



HAL
open science

Troubles cognitifs liés a l'alcool et représentations en médecine générale : une revue narrative

Camille Briotet

► **To cite this version:**

Camille Briotet. Troubles cognitifs liés a l'alcool et représentations en médecine générale : une revue narrative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03526239

HAL Id: dumas-03526239

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03526239>

Submitted on 14 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE
POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Dijon le 22 décembre 2021
Par Madame BRIOTET Camille
Née le 19 février 1990 à Dijon

TROUBLES COGNITIFS LIES A L'ALCOOL
ET REPRESENTATIONS
EN MEDECINE GENERALE :
UNE REVUE NARRATIVE.

D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

Président de thèse : Professeur Marc AURIACOMBE
Directeur de thèse : Docteur Emilie BLAISE
Rapporteur : Docteur Christophe JOUHET
Membres du jury : Professeur François MORLON

Docteur Christophe JOUHET
Docteur Ludivine BERTRAND

Remerciements :

À Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE,

Professeur des universités – Psychiatre-addictologue

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, soyez assuré de notre plus sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À Madame le Docteur Emilie BLAISE,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, de vos conseils constructifs et de votre disponibilité spontanée et rassurante. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

À Monsieur le Docteur Christophe JOUHET,

Médecin Généraliste, Maître de Conférence Associé

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de l'honneur que vous nous portez en acceptant d'être notre rapporteur.

À Monsieur le Professeur François MORLON,

Professeur associé de médecine générale,

Nous vous sommes très reconnaissants de votre présence au sein du jury de soutenance de cette thèse, de par votre statut et votre expérience en médecine générale.

À Madame le Docteur Ludivine BERTRAND,

Médecin généraliste, Chef de Clinique,

Nous vous sommes très reconnaissants de vous trouver parmi nos juges. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Pascal MENECHIER,

Médecin addictologue et Docteur en psychologie

Médecin référent de la consultation mémoire du CH de Macon,

Pour votre participation à mon travail et les conseils que vous avez pu me donner.

À mon mari Vianney,

Pour le soutien plus qu'indispensable dont il a su faire preuve. Merci car rien ne serait si beau sans toi.

À nos enfants Clotilde, Bosco et tous ceux qui viendront,

Pour la joie et l'amour débordant que vous avez apportés dans nos vies.

À ma mère,

Qui a toujours su être présente et soutenant dans le silence, les conseils ou l'aide de la vie quotidienne.

À mon père,

Qui de façon certaine me donne des coups de mains d'en haut.

À mes frères, leurs femmes et mes neveux et nièces

Pour avoir grandi à mes côtés et m'avoir soutenue.

À mes beaux-parents et ma belle famille,

Pour avoir aidé à grandir et élevé un homme si bon, pour m'avoir accueillie et soutenue.

À mes amis et ceux qui m'ont aidée à grandir,

Pour m'avoir soutenue et aidée à discerner ce qu'est le sens d'une vie.

Table des matières

Remerciements :	3
Table des matières	5
Glossaire :	7
I. INTRODUCTION	8
1. CONTEXTE.....	8
1.1. Epidémiologie.....	8
1.2. Définition des troubles cognitifs liés à l’usage de l’alcool.....	9
1.3. Sémiologie des troubles cognitifs liés à l’alcool	12
1.4. Freins à la prise en charge du patient alcoolo-dépendant en soins primaires.....	21
1.5. Le choix du sujet	22
2. QUESTION DE RECHERCHE	22
3. OBJECTIFS DE L’ETUDE	23
3.1. Objectif principal	23
3.2. Objectifs secondaires	23
4. HYPOTHESES.....	23
II. MATERIEL ET METHODE	24
1. Type d’étude.....	24
2. Population de l’étude	24
3. Méthode de sélection des publications	24
3.1. Critères d’inclusion.....	24
3.2. Critères d’exclusion	25
3.3. Bases de données et équations de recherche.....	25
3.4. Méthode de sélection des articles	26
III. RESULTATS	27
1. Résultats initiaux	27
2. Après lecture des titres et des résumés.....	27
3. Après lecture intégrale des publications.....	27
4. Analyse des données des publications.....	28
4.1. Diagrammes de flux de sélection des publications	28
4.2. Tableau des publications sélectionnées.....	30
5. Synthèse des résultats.....	34
5.1. Signes cliniques rapportés en cas de TCLA.....	34

