Philippe Michaud, est une motivation puissante. Les tests en ESAT sont majoritairement positifs.

Pour conclure, Philippe Michaud rappelle que la MAS Korsakoff est en devenir. Elle offre aujourd'hui une organisation adaptée aux besoins spécifiques des patients. Toutefois, il n'est pas toujours facile de faire comprendre que les actions qui sont menées au sein de l'unité sont importantes. Encore récemment, la nouvelle directrice a informé Philippe Michaud que la neuropsychologue ne serait pas remplacée. Ce poste est pourtant central dans l'unité. De telles décisions administratives témoignent de la difficulté, à l'heure actuelle, à faire entendre que la MAS Korsakoff n'est pas une simple unité de gardiennage.

Philippe Michaud a établi une liste de recommandations :

- ✚ standardiser les évaluations ;
- ✚ réaliser un bilan complet dès que possible ;
- ✚ créer des fiches de liaison ;
- ✚ destigmatiser les patients, notamment auprès de l'aval ;
- ✚ faire un IRM et même, si possible, un bilan neurologique extensif ;
- ✚ mobiliser les pouvoirs publics.

● Questions de la salle

Frank Questel remercie Philippe Michaud pour son exposé dont il salue l'optimisme. Il retient de son intervention que les progrès se poursuivent sur le long terme et prennent du temps.

Une intervenante s'interroge sur l'existence d'autres structures similaires à la MAS Korsakoff en France. Elle souhaite également savoir si l'unité accueille des patients hors région Ile-de-France et si un centre d'accueil est proposé aux familles qui viennent de loin. Enfin, elle s'enquiert du délai d'attente pour intégrer la structure.

Philippe Michaud confirme l'existence de structures similaires, tout du moins dans l'esprit, en France. La MAS Korsakoff ne reçoit pas de patients hors Ile-de-France. Le choix de la territorialisation n'est pas anodin, l'objectif étant d'aider les patients à sortir du cadre soignant et d'acquérir une forme d'autonomie. Le suivi ne pourra pas se faire, après la sortie, si les patients habitent loin de l'unité. Des unités comme celle-ci doivent être mises en place partout en France.

Frank Questel rappelle que le réseau RESALCOG n'a pas vocation à accueillir tous les patients Korsakoff, qu'ils soient parisiens ou franciliens. L'objectif était de mettre en place une filière de soin en vue d'en tester l'efficacité et l'efficacités. Le but est, bien évidemment, de déployer des dispositifs identiques dans d'autres régions de France.

Philippe Michaud précise que la MAS Korsakoff, contrairement à un établissement comme Gustave Roussy, ne dispose pas de structures d'hébergement pour les familles. Force est toutefois de constater que les familles sont souvent très démunies face aux troubles cognitifs sévères. Enfin, Philippe Michaud rappelle que le délai d'attente dépend de l'aval. Ce délai est d'environ 8 mois aujourd'hui.

Nathalie Pierre indique être directrice d'un foyer d'accueil médicalisé en Bretagne. Ses services accueillent trois personnes souffrant du syndrome de Korsakoff. Malheureusement, le foyer n'est pas en mesure aujourd'hui de leur proposer un accompagnement adapté à leurs troubles. Elle souhaite savoir si la MAS Korsakoff propose des formations aux personnels soignants pour les aider à prendre en charge ce type de patients.

Frank Questel répond que, pour l'instant, les formations sont proposées en interne. Il s'agit, le plus souvent, de journées d'échange. Il rappelle que François Vabret propose des formations spécifiques sur les troubles et leur prise en charge. Il invite les professionnels à s'y inscrire.

François Vabret confirme qu'une formation aura lieu à Saint-Malo au mois d'octobre. Il rappelle, par ailleurs, que l'IREMA (Institut de Recherche et d'Enseignement sur les Maladies Addictives), un organisme associatif parisien, propose depuis un an des formations spécifiques sur l'ensemble du territoire.

Philippe Michaud invite les professionnels à prendre contact avec lui pour organiser des formations dans les régions. Il profite de l'occasion pour interpeller les autorités sanitaires. La recherche sur les troubles cognitifs n'est pas favorisée en France. Le coût social de ces troubles est pourtant massif. Les professionnels n'ont à leur disposition que les résultats de

deux recherches pour mesurer la fréquence du trouble (la première a été réalisée en Écosse dans les années 80, la seconde aux Pays-Bas dans les années 70).

OUVERTURE DES 22^{ES} RENCONTRES

● **Anne Borgne**
● **Présidente du RESPADD**

Anne Borgne souligne que le RESPADD est très heureux d'accueillir l'ensemble des participants et intervenants pour ses deux journées de colloques. Le programme, particulièrement riche, de ces 22^{es} journées a rencontré un tel succès que les inscriptions sont fermées depuis un an. Anne Borgne se félicite de l'engouement suscité par ces journées, mais regrette également que beaucoup de personnes ne puissent pas y participer. Quoi qu'il en soit, ce succès témoigne de la nécessité de proposer des colloques d'une telle qualité. Anne Borgne tient tout particulièrement à remercier l'équipe salariée du RESPADD sans laquelle ces journées ne pourraient pas avoir lieu.

● **Frank Questel**
● **Président de RESALCOG, Hôpital Fernand-Widal, AP-HP, Paris**

Frank Questel préside le réseau RESALCOG, une filière de soin dévolue aux patients qui présentent des troubles cognitifs sévères liés à l'alcool (TCSLA). Ce réseau a été présenté lors de la séance ce matin. La filière est organisée en association qui bénéficie et profite de ses journées pour se faire un peu mieux connaître. Frank Questel remercie chaleureusement, à cette occasion, les organisateurs du RESPADD pour avoir associé le RESALCOG à ces deux très belles journées. Si les débats de ce matin ont porté essentiellement sur les TCSLA, il s'est rendu compte, pendant la pause, que les discussions s'étaient poursuivies, abordant d'autres sujets comme la famille, l'entourage et l'évaluation et les carences nutritionnelles. Ces échanges soulignent l'importance du sujet.

● **Dorothée Lecallier**
● **Clinique des Epinettes, Paris**

Dorothée Lecallier présente les sujets qui seront abordés lors de ces deux journées d'échange.

L'IVRESSE DU SOLDAT

Discutant : **Olivier Pierrefiche**, Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances, Université de Picardie, Amiens

Charles Ridel
Professeur agrégé d'histoire, Sceaux

Charles Ridel est professeur agrégé d'histoire. Il a été professeur d'histoire et de géographie pendant plus de 15 ans à Evreux avant d'être promu professeur en Classe préparatoire aux grandes écoles à Sceaux. En 2005, il soutient une thèse sur les embusqués de 14-18. Il récidive en 2016 avec un thème tout aussi important : « L'ivresse du soldat. L'alcool dans les tranchées, 1914-1918 »

■ La généalogie et les sources de la recherche.

Une recherche d'histoire s'inscrit toujours dans un contexte. Le contexte historiographique de la Grande Guerre est dominé depuis une trentaine d'années par une question centrale :

comment les soldats ont-ils pu tenir quatre ans dans les tranchées ? Cette question détermine une grande partie des recherches historiques menées en France.

Au risque de radicaliser les positions des historiens spécialistes de la Grande Guerre, Charles Ridet distingue deux grandes écoles d'historiographie. La première est l'école du consentement. Les tenants de cette école pensent que les soldats ont participé à la guerre parce qu'ils y ont consenti profondément, soit par patriotisme, soit par esprit du devoir accompli ou par légitime défense. Les soldats sont considérés comme des acteurs qui ont accepté la mobilisation. La seconde école est plutôt celle de la contrainte. Les soldats ne sont pas des acteurs, mais des victimes : victimes des cadres coercitifs de l'armée qui ont mobilisé les soldats de force, victimes d'une justice militaire souvent aveugle, victimes aussi des médecins militaires, prompts à dénoncer les soldats qui pratiquent les mutilations volontaires. Les historiens de cette seconde école évoquent également une forme de contrainte par l'alcoolisation institutionnalisée au sein de l'armée pour tenir les soldats et les envoyer affronter l'ennemi.

Cette idée a été soutenue notamment par Frédéric Rousseau dans son ouvrage *La guerre censurée*, publié en 1999. Cet historien soutient qu'un arrosage alcoolique massif des premières lignes a été organisé pour mieux commander les troupes. Il énumère ainsi les fonctions de l'alcool en temps de guerre : « *Alcool pour tenir, alcool pour agir, alcool pour viser et tirer, alcool ensuite pour oublier* ». Cette affirmation fait non seulement écho aux témoignages de certains soldats sur le rôle du « pinard », mais également aux rumeurs sur les distributions de bromure mélangé au vin (pratique qui aurait été inaugurée en 14-18 et poursuivie lors du second conflit mondial, voire même pendant la guerre d'Algérie). Cette affirmation de Frédéric Rousseau a pour inconvénient de ne pas être étayée. Elle est à l'origine de l'envie de Charles Ridet de travailler sur la place de l'alcool dans l'économie générale de la Première Guerre mondiale.

Pour mener son enquête, Charles Ridet a eu accès à des sources innombrables et très riches. Au-delà des carnets de guerre des soldats, il a pu consulter une pléthore de revues militaires ou médicales, de rapports parlementaires sur l'alcoolisme (aussi bien avant que pendant la guerre). Il a également consulté les archives militaires du Service de la défense ainsi que les archives médicales du Val-de-Grâce et celles d'un centre neuropsychiatrique à Limoge. Si ces sources sont abondantes, elles n'en demeurent pas moins frustrantes. En effet, elles permettent d'éclairer le contexte favorable à l'alcoolisation au front, mais pas d'appréhender le processus d'alcoolisation individuel qui fait basculer un soldat dans l'alcool-dépendance.

Charles Ridet avait pour objectif initial de faire une micro-histoire d'un soldat, de le suivre pas à pas, presque cliniquement, pendant toute la durée du conflit et d'observer la place que l'alcool prenait progressivement dans la guerre, ou plutôt dans sa guerre. Il espérait pouvoir tracer un itinéraire alcoolique en s'appuyant sur la figure de Jean Navarre, un aviateur qui sera arrêté par la justice militaire en 1917. Malheureusement, il ne disposait d'aucune source, que ce soit en amont ou en aval, de cet incident judiciaire.

Charles Ridet a fait face, en consultant les sources historiques, à une autre difficulté, celle du vocabulaire. Des mots comme « alcool-dépendance » ou « addiction » n'existent pas au début du XX^{ème} siècle. On trouve dans les sources des termes comme « pris de boisson », « ivrogne » et « éthylisme ». Les archives neuropsychiatriques font état de soldats « alcooliques suraigus », « alcooliques subaigus », « dégénérés alcooliques », ou « aliénés alcooliques ». Charles Ridet ne savait pas si ces mots traduisaient une différence de nature ou de degré dans l'intoxication alcoolique.

📄 Le vin dans la ration réglementaire du soldat entre 1914 et 1918

Pourquoi l'armée française a-t-elle aménagé une place à l'alcool dans ce conflit ? En 1914, un quart de litre de vin (accompagné d'une ration d'eau-de-vie) était distribué chaque jour aux soldats. Cette ration quotidienne augmentera progressivement tout au long du conflit et en 1918, les soldats recevront, chaque jour, un litre de vin.

Pour expliquer la présence du vin dans la ration alimentaire quotidienne du soldat, Charles Ridet a isolé plusieurs facteurs :

- ✚ **Le facteur socioculturel ou anthropologique.** La consommation d'alcool en France, avant et pendant la guerre, relève du rite social, de l'habitus. L'historien Didier Nourrisson (spécialiste de la consommation d'alcool dans la société française du XIX^{ème} siècle) évoquait une « contrainte à consommer ». Dans son ouvrage « la culture de l'ivresse », Véronique Nahoum-Grappe montre que l'alcool rythmait la vie quotidienne des familles, des professions et de l'armée. Les statistiques établies par Sully Ledermann témoignent bien de ce phénomène culturel. Dans un de ses ouvrages, il montre qu'en France, en 1912, la quantité moyenne d'alcool pur consommée par un adulte était de 30 litres par an. Il convient de préciser, par ailleurs, que le vin était considéré à l'époque comme une boisson naturelle, presque hygiénique.
- ✚ **Le facteur économique.** Charles Ridet souligne la force du milieu viticole. La France compte 77 départements viticoles en 1914, et entre 4 et 5 millions d'actifs dans le domaine lié à l'alcool. L'État percevait 600 millions de francs d'impôts relevant de la production d'alcool. Le milieu viticole pourvoyait ainsi à la richesse de la France. Il est, par ailleurs, très puissant, très influent par ses syndicats et par sa presse nationale et locale qui savait flatter et entretenir les préjugés populaires. Beaucoup de journaux encourageaient la consommation d'alcool pour des raisons médicales (lutter contre la grippe espagnole, par exemple) et le vin était perçu, grâce au lobbying des députés viticoles, comme une boisson hygiénique.
- ✚ **Le facteur idéologique.** Le vin, ressenti comme une « boisson française », est devenu une boisson de guerre. Il a servi de marqueur culturel par rapport à l'ennemi. Le vin a été érigé en boisson « patriotique », opposé à la bière allemande. Roland Barthes dira que le vin est, en France, une « boisson totem ».
- ✚ **Le facteur médical et sanitaire.** Charles Ridet a consulté un grand nombre de revues médicales de l'époque. Rares sont les médecins, qu'ils soient civils ou militaires, à s'opposer à toute distribution d'alcool dans les tranchées. Suite à une étude menée par deux chercheurs américains en 1902, une partie de la communauté médicale a d'ailleurs considéré l'alcool comme un aliment pourvoyeur d'énergie. Dans deux articles, Emile Duclaux (le successeur de Louis Pasteur) a encouragé ses collègues scientifiques à considérer l'alcool comme un ami. Le pouvoir n'a eu de cesse, pendant le conflit, de consulter le corps médical sur la part que devait tenir le vin dans la ration des soldats au front. Ainsi, en juillet 1915, l'armée consultera l'Académie de médecine pour lui demander s'il serait pertinent d'augmenter la ration de vin à 0,75 litre par jour et par soldat. Après de nombreux débats et échanges, une majorité de médecins répondra favorablement à cette requête en précisant que le vin sera très utile, dans ces proportions, pour lutter contre les diarrhées, les refroidissements, les gelures et les rhumatismes. Les recommandations des médecins en matière de consommation de vin feront mouche auprès de l'armée française. Elles seront d'autant mieux accueillies que l'eau sur le front est imbuvable, du fait notamment de la forte concentration humaine et de la décomposition des cadavres. L'armée craignait, à juste raison, l'apparition de maladies hydriques

comme le choléra qui décimeraient les troupes françaises. Plusieurs publicités de l'époque (l'Alcool de Menthe Ricqlès, par exemple) exploitaient cette crainte de l'épidémie.

- ✚ **Le facteur militaire.** Pour le commandement militaire, le vin a des vertus morales. L'armée s'est arrogé le droit de distribuer des rations supplémentaires et exceptionnelles de vin, que ce soit pour des raisons tactiques ou pour récompenser les hommes. Ces distributions sont rentrées dans une logique d'économie du don et du contre-don (les soldats donnent leur vie, l'armée leur donne, en échange, du vin). La distribution de vin a été un mode de gestion de la troupe.

▣ Les temps, les lieux et les fonctions de l'alcoolisation au front.

Charles Ridet divise l'espace du front en deux lieux spécifiques : les premières lignes et les cantonnements de l'arrière-front.

La consommation d'alcool dans les premières lignes était limitée. Non seulement les quantités d'alcool étaient restreintes (les soldats se cantonnent à leurs rations quotidiennes, complétées parfois leurs rations personnelles), mais la consommation dans les tranchées était tactique et rationnelle. Les soldats épargnaient leur alcool pour les coups durs.

À l'arrière-front, en revanche, l'alcoolisation a été beaucoup plus débridée. L'offre alcoolique était beaucoup plus importante que dans les tranchées. Au-delà des débits de boisson (dont de nombreux étaient clandestins), l'armée a organisé des camions bazars pour vendre du vin aux troupes. Par ailleurs, le contrôle disciplinaire était beaucoup moins poussé. Il était en effet beaucoup plus difficile d'exercer l'autorité dans les zones de cantonnement que dans les zones de premières lignes. C'est d'ailleurs à l'arrière-front qu'a été relevée la très grande majorité des actes d'indiscipline. Les nombreuses mutineries qui ont secoué l'armée française en 1917 ont eu lieu dans les zones de cantonnement, rarement sur le front. Beaucoup de spécialistes sont convaincus que le caractère violent et imprévisible des mutineries de l'été 2017 est lié à la consommation d'alcool et aux fortes chaleurs.

En résumé, Charles Ridet souligne que le boire en premières lignes est essentiellement convivial, médical et alimentaire. Dans les zones de cantonnement, le boire est également convivial et civil, mais il est aussi cathartique. La consommation d'alcool permet de lutter contre la peur l'ennui et le cafard. L'alcool avait également des vertus amnésiques pour les soldats. L'ivresse était recherchée sciemment par les soldats comme une stratégie d'oubli et d'évasion. Dans son ouvrage susmentionné, Véronique Nahoum-Grappe évoque l'ivresse comme une « *manipulation de soi par soi* », « une transformation volontaire et stratégique de sa perception du temps, de l'espace ». Le psychiatre Yves Pélicier la considère comme un « *vaste dispositif pour s'absenter* ».

Dans un article sur « *L'usage de l'alcool au sein des groupes de sans-abri* » paru dans la revue Sciences sociales et santé en 1999, Emmanuel Roquet fait observer que les effets attendus de l'alcool par les sans-abri sont proches de ceux recherchés par les poilus : « *l'amnésie pour oublier les conditions de vie difficiles, l'absence d'horizon, pour lutter contre l'exclusion sociale, l'éclatement du présent* ». « *L'alcool est un élément – factice sans doute – d'intégration et de continuité entre le passé et le présent* ». En recherchant l'ivresse, le soldat s'échappe, ne serait-ce qu'un court instant, de l'univers militarisé dans lequel il est confiné. La consommation de l'alcool lui permet de s'échapper momentanément du présent.

Pour conclure sa présentation, Charles Ridet souligne que les raisons de consommer et de distribuer de l'alcool sur le front étaient très nombreuses. Elles pouvaient être anthropologiques, culturelles, idéologiques ou médicales. Néanmoins, il ne faudrait surtout pas faire de l'armée une « armée d'alcooliques » commandée par des supérieurs

manipulateurs. Charles Ridel en veut pour preuve l'inanité de la légende sur la distribution de bromure ou d'éther dans la ration des soldats pour en faire de la chair à canon.

● Questions de la salle

Olivier Pierrefiche constate qu'hormis le contexte guerrier de l'exposé présenté Charles Ridel, les images de l'alcool véhiculées entre 1914 et 1948 sont très similaires à celles existant aujourd'hui.

Charles Ridel souligne une persistance du fait alcoolique. La France est toujours ambiguë sur ce sujet (avec le soi-disant « french paradox ») et force est de constater que les attaques contre la récente Loi Evin étaient très similaires à celles qui ont été formulées en 1914 contre les rares personnes qui osaient s'opposer à la distribution de vin dans les rations des soldats. Pendant longtemps, l'armée a été considérée comme le premier facteur d'alcoolisation des jeunes. Aujourd'hui, le service militaire a disparu, mais l'alcoolisation des jeunes reste une constante.

Un intervenant fait observer que le lobbying des viticulteurs décrit par Charles Ridel est toujours présent. Il a pris d'autres formes, mais il n'en demeure pas moins toujours aussi prégnant.

Une intervenante, médecin addictologue dans l'Est de la France, s'interroge plus spécifiquement sur la place de l'alcool dans la Révolution française.

Charles Ridel confirme que le vin a joué un rôle très important au cours des nuits révolutionnaires du mois de juillet 1789. Pour certains historiens étrangers, l'alcool est un acteur à part entière de l'histoire politique française.

Un intervenant évoque la question du psycho-traumatisme de guerre. Il ne lui semble pas que les psychiatres français aient décrit ce syndrome au lendemain de la Première Guerre mondiale. Il demande si l'alcoolisation des soldats n'aurait pas pu avoir un effet protecteur vis-à-vis de l'exposition aux psycho-traumatismes de guerre. La consommation importante d'alcool aurait pu en effet, à ce titre, avoir un effet bénéfique pour éviter le développement de telles pathologies.

Charles Ridel a pu lire, dans les archives neuropsychiatriques, que certains soldats avaient tenté de se prémunir contre les traumatismes de guerre en consommant de l'alcool. Il évoque le cas de Jean Navarre, un brillant aviateur qui fera souvent la une des journaux de l'époque. Ce héros de guerre frôlera la mort à plusieurs reprises. Les événements auxquels il fera face pendant le conflit (dont la mort de son frère jumeau) provoqueront de profonds traumatismes chez ce jeune pilote qui consommera éperdument de l'alcool jusqu'à se faire arrêter par la Justice militaire.

Patrice Louville rappelle toutefois que les connaissances sur les psycho-traumas ont beaucoup progressé pendant la Première Guerre mondiale, mais essentiellement en Allemagne avec les travaux de Freud et de Ferenczi. En France, les médecins militaires étaient beaucoup plus réticents à admettre l'origine psycho-traumatique des troubles, parfois spectaculaires, dont souffraient les soldats (perçus souvent comme des simulateurs).

Dorothée Lecallier s'étonne que la consommation d'alcool ait été plus faible dans les tranchées qu'en arrière-front. Pourtant, l'idée de la mort était beaucoup plus présente dans les zones de front.

Charles Ridel rappelle que, dans les tranchées, le groupe exerçait un contrôle sur les individus. Il a eu plusieurs épisodes au cours desquels certains soldats, du fait de l'ivresse, avaient menacé leurs camarades de tranchée. L'ivresse constitue souvent une prise de risque. Par ailleurs, le contrôle hiérarchique était beaucoup plus présent que dans les zones de cantonnement, à l'arrière-front. Le commandement armé était très conscient des risques liés à l'alcool.

PSYCHO-TRAUMAS, TROUBLES COGNITIFS ET USAGES DE DROGUES : QUELLES CONSÉQUENCES ?

Discutant : **Yann Lestrat**, Hôpital Louis-Mourier, AP-HP, Colombes

© **Psychotraumatisme, alcool et addictions**
Patrice Louville

Hôpital Corentin-Celton, AP-HP, Issy-Les-Moulineaux

Patrice Louville rappelle, en préambule, que le syndrome psychotraumatique (appelé aussi trouble de stress post-traumatique ou névrose traumatique) est un trouble psychique qui se développe à la suite de l'exposition d'un sujet à un (ou plusieurs) événement menaçant, inattendu, et perçu comme débordant ses capacités adaptatives. Selon Edna Foa, une psychologue américaine, « *le développement d'un stress post-traumatique dépend d'interrelations complexes entre la nature du traumatisme, les caractéristiques de la victime, sa situation sociale et les réseaux de soutien qui lui sont accessibles* ». Elle souligne, par ailleurs, que « *dans chaque cas, la caractéristique centrale est la formation d'un souvenir traumatique de l'événement.* »

Patrice Louville reprend la dernière classification DSM-5 des troubles de stress post-traumatique. Il rappelle que ce syndrome est l'un des rares troubles mentaux pour lequel l'apparition peut être datée. L'événement traumatique est un événement durant lequel des individus ont pu mourir ou bien ont été menacés de mort, être gravement blessés ou être victimes de violences sexuelles, d'une ou de plusieurs des façons suivantes :

- ✚ A1 – Exposition directe.
- ✚ A2 – Témoin direct.
- ✚ A3 – En apprenant qu'un parent proche ou un ami proche a été exposé au trauma. Si l'événement concerne un décès ou une menace de mort, il doit s'agir d'un événement violent ou accidentel.
- ✚ A4 – Exposition répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques, notamment en situation professionnelle. Ceci ne s'applique pas à une exposition par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, en dehors d'un contexte professionnel.

Il serait donc plus approprié de parler non pas d'un stress post-traumatique, mais au contraire d'un trauma post-stress. Ainsi, l'événement crée une réaction de stress que Patrice Louville illustre à travers un schéma des différents circuits impliqués. Les situations de stress mettent en jeu différentes fonctions cérébrales. Suite à un événement traumatogène, l'hypothalamus va activer le locus coeruleus dont la finalité est de décharger de la noradrénaline dans le système nerveux central. L'une de ses cibles principales est l'amygdale, la partie du cerveau impliquée dans la gestion des émotions et des souvenirs émotionnels. Un trauma survient après une hyperadrénergicité, soit une inondation par la noradrénaline du cerveau. L'hyperactivité de l'amygdale aboutira, notamment, à la constitution d'un souvenir traumatique.

Patrice Louville décrit ensuite comment sont impliquées les différentes structures chargées de la mémorisation des événements traumatiques. Dans des situations d'intensité

émotionnelle faible à modérée, l'amygdale stimule l'activité de l'hippocampe, favorisant la consolidation d'informations contextualisées (le lieu, le temps...) et de nos souvenirs autobiographiques. Dans des situations émotionnelles extrêmes, l'amygdale, alors hyperactive, prend les commandes et inhibe progressivement l'action de l'hippocampe. Ainsi, le seul souvenir enregistré est celui que l'amygdale est capable d'encoder, soit les éléments marquants de la scène et les ressentis émotionnellement associés. Ainsi, le souvenir traumatique est non contextualisé et essentiellement composé des sensations brutes et des émotions, le plus souvent très négatives, qui sont ressenties au moment où l'individu est confronté à l'événement.

L'individu n'a pas accès à ce souvenir traumatique lorsqu'il le veut. Ce souvenir va se manifester, avec une fréquence plus ou moins grande, à des moments qu'il est impossible de prévoir ou sous l'influence de stimuli permettant de rappeler l'événement. La DSM-5 évoque, à ce titre, des symptômes dits de reviviscence ou d'intrusion du souvenir traumatique, c'est-à-dire la façon dont le souvenir refait surface pour bouleverser l'existence du sujet. En effet, bien souvent, ce souvenir traumatique a la même charge émotionnelle que celle qui a été engendrée au moment de l'événement initial. L'individu va alors élaborer des stratégies d'évitement afin d'empêcher la survenue des symptômes de reviviscence.

D'autres symptômes peuvent survenir dits de perturbations cognitives :

- ✚ D1 – amnésie dissociative : incapacité de se rappeler un ou plusieurs aspects importants du traumatisme, ou perturbations dans le rappel de la chronologie de l'événement.
- ✚ D2 – croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, les autres et le monde (« je suis mauvais », « je ne peux faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon cerveau ne peut plus guérir »).
- ✚ D3 – distorsions cognitives persistantes entraînant des reproches envers soi-même ou envers les autres à propos des causes ou des conséquences de l'événement traumatique.
- ✚ D4 – états émotionnels négatifs persistants comme la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte.
- ✚ D5 – réduction marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes.
- ✚ D6 – sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- ✚ D7 – incapacité persistante à ressentir des émotions positives comme le bonheur, la satisfaction ou l'affection.

Enfin, la DSM-5 a établi une liste des symptômes de perturbations de la vigilance et de la réactivité :

- ✚ E1 – irritabilité et accès de colère (sans réelle provocation) pouvant entraîner un comportement agressif verbal ou physique envers des personnes ou des objets.
- ✚ E2 – conduites à risque ou comportements autodestructeurs.
- ✚ E3 – hypervigilance.
- ✚ E4 – réaction de sursaut exagérée.
- ✚ E5 – difficultés de concentration, troubles mnésiques.
- ✚ E6 – difficultés d'endormissement, réveils nocturnes ou sommeil agité.

📖 Usage de substances et troubles de stress post-traumatique (TSPT)

Patrice Louville souligne une comorbidité fréquente du TSPT, notamment avec les pathologies addictives.

L'étude épidémiologique américaine NESARC 2 (Blanco et al. Drug Alcohol Depend, 2013) affiche une prévalence de la dépendance de l'alcool de 13,66 %. Celle du TSPT est de 4,83 %. La prévalence de l'association des deux troubles est de 1,59 %. Un quart des sujets souffrant de TSPT sont alcoolo-dépendants. L'étude montre que ces sujets souffrent de troubles plus sévères, ont plus de comorbidités psychiatriques, et font plus de tentatives de suicide que les sujets TSPT non dépendants à l'alcool. Chez les sujets TSPT, le risque relatif d'avoir un trouble de l'usage de l'alcool (sur la vie entière) est de 1,7. Il est de 2,4 pour l'usage de drogues. Dans l'étude NESARC 3, le risque relatif de souffrir de TSPT (sur la vie entière) chez les sujets alcoolo-dépendants est de 1,3.





L'étude française SMPG (Santé /Mentale en population générale) montre que le risque de souffrir d'une dépendance à l'alcool est multiplié par cinq pour les personnes souffrant de TSPT.

De nombreuses études montrent, par ailleurs, que les sujets exposés à des événements traumatiques, notamment dans l'enfance, et qui n'ont pas de TSPT, ont un risque augmenté de souffrir d'une dépendance de l'alcool.

De nombreuses études portent sur la relation entre la consommation d'alcool et le terrorisme. La majorité concerne le 11 septembre. On retrouve, dans toutes les études, une augmentation de l'usage d'alcool, de tabac et de cannabis à New York dans les mois qui ont suivi les attentats. Le degré d'exposition est associé à une augmentation de l'usage d'alcool chez les adultes et les adolescents. Dans les 6 mois qui ont suivi les attentats, une étude (Vlahov D. et al. Substance Use & Misuse, 2006) a souligné une incidence de 2,2 % du mésusage d'alcool chez les habitants de New York. Parmi ces sujets, 17,4 % ont présenté des symptômes de TSPT (contre 1,4 % chez les non-buveurs) et 23,5 % ont des symptômes de dépression (contre 4,9 % chez les non-buveurs). Deux ans après les événements du 11 septembre, une autre étude (Adams R.E. et al. Drug Alcohol Abuse, 2006) a souligné que 5 % des New-Yorkais étaient devenus dépendants de l'alcool, et que 10 % avaient augmenté leur consommation depuis les attentats. La dépendance de l'alcool est significativement liée à la sévérité des symptômes psychotraumatiques et à la dépression.

La co-occurrence entre les TSPT et l'usage de substances

Quatre principaux modèles ont été établis pour expliquer la co-occurrence entre le TSPT et l'usage de substances :

-  Théorie du risque élevé. L'abus de substance apparaît avant le TSPT. Son usage augmente les risques d'expérimenter les événements traumatiques, donc le TSPT.
-  Théorie de l'auto-médication. Cette théorie est aujourd'hui la plus validée. Les patients atteints de TSPT utiliseraient les toxiques pour atténuer leur souffrance (en particulier l'hyperéveil).
-  Théorie de la susceptibilité. L'abus de substance précède le TSPT. Les produits toxiques consommés augmentent le risque de développer un TSPT après un événement traumatique.
-  Théorie de la vulnérabilité partagée. Certains sujets ont une vulnérabilité génétique favorisant à la fois un TSPT et un abus de substance après un événement traumatique.

Patrice Louville fait observer qu'aucune de ces théories n'explique par elle-même la survenue de la co-occurrence. Toutes sont probablement impliquées, à des degrés divers,

dans sa survenue. Toutefois, le modèle prévalent est celui de l'auto-médication, notamment pour l'alcool.

Cette méthode d'auto-médication est, bien évidemment, illusoire. En effet, non seulement l'effet autothérapeutique de la prise d'alcool sur les symptômes de TSPT (reviviscences et anxiété) s'épuise par phénomène de tolérance, mais la consommation chronique d'alcool aggrave la symptomatologie de façon induite. Ainsi les deux maladies s'auto-entretiennent et s'aggravent mutuellement.

■ Les aspects neuropsychologiques de la co-occurrence.

Patrice Louville a trouvé seulement deux articles traitant spécifiquement des aspects neuropsychologiques de la co-occurrence. Les deux études concernent des vétérans, population présentant une intrication fréquente avec les symptômes de traumatisme crâniocérébral léger (MTBI). Ces deux études aboutissent à la même conclusion : l'abus d'alcool ou de substances n'a pas d'influence sur les déficits neuropsychologiques induits par le TSPT (attention, concentration, maintien de l'information dans la mémoire de travail, mémoire épisodique, fonctions exécutives). Il conviendra donc de poursuivre les recherches, en y incluant notamment la population civile, pour mieux comprendre les influences respectives du stress post-traumatique (qui a, en lui-même, des conséquences neuropsychologiques) et de l'abus de substance.

■ TSPT et troubles de l'usage de substances (TUS)

Plusieurs auteurs ont montré que le TSPT et le TUS ont de nombreuses caractéristiques communes. Ces deux troubles se caractérisent par une exposition à des situations à forte valence émotionnelle, très négatives dans le cas des TSPT ou très positives dans le cas des TUS (la consommation de substances procure, sur le moment, une intense sensation de plaisir). Le TSPT et le TUS ont, par ailleurs, des symptômes communs, tels qu'une augmentation de l'anxiété, des troubles du sommeil, une perte d'intérêt pour des activités autrefois positivement investies, un émoussement affectif, un comportement irritable, voire autodestructeur, une hypervigilance, des troubles de la concentration, un isolement social, un défaut d'inhibition du comportement. Les deux troubles partagent également certaines bases neurobiologiques communes comme l'hyperactivité du système noradrénergique, l'implication du système dopaminergique, de l'axe corticotrope, du complexe amygdalien et du cortex préfrontal. On retrouve enfin, dans les deux troubles, une hypersensibilité aux stimuli. Les sujets souffrant de TSPT évitent les stimuli ou situations associés au traumatisme parce qu'ils induisent des reviviscences très pénibles. L'hypersensibilité aux indices est également présente dans la dépendance. Le Craving (l'envie irrépressible de consommer la substance) peut être induit par la présence de stimuli évoquant la prise de drogue, et certains sujets vont éviter de rencontrer de tels indices.

Ces symptômes communs tournent tous autour de la notion de mémoire émotionnelle. Ainsi, les chercheurs imaginent de nouvelles approches thérapeutiques qui cibleront le souvenir émotionnel, soit de l'événement traumatique soit de la prise de substances. Ces techniques peuvent être appliquées de façon intégrée en cas de comorbidité.

Patrice Louville évoque, pour conclure, l'étude clinique Paris MEM (ou Paris Mémoire Vive). Celle-ci propose des techniques de blocage de la reconsolidation des souvenirs traumatiques à l'aide de Propanolol. Ces nouvelles techniques pourraient être également utilisées pour les TUS. D'autres techniques visent plus spécifiquement à intervenir sur les souvenirs. Ainsi, plusieurs chercheurs étudient l'usage de l'EMDR pour le traitement des TSPT et des TUS.

Jean-Pierre Daulouède indique avoir axé sa présentation sur un cas clinique de psycho-trauma et d'addiction, celui d'un patient suivi au Vietnam. En effet, le CSAPA Bizia participe à l'implémentation d'un projet de recherche opérationnelle au centre de médecine préventive du district de Go Vap (Vietnam) en partenariat, notamment, avec l'Université de Pennsylvanie.

Ce programme de prise en charge intégrée de l'addiction aux opiacés consiste en un traitement pharmacologique associé à des sessions de counseling, un dépistage systématique VIH et Hépatites et un traitement antirétroviral si les patients se révèlent séropositifs. Ce programme est financé pour une durée de 5 ans. Le programme vise notamment à fournir un nouveau traitement de substitution aux opiacés, le Suboxone. Le programme comptabilise plus de 250 patients sous méthadone et autour de 180 patients sous Suboxone.

Données sur les comorbidités psychiatriques au Vietnam.

Jean-Pierre Daulouède souligne une forte discordance entre la réalité – marquée par un fort taux de suicide – et le repérage des comorbidités dépressives. La culture vietnamienne fait que les sujets, notamment les hommes, parlent peu, ou pas du tout, de leurs états d'âme ou d'humeur. La culture psychiatrique, par ailleurs, est peu développée dans le pays. Très peu de psychiatres sont aujourd'hui formés au Vietnam et l'accès au diagnostic psychiatrique, sans parler des traitements, est relativement modeste.

Un cas clinique.

Dung est un jeune homme, né en 1984. Il est un des premiers patients du programme à avoir bénéficié d'un traitement au Suboxone. Dung est consommateur d'héroïne depuis l'âge de 15 ans. Après avoir fumé le produit, il est passé à l'injection par voie intraveineuse à l'âge de 16 ans. Il fume, par ailleurs, une vingtaine de cigarettes par jour depuis ses 15 ans. Entre 1995 et 2015 (date de son entrée dans le programme), il a été incarcéré à plusieurs occasions pour vol. Issu d'une famille relativement aisée, Dung a suivi de nombreux sevrages en cliniques privées, la première en 2012 suite à une overdose d'héroïne. S'il affirme n'avoir jamais partagé de seringues et utiliser systématiquement des préservatifs lors des rapports sexuels, il a été dépisté positif au VHC en 2015. Les sérologies VIH et VHB étaient négatives. On ne note aucun antécédent d'addiction dans la famille, mais une relation très compliquée et conflictuelle avec le père (très présent au cours de son traitement). Dung entretenait, toutefois, une relation fusionnelle avec sa mère, décédée en 2012 des suites d'un cancer. Son père n'hésitera pas à accuser son fils, de manière répétitive et insistante, d'être à l'origine de ce cancer.

Le traitement par Suboxone a été initié, au centre de Go Vap, en janvier 2015. Le traitement a été dosé entre 8 et 28 mg et Dung a abandonné rapidement sa consommation d'héroïne. Une session de Counseling était proposée tous les 15 jours (soit 22 sessions au total sur un an). En août 2015, Dung a cessé de venir au centre pendant 15 jours. Il a rechuté dans sa consommation d'héroïne. Le traitement sous Suboxone est réinitialisé en septembre 2015.

Au mois de novembre, l'équipe demande à Jean-Pierre Daulouède de revoir le jeune homme (qu'il avait déjà eu l'occasion de voir en début d'année, lors du démarrage du traitement). Au cours de l'entretien, Dung lui avoue qu'il se sent coupable du décès de sa mère. Les échanges mettent en évidence que lorsqu'il se recueille devant l'autel de ses ancêtres pour

prier, comme le veut la tradition, les souvenirs douloureux de sa mère décédée reviennent vivement à la surface et son Craving pour l'héroïne augmente fortement. Jean-Pierre Daulouède précise que plusieurs intervenants participaient à la consultation (qui a duré plus de 3 heures), laquelle a permis une restructuration cognitive et une exposition progressive. Il lui a été également conseillé de parler avec son père tout en lui spécifiant que les propos que ce dernier tenait n'étaient pas fondés. Dung a compris qu'il ne pouvait pas être tenu responsable du décès de sa mère et a décidé de reprendre le programme.

En décembre 2015, Dung se sent beaucoup mieux et commence peu à peu le « déconditionnement ». L'autel de ses ancêtres n'est plus source de Craving et il ne consomme plus d'héroïne. Sa relation avec son père change, car ce dernier prend conscience (grâce aux équipes de Councelling du centre) du caractère très délétère de la sur-culpabilisation de son fils. Il lui achète une voiture et lui propose de travailler avec lui. Le père de Dung détient 4 bijouteries à Saigon. Pour prouver qu'il fait désormais totalement confiance à son fils, il lui confie la responsabilité de livrer les bijoux commandés par ses plus gros clients. Malheureusement en janvier 2016, Dung passe à un traitement à la méthadone. Le sous-dosage est évident et Dung rechute dans l'héroïne.

En mars 2016, il est interpellé par la police alors qu'il conduit son scooter, car il ne porte pas son casque. Les policiers fouillent le coffre du scooter et trouvent de l'héroïne. Dung est condamné à 3 ans d'incarcération. Il n'effectuera qu'un an de prison, car son père a des relations et a fait tout son possible pour lui venir en aide. Il sort de prison en avril 2017. Son père insiste beaucoup pour qu'il reprenne son traitement et assiste aux consultations de Councelling.

● Questions de la salle

Une intervenante s'interroge sur les éventuels liens entre les TSPT et le burn-out (épuisement professionnel).

Patrice Louville confirme ce lien. Plusieurs études soulignent le lien entre la fréquence des événements traumatiques, le développement de psychotraumatismes et le burn-out chez les personnes qui travaillent dans des conditions extrêmes (les pompiers, les infirmiers des blocs opératoires). Le burn-out peut, par ailleurs, être considéré comme un facteur favorisant le développement d'un stress post-traumatique. Les deux troubles partagent certains symptômes comme notamment l'épuisement émotionnel. Patrice Louville rappelle que le burn-out est un sujet difficile à fixer. Même si beaucoup de monde en parle, le terme recouvre beaucoup de situations.

Jean-Paul Daulouède rappelle, pour sa part, que le burn-out n'est toujours pas défini. Les médecins du travail tentent aujourd'hui de préciser les contours de ce trouble pour en faire une maladie professionnelle. Pour l'instant, la majorité des patients souffrant de ce que l'on qualifie de burn-out qu'il a eu l'occasion de recevoir sont des personnes harcelées ou des personnes qui ont des récurrences d'états psychopathologiques antérieurs. L'état d'épuisement professionnel, à proprement parler, sans intervention hostile externe (de la hiérarchie en particulier) est très rare.

@ Les troubles cognitifs liés à l'alcool : travaux en cours en Bourgogne

● Embarek Ayad

Hôpital Nord-92, Villeneuve-la-Garenne

Dans le cadre du projet régional Addiction de 2014-2016 (fiche action régionale 2), un groupe de professionnels intervenant dans le domaine des addictions et de la cognition a été constitué pour travailler sur la problématique des troubles cognitifs induits par la

consommation chronique d'alcool avec l'appui de l'ARS. Le groupe s'est réuni tous les trimestres. Les travaux ont été accélérés fin 2015 et un document d'environ une quarantaine de pages a été rédigé.

Les valeurs promues par le groupe étaient de :

- ✚ dépasser la question d'hébergement spécifique (demande initiale de l'ARS) et élargir le travail au repérage, à l'évaluation et à la réhabilitation ;
- ✚ travailler uniquement sur l'alcool (malgré les poly-consommations) ;
- ✚ différencier les troubles cognitifs et les démences ;
- ✚ souligner l'intérêt de la mise à distance du produit ;
- ✚ éviter toute discrimination.

Le groupe de travail s'est adossé à deux études de l'ORS. Dans la seconde, un questionnaire avait été adressé, par voie postale ou électronique, à l'ensemble des professionnels et acteurs de l'addictologie en Bourgogne. 346 structures ont été contactées au total et 97 questionnaires ont été rendus. Les résultats montrent que presque tous les acteurs interrogés rencontrent des personnes présentant des TCLA considérés comme invalidants.

Un zoom a également été fait sur les données d'hospitalisation 2013 en Bourgogne (issues du PMSI) en matière de TCLA. Il en ressort que 135 patients étaient concernés au titre du diagnostic principal ou associé, dont 51 au titre du diagnostic principal seul. L'âge moyen est de 59 ans, plus de la moitié ayant moins de 60 ans.

Les résultats de l'étude montrent que les TCLA concernent peu ou prou jusqu'à deux tiers des alcoolo-dépendants. Il existe un lien entre ces troubles et la reprise ou le maintien de l'alcoolisation. Une possible réversibilité des troubles après sevrage complet est constatée. Plus de 2000 patients sont concernés, en Bourgogne, par les TCLA, dont plus de 700 avec des problèmes d'hébergement adapté.

Fort de ces résultats, le groupe de travail a établi une liste de propositions :

- ✚ Repérer. Il conviendra de favoriser le repérage précoce des troubles cognitifs. Pour cela il faut sensibiliser l'ensemble des acteurs à la question.
- ✚ Évaluer en première intention.
- ✚ Évaluer en seconde intention. Cette évaluation permet de confirmer l'existence des TCLA et écarter un éventuel diagnostic différentiel (psychiatrique ou somatique)
- ✚ Orienter, stabiliser et réhabiliter.
- ✚ Accompagner, réinsérer et autonomiser.
- ✚ Développer les structures d'hébergement spécialisé.
- ✚ Mettre en place une équipe transversale qui aura pour mission la sensibilisation, la formation et la constitution d'une base de données sur les TCLA.

● Questions de la salle

Philippe Michaud souligne que les TCLA, une maladie orpheline, concernent en Bourgogne plusieurs milliers de personnes. Par ailleurs, quelques milliers de cas nouveaux apparaissent en France chaque année. La fréquence de cette pathologie est donc élevée. Dans sa présentation, il s'était plaint du manque de recherche en France. La Bourgogne montre aujourd'hui l'exemple. Philippe Michaud invite Embarek Ayad à étendre l'étude aux personnes incarcérées.

Un intervenant souhaite évoquer la question spécifique de l'évaluation des TCLA. Il rappelle que le MMS ou le MoCA sont des tests de dépistages et qu'ils ne constituent pas un diagnostic à proprement parler. Pour confirmer les résultats des tests, l'évaluation ne peut être faite que par des neuropsychologues. L'absence ou la faible disponibilité de neuropsychologues dans les services est un véritable problème. Or, il ne faudrait pas que cette absence soit palliée par l'utilisation unique de ces différents tests de dépistage. Une telle stratégie dégraderait considérablement les diagnostics et les conséquences pour les patients seraient très lourdes.

Embarek Ayad affirme que l'objectif n'est en aucun cas de substituer ces tests aux évaluations des neuropsychologues. Toutefois, les délais d'attente sont si longs, notamment en Bourgogne, que l'objectif était d'offrir aux patients une première évaluation.

ETAT DES LIEUX DE LA COMPRÉHENSION DES TROUBLES COGNITIFS LIÉS À L'ALCOOL

Discutante : **Claire Paquet**, Neurologue, Hôpital Fernand-Widal, AP-HP, Paris

François Vabret
CHU de Caen

François Vabret rappelle travailler depuis déjà plusieurs années auprès de patients souffrant de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA). A ce titre, il a apprécié les propos et les exposés tenus au cours de la journée d'hier. Il y a quelques années seulement, entre 2005 et 2010, la mise en place d'un réseau de santé dédié aux TCLA n'en était qu'à ses prémices. François Vabret était, à cette époque, très loin de penser que ce réseau se mettrait en place aussi vite. Pourtant, en sept ans, entre 2010 et 2017, un certain nombre d'acteurs de la santé ont su se saisir, en France, de ce domaine et les résultats obtenus en si peu de temps sont très encourageants. Force est de constater que les progrès en matière de prise en charge des malades sont colossaux.

François Vabret se propose, aujourd'hui, de présenter l'histoire des connaissances sur les TCLA, depuis les premières descriptions des troubles cognitifs jusqu'au développement de ce qu'il dénomme la « Neuro-psycho-addictologie », une des dimensions les plus importantes de la prise en charge des patients.

■ Les connaissances avant 1960

En 1889, Serge Korsakoff a présenté dans un congrès français le cas de l'un de ses patients. Celui-ci souffrait de ce que l'on appellera un syndrome amnésique. Ce congrès marquera le début de la prise en compte des TCLA. Toutefois, pendant longtemps encore, les médecins considéreront que ces troubles ne surviennent que chez certains patients, après un épisode aigu nommé « Encéphalopathie de Gayet-Wernicke ». Cet épisode peut avoir des séquelles, telles que soit un syndrome de Korsakoff (caractérisé par un syndrome amnésique presque pur), soit une « démence » alcoolique (terme abandonné depuis) ou, plus rarement, une maladie de Marchiafava Bignami.

■ Les connaissances entre 1960 et 1990

Les connaissances vont être acquises grâce aux progrès considérables dans les domaines de la neuropathologie et de l'imagerie cérébrale, notamment les scanners. La recherche a permis de mettre en correspondance des syndromes neurologiques et les atteintes cognitives liées à la consommation d'alcool. Des atteintes des corps mamillaires (encéphalopathie de Gayet-Wernicke et syndrome de Korsakoff) et du cervelet ont alors pu être décrites précisément. L'imagerie permet également de mettre en évidence une atrophie du cerveau très fréquente chez les patients.

■ Les connaissances à partir des années 2000

L'imagerie cérébrale s'est enrichie de nouvelles techniques, notamment d'imagerie fonctionnelle, qui permettront de mieux comprendre la répartition des atteintes entre la substance grise et la substance blanche. Grâce aux connaissances acquises, il sera possible de mettre en corrélation les atteintes liées à la consommation d'alcool sur la

structure cérébrale avec des atteintes cognitives. Le distinguo est fait entre la cognition « chaude » (les fonctions exécutives, la mémoire épisodique et la métacognition) et la cognition « froide » (l'émotion et la cognition sociale).

Les connaissances permettront, par ailleurs, de mieux identifier les circuits fonctionnels du cerveau qui sont impactés par la consommation d'alcool. Si on sait depuis longtemps que la consommation d'alcool peut être la cause de troubles du cervelet, la recherche a montré qu'elle peut également endommager le circuit fronto-cérébelleux (qui relie le lobe central, le pont et le cervelet) qui est particulièrement impliqué dans les syndromes dysexécutifs (atteintes de la flexibilité, de l'inhibition, de la planification, de la conceptualisation et de la mémoire de travail). En parallèle, le circuit de Papez, plus impliqué dans la mémoire, peut également être altéré par la consommation d'alcool. Il a été démontré que le syndrome de Korsakoff est une atteinte très spécifique d'une partie de ce circuit. Le circuit fronto-cérébelleux et le circuit de Papez sont tous les deux impliqués dans les troubles de la visuoconstruction (extrêmement fréquents chez les patients) de la métamémoire et la prise de décision.

En 2005, Mme Claire Denis Renard a soutenu une thèse pour le doctorat en médecine intitulée : « *Repérage et évaluation des troubles cognitifs chez les alcoolo-dépendants : une étude cas-témoin sur 100 patients* ». Il convient de noter que les directeurs de ladite thèse étaient Philippe Michaud et Dorothee Lécallier. Avant 2005, aucun soin spécifique n'était apporté aux patients souffrant de TCLA. Les neurologues, comme les psychiatres, ne s'y intéressaient pas. Les médecins généralistes étaient dépassés par le phénomène. Les structures de soin n'existaient pas et les patients étaient orientés au mauvais endroit et/ou au mauvais moment. L'addictologie issue des neurosciences était encore balbutiante. Cette thèse a constitué un véritable tournant. C'est donc à partir de 2005 que plusieurs voix se sont élevées en faveur de la mise en place une prise en charge spécifique des TCLA.

À partir de cette époque, les travaux de recherche se concentreront sur la détection de facteurs pronostiques qui permettraient d'agir en amont pour essayer d'influencer le parcours des patients. Plusieurs études ont montré que les carences en thiamine, lorsqu'elles sont associées à une dénutrition, sont des facteurs aggravants des troubles cognitifs. Les études menées dans le cadre du programme de recherche ALCOBRAIN ont permis d'identifier d'autres facteurs contribuant au développement des troubles cognitifs comme les perturbations hépatiques, les troubles du sommeil ou la neuro-inflammation. Il a été également démontré que certaines habitudes de consommation de l'alcool (le binge drinking, en particulier) favorisent l'apparition de troubles cognitifs. Enfin, plusieurs études ont permis de mesurer l'impact de l'histoire familiale en matière d'alcoolisation.

Évolution de la nosographie des TCLA

L'évolution des connaissances a permis une refonte de la nosographie des liaisons cognitives liées à l'alcool. Cette nouvelle nosographie montre que les individus ne sont pas tous égaux face aux effets de l'alcool sur le cerveau. Ainsi, de nouveaux facteurs explicatifs des troubles cognitifs sont proposés comme l'âge du début des consommations ou le niveau socioculturel. Les cerveaux des sujets qui ont commencé à consommer de l'alcool dans leur jeunesse sont plus vulnérables à l'alcool. Les sujets appartenant à un niveau socioculturel élevé disposent d'une réserve cognitive plus importante. La présence d'une alcoolisation fœtale rend également un sujet plus vulnérable aux troubles cognitifs. Cette nosographie constitue ainsi un tableau hétérogène de vulnérabilité initiale et de sensibilité des effets de l'alcool sur le cerveau.

La réversibilité des TCLA

Si les TCLA s'aggravent avec le temps, ils sont toutefois susceptibles de s'améliorer. Ces troubles sont donc réversibles. Fort de ce principe, des études ont été menées pour étudier les conséquences de l'arrêt de la consommation d'alcool sur le redéveloppement des structures cérébrales endommagées. Une étude menée en 2014 par Shailendra Segobin a montré qu'un sevrage complet permet aux patients de récupérer de la matière cérébrale. L'étude en question montre également qu'une récupération cérébrale, notamment du volume de matière grise, est possible sur une période d'abstinence allant de 1 à 8 mois. De même, une augmentation de la densité cérébrale est observable y compris en cas de reprise de consommation d'alcool après une période d'abstinence si celle-ci est modérée, c'est-à-dire inférieure à 140 verres sur 6 mois (1 verre par jour).

Des études montrent également que les troubles neuropsychologiques (en dehors du syndrome de Korsakoff) sont en partie réversibles avec l'abstinence. Toutefois, il est souligné que la durée et l'amplitude de cette récupération ne sont pas univoques et varient selon les différentes fonctions cognitives. Ainsi, l'amélioration des fonctions mnésiques est rapide alors que les troubles exécutifs régressent beaucoup plus lentement.

Psychopathologie des patients

À partir de 2010, l'acquisition des connaissances au plan fondamental est très conséquente. Les chercheurs essaieront de comprendre le lien entre toutes les données acquises des neurosciences et l'impact sur la psychopathologie des patients.

Le cortex frontal est à l'origine de toutes les fonctions du domaine réflexif, c'est-à-dire le contrôle de l'envie et donc la stimulation contrôlée autour de l'alcool. Le complexe fonctionnel de l'amygdale est plutôt impulsif, c'est-à-dire, la stimulation non contrôlée autour de l'alcool. Le niveau de stress peut intervenir comme un perturbateur de cet équilibre fonctionnel entre contrôle et pulsion. Enfin, la métacognition – la façon dont le patient apprécie son fonctionnement psychologique – interfère avec le sentiment d'être capable ou non de se contrôler. Xavier Noël montre, dans une étude sortie en 2013, que lorsqu'une personne ne souffre pas de troubles de l'usage d'alcool, les stimuli incitatifs (publicité, pression sociale et amicale pour prendre un verre) qui agissent sur le système impulsif sont contrôlés par le système réflexif. Chez les alcoolo-dépendants, les troubles cognitifs entraînent des perturbations de l'inhibition et des fonctions exécutives. Le système réflexif est perturbé et les stimuli incitatifs passent alors uniquement par le système impulsif. Ainsi, les troubles cognitifs renforcent l'incapacité de contrôle de la consommation d'alcool. Chez les alcoolo-dépendants, le système est auto-entretenu et s'auto-aggrave au fur et à mesure que les troubles cognitifs se développent. Ainsi, le développement des troubles cognitifs est à l'origine du développement de la sévérité de l'addiction qui est lui-même à l'origine de l'aggravation des troubles cognitifs.

Ce développement peut donner lieu à un repérage clinique. Les patients ont, pour commencer, des difficultés à se souvenir de leur histoire avec l'alcool. Ils ont également des difficultés à repérer les conséquences de leur consommation d'alcool sur eux-mêmes et sur les autres. Enfin, ces patients présentent des difficultés à planifier un changement de comportement. Par ailleurs, ils sous-estiment les conséquences de leur consommation et surestiment leurs capacités de changement. Tous ces éléments sont les signes de l'existence de troubles exécutifs, de la mémoire et de la métacognition.

Des chercheurs ont tenté d'expliquer le lien entre les TCLA et la rechute. Le modèle de Prochaska et DiClemente a identifié les différents stades de changements de la personne consommatrice. On peut associer une fonction cognitive à chacun des stades de ce modèle. Pour passer du stade de pré-contemplation au stade de l'action, c'est-à-dire s'engager dans une démarche de changement vis-à-vis de la consommation d'alcool, les patients doivent avoir des fonctions cognitives efficaces. Les patients qui n'arrivent pas à dépasser le stade

de pré-contemplation sont ceux qui souffrent d'altérations de la mémoire épisodique. Les patients dont les fonctions exécutives sont endommagées sont bloqués au stade de la contemplation. Ceux qui sont dans le stade de l'action (qui essaye réellement de changer) sont ceux qui ont le plus de capacités en prise de décision. Ainsi, les patients qui ont le plus de difficultés à changer sont ceux qui ont le plus de troubles cognitifs. L'imagerie cérébrale a, par ailleurs, montré que les patients qui ont le moins de capacités à changer sont aussi ceux qui ont le plus d'atrophies cérébrales. Le lien se fait donc entre l'atteinte du cerveau par l'alcool, les troubles cognitifs que cela engendre et la capacité du patient à évoluer dans sa motivation.

Les outils de dépistage validés

Plusieurs outils permettent aujourd'hui de repérer les patients souffrant de troubles cognitifs. Ainsi, le MoCA, qui peut être utilisé par des non-neuropsychologues, offre une évaluation globale qui correspond bien à la population des patients souffrant de TCLA. Le BEARNI a été développé par l'Université de Caen spécifiquement pour le repérage des troubles cognitifs. Ces deux tests sont en accès libres.

Vers une neuropsychoaddictologie intégrée

Les études ont démontré que la réhabilitation cognitive (restauration de fonctions ou développement de fonctions alternatives) était efficace pour les patients souffrant des TCLA, notamment sur l'attention soutenue, l'inhibition, la mémoire de travail, la prise de décision, la planification et la flexibilité. La réhabilitation cognitive aide les patients à améliorer leurs fonctions exécutives et aura donc, a priori, un effet favorable. Les programmes qui seront développés dans les années à venir viseront à augmenter les capacités mnésiques et exécutives des patients.

En conclusion, François Vabret souligne que les troubles cognitifs liés à l'alcool sont la règle et non pas l'exception. Des outils non-diagnostic permettent de repérer les patients avant un second diagnostic chez le neuropsychologue. L'arrêt de la consommation d'alcool entraîne une récupération spontanée des troubles cognitifs. Un gros travail reste toutefois à faire sur les facteurs environnementaux qui sont directement impliqués dans l'évolution cognitive des patients.

CORPS, PSYCHISME ET TROUBLES COGNITIFS

Discutant : **Serge Longère**, Directeur PROSES – Bus 31/32

© **Prise en charge psychologique des patients présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool : intérêts, limites et questionnement**

Marilyn Cotte

Clinique des Epinettes, Paris

Marion Neyraud

Clinique des Epinettes, Paris

« *Je reconnais, mais je ne me souviens pas* ». « *Ne pas se souvenir, ça permet de ne pas être angoissé* ». Ces deux phrases ont été tenues par un patient lors de sa prise en charge à la Clinique des Epinettes. Elles accompagneront l'exposé de Marilyn Cotte et Marion Neyraud.

La prise en charge psychologique des patients présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) a été abordée au sein d'un groupe de travail mis en place au centre du réseau RESALCOG. Ce groupe est composé de plusieurs psychologues appartenant à diverses Institutions (la Clinique des Epinettes, l'Hôpital Fernand-Widal, la MAS Korsakoff). Il est né d'un besoin d'échanger sur les pratiques et de faire du lien entre les structures. En effet, les parcours de soin en addictologie sont souvent discontinus et morcelés, ce qui peut entraîner une perte d'information sur les patients. Ce groupe de travail s'est donné pour mission de répondre à une question essentielle : « Comment travailler en psychothérapie avec des patients n'ayant que peu accès à leur passé ? »

Marilyn Cotte rappelle, à ce sujet, que le suivi psychologique s'appuie sur plusieurs prérequis. Les patients doivent être capables de rentrer en lien. Ils doivent avoir conscience de leur souffrance et exprimer clairement une demande de soin. Il faut par ailleurs pouvoir assurer une continuité entre les entretiens. Les patients présentant des TCLAs peuvent ne pas reconnaître leur soignant. Ils peuvent avoir oublié le contenu de l'entretien précédent. Ils ne répondent donc pas à l'ensemble de ces prérequis et le travail psychothérapeutique leur est, a priori, contre-indiqué.

Or, Marilyn Cotte insiste sur le fait que les patients ne se résument pas à leur trouble cognitif, mais plus globalement que c'est la cognition qui est touchée. Pour un psychologue, la cognition fait fonction d'étayage interne. Elle traduit la capacité d'être, la capacité à rentrer en relation, à avoir une autonomie psychique. Lorsque le groupe de travail a commencé à travailler sur ce sujet, les membres qui le composent se sont rapidement aperçus que la littérature médicale offre très peu de références sur la prise en charge psychologique de ces patients.

Fort de ce constat, le groupe de travail s'est rapproché et inspiré des travaux menés en matière de prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés crâniens. Dans un article publié en 2010 portant sur la psychothérapie des patients porteurs de liaisons cérébrales, Lisa Ouss-Ryngaert propose une approche intégrative basée sur une triple lecture neuropsychologique, psychiatrique et psychodynamique. L'idée n'est pas de réduire un trouble à une seule lecture, mais au contraire de jouer sur la complémentarité de ces trois approches et de redonner au symptôme sa valeur défensive.

Marion Neyraud présente ensuite les différentes observations cliniques qui ont pu être mises en avant par le groupe de travail. L'objectif n'est pas, pour autant, de faire un profil type des patients souffrant de troubles cognitifs. Les patients souffrant de TCLA sont des patients qui ont une atteinte de l'être, c'est-à-dire une atteinte du sentiment d'identité, du sentiment d'existence, du sentiment de permanence et de continuité.

Le premier trouble auquel les psychologues sont confrontés est l'anosognosie (un trouble neuropsychologique qui fait qu'un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap ne semble pas avoir conscience de sa condition). Celle-ci peut être fluctuante et variable dans le temps. Lorsque l'anosognosie est levée, on observe chez les patients des affects dépressifs, de l'angoisse, parfois de la sidération, de l'apathie ou de l'agitation. Marion Neyraud évoque le cas de M. B. Agé de 52 ans, il est resté environ deux ans à la Clinique des Epinettes avant de rejoindre un Foyer d'accueil médicalisé à Villejuif. M. B. parlait, tout du moins au début de son hospitalisation, de la reprise de son travail sans avoir conscience des troubles cognitifs dont il souffrait. Au fur et à mesure, il a pris conscience, de manière très fluctuante, des difficultés qu'il éprouvait puis il s'est déprimé. Il se décrivait comme « une prise débranchée » et alternait entre des épisodes d'apathie et d'agitation. Malgré cette prise de conscience des troubles, il persistait chez lui une sorte de déni. Il ne se rendait pas compte qu'il n'avait plus toutes ses capacités, notamment pour les gestes du quotidien (la toilette, par exemple). Le rôle du psychologue, dans ce contexte, est d'accueillir les mouvements de l'humeur et les mouvements psychiques du patient. La triple lecture mentionnée précédemment permet d'élaborer le schéma d'étude suivant de l'anosognosie :

- + neuropsychologie : non-conscience des troubles ;
- + psychiatrie : confusion ;
- + psychodynamie : déni et refoulement.

L'anosognosie peut donc être vue comme un mécanisme de défense, ce qui amène les psychologues à se questionner sur la quantité d'énergie nécessaire au patient pour maintenir le déni, le refoulement et finalement pour oublier. Au-delà de la non-conscience des troubles, les patients ont en effet souvent perdu la conscience de tout un pan de leur histoire. Par ailleurs, il s'agit de patients alcoolo-dépendants ayant pu avoir recours à l'alcool pour oublier, s'anesthésier ou court-circuiter la pensée. Finalement, retrouver la conscience et la mémoire leur enlèverait peut-être la possibilité de s'en soustraire. L'anosognosie amène les psychologues à se questionner sur la fonction de l'oubli.

Le deuxième symptôme auquel est confronté le psychologue est la désaffectation. Les patients ont très peu d'affects. L'abrasion affective peut être très importante. Les patients peuvent parler d'événements marquants, voire douloureux, mais leur discours est totalement vidé d'affects. Une triple lecture de cette désaffectation serait la suivante :

- + Neuropsychologie : alexithymie.
- + Psychiatrie : émoussement affectif.
- + Psychodynamie : déliaison affective.

Lors des entretiens, M. B. évitait toutes les questions portant sur sa sphère affective ou familiale. Il se déconnectait, regardait par la fenêtre et partait dans un ailleurs. Le décrochage du regard peut être interprété comme un trouble attentionnel, comme une pause dans le discours ou comme une défense. Les psychologues doivent faire attention au non-verbal. Ces patients ne parleront pas spontanément de leur souffrance. Toutefois, ils pourront l'exprimer corporellement. La question se pose de savoir si, en amenant un patient à se reconnecter avec sa réalité, à verbaliser son histoire, le psychologue encourt le risque de perturber son système psychique et son système défensif, ou encore de faire ressurgir brutalement ce contre quoi le patient s'est si lourdement défendu pendant peut-être des années.

Les patients souffrant de TCLA ont, par ailleurs, un rapport spécifique au temps. Certains souffrent de troubles temporels. Il leur est difficile de se repérer dans le temps. Ils ont parfois perdu la notion du temps qui passe. Marion Neyraud évoque le cas de M. C. Au début de son séjour à la Clinique des Epinettes, M. C. restait figé dans le temps et notamment en 2007. Pour lui, cette année spécifique était celle de son travail, de ses jeunes enfants, de sa vie de couple. 2007 était également pour lui l'année précédente ce qu'il décrivait comme un « trou noir ». Marion Reynaud a pu lire dans les différents rapports hospitaliers que 2007 était en fait l'année de son divorce. Elle a entrepris d'établir avec M. C. ce qu'elle appelle une ligne de vie, c'est-à-dire une frise chronologique sur lequel elle lui demande de noter les événements qui lui semblent les plus importants. L'objectif est d'aider le patient à se retrouver dans la continuité de son histoire personnelle et familiale. Ce travail a permis à M. C. de poser et nommer ces dix années de « trou noir » et d'oubli et, au final, de se recentrer dans l'ici et le maintenant, de s'ancrer dans le présent.

Marion Neyraud a également pu observer chez les patients dont elle assurait la prise en charge une compulsion à répéter. Certains patients posent des dizaines de fois, voire plus, la même question, au cours de la même journée et à des intervenants différents. On peut se demander si le fait de répéter n'est pas, pour ces patients, une façon de dire, de vivre et d'éprouver des émotions inconscientes. La répétition peut également être un outil pour se souvenir. Ces patients tentent de se raccrocher à quelques îlots de souvenirs et la répétition relève parfois d'une tentative de maintenir une identité, un statut social. Il convient de noter que toutes ces questions incessantes peuvent provoquer chez les soignants une réaction d'agacement, voire même de rejet. Ces patients peuvent faire vivre aux soignants des choses très violentes, des choses qu'ils vivent probablement eux-mêmes.

Comment le patient peut-il s'adapter face à ses troubles ?

Se découvrir avec des difficultés cognitives c'est se découvrir autrement, avec peut-être le risque de perdre une partie de son identité subjective. Les patients éprouvent un sentiment « d'inquiétante étrangeté ». Ce qui est familier devient dé-familier. Parfois, les patients reconnaissent les soignants sans savoir qui ils sont. Ce sentiment doit être pris en compte dans la prise en charge du patient. Le travail psychologique peut apporter une aide afin que le patient puisse se repérer, malgré toutes les ruptures, dans sa continuité psychique. Il peut également lui permettre de se représenter tous ses troubles sans s'effondrer et entamer un travail de deuil.

Comment le psychologue peut-il s'adapter aux troubles de ses patients ?

Marylin Cotte fait observer que si le patient doit s'adapter à ses troubles, les psychologues doivent également adapter leur cadre de travail en faisant notamment preuve d'imagination et de créativité. L'objectif sera de créer un espace de partage de représentations communes, dans l'ici et le maintenant et dans les moments formels ou informels (sur le pas de la porte, dans les couloirs de l'institution, dans les espaces extérieurs). Les soignants doivent, de surcroît, apprendre à travailler avec la non-demande. Ils ne doivent pas forcer les patients et se rendre disponibles. Le psychologue doit, le plus souvent, se dégager de l'idée même d'avoir des objectifs. Il doit s'adapter aux troubles du patient et faire avec le « non-souvenir » et la discontinuité. Pour Marylin Cotte, le rôle du psychologue sera de « rouler avec les troubles cognitifs », expression en rapport avec l'entretien motivationnel. Ceci permettra au psychologue d'aborder la prise en charge de façon plus simple et détendue.

Le psychologue doit, dans le même temps, imaginer de nouveaux outils de médiation, tels que les entretiens à l'extérieur, l'utilisation de Google Earth (qui permet de revenir à un lieu familier) ou la construction d'une ligne de vie. Le groupe de travail préconise, par ailleurs, la

mise en place d'une fiche de liaison afin de transmettre les informations d'une structure à l'autre.

Pour conclure, Marion Neyraud insiste sur la nécessité d'accompagner ces patients dans un travail visant à restaurer leur sentiment d'identité. Le travail psychothérapeutique est possible avec les patients souffrant de TCLA. Les psychologues peuvent apporter une autre lecture des symptômes. Ils peuvent entendre le symptôme comme une fonction dans l'économie psychique du patient et laisser, par conséquent, l'inconscient faire son travail. Le psychologue peut également intervenir dans la prévention de ces troubles sévères en réfléchissant sur le cadre des institutions et sur les liaisons entre intervenants de façon à permettre un accompagnement plus personnalisé du patient.

Enfin, toutes ces observations amènent les psychologues à se poser des questions parfois éthiques. Il convient en effet de respecter les mouvements psychiques du patient et de ne pas aller contre ces mouvements. Par ailleurs, les soignants doivent-ils pousser le patient à se souvenir ?

📍 La prise en charge psychocorporelle. La place du corps chez les patients présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool

Hélène Mulhauser

Hôpital Fernand-Widal, AP-HP, Paris

Alice Lefebvre, Magalie Ramo

Clinique des Epinettes, Paris

Alice Lefebvre rappelle, en préambule, la définition de la psychomotricité. La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle dont l'approche est centrée sur le rapport que la personne entretient avec son corps dans ses différentes dimensions : dimensions motrice, cognitive, instrumentale, sensorielle, affective et symbolique. La prise en charge psychocorporelle intervient dans une prise en charge globale. En addictologie, la psychomotricité s'adresse à des patients en souffrance physique et psychique, dans leur lien à leur corps, à leurs émotions, à leur propre image. Les personnes qui présentent des troubles cognitifs sévères liés à l'alcool ont des difficultés psychocorporelles plus spécifiques qui exigent une adaptation de la prise en charge.

Alice Lefebvre propose d'aborder, à travers son exposé, deux questionnements :

- ✚ En quoi le réinvestissement de l'unité corporelle est-il nécessaire et conditionne l'accompagnement des patients présentant des troubles cognitifs sévères liés à l'alcool ?
- ✚ Comment la psychomotricité participe à la stimulation des fonctions cognitives ?

📖 Lecture psychomotrice des patients présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool.

Alice Lefebvre présente une des notions fondamentales de la psychomotricité : le Moi-peau d'Anzieu. Anzieu a démontré que le moi psychique se développe sur un moi corporel. Ce Moi-peau permet d'établir un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du moi psychique. Ce Moi-peau permet, au cours du développement, d'intégrer la notion de limite entre l'intérieur et l'extérieur. La peau est à la fois imperméable (elle nous protège des stimuli extérieurs et des agressions) et perméable (elle permet de ressentir et d'inscrire en nous nos sensations). Anzieu a développé huit fonctions de la Moi-peau. Quatre de ses fonctions peuvent être retenues dans une démarche de prise en charge en addictologie. Ainsi, le Moi-peau remplit :

- ✚ une fonction de maintenance du psychisme ;

- + une fonction de contenance ;
- + une fonction de pare-excitation qui protège l'intégrité psychique des agressions extérieures et filtre l'ensemble des stimulations internes et externes ;
- + une fonction d'inscription des traces sensorielles.

Fonctionnellement, le corps semble donc être le support des ajustements tonico-posturo-moteur. Il est également le support des émotions, des sensations, de la vie fantasmatique et imaginaire. Il permet, enfin, d'être en relation. Finalement, ce corps représente le passage entre les perceptions, les sensations et la réalité. Ce corps doit cependant être maintenu et contenu.

Magalie Ramo se propose d'aborder plus spécifiquement la place du corps chez les patients présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA). Pour ces patients, la sphère psychocorporelle est rarement évoquée. D'ailleurs, leur prise en charge corporelle n'est pas recensée dans la littérature.

Ces patients, lorsqu'on les observe, semblent errer, comme des « fantômes », des êtres désincarnés où le corps n'est plus que le véhicule de l'âme, comme s'ils avaient « abandonné le navire ». Leur corps semble vide, au ralenti, perturbé, abîmé et désinvesti. Cette désorganisation corporelle est le reflet de la désorganisation cognitive et psychologique. On parle également de désertification corporelle qui amène les sujets à ne plus pouvoir se représenter leur corps, ne plus pouvoir organiser sa motricité dans le temps et dans l'espace. Ils ne reconnaissent plus leur propre corps et ne peuvent plus se l'approprier comme le leur. Ce corps n'étant plus habité, il perd ses fonctions et laisse très souvent place à un sentiment de vide. Parfois pourtant ce corps s'agite, s'exprime, se tend et s'accélère. Ainsi, le sentiment de continuité et d'unité psychocorporelle de ces patients apparaît comme perturbé et majoré par l'oubli.

Magalie Ramo rappelle que ces patients sont alcoolo-dépendants. Bien souvent, la consommation d'alcool a pu agir comme une anesthésie des symptômes du corps, de la pensée et des émotions. Cette consommation pouvait également accompagner les patients dans une recherche de sensations fortes, d'un sentiment de toute-puissance.

Magalie Ramo se propose d'évoquer les principaux troubles psychomoteurs observés chez les patients souffrant de TCLA. Tous ces troubles ne sont cependant pas spécifiques aux TCLA mais s'observent également chez la plupart des patients alcoolo-dépendants. Par ailleurs, si ces troubles sont séparés dans la présentation, ils sont, dans la réalité, en interaction les uns avec les autres.

+ **Les fonctions motrices.**

Les patients souffrant de TCLA sont très limités dans leur motricité. Un grand ralentissement psychomoteur global est observé, caractérisé par des mouvements lents. Ainsi, lors de la prise en charge de ces patients, Magalie Ramo est souvent obligée de ralentir son rythme de marche lorsqu'elle les accompagne en séance. Leurs gestes sont peu fluides et traduisent des maladroites (difficultés à verser de l'eau dans un gobelet, par exemple). De même, une apathie et un apragmatisme sont constatés, qui amèneront les patients à éprouver des difficultés pour initier une action (se laver, s'habiller, voire même de se rendre en séance). M. B., évoqué dans la présentation précédente, disait souvent qu'il se sentait lourd. Il avait l'impression d'être dans le corps d'une personne de 80 ans (alors qu'il n'en avait que 52). Le corps des patients a peu de souplesse et a perdu sa musculature. Toutefois, parfois à l'inverse, des désinhibitions psychomotrices peuvent se révéler. La motricité devient impulsive. M. B. pouvait avoir, sans comprendre pourquoi, des comportements de familiarité (des tapes dans le dos, par exemple).

Chez les patients, d'importants troubles de la régulation tonique (souvent majorés par les émotions) sont constatés. M. B. présente, par exemple, une hypertonie axiale dans l'effort. De manière contrastée, dans les moments où il n'est pas en activité, il présente une hypotonie de tout le corps.

Bien souvent, les coordinations et les dissociations sont altérées. M. B. ne savait plus sauter, courir ou ramper. Ces difficultés à se mouvoir ternissaient considérablement son estime de soi.

✚ **Les fonctions spatio-temporelles.**

Les difficultés à se mouvoir perturbent les repères temporo-spatiaux. La perception de l'espace et du temps est conditionnée par nos perceptions corporelles et notre rythme interne.

Par ailleurs, différents espaces peuvent être altérés. Ainsi, l'espace de la salle de bain est souvent très désinvesti. Il en est de même de l'espace social. Certains patients peuvent parler de très près sans avoir conscience que cela peut être gênant pour leur interlocuteur. D'autres patients peuvent avoir une orientation de leurs corps qui n'est pas adaptée à la communication. Ils peuvent ainsi parler en tournant le dos.

✚ **La sphère émotionnelle.**

Le tonus est un soutien du système émotionnel. Lorsque les sujets éprouvent des troubles cognitifs, des émotions comme l'anxiété ou l'angoisse peuvent apparaître, ou encore des troubles de l'humeur, une perte de plaisir et d'intérêt qui rend la prise en charge difficile. Certains patients peuvent passer des journées entières dans leur chambre, sans bouger, voire même sans manger.

✚ **L'investissement corporel.**

Les patients montrent parfois un désinvestissement du corps. Il se caractérise par une anosognosie des sensations et des besoins pouvant générer un désintérêt pour l'hygiène du corps.

Leur schéma corporel est appauvri et certains patients oublient des parties de leur corps. M. A., par exemple, souffrait d'un cor au pied. Il avait pris l'habitude de se tenir en équilibre sans reposer son pied au sol. Une fois le cor soigné, il a toutefois automatisé cette posture. Il ne se rend d'ailleurs toujours pas compte qu'il ne pose pas son pied. Les soignants sont donc obligés de lui rappeler qu'il n'a plus mal et qu'il peut reprendre une démarche naturelle.

Un trouble de la reconnaissance de soi est également parfois constaté. Les patients ressentent un sentiment d'étrangeté. Ainsi, M. B., lorsqu'il fait face à un miroir, se regarde comme si ce n'était pas lui, comme s'il se découvrait. Son image lui faisait d'ailleurs peur.

Le corps des patients souffrant de TCLA est moins vecteur de plaisir et de satisfaction. Il sera plus éprouvé dans la fatigue, dans le manque d'énergie, parfois dans la douleur.

▣ **Prise en charge psychomotrice et spécificités.**

Face à cette désorganisation psychocorporelle, le psychomotricien a pour rôle d'aider le patient à se rassembler et se contenir. Il s'agit, en fait, de l'aider à recréer du lien entre son corps et son esprit, entre ses sensations corporelles et ses émotions. Le regard du psychomotricien est spécifique. Du fait de son engagement corporel, il conduit le patient à créer une première enveloppe. En effet, c'est par le regard, la voix et le toucher que le psychomotricien crée la première étape de la mise en place de la relation thérapeutique. La démarche consiste à amener le patient à se réinvestir et redevenir acteur de son corps.

En vue d'une prise en charge individuelle, la première étape consistera à établir une relation de confiance avec le patient et construire une alliance thérapeutique. Il convient d'offrir au

patient un cadre qui soit à la fois stable, structurant et rassurant, mais également malléable et souple (pour répondre aux besoins et aux spécificités des troubles). Les psychomotriciens seront vigilants à aider les patients à construire des repères en proposant, par exemple, une régularité dans la prise en charge. Les séances auront ainsi toujours lieu au même créneau horaire. Elles se tiendront toujours dans le même lieu. Les temps de séance doivent être ritualisés. Compte tenu de la fatigabilité importante des patients et de leur attention déficitaire, les séances sont courtes et ne dépassent que très rarement les 15 minutes. Par comparaison, les séances des patients qui ne souffrent pas de TCLA sont généralement supérieures à 30 minutes. Pour les patients très angoissés, les séances peuvent être organisées dans leur chambre.

Magalie Ramo insiste sur le fait que les médiations corporelles sont choisies avec les patients. Elles sont ainsi élaborées en fonction de leurs passions, de leurs savoir-faire et de leurs priorités, l'objectif étant de donner du sens à la prise en charge.

Hélène Mulhauser évoque la prise en charge groupale. L'Hôpital Fernand-Widal reçoit beaucoup de patients et les psychomotriciens n'ont, au final, d'autre choix que de privilégier ce type de prise en charge. Il convient, comme pour la prise en charge individuelle, de maintenir un cadre spatio-temporel constant. Les séances doivent s'appuyer sur un climat de confiance et de respect des capacités de chacun. La prise en charge groupale permet de favoriser la dynamique relationnelle et de travailler les aptitudes sociales de patients qui sont souvent isolés. La contenance du groupe et du cadre est utilisée pour travailler sur l'impulsivité ou la désinhibition. Pour certains patients il s'agira donc d'apprendre à attendre son tour, à regarder les autres faire. Il s'agira également d'apprendre à utiliser les notions de portance du groupe au travers de l'émulation collective, les encouragements et le partage d'un jeu. Le fait de voir les corps des autres en mouvement permet aux patients d'enrichir leur propre schéma corporel. La prise en charge groupale leur permet également de partager une expérience sensori-motrice commune. Le groupe mettra des mots sur ce qu'il a vécu. Les patients qui éprouvent des difficultés à traduire en mots leur ressenti peuvent parfois se reconnaître dans ceux d'un autre participant. Le groupe ne permet toutefois pas toujours d'accueillir les patients souffrant de troubles particulièrement sévères. C'est pour cette raison que l'Hôpital Fernand-Widal travaille et collabore avec plusieurs centres offrant des séjours longs et un accueil plus personnalisé.

Hélène Mulhauser présente ensuite une séance type. L'Hôpital Fernand-Widal accueille, tous les lundis, des patients souffrant de troubles cognitifs allant de légers à modérés, voire sévères. Ils sont accueillis sur un cycle de six semaines qui peut être renouvelé après un entretien avec le patient et l'équipe. Le matin, les patients suivent des séances de stimulation cognitive sur table avec l'infirmier. L'après-midi, ils participent à des séances groupales consacrées à l'équilibre. Hélène Mulhauser rappelle que le trouble de l'équilibre est lié à la désorganisation psychocorporelle et peut être associé à des troubles neurologiques d'origine centrale comme l'ataxie ou des polynévrites. L'équilibre statique et dynamique requiert une disponibilité psychique et corporelle ; il engage le patient dans ses capacités d'attention et de détente. Le maintien de l'équilibre, même s'il peut être conscientisé, doit être automatisé pour pouvoir gérer d'autres activités dans la vie quotidienne (des activités cognitives, relationnelles et gestuelles).

Les séances ont pour objectif de :

- ✚ retrouver l'engagement corporel du patient ;
- ✚ enrichir les références sensorielles pour aider le patient à mieux appréhender son environnement ;
- ✚ nourrir la perception de l'environnement et la mémoire corporelle ;
- ✚ inciter les patients à mettre en mot ce qu'ils ressentent et ce qu'ils vivent ;

- + favoriser la souplesse mentale par l'ajustement postural et la diversification des possibilités de mouvement ;
- + stimuler la structuration de l'espace et la planification motrice ;
- + aider les patients à gérer des situations de double tâche attentionnelles et gestuelles ;
- + aider les patients à retrouver un ancrage au sol et une sécurité corporelle de base qui fait souvent défaut ;
- + solliciter les capacités cognitives autrement et peut-être parfois indirectement.

Toutes les séances commencent par un temps de mise en disponibilité psychique et corporelle. Les patients sont invités à se faire un massage des pieds, que ce soit avec les mains ou avec un rouleau. Ce rituel est rassurant et permet de réveiller les récepteurs sensoriels. C'est une phase indispensable de bien-être et de plaisir qui va conditionner ensuite un travail sur la concentration. Des exercices de respiration sont également proposés. Certains patients ont, du fait de leur angoisse, une hypertonie du corps qui vient parfois bloquer les muscles de la respiration. Le fait de pouvoir dégager le diaphragme leur permet de se réengager plus facilement dans le travail. Hélène Mulhauser propose ensuite des exercices de mouvements de coordination complexe afin d'inciter les patients à enrichir leur schéma corporel, voire à appréhender des schémas corporels nouveaux et peu habituels. Les exercices suivants permettront de travailler le maintien de postures fixes, les yeux fermés si possible. Des jeux collectifs de déplacement sont également proposés pour favoriser la double tâche motrice. Hélène Mulhauser peut demander aux patients de circuler dans un espace réduit sans se percuter. Parfois, elle leur demande de réaliser l'exercice en tenant un ballon. Pour boucler la séance, il est demandé aux patients de visualiser mentalement et personnellement tous les exercices qui ont été réalisés.

En guise de conclusion, Magalie Ramo fait observer que le psychomotricien apporte un regard complémentaire et une pratique spécifique au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il permet d'aborder la question du corps autrement, dans son investissement affectif, relationnel et émotionnel, en travaillant la prise de conscience du ressenti. Le réinvestissement corporel et l'étayage du psychomotricien facilitent la stimulation des fonctions cognitives (détente psychologique et corporelle, respiration, mouvement...).

Questions de la salle

Serge Longère s'interroge sur la prise en charge des patients alcoolo-dépendants non francophones.

Magalie Ramo insiste sur le langage du corps. Les prises en charge psychomotriciennes visent à utiliser ce corps qui est commun à tous et permet de tisser des relations avec autrui.

Marylin Cotte rappelle que contrairement aux psychomotriciens, les psychologues travaillent beaucoup avec le langage. Toutefois, elle précise que la majorité des soignants engagés dans le réseau maîtrisent une seconde langue, notamment l'anglais.

TROUBLES COGNITIFS ET USAGES DE DROGUES ILLICITES

Discutante : **Florence Vorspan**, Hôpital Fernand-Widal, AP-HP, Paris

 **Cocaïne et troubles cognitifs**

Laurent Karila

Hôpital Paul-Brousse, AP-HP, Villejuif

Les données épidémiologiques

Deux formes de cocaïne sont disponibles en France. La plus commune est la cocaïne en poudre (forme chlorhydrate) qui est prise par voie intranasale ou intraveineuse. Le crack (ou Freebase) est une forme à fumer. Le prix de la cocaïne demeure assez stable en Europe et varie entre 60 et 80 €. 86 % des consommateurs sont des hommes. La voie intranasale est dominante.

Cocaïne et déficits cognitifs : les données de la littérature




Une étude réalisée en 2016 (Karina et al,) a montré, dans le cadre d'un usage aigu de cocaïne, une amélioration artificielle et ponctuelle des capacités cognitives (performances attentionnelles, par exemple). Une deuxième étude (Spronk et al, 2013) a permis d'observer une augmentation de l'inhibition de réponse et de la vitesse psychomotrice.

Certaines études s'intéressent plus spécifiquement à la population des usagers récréatifs (ceux qui estiment ne pas être dépendants du produit). Chez ces sujets, les troubles sont essentiellement attentionnels et mnésiques (Soar et al, 2012).

Chez les usagers chroniques, on retrouve des déficits neuropsychologiques touchant différents domaines : contrôle inhibiteur, décodage émotionnel et raisonnement abstrait (Romero-Martinez et al, 2015). Toutes ces données sont renforcées par l'imagerie cérébrale.

Une étude (Lopes et al, 2017) a comparé des usagers à début précoce à des usagers à début tardif. Les usagers précoces montrent des altérations de la mémoire et des fonctions exécutives ainsi que des altérations neuro-développementales. Les usagers à début tardif présentent, quant à eux, des déficits attentionnels et exécutifs.

Une méta-analyse publiée en 2005 (Jovanovski et al,) montre qu'un usage chronique de la cocaïne altère :

-  les capacités attentionnelles (attention soutenue, partagée, focale) ;
-  la mémoire visuelle et la mémoire de travail ;
-  les fonctions exécutives (prise de décision, inhibition de réponse).

Réversibilité des troubles cognitifs

Les données de la littérature sur la réversibilité sont rares. Si la consommation aiguë altère fortement le fonctionnement cognitif, la question de la persistance des altérations après la cessation de la consommation reste posée. Une étude longitudinale (Vonmoos et al, 2014) a testé un certain nombre de domaines, parmi lesquels l'attention, la mémoire de travail, la mémoire déclarative et les fonctions exécutives. L'étude montre qu'un arrêt définitif de la

cocaïne permet de retrouver des performances cognitives similaires à celles des non-usagers. Toutefois, il est également montré que la récupération de la mémoire de travail est corrélée à l'âge de début d'usage.

Cannabis et troubles cognitifs

Wajdi Mehtelli




Hôpital Fernand-Widal, AP-HP, Paris

Wajdi Mehtelli rappelle que la consommation de cannabis est banalisée. La France affiche un des plus forts niveaux de consommation en Europe. Si les conséquences médicales sont différentes de celles de l'alcool, il n'en demeure pas moins que le cannabis est responsable d'un certain nombre de troubles cognitifs. Toutefois, force est de constater que les troubles dont souffrent les usagers de cannabis sont plus discrets que ceux dont souffrent les alcoolo-dépendants. Cependant, s'ils sont effectivement plus difficilement perceptibles, ils ne sont pas sans conséquences sur la vie des usagers.

Les résines ont évolué ces dernières années. Le pourcentage de THC a nettement augmenté, quelle que soit la forme du cannabis (herbe, huile, poudre). Or, des concentrations plus élevées ont nécessairement des conséquences plus importantes. Le THC est, par ailleurs, une molécule très lipophile et reste présent très longtemps dans l'organisme. Sur ce point, Wajdi Mehtelli évoque une expérience visant à évaluer l'influence d'une consommation de cannabis sur le comportement de pilotes d'avion sur simulateurs de vol. L'étude a mis en évidence une altération des performances psychomotrices des pilotes 24 heures après la consommation. Les sujets ne se sentaient absolument pas impactés par leur usage et pensaient être parfaitement capables de piloter un avion.

180 tonnes de cannabis sont consommées par jour dans le monde. L'usage concerne environ 160 millions d'individus, soit 4 % de la population mondiale. En France, les récentes enquêtes montrent que 9 % des jeunes de 17 ans consomment régulièrement du cannabis.

Les effets aigus de la consommation de cannabis varient selon la dose et la tolérance :

-  somnolence, perturbation de la mémoire à court terme ;
-  troubles de l'attention et de la concentration ;
-  altérations des fonctions psychomotrices (coordination motrice, temps de réaction, perceptions sensorielles).

Cannabis et troubles cognitifs spécifiques

Si de nombreuses structures du cerveau sont impactées par la consommation de cannabis, la neurotoxicité est spécifique et altère principalement l'amygdale et l'hippocampe. Ainsi dans une récente étude, Murat Yücel et ses collègues ont comparé 15 hommes (âgés en moyenne de 40 ans) ayant fumé plus de 5 joints par jour pendant plus de 10 ans et 16 hommes (âgés en moyenne de 36 ans) ne consommant pas de cannabis. L'imagerie cérébrale montre une réduction aussi bien de l'hippocampe que de l'amygdale. Chez les forts consommateurs, le volume de l'hippocampe était réduit de 12 % et celui de l'amygdale de 7 %.

Les troubles cognitifs sont les plus fréquents des troubles induits par la consommation de cannabis. Dans une étude clinique (Dervaux et al, 2011), 76 % des sujets dépendants au cannabis rapportaient des troubles de la mémoire et 70 % des troubles de l'attention liés à leur consommation. Chez les consommateurs chroniques, on retrouve systématiquement des problèmes d'encodage, de stockage et de rappel de l'information ainsi qu'une perturbation des processus décisionnels. La consommation de cannabis entraîne une gêne

significative dans la gestion des activités quotidiennes (planification, flexibilité mentale, capacités adaptatives).

■ La consommation précoce du cannabis

À long terme, l'étude de cohorte longitudinale DUNEDIN a évalué le devenir de 1 037 sujets nés en 1972. Les QI et les capacités cognitives des sujets (qu'ils soient consommateurs réguliers de cannabis, consommateurs occasionnels ou non usagers) ont été évalués à l'âge de 13 ans, c'est-à-dire avant l'éventuelle consommation de cannabis et à l'âge de 38 ans. L'étude a confirmé que les consommateurs de cannabis présentaient plus de troubles cognitifs que les sujets abstinents. En outre, les sujets dépendants au cannabis qui avaient débuté leur consommation avant l'âge de 18 ans présentaient en moyenne une baisse de QI de 8 points. Toujours sur la consommation précoce, une étude a montré (Fontes et al, 2011) que les troubles cognitifs sont plus marqués chez les sujets qui ont commencé leur consommation avant l'âge de 15 ans.

Plusieurs études montrent que les troubles cognitifs ont un impact sur l'apprentissage et favorisent, à ce titre, les difficultés scolaires chez les adolescents. Dans l'étude longitudinale australienne (Horwood et al, 2010), la consommation de cannabis à l'adolescence était significativement associée à des risques plus élevés d'abandon scolaire sans qualification. Il est également démontré que les jeunes de 25 ans ayant commencé leur consommation à l'adolescence ont un statut socio-économique plus défavorable (revenus moins élevés, taux de chômage et de recours aux systèmes d'aides sociales plus élevés).

■ Arrêt des consommations et améliorations des troubles

Plusieurs études montrent que l'arrêt du cannabis entraîne une diminution des troubles attentionnels et améliore la mémoire de travail. Toutefois, les études les plus récentes démontrent qu'une exposition chronique, importante, à début précoce, peut occasionner des troubles irréversibles. Ces résultats témoignent donc de l'importance que l'on doit accorder à la prévention et à la réduction des risques

● Questions de la salle

Un intervenant, psychologue, s'interroge sur le syndrome dit de tolérance.

Wajdi Mehtelli précise que s'agissant du cannabis, ce syndrome est identique à celui que l'on peut observer pour d'autres substances (l'alcool, par exemple). Les utilisateurs augmentent leur tolérance envers le cannabis au fil du temps, ce qui les incite à augmenter les doses pour parvenir aux mêmes effets.

Une intervenante s'interroge plus spécifiquement sur les effets de la consommation de cannabis sur le développement du cerveau, notamment pendant l'adolescence.

Wajdi Mehtelli répond que l'impact de la consommation de cannabis sur la substance blanche, et indirectement sur la substance grise, pendant l'adolescence et la phase de développement cérébral, est confirmé par diverses études. Il rappelle, par ailleurs, qu'on peut observer à l'adolescence, pendant la phase d'expansion cérébrale, une phase d'élagage, d'affinement des structures cérébrales. Le cannabis a un impact délétère sur cette phase spécifique du développement cérébral.

© Nouveaux Produits de Synthèse et troubles cognitifs

Philippe Batel

Clinique Montevideo, Boulogne-Billancourt

Le champ des nouveaux produits de synthèse étant particulièrement large, Philippe Batel a choisi de le restreindre. Il rappelle, s'agissant des Cathinones, que 50 nouveaux produits sont mis sur le marché par an. Il a donc décidé d'axer sa présentation sur trois produits : Le GHB, le Crystal (Métamphétamine) et les Cathinones de synthèse. Il convient toutefois, avant de s'intéresser à ces produits spécifiques, de rappeler que les produits de synthèse ont pour caractéristique de cumuler plusieurs effets et qu'ils cumuleront donc les dommages cognitifs.

■ Le GHB

Le GHB (acide gammahydroxybutyrique) a été créé en 1961 par Henri Laborit pour ses propriétés anesthésiques. Ce produit a connu un véritable essor industriel ; il peut être utilisé à des fins médicales, notamment pour le traitement de la dépendance à l'alcool. L'usage non médical du GHB date des années 80, ce produit ayant fait son apparition dans les boîtes de nuit. Si le GHB prend différente forme, la forme liquide est privilégiée dans les milieux festifs. Le produit est donc ingéré après dilution dans des boissons (une cuillère à café par verre). Des bouteilles de un litre peuvent être achetées sur Internet. Le prix varie entre 50 et 90 € le litre.

Le GHB agit directement sur les récepteurs au GHB et les récepteurs GABA_B en stimulant la libération de glutamate et d'acide gamma-aminobutyrique (GABA), les principaux neurotransmetteurs de l'inhibition et de l'excitation dans le système nerveux central. Comme l'alcool, il a un effet parfaitement dose dépendant. À faible dose, le GHB augmente la libération du glutamate et diminue celle de GABA. À haute dose, au contraire, il diminue la libération de glutamate et augmente celle de GABA. Le GHB inhibe temporairement la libération dopamine à haute dose alors qu'il l'augmente à faible dose. C'est pour cette raison que ce produit occasionne souvent, après une phase de forte excitation, des formes de coma temporaire.

Les dommages cognitifs du GHB ont d'abord été explorés chez l'animal, notamment les rongeurs. Les recherches ont permis de souligner chez les rats intoxiqués un défaut d'apprentissage ainsi qu'une altération des scores de mémoire et une altération aux épreuves de reconnaissance d'objet (qui peut persister plusieurs jours après l'intoxication). Chez l'homme, une administration aiguë chez des volontaires sains a permis d'identifier une altération de la mémoire variable à des doses supra-physiologiques. Chez les patients présentant un mésusage du GHB, une altération importante de la mémoire de travail apparaît.

Les patients suivis présentent un défaut majeur de planification. Rien n'est plus difficile que de prévoir un suivi avec un patient dépendant au GHB, cela d'autant plus que la majorité d'entre eux développe un trouble anxieux. Que ce soit pendant la période de dépendance ou pendant celle de sevrage, les patients développent une panphobie et une agoraphobie majeure.

■ Le Crystal (métamphétamine)

La métamphétamine se présente sous plusieurs formes, la forme la plus commune étant celle de morceaux de cristaux transparents. Le produit peut être reniflé, ingéré, injecté ou fumé. La forme injectée est la plus dramatique. Elle est la cause d'une mortalité quotidienne d'une dizaine de personnes en Amérique du Nord. Le Crystal a pour caractéristique d'accroître la neurotransmission noradrénergique et est donc responsable de nombreux dommages cérébraux, que ce soit à court terme ou à long terme. À long terme, les dégâts cérébraux sont absolument majeurs :

- + détérioration partielle des systèmes dopaminergique et sérotoninergique.
- + effets délétères sur le striatum, le cortex et l'hippocampe.
- + autophagie cellulaire.

Les comorbidités avec le VIH sont très importantes.

Les troubles cognitifs liés à la consommation de métamphétamine sont les suivants :

- + contrôle altéré des pulsions.
- + trouble majeur de l'attention.
- + déficit de l'apprentissage.
- + déficit de la mémoire de travail.
- + prise de décision paralysée.
- + fonctions exécutives altérées.

Les cathinones

La cathinone est le principe actif de la feuille de qat. Sa structure moléculaire est proche de celle de la métamphétamine. Les cathinones de synthèse sont apparues dans le milieu de la nuit à la fin des années 2000, notamment à Londres. Ces produits ont pour caractéristique de combiner le caractère stimulant de la cocaïne et le caractère empathogène de la MDMA. La cathinone agit sur le système nerveux central (SNS). La structure moléculaire des cathinones de synthèse a été modifiée afin d'obtenir des effets plus intenses sur le SNS. Elle coupe la faim, le sommeil, augmente la libido et désinhibe. Elle est consommée par snif, par ingestion (parachute), par plug anal ou par injection.

Les cathinones naturelles ne se trouvent pas sur le marché, à l'inverse des cathinones de synthèse, qui font partie des Research Chemicals (RC) depuis 2007. La première cathinone de synthèse produite a été la mephédrome, interdite en 2012 en France. Les laboratoires ont alors créé des dizaines de cathinones de synthèse sous les sigles : 4MEC, 3MMC, 3MEC, 3CMC, NRG2 et NRG3, méthylone, pentedrone et MDPV.

Ce dernier produit, très puissant, pose aujourd'hui d'énormes soucis. Il est la cause de troubles cognitifs majeurs. Le MDPV produit dans un premier temps une sur-empathie (Philippe Batel l'appelle la « drogue des amoureux ») qui se transforme très rapidement en une forme de paranoïa aiguë et violente.

Questions de la salle

Un intervenant souligne voir beaucoup de patients en réanimation suite à des intoxications au MDPV. Ils décrivent tous une forme de compulsion et de perte absolue du contrôle.

Florence Vorspan note que la molécule du GHB est très proche de celle du baclofène, un produit souvent utilisé pour les patients alcoolodépendants.

Philippe Batel confirme que les deux molécules sont assez semblables.

DEBAT : QUI POUR ACCUEILLIR LES TROUBLES COGNITIFS SÉVÈRES ?

Discutants : **Jacques Yguel**, Centre hospitalier d'Avesnes
Claire Durot, Centre hospitalier de Le Cateau

Anne Borgne
Président du RESPADD
Frank Questel
Président du RESALCOG
François Paille
Président du COPAAH

En préambule à ce débat, François Paille présente un schéma des parcours de soins des patients souffrant de troubles cognitifs liés aux conduites addictives. Si les TCLA sont très fréquents, les patients sont tous très différents et nécessitent une prise en soin à la fois graduée et intégrée. Ces patients doivent pouvoir se voir proposer le niveau de soins le mieux adapté à leurs besoins à un moment donné.

François Paille rappelle que le dépistage concerne tout le monde, de la médecine de ville aux soignants dans les structures d'addictologie. La sensibilisation des équipes impliquées dans le repérage demeure, à ce titre, indispensable ne serait-ce que parce qu'elle permet de changer le regard porté sur ces patients, notamment les alcoolo-dépendants. Encore aujourd'hui, nombreux pensent que les alcoolo-dépendants sont des personnes qui n'ont pas de volonté ou sont dans le déni. Or, beaucoup de ces patients ne peuvent tout simplement pas changer, car ils ne disposent plus des moyens cognitifs nécessaires.

François Paille distingue les TCLA légers à modérés des TCLA sévères. Pour les premiers, si l'arrêt de l'alcool constitue l'essentiel du traitement, il doit être toutefois associé à une stimulation cognitive. Il convient de distinguer, à ce niveau, stimulation cognitive et remédiation cognitive. La stimulation est une action non spécifique sur un ensemble de fonctions. La remédiation cognitive est un programme ciblé, utilisé pour les TCLA sévères et proposé pour améliorer des fonctions qui ont été repérées comme altérées par une évaluation neurocognitive très spécifique. Or, l'évaluation neurocognitive pose aujourd'hui un problème, car très peu de structures en addictologie disposent de neuropsychologues formés aux TCLA.

En conclusion, François Paille met l'accent sur les points suivants :

- ✚ sensibiliser tous les acteurs de l'addictologie aux troubles cognitifs liés aux conduites addictives ;
- ✚ former les acteurs concernés aux outils de repérage (MoCA/BEARNI) ;
- ✚ organiser une évaluation neurocognitive pour les patients qui le nécessitent ;
- ✚ proposer une offre de soins diverse répondant aux différents besoins des patients.

Frank Questel insiste, pour sa part, sur l'absolue nécessité de mettre en place une filière de soin spécifique destinée aux patients souffrant de troubles cognitifs sévères liés à l'alcool, filière dont le RESALCOG constitue le parfait exemple. Ces troubles sont susceptibles de régresser, mais le temps de récupération est extrêmement long. Le facteur temps est donc essentiel dans les parcours de soins, à tel point que la moitié des patients de la MAS

Korsakoff quittent la structure alors qu'ils étaient étiquetés « syndrome Korsakoff », un syndrome envisagé autrefois comme inguérissable. Pour rappel, l'objectif de cette filière est de proposer un parcours de l'amont vers l'aval, ainsi que des services d'urgence vers une structure de séjours longs comme la MAS Korsakoff. Ce processus nécessite de mobiliser tous les acteurs susceptibles d'intervenir pendant la prise en charge du patient. L'objectif des unités du type MAS est de donner encore plus de temps aux patients pour récupérer. Si Frank Questel est favorable au développement de structures similaires, en capacité de garder les patients longtemps (deux ou trois ans), il estime qu'il n'est pas nécessaire d'envisager la multiplication de structures résidentielles à vie. Il faut toutefois se donner les moyens pour aider les patients à retrouver une forme d'autonomie.

Claire Durot présente une expérience mise en place en 2012, à l'initiative de l'ARS. Elle répond à une demande formulée, depuis de nombreuses années, par les addictologues du secteur pour accompagner les patients qui présentent des troubles cognitifs (patients qu'on retrouve souvent dans les services en addictologie et sur lesquels les soignants se posent énormément de questions). L'ARS a proposé de mutualiser les moyens d'un Foyer d'hébergement médicalisé pour des personnes sans domicile fixe et une Maison relais pour créer 12 places dédiées à des personnes souffrant de troubles cognitifs. La structure a été ouverte en 2012. Elle a été construite par tous les addictologues du territoire (départements du Nord). Elle est portée par une association. Les patients sont pris en charge pour une durée allant de 6 mois à un an. Les objectifs de la structure sont multiples. Il s'agit, dans un premier temps, d'aider les patients dans leurs démarches administratives (dossier MDPH, mise sous tutelle). Il s'agit, en parallèle, de leur proposer un accompagnement plus spécifique sur le maintien de l'abstinence, ainsi qu'une remédiation cognitive et une réautomatisation. Le projet de la structure est très similaire à celui de la MAS Korsakoff, présentée hier par Philippe Michaud. Elle reçoit le même type de patients, souvent très précaires. Claire Durot confirme les propos qui ont été tenus au cours de la première journée de ce colloque. Il est possible de faire régresser les troubles cognitifs et d'aider certains patients à acquérir une forme d'autonomie et développer un projet qui répond à leurs attentes. D'ailleurs, plus de la moitié des personnes ayant quitté la structure a retrouvé une relative autonomie que ce soit dans un domicile personnel ou dans une Maison relais (des appartements autonomes avec une présence éducative en journée pour superviser les patients). La structure utilise tous les produits proposés par la MDPH. Tous les patients ont, à ce titre, une reconnaissance MDPH. La Prestation compensatoire du handicap permet de financer des aides à domicile sur un temps plus ou moins long. Toujours sur la question de l'autonomie, Claire Durot évoque les orientations ESAT et les entreprises adaptées. Il serait en effet erroné de penser que ces patients ne pourront plus rien faire de leur vie. Pour la plupart, la perspective de ne plus jamais travailler peut s'avérer particulièrement déprimante.

Anne Borgne rappelle que les parcours de soins des personnes souffrant de TCSLA sont extrêmement longs. Leur prise en charge, dans le milieu hospitalier, fait face à de très nombreuses pressions administratives et financières. Anne Borgne évoque, à ce titre, le cas d'un patient (le premier à avoir rejoint la MAS Korsakoff) et des difficultés auxquelles ont dû faire face les soignants pour organiser sa prise en charge.

François Paille fait observer que ces difficultés ne concernent pas uniquement les services sanitaires. Il s'est aperçu, par exemple, que beaucoup de patients souffrant de TCSLA étaient hébergés, pour des durées plus ou moins longues, dans les CHR, des lieux où personne ne s'occupait de leurs problèmes d'alcool et, *a fortiori*, de leurs troubles cognitifs. Ainsi, ces patients sont le plus souvent accueillis dans les dispositifs sociaux, beaucoup plus que dans les services sanitaires. Ne bénéficiant d'aucun accompagnement spécifique, ces patients ne pourront jamais retrouver leur autonomie et ne pourront donc jamais être réinsérés.

François Vabret fait remarquer que la prise en charge des patients présentant des TCSLA est à un carrefour. La pathologie, les lieux et les stratégies de soin ont été identifiés. Pour

autant, il est encore nécessaire d'insister auprès des autorités tutélaires pour les convaincre de la nécessité absolue de proposer à ces patients des parcours de soin spécifiques. Il craint que la communauté médicale ne dispose pas encore de tous les arguments nécessaires pour persuader les décideurs, ces derniers se préoccupant essentiellement d'obtenir des résultats économiques. François Vabret propose d'inscrire dans les PRS en cours d'élaboration par les ARS la nécessité médicale de l'organisation de filières de prise en charge des patients TCLA et donc la création de parcours addicto-cognitifs spécifiques.

Un intervenant confirme qu'un projet de création de deux structures dans le Nord de la France avait été refusé faute de preuves quant aux bénéfices attendus.

Frank Questel craint qu'il ne soit difficile, voire impossible, de démontrer l'efficacité économique de tels parcours de soin. Aujourd'hui, la majorité des patients atteints de troubles cognitifs et qui ne sont pas dans les hôpitaux meurent. Au risque de paraître cynique ou caricatural, il rappelle qu'un patient qui meurt est un patient qui ne coûte pas cher.

Philippe Michaud estime, pour sa part, que la meilleure manière de convaincre les décideurs et de leur montrer est de leur apporter la preuve que les structures adaptées permettent aux patients de retrouver une partie de leur autonomie. Un vrai travail de sensibilisation doit être mené, notamment par les structures en addictologie.

François Paille insiste, pour sa part, sur la nécessité de revoir la définition du syndrome de Korsakoff. Dans sa définition actuelle, le syndrome est irréversible. Il faut réussir à convaincre que, quels que soient le trouble démentiel et sa forme clinique, il est susceptible de régresser.

François Vabret ne partage pas entièrement ce point de vue. Il rappelle que les patients qui souffrent d'un syndrome de Korsakoff sont susceptibles d'améliorer leurs capacités à s'adapter à un environnement, notamment parce que leurs fonctions exécutives se restaureront avec le temps. Ils pourront ainsi s'adapter à de nouvelles stratégies de vie et donner l'impression que leur handicap est de moins en moins important. Cependant, leur mémoire reste, malheureusement, toujours aussi endommagée. Il faut donc être très prudent en évoquant la possibilité d'une régression du syndrome de Korsakoff. En revanche, les troubles cognitifs, même sévères, qui ne relèvent pas d'un syndrome de Korsakoff peuvent effectivement régresser.

CONCLUSION

Anne Borgne remercie l'ensemble des intervenants pour la richesse et la qualité de leurs interventions. Les actes de ces deux journées seront disponibles sur le site du RESPADD. Anne Borgne annonce que les 23^{es} rencontres seront organisées en partenariat avec l'Observatoire français des médicaments antalgiques, présidé par Nicolas Authier.