



Les atteintes cognitives et psycho-comportementales liées à l'alcool au-delà de l'étiquette de Bed Blockers :

***Quelle réalité épidémiologique ? quelles expressions cliniques ?
quelles solutions innovantes de prise en charge ?***

Pr Georges Brousse,
Dr B Pontier *Coordination SSR Auvergne*
CHU Clermont Ferrand - SSR de Clémentel Enval



Combien de patients avez-vous dans vos services atteints de démence alcoolique de type Korsakoff avec difficulté de retour à domicile ?

- *Période du 1/04 au 31/05/2014*

Département	Nbre patients
ALLIER	7
CANTAL	7
HAUTE-LOIRE	9
PUY-DE-DOME	22
TOTAL	45

	MCO	SSR	PSYCHIATRIE
ALLIER	4	3	0
CANTAL	1	6	0
HAUTE-LOIRE	0	5	4
PUY-DE-DOME	3	4	15
AUVERGNE	8	18	19

- *Période du 1/11 au 31/12/2014*

Département	Nbre patients
ALLIER	0
CANTAL	8
HAUTE-LOIRE	7
PUY-DE-DOME	33
TOTAL	48

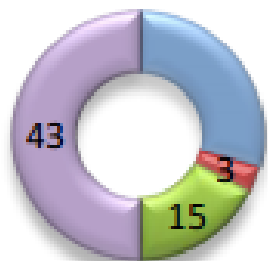
	MCO	SSR	PSYCHIATRIE
ALLIER	0	0	0
CANTAL	4	2	2
HAUTE-LOIRE	0	0	7
PUY-DE-DOME	8	4	21
AUVERGNE	12	6	30

Enquête

Nombre de patients alcooliques chroniques avec difficultés cognitives (mémoire+++) et/ou psycho-comportementales (syndrome de Korsakoff ou apparentés) dont le retour à domicile fût très difficilement envisageable (ou effectué par défaut d'autre solution), et/ou qui auraient nécessité un lieu de vie et de soins adaptés (risque de fugues ou d'actions inadaptées à une vie en société) ?

Période étudiée du 1/01/2018 jusqu'au 01/08/2018

- Avec Durée moyenne de séjour > 2 mois dans les services de Courts Séjours avec état de santé stable.
- Avec Durée moyenne de séjour > 6 mois dans les services de SSR et Psychiatrie avec état de santé stable.

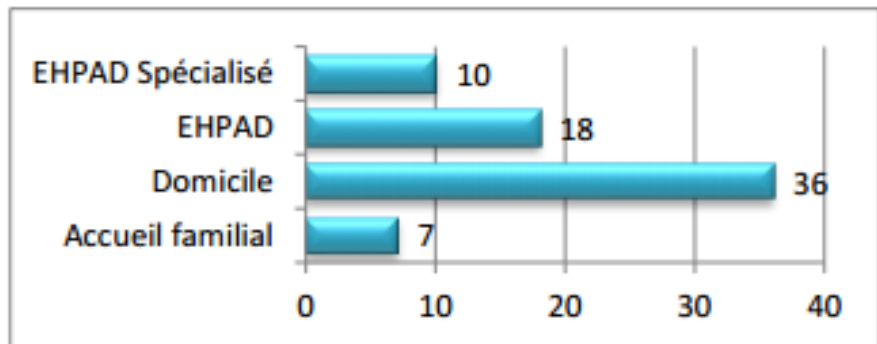


■ ALLIER
■ CANTAL
■ HAUTE-LOIRE
■ PUY-DE-DOME

Département	Nbre patients
ALLIER	25
CANTAL	3
HAUTE-LOIRE	15
PUY-DE-DOME	43
TOTAL	86

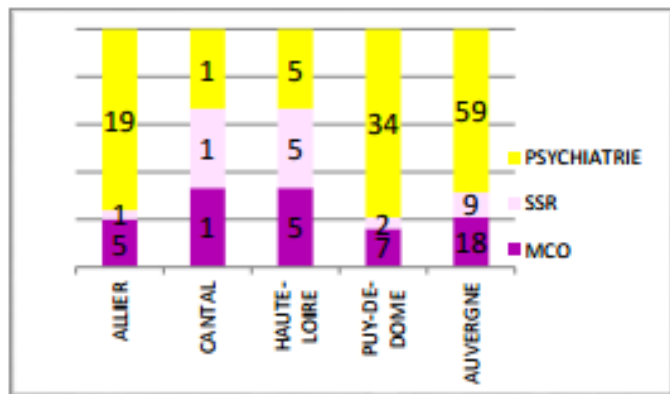
Enquête

Solutions d'avenir envisagées



Établissement	Nombre	%
Accueil familial	7	10%
Domicile	36	51%
EHPAD	18	25%
EHPAD Spécialisé	10	14%

Répartition des patients selon le service demandeur (lieu d'hospitalisation actuelle du patient)