5.2.	Représentations, formation des médecins généralistes et relation médecin-patient	35
IV.	DISCUSSION	36
1.	Principaux résultats	36
1.1.	Symptomatologie des TCLA et représentation des médecins généralistes	36
1.2.	Formation médicale et frein à la prise en charge des patients	41
1.3.	La relation médecin patient et la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool	43
2.	Résultats attendus	44
3.	Forces de l'étude	45
4.	Limites de l'étude	45
V.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	47
	BIBLIOGRAPHIE	49
	Annexes :	54
	Annexe 1 : Test MoCA :	54
	Annexe 2 : BEARNI Test	58
	Annexe 3 : TEDCA Test	63
	Annexe 4 : DSM 5	67
	Annexe 5 : Prochaska Diclemente	68
	Résumé	69
	Abstract	70

Glossaire :

EW : Encéphalopathie de Wernicke

MG : Médecin généraliste

SK : Syndrome de Korsakoff

TCC : thérapies cognitives et comportementales

TCLA : Troubles cognitifs liés à l'usage d'alcool

TUA : Troubles de l'usage d'alcool

BEARNI : Brief Evaluation of Alchoo-Related Neuropsychological Assessment

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

TEDCA : Test of detection of cognitive impairment in alcoholism

I. INTRODUCTION

1. CONTEXTE

1.1. Epidémiologie

L'alcool fait partie des substances classées comme dangereuses sur le plan individuel et social. L'Organisation Mondiale de la Santé estime que l'alcool est responsable de plus de 3,3 millions de décès chaque année (1). En France, C Bonaldi et C Hill ont actualisé les fractions de mortalité attribuables à l'alcool qui dataient de 2009. Ils estiment que le nombre de décès attribuables à l'alcool en 2015 était de 41 000, dont 30 000 personnes parmi les hommes et 11 000 femmes. L'alcool serait donc responsable en France de 7% des décès (2). C'est plus que ce qui est observé dans nombre d'autres pays européens.

Une étude mondiale récente parue dans la revue médicale anglaise, The Lancet, et intégrant 195 pays, confirme que le fardeau sanitaire global lié à la consommation d'alcool est très important (3). Les quelques effets protecteurs minimes et très sélectifs de l'alcool sont réduits à néant par ses effets délétères. Boire de l'alcool quotidiennement, même en petite quantité, n'est pas sans risque pour la santé. Pour résumer, le Pr E. Gakidou, une des auteurs de l'article a conclu : « Less is better, none is best ». Il est donc nécessaire de réduire la consommation d'alcool pour en limiter les risques sanitaires et les dommages sociaux.

Mais comment concilier le fait que la consommation occasionnelle d'alcool soit, pour une majorité de Français, synonyme de plaisir et de convivialité alors que ses usages sont à l'origine d'une très forte morbidité et mortalité ? Certes, la consommation d'alcool a beaucoup diminué en France puisqu'elle est passée d'une moyenne annuelle de 26,0 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus en 1961 à 11,7 litres en 2017 (4). Néanmoins, cette tendance générale à la baisse n'est plus observée ces dernières années.

1.2. Définition des troubles cognitifs liés à l'usage de l'alcool

Certaines études montrent que plus de la moitié des patients dans un service d'addictologie présentent des troubles altérant significativement leur fonctionnement cognitif. D'autres études ont retrouvé 50 à 80 % de déficits cognitifs légers et 10 % de troubles sévères chez les patients alcoolodépendants. Or, ces troubles peuvent compromettre les soins psycho-thérapeutiques et les prises en charge de réadaptation et réinsertion nécessitant une forte implication cognitive (notamment les thérapies cognitives et comportementales (TCC)) (5) (6)

Les études en neuro-imagerie conduites chez les patients consommateurs réguliers et excessifs d'alcool ont montré une atteinte particulière de différentes régions cérébrales. Ces altérations touchent aussi bien les patients souffrant d'un syndrome de Korsakoff que les sujets alcoolo-dépendants sans complication neurologique avérée.

Ces modifications cérébrales sont d'ordre structurales et fonctionnelles. Les structures affectées sont :

- la substance grise (régions frontales dorso-latérales et ventro-médianes, les corps mamillaires et le thalamus, l'hippocampe et le cervelet, le vermis) ;
- la substance blanche (corps calleux, tronc cérébral et cervelet) ;
- le débit sanguin cérébral qui est réduit.

L'altération de ces structures induit le dysfonctionnement de trois circuits fonctionnels :

- le circuit fronto-cérébelleux (impliqué dans le contrôle de l'équilibre, des fonctions exécutives et de la mémoire de travail) :

Ce circuit comprend deux boucles. Une boucle dite motrice qui connecte la partie antérieure du cervelet (lobules moteur du vermis cérébelleux), le thalamus et le cortex moteur. Elle est responsable du contrôle de la marche et de l'équilibre. La seconde boucle est exécutive et relie la partie postérieure du cervelet (néo-cortex cérébelleux), le pont et le cortex préfrontal. Elle est impliquée dans la mémoire de travail et la flexibilité mentale.

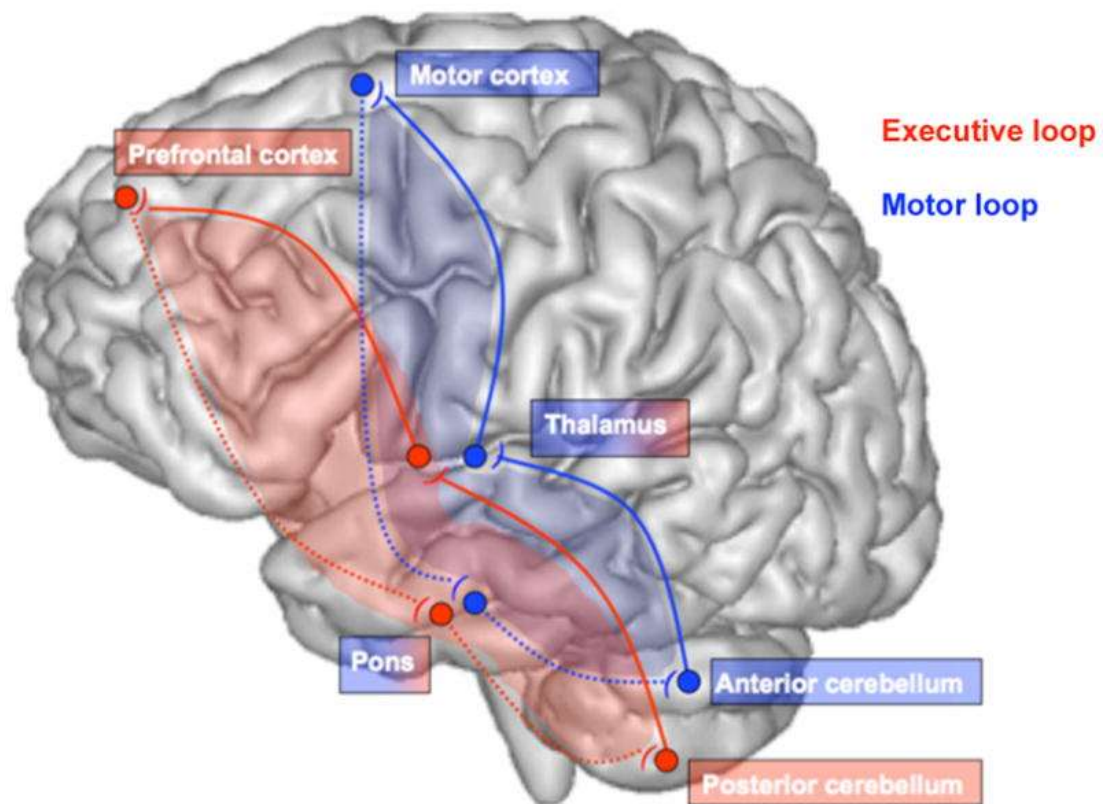


Figure 1. Schématisation du circuit fronto-cérébelleux avec ses deux boucles motrices et exécutives (7)

- le circuit de Papez :

Il s'agit d'un circuit hypocampo-mamillo-thalamique qui relie les structures du système limbique entre elles : hypocampe, fornix, thalamus, corps mamillaires et gyrus cingulaire. Il joue un rôle majeur dans l'élaboration de la mémoire épisodique.

Papez Circuit

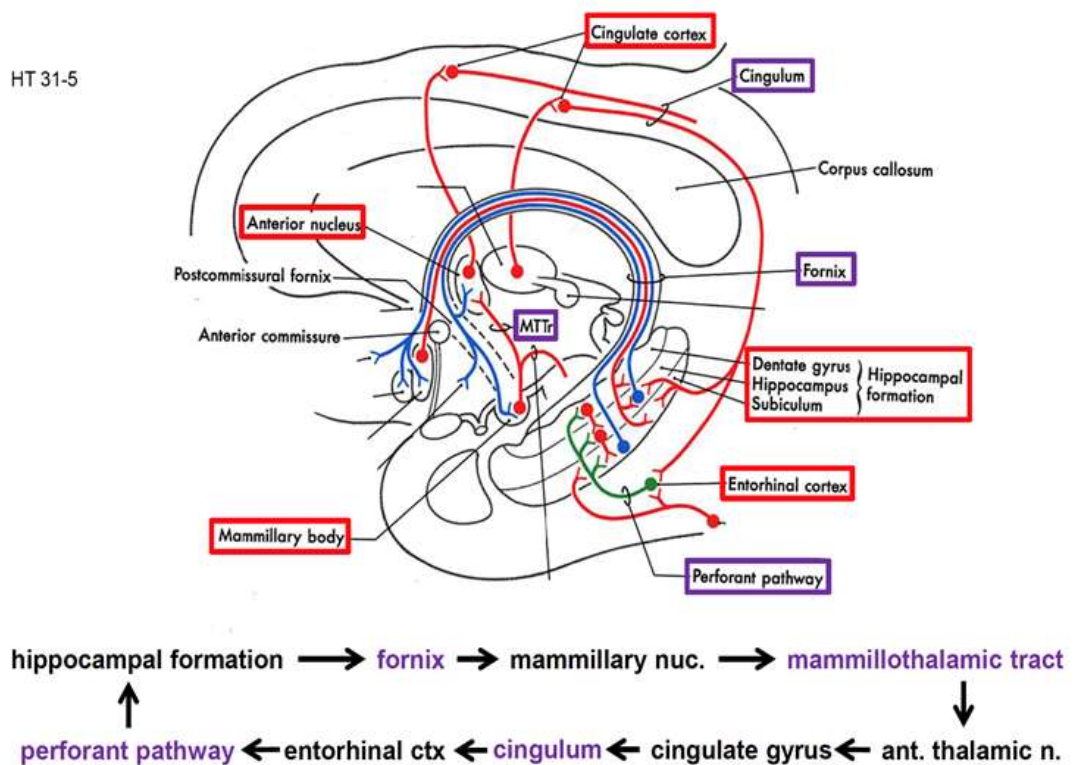


Figure 2. Circuit de Papez (8)

- le réseau de la cognition sociale qui sous-tendrait les compétences de théorie de l'esprit.

Ces atteintes cérébrales et cognitives sont sensibles à l'arrêt de l'alcoolisation et réversibles avec l'abstinence (9).

Dans le spectre des troubles cognitifs liés à l'alcool, les patients souffrant d'un syndrome de Korsakoff se distinguent par la sévérité et la stabilité de l'atteinte du circuit de Papez, qui se traduit par un trouble sévère de la mémoire épisodique.

Pour les cas de consommation chronique d'alcool, les lésions cérébrales mises en évidence grâce à la neuro-imagerie concernent plus particulièrement le lobe frontal au niveau de sa région dorso-latérale. Ces atteintes seraient réversibles au moins en partie après une période d'abstinence de 6 à 9 semaines (10). Le cervelet, notamment le Vermix semble être la région la plus atrophiée (11).

L'étude des volumes des structures impliquant le circuit frontocérébelleux et celui de Papez semblerait indiquer une atrophie cérébrale sur les deux circuits. Cette atrophie semblerait réversible, mais le manque de corrélation clinico-biologique ne nous permet pas de confirmer la réversibilité des atteintes cliniques pour le patient même si les différentes études sur le sujet tendent à le montrer.

Une hypoperfusion frontale mise en évidence par imagerie, a été corrélée avec des troubles dysexécutifs chez ces patients, cependant l'atrophie du circuit fronto-cérébelleux n'était pas liée à ce trouble de la perfusion (12).

1.3.Sémiologie des troubles cognitifs liés à l'alcool

Les troubles cognitifs liés à l'alcool sont de type divers, ils concernent les fonctions exécutives, la mémoire épisodique, les capacités visio-spatiales, l'habileté psychomotrice, la cognition sociale et le traitement des émotions.

Globalement, le profil neuropsychologique le plus fréquemment retrouvé chez les alcoolodépendants associe :

- une difficulté à prendre en compte l'évolution dommageable de la prise d'alcool, notamment les conséquences au niveau des relations interpersonnelles ;
- une détérioration des facultés d'introspection et d'autocritique ;
- des difficultés à changer de comportement, contrastant avec une surestimation des capacités à y parvenir.

1.3.1. Les troubles affectant les fonctions exécutives

Ils se traduisent par une altération des capacités de flexibilité, d'inhibition, de planification, de manipulation en mémoire de travail et de conceptualisation (13).

Suite à l'apparition de ces altérations, des difficultés concernant la capacité du sujet à corriger des erreurs, à mettre en place des stratégies efficaces ou à inhiber les informations non pertinentes ont été mises en évidence.

Ce syndrome est dit dysexécutif. Il est mis en évidence par de nombreux tests comme le BADS (*behavioural assessment of dysexecutive syndrome*) qui permet d'évaluer des situations de vie quotidienne et de mettre en évidence des difficultés non détectées avec d'autres tests. Ces tests seraient des marqueurs prédictifs plus performant d'un retour à l'environnement sociale et professionnel habituel.

Le syndrome dysexécutif peut également partiellement expliquer les difficultés de prise de décision et le syndrome de « myopie pour le futur », fréquemment décrit chez les patients présentant des troubles de l'usage de l'alcool (14). La traduction clinique de ce phénomène est une incapacité à arrêter les consommations d'alcool en dépit des effets négatifs.

L'altération des capacités de flexibilité

Il s'agit de la capacité de passer d'un comportement à un autre en fonction des exigences de l'environnement.

Voici des exemples de comportement pour lesquels les capacités de flexibilité ne sont pas altérées :

- Alfred prépare un gâteau, pour cela, il pèse 200g de farine, puis mesure 20cl de lait puis pèse 100 g de sucres.
- Jeanne nourrit son bébé en parlant à sa copine Colette, elle parle normalement à Colette de son travail et babille avec son bébé à chaque cuillère.

Les altérations de la flexibilité vont se manifester par des difficultés à passer d'un comportement à un autre en fonction des exigences de l'environnement.

- Exemple : Albert est chez le médecin avec son épouse, il est incapable de suivre les questions qui lui sont posées par sa femme après que le médecin l'ait interrogé.

Les capacités d'inhibition

Il s'agit de la capacité à s'empêcher de produire une réponse automatique, à arrêter la production d'une réponse en cours et à écarter les stimulations non pertinentes pour l'activité en cours.

Exemples de comportements montrant des capacités d'inhibition normales :

- Martin a changé de place les verres, il doit s'empêcher d'aller les chercher dans l'ancien placard.
- Claire et Jean discutent malgré le fait qu'ils peuvent entendre la conversation des gens assis à côté d'eux.

Les altérations de l'inhibition se manifestent par des difficultés à s'empêcher de produire des actions inadaptées :

- Sylvain est au restaurant avec sa fille pour discuter de son orientation scolaire, il ne peut s'empêcher d'intervenir plusieurs fois dans la conversation de la table d'à côté.
- Suzanne doit aller chez le médecin directement après le travail, elle n'a pas le temps de rentrer chez elle, cependant elle ne peut s'empêcher de suivre le chemin habituel jusqu'à sa maison avant de se rendre chez le médecin.

Les capacités de mise à jour de la mémoire

Il s'agit de la capacité d'un sujet à rafraîchir le contenu de sa mémoire de travail (mémoire dans laquelle l'information est maintenue de manière temporaire, c'est-à-dire le temps nécessaire pour traiter d'autres informations) en tenant compte des informations nouvelles qui lui sont transmises.

Sujet fonctionnant avec des capacités de mise à jour de sa mémoire normale :

- Paul demande à son colocataire s'il a besoin de choses car il va faire des courses, son colocataire répond « oui des œufs, un paquet de chocolat, du scotch et des chaussettes, enfin non pas du chocolat plutôt des galettes bretonnes ». Paul a dû changer dans sa mémoire de travail le chocolat par des galettes.

Les altérations de la mise à jour de la mémoire se manifestent par l'absence de remplacement d'une information ancienne par une information nouvelle, en mémoire de travail. L'information qui était stockée dans cette mémoire quelques secondes auparavant n'est pas remplacée par l'information actuelle. Dans ce cas, la personne continue d'agir en fonction de l'information ancienne et ne tient pas compte de l'information nouvelle alors que c'est ce qu'elle devrait faire.

- Exemple : Stephan reçoit un appel de son médecin pour déplacer son rendez-vous au lendemain car celui-ci a eu un empêchement, il note dans son agenda le RDV pour le jour même.

La Récupération active d'informations en mémoire :

Il s'agit de la capacité à rechercher de manière active et efficace des informations contenues dans notre mémoire.

Fonctionnement normal :

- Exemple : Paul est au supermarché, il essaie de se souvenir de la liste de son colcataire mais ne parvient pas à se souvenir d'une chose, il se remémore sa discussion avec lui, se souvient avoir fait une blague à propos des posters décrochés dans le couloir, il se souvient du scotch.

Les altérations de la récupération active d'informations en mémoire à long terme se manifestent par des difficultés majeures à se rappeler d'événements survenus dans le passé, le plus souvent proche. Toutefois, des aides permettent à la personne de retrouver les événements et ensuite de les évoquer elle-même. Ces difficultés peuvent aussi affecter des connaissances générales acquises anciennement.

- Exemple : Claude est chez son médecin, ce dernier lui demande comment va son fils depuis qu'il est venu la semaine d'avant pour une visite à domicile à cause d'une indigestion. Claude ne se souvient pas de la visite. Le médecin lui rappelle alors qu'il l'avait appelé et qu'il avait fait remarquer à Claude avec envie la nouvelle moto rouge de son fils et qu'il faisait un temps radieux ce jour-là. Claude arrive alors à se souvenir de l'évènement mais n'aurait pu s'en rappeler seul.

L'attention divisée

Il s'agit de la capacité d'être attentif à deux activités en même temps, ce qui permet de réaliser les deux simultanément.

Exemple de sujet présentant un fonctionnement normal de l'attention divisée :

- Ernest fait le dîner du soir en faisant réciter les tables de multiplications à son fils.

Les altérations de l'attention divisées se manifestent par des difficultés à effectuer deux tâches en même temps alors que chacune des tâches peut être réalisée isolément sans difficulté. Exemple :

- Albane est chez le médecin, ce dernier lui demande de délasser