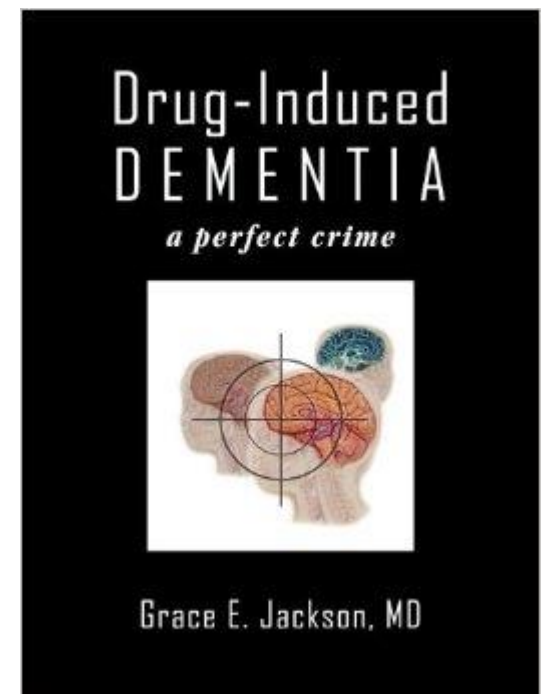


	MCO	SSR	PSYCHIATRIE
ALLIER	5	1	19
CANTAL	1	1	1
HAUTE-LOIRE	5	5	5
PUY-DE-DOME	7	2	34
AUVERGNE	18	9	59

Moyenne d'âge

	moins de 60 ans	Plus de 60 ans
Pourcentage de personnes	63%	37%

- Les patients « Korsakoff »:
 - Existent 'ils?
 - Qui sont ils?
 - Où sont ils ?
 - Quels soins ?
 - Quelle Prise en charge
 - Jean Claude



« Nous trouvons, dans l'alcoolisme chronique, la mémoire affaiblie, le jugement moins sûr, incapable de discernement, l'imagination éteinte, la faculté d'association d'idées très amoindrie n'empêchant plus l'incohérence, la sensibilité morale enfin très émoussée »

« De L'alcoolisme » p.168 - V Magnan 1874

– La **cognition** désigne l'ensemble des processus mentaux *d'acquisition et d'utilisation des connaissances et traitement de l'information* qui se rapportent aux fonctions

- de connaissance
- l'attention
- le raisonnement,
- la résolution de problèmes,
- la prise de décision
- De flexibilité mentale
- la mémoire,
- l'apprentissage,
- le langage,

Les fonctions exécutives sont nécessaires pour effectuer des activités telles que la planification, l'organisation, l'élaboration de stratégies, pour être attentif et se rappeler les détails, et pour gérer le temps et l'espace

A mettre en perspective culture, apprentissage, éducation statut socio économique.....

– le terme *cognition* peut également être utilisé aussi pour des processus plus élémentaires comme la perception, la motricité ainsi que les émotions (cognitions chaudes).

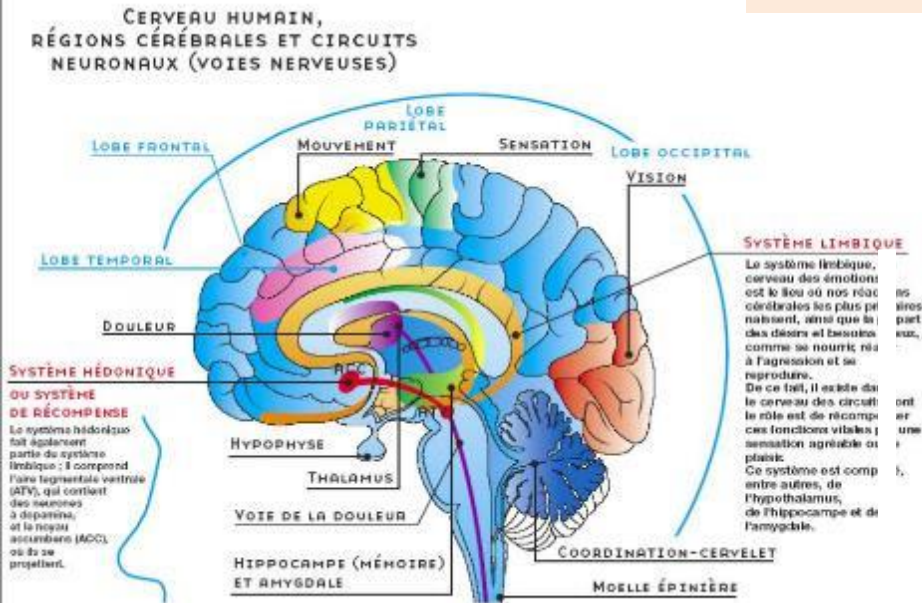
Troubles cognitifs dans les addictions

- Fréquents
- Alcool (*Stavro et al, 2012*) mais concernent les autres substances (Héroïne, Cannabis, cocaïne..) (*Sofluoglu et al 2013*)
- Les atteintes cognitives classiquement décrites (*Mazas et al 2000, Noel et al 2001, Franken 2003*)
 - **Troubles mnésiques**
 - **Troubles des capacités visuo-spatiales**
 - **Troubles des fonction exécutives:** attention, attention sélective relative au produit, Hypoactivité globale, stéréotypies comportementales, défaut de conceptualisation, d'abstraction, de flexibilité mentale, faibles capacités d'adaptation
- Poly addiction = gravité
- Conséquences des conduites addictives ? Causes de celles-ci?
- **Continuum de l'atteinte** (*Pitel et al, 2008*)

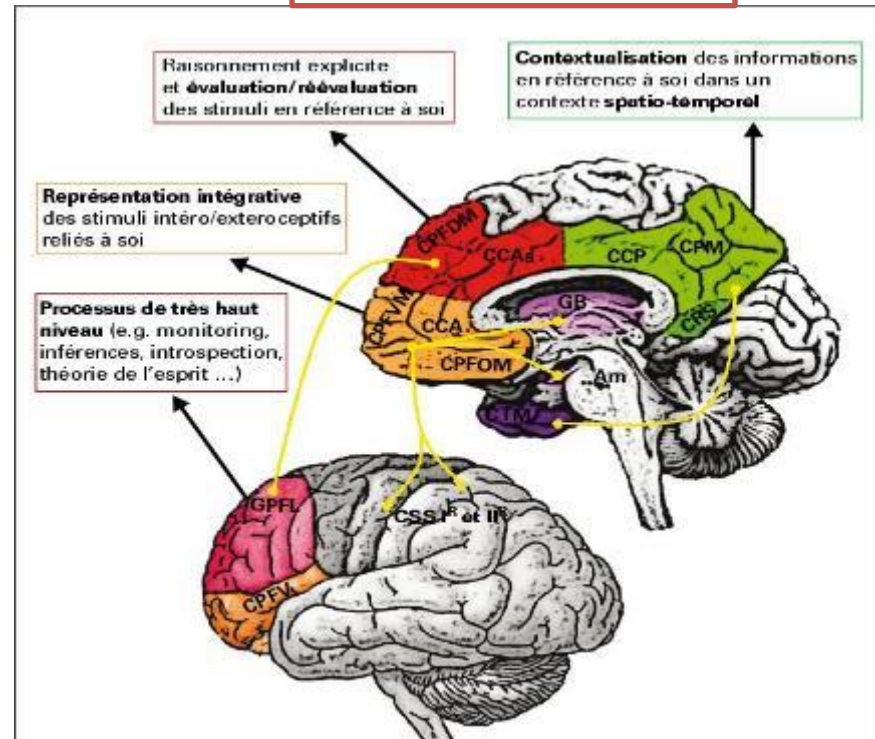
Les conséquences des substances psycho actives sur le cerveau: effets aigus, au long cours, addiction

Accentuent les risque de rechute (*Rando 2011*)

Toxicité cérébrale



Fonctions Cognitives



Addiction

Altérations cognitives: causes des addictions

- Les atteintes cognitives pourraient être à l'origine de l'addiction: facteurs de vulnérabilité
 - Troubles mnésiques
 - Troubles des capacités visuo-spatiales
 - Troubles des fonction exécutives: **attention, attention sélective relative au produit**, distractibilité, Hypoactivité globale, persévération et stéréotypies comportementales, défaut de conceptualisation, d'abstraction, de flexibilité mentale, **faible capacité à changer de stratégie, faibles capacités d'adaptation**
- Outre les aspects cognitifs, des déficits émotionnels et interpersonnels existent

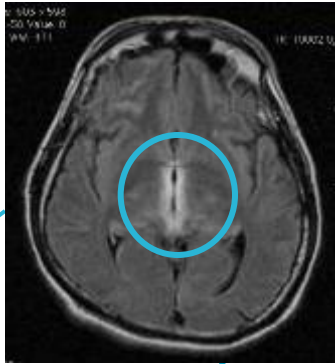
Les troubles cognitifs dans les addictions: parcours

- S'installent souvent progressivement: maintien à domicile précaire
- Histoire addictive complexe chronique
- Résistance aux thérapeutiques
- En rupture avec l'environnement
- Chez des patients jeunes
- Se décompensent souvent brutalement
- Induisent des manifestations comportementales: désinhibition, désorientation, agressivité
- Rendent le maintien à domicile difficile

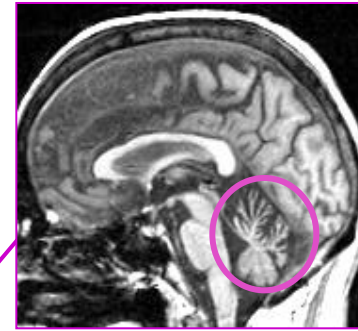
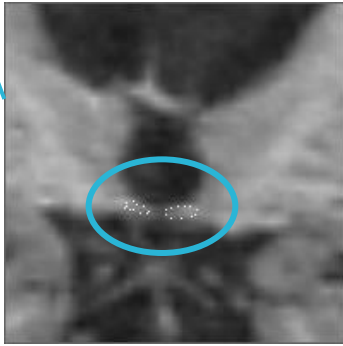
Ils correspondent à une rupture de la pseudo homéostasie de vie

AL PITEL

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke et syndrome de Korsakoff

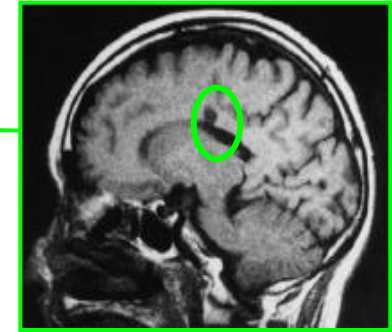


Thalamus
Cervelet
Corps
mammillaires



Dégénérescence cérébelleuse

Cervelet

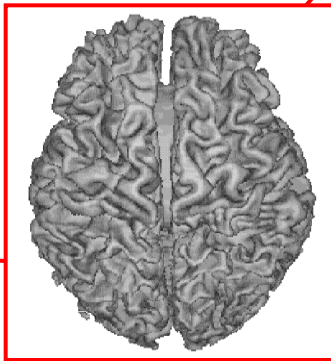


Corps calleux

Maladie de Marchiafava-Bignami

Démence alcoolique

Atrophie corticale



Myélinolyse centropontine

Pont

Troubles cognitifs « addiction alcool »

- Atteintes des cognitions sociales:
 - Déficit dans la perception des expressions émotionnelles (*Clark et al 2007*)
 - Dans la perception de la prosodie émotionnelle (*Uekermann et al 2005*)
 - Altération des capacités d'empathie et d'humour (*Uekermann et al 2006*)
 - Altération de la théorie de l'esprit

Addiction

REVIEW

doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02157.x

Social cognition in alcoholism: a link to prefrontal cortex dysfunction?

Jennifer Uekermann & Irene Daum

Institute of Cognitive Neuroscience, Ruhr-University of Bochum, Bochum, Germany

Les syndromes de sevrages mal traités sont responsables d'un certain nombre de troubles cognitifs aigus plus ou moins marqués selon les produits

- Troubles de la **vigilance**,
- Trouble de **l'attention** (distractibilité)
- Troubles du **langage** (discours incohérent, manque du mot)
- Troubles de la **mémoire** (oubli à mesure, trouble mémoire à court et à long terme)
- Troubles du **raisonnement** qui seront plus ou moins marqués.

Ces troubles cognitifs aigus peuvent évoluer en troubles chroniques démentiels

→ Troubles comportementaux, inadaptation

Ils correspondent à une rupture de la pseudo homéostasie (allostasie) induite par la prise au long cours du produit (dysrégulation GABA/glutamate....)

Atteintes Sévères

Le syndrome de Gayet Wernicke

- *Formes pauci symptomatiques fréquentes*
- *Sous diagnostiqué*
- *Evolution syndrome de Korsakoff*

Le syndrome de Korsakoff

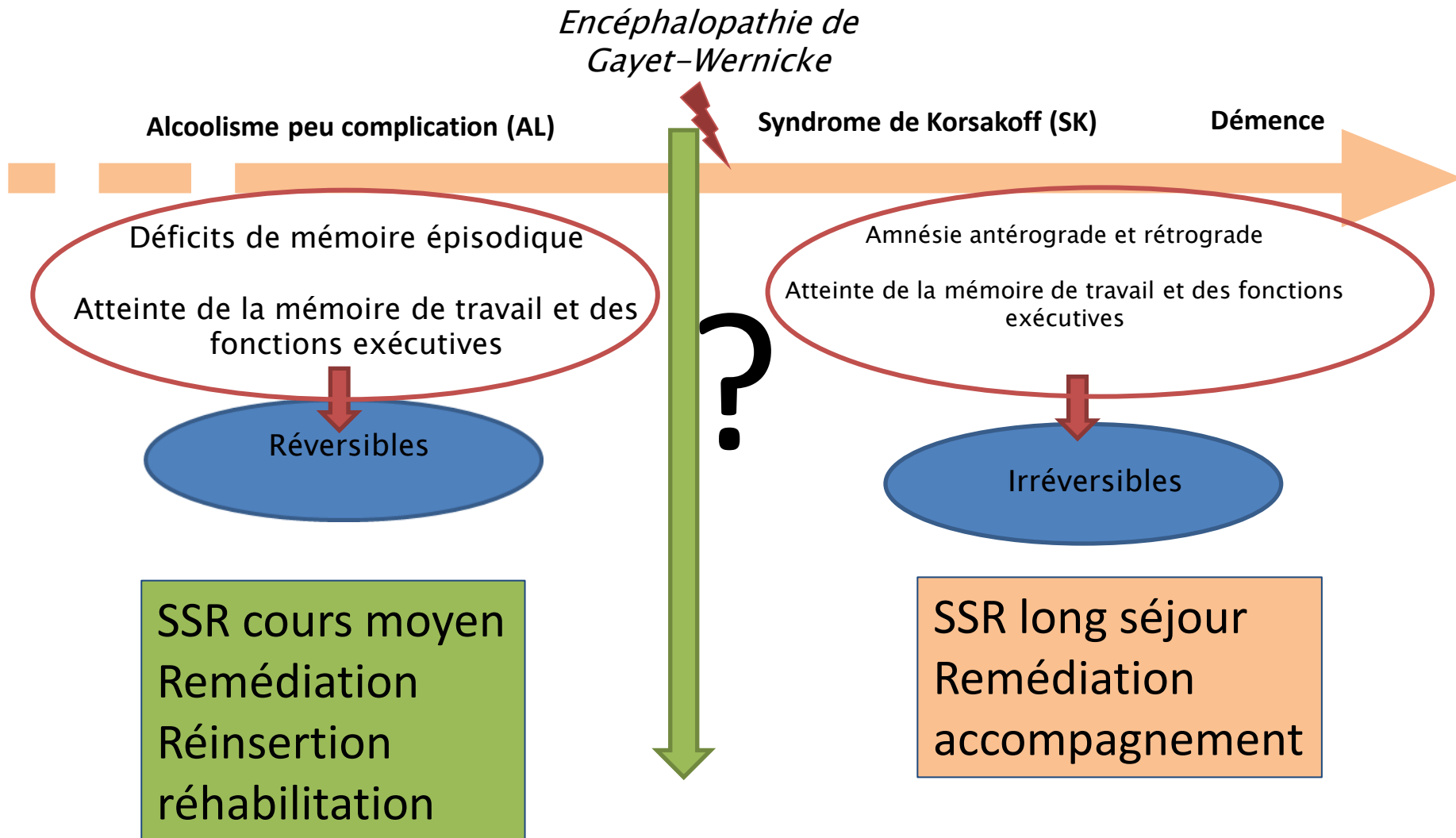
- C'est un trouble cognitif chronique avec atteinte mnésique prédominante (*Fénelon and Belin 2004*)
 - Fabulations, Fausses reconnaissances

Démence alcoolique

3ème cause de syndrome cérébral organique de type démentiel

(Pitel et al. 2008)

Un continuum d'atteinte



Mais réversibilité (spontanée?) de l'atteinte pour les troubles modérés

Alcohol & Alcoholism Vol. 44, No. 2, pp. 148–154, 2009
Advance Access publication 16 January 2009

doi: 10.1093/alcalc/agn118

The Korsakoff Syndrome: Clinical Aspects, Psychology and Treatment

Michael D. Kopelman¹, Allan D. Thomson^{1,2}, Irene Guerrini^{2,3} and E. Jane Marshall^{1,3}

Encore plus efficace si

- Remédiation
- Accès psychothérapie

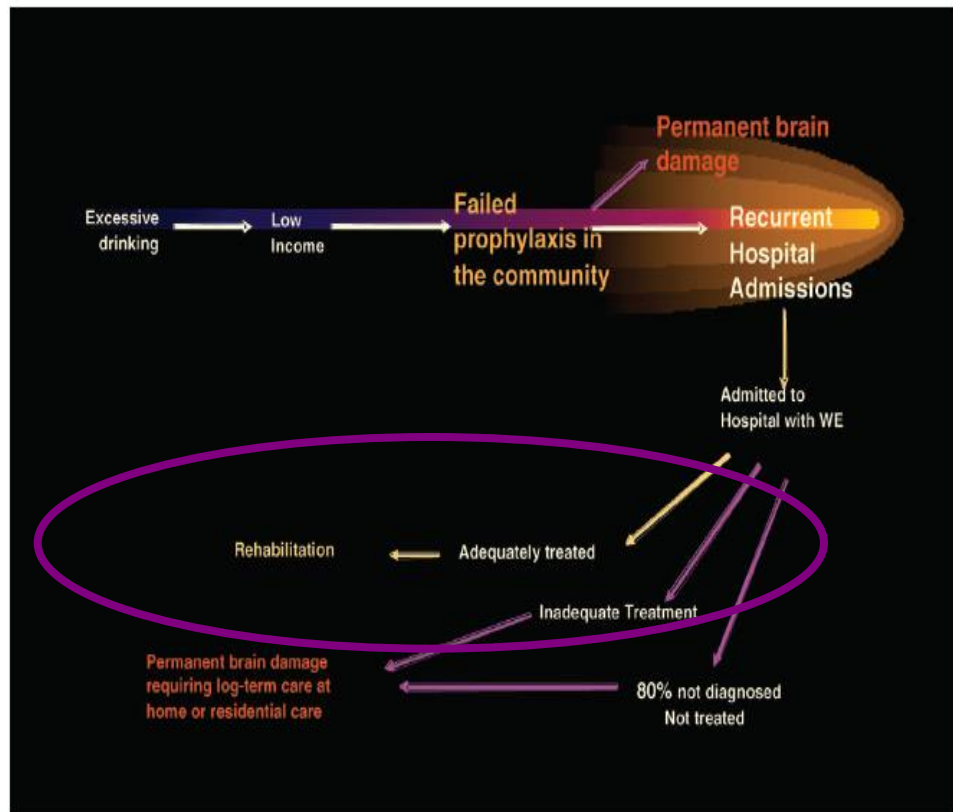
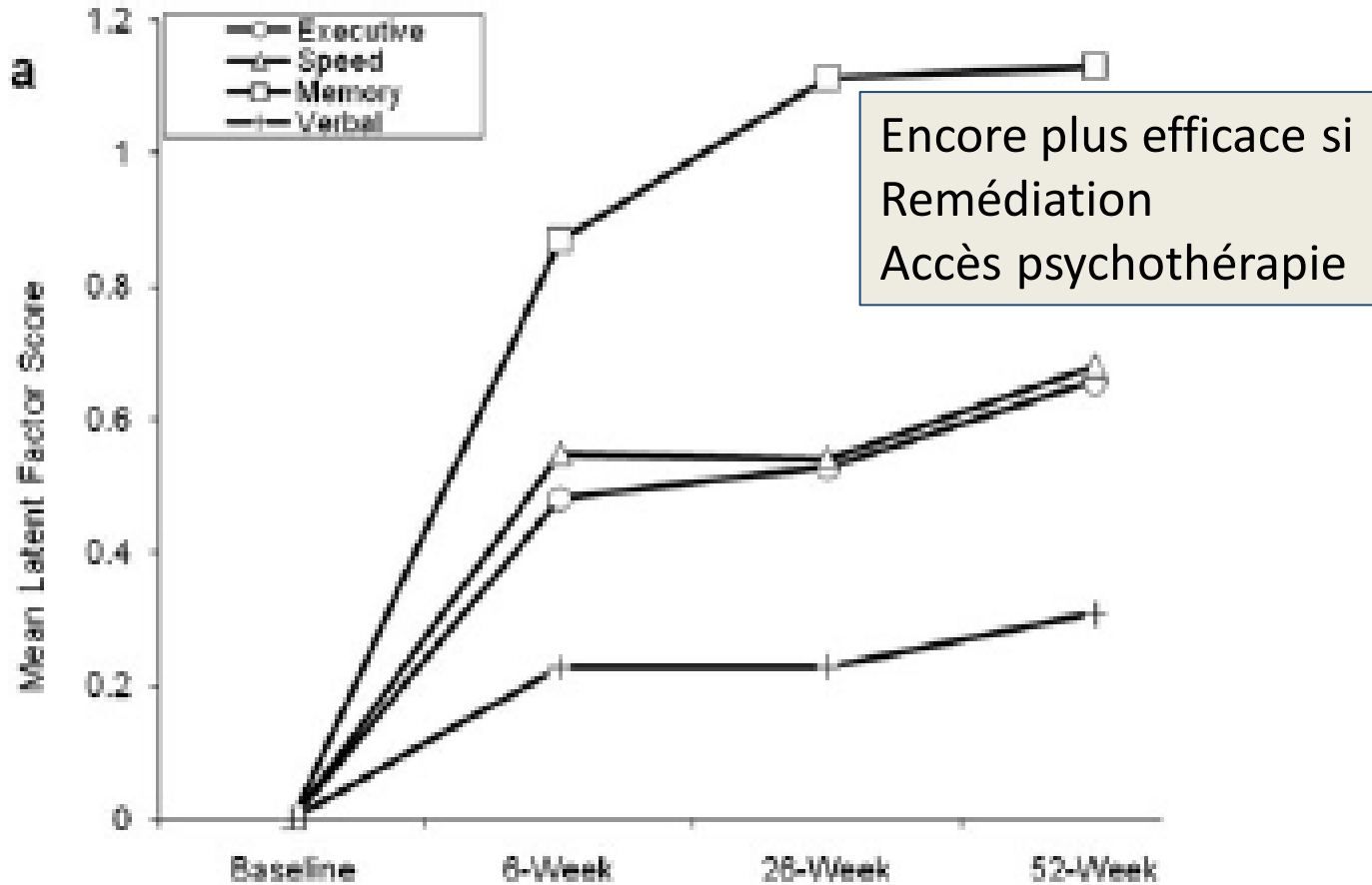


Fig. 1. Opportunities for intervention.

Mais réversibilité (spontanée?) de l'atteinte pour les troubles modérés

Alcohol & Alcoholism Vol. 44, No. 2, pp. 148–154, 2009
Advance Access publication 16 January 2009

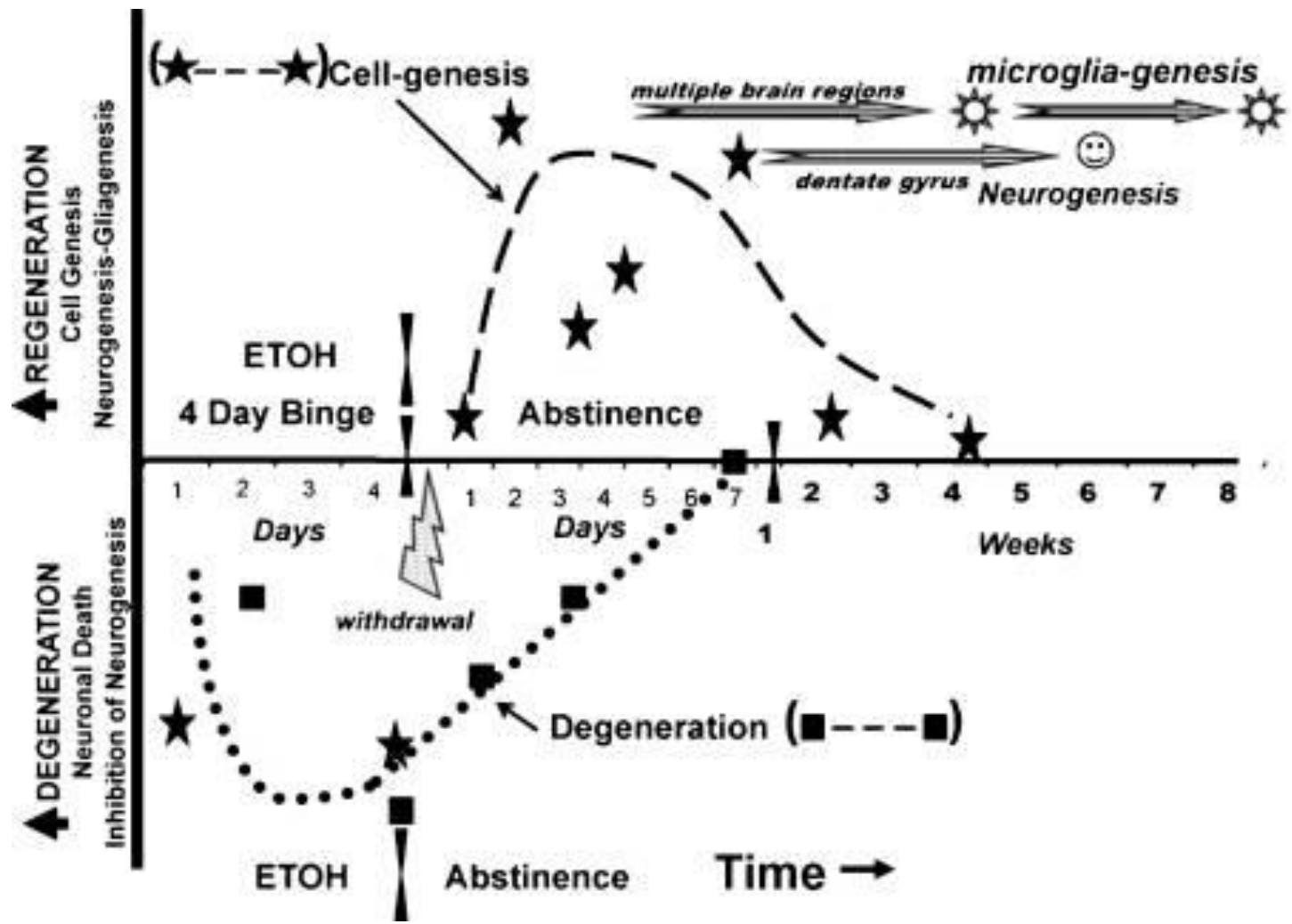
doi: 10.1093/alcalc/agn118



Bates et al, 2013

Mechanisms of Neurodegeneration and Regeneration in Alcoholism

Fulton T. Crews^{1,*} and Kim Nixon²



La remédiation cognitive

Elle permet :

- Le traitement du déficit cognitif à travers l'amélioration des fonctions déficitaires (stimulation)
- Le développement de nouvelles stratégies cognitives destinées à pallier ce déficit (compensations)
- Basée sur des exercices portant sur les fonctions altérés: répétitifs, complexité croissante



La remédiation cognitive

- Les programmes peuvent être ciblés (atteinte mnésique avec entraînement à la mémoire) ou plus complexes (sessions mémoires, attention, planification d'action...)
- Au préalable bilan nécessaire des atteintes
- Puis Modules d'entraînements sur plusieurs semaines
 - Travail sur fonctions exécutives afin d'améliorer la vie quotidienne (faire ses courses implique une cacade de processus cognitifs: sélection, mémoriser, planifier le trajet, estimer le budget...)
 - Modules:
 - flexibilité cognitives: tâches attentionnelles et stratégiques: bisection de lignes,
 - Module mémoire: redessiner une figure vue, des mots...
 - Module planification: : recherche visuelle

Plus Efficace pour des altérations modérées

Cognitive Rehabilitation of Chronic Alcohol Abusers

Daniel N. Allen,^{1,2} Gerald Goldstein,³ and Brent E. Seaton⁴

- « *Malgré les connaissances théoriques qui s'accumulent en ce qui concerne les déficits cognitifs dans l'alcoololo-dépendance et leur impact sur le pronostic, peu de travaux sont rapportés sur des programmes de remédiation, réhabilitation* »
 - Le traitement reste focalisé sur les symptômes « alcool »
 - Les déficits cognitifs sont fortement influencés par des facteurs environnementaux sur lesquels on ne peut agir (*Tivis et al 1993*),
 - Certains déficits s'améliorent avec l'abstinence,
 - Intérêt remédiation dans la prise en charge thérapeutique des addictions (*Venner et al 2006*).
- **Les attitudes et stratégies soignantes (prises de rendez vous, parrainage associatif, entraînement aux habiletés sociales, groupes): remédiation empirique**

Intérêt démontré de la remédiation dans le traitement des addictions

- Traitement par remédiation de la mémoire de travail, fonctions exécutives:
 - Amélioration des fonctions cognitives altérées par la consommation chronique d'alcool (Bates et al 2013)
 - Améliore l'efficacité des traitements (Psychothérapie, prévention de la rechute, chimiothérapie)
 - Diminution du craving (*Rupp et al 2011*)
 - Amélioration du bien être (*Rupp et al 2011*)

RUPP ET AL.

631

TABLE 3. Effects of cognitive remediation therapy on secondary outcome measures

Variables	Cognitive remediation group				Control group				Analysis ^a Time × Group			
	Time 1		Time 2		Time 1		Time 2		Partial η^2	F	df	p
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD					
Psychological well-being												
Psychological distress, SCL-90-R	56.3	8.0	40.7	11.8	51.8	11.0	44.1	12.5	.151	6.231	1, 35	.017
Intensity of symptoms, SCL-90-R	54.6	10.9	46.8	13.6	53.8	10.2	45.9	8.9	.000	0.001	1, 35	N.S.
No. of symptoms, SCL-90-R	56.0	7.5	40.8	11.7	51.2	11.3	43.9	13.9	.115	4.564	1, 35	.040
Depressive symptoms, BDI	11.2	6.7	4.9	6.8	10.4	8.5	4.3	4.2	.000	0.010	1, 35	N.S.
Alcohol craving, OCDS												
Obsession	4.5	2.5	2.1	2.3	4.4	3.8	1.9	1.7	.000	0.016	1, 35	N.S.
Compulsion	7.1	4.5	4.8	4.1	5.8	5.4	6.5	4.5	.105	4.125	1, 35	.050

Notes: SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; N.S. = not significant ($p \geq .10$); BDI = Beck Depression Inventory; OCDS = Obsessive Compulsive Drinking Scale. ^aAnalysis of variance.

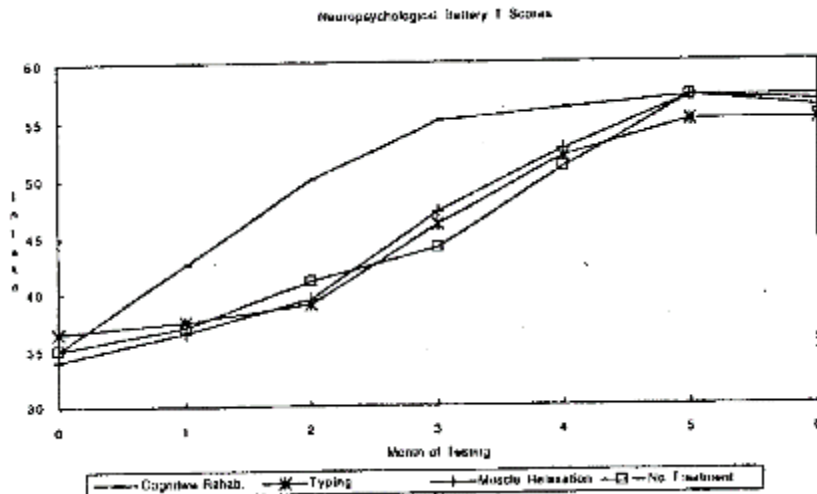
41 patients alcoolo-dépendants
Après sevrage

Intérêt démontré de la remédiation dans le traitement des addictions

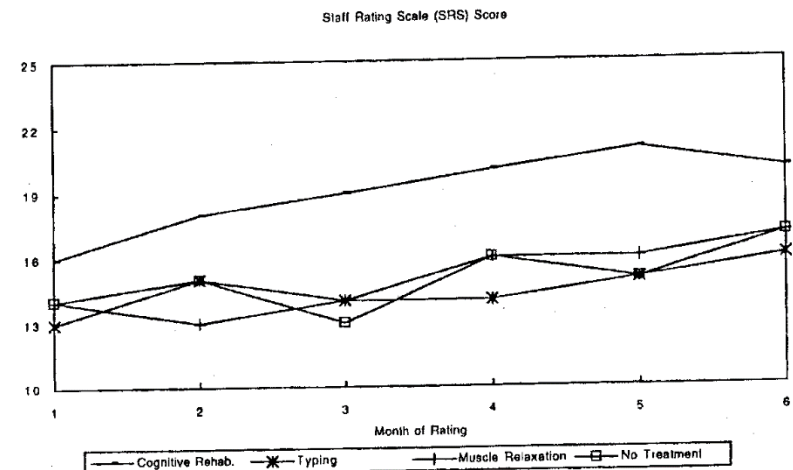
- Intérêt pour récupération et participation à la psychothérapie

Fals Stewart et Lucente (1994)

- 72 patients, 6 mois de traitement , 2 heures par semaines, 4 groupes (remédiation ordinateur, relaxation, ordinateur « placebo », pas de traitement)



Amélioration cognitive



Participation au soins

Traitement Habiletés sociales

- Lien connu entre déficit habiletés sociales et pronostic (*Jones et al 1981*)
- Les programmes d'entraînements aux habiletés sociales sont utilisés et montrent leur efficacité (*Chaney et al 1978, Eriksen et al 1986, Jones et al 1982*)
 - Modélisation, répétition de comportements, réactions, jeux de rôle et stratégies pour faire face aux événements de rechute
- Mais devraient plus tenir compte des déficits cognitifs décrits

Déficits de cognition sociale chez les patients alcoolo-dépendants : programme de remédiation

– Les déficits de reconnaissance d'EFE (*Frigerio et al., 2002 ; Foisy et al, 2007 b*) et de théorie de l'esprit chez les alcoolo-dépendants (AD) corrélés à des problèmes interpersonnels (*Kornreich et al, 2002*) et facteurs de rechute (*Marlatt, 1996*)

– Programme d'entraînement à la reconnaissance des émotions

- 6 séances d'entraînement de 30 à 45 minutes
- Identification d'émotions à partir de photos, vidéo, appariement, scénarios sociaux, classement



Le dépistage des troubles neuropsychologiques : Par qui ? Pourquoi ? Comment ? (H Baunieux)

Par qui ?

- Les psychologues ?
- Les « non-psychologues » ?

Le dépistage n'est pas une évaluation neuropsychologique mais la mesure d'un risque probable de troubles

Pourquoi ?

- Pour orienter si nécessaire vers un neuropsychologue pour un bilan neuropsychologique complet

Comment ?

- **Le Mini Mental State ou MMS**
 - Repérage des troubles neuropsychologiques spécifiques de la maladie d'Alzheimer ≠ alcoolo-dépendants : **A PROSCRIRE !!!**
- **La BREF**
 - Permet uniquement le dépistage des déficits exécutifs
- **La MoCA**
 - Repérage des troubles neuropsychologiques liés aux démences mais dont la sensibilité a été démontrée chez les patients dépendants (cocaïne+amphétamine+alcool+ benzodiazépine) dont 40% avec un trouble psychiatrique
- **BEARNI**
 - outil d'évaluation cognitive rapide, spécifique et sensible aux troubles neuropsychologiques des patients alcoolo-dépendants
 - facilement utilisable par les non psychologues
 - prédictif des performances lors d'un bilan neuropsychologique complet

La remédiation en addictologie de l'idéal

– Définir la période optimale

- A distance de la consommation de produits
- A distance des traitements benzodiazépiniques
- Durant la post cure?

– Un bilan neurocognitif exhaustif

- Définir les fonctions altérées (exécutives, mnésiques, sociales)
- Formation des intervenants

– Réaliser le programme

- Adapté aux déficits (ciblé) et hiérarchisé
- Intégré (déficits / environnement)
- Une période de temps minimal (3 Mois)

Prendre en compte les déterminants de la maladie: interaction Individu /produit / environnement

Les programmes de prise en charge face aux altérations cognitives

- Il faudra distinguer les programmes en fonction de la gravité de l'atteinte
 - Dans tous les cas récupération médicamenteuse et mise à distance des produits: évolution plus ou moins longue
 - Atteintes Faible à modérée
 - Remédiation simple puis intégrée
 - L'entretien motivationnel
 - La prévention de la rechute
 - Les psychothérapies (La pleine conscience...)
 - Modérée à importante
 - Récupération médicamenteuse
 - Mise distance
 - Remédiation simple
 - Accompagner au long court

La remédiation en addictologie de l'idéal vers l'écologique

- Définir la période optimale
 - Le moins possible de produits
 - Le moins possible de traitements
 - À l'hôpital
- Un bilan neurocognitif pratique
 - MocA (Montreal Cognitive assesment)
 - BREF (Batterie rapide d'efficience Frontale)
- Réaliser le programme en situation
 - Adapté aux déficits (ciblé) **durant la cure**
 - et hiérarchisé **durant la poste cure**
 - Intégré (déficits / environnement) **post cure, Hôpital de jour, ambulatoire**
 - Articulé avec programme de prévention de rechute / Éducation

Les lieux de prise en charge face aux altérations cognitives dépendent de la sévérité

- Centres spécialisés
 - SSR cours
 - SSR long séjour (6 à 9 mois)
 - EPHAD,
 - Soins résidentiels (Maisons+) +Personnel accompagnant (ELSA)
 - FAM
- Familles d'accueil
- A proximité de l'ancien domicile?
- Retour à domicile si régression (accompagnement aide à la réinsertion)
- Il faut du temps ++++

Des structures manquantes, patients en attente de place en service MCO ou psychiatrie

Projet

MAS spécialisée « Korsakoff »

- Vie sociale étudiée avec des bâtiments et jardins adaptés, sécurisés,
- pour des patients « jeunes », sans déficience motrice,
- Nombreux jardins intérieurs,
- Souplesse possible dans les changements de structures d'accompagnement médicosociales entre MAS, FAM, EHPAD en fonction de l'évolutivité de leur maladie et de leur âge,
- Mutualisation des moyens entre les différentes structures,
- Personnel compétent pour l'accueil de ce public,
- Coût inférieur à une MAS traditionnel



Expérience de la Belgique

Structure familiale « L'évasion »



Accompagnement Éducatif sécurisant
Projet de resocialisation

Accueillir, au sein d'une petite structure de type familiale, des personnes atteintes du syndrome de Korsakoff, mais aussi des personnes atteintes par la déficience intellectuelle et/ou par la maladie psychique.

L'objectif est d'intégrer ces résidents dans un projet de resocialisation en adéquation avec leurs attentes et celles de leur famille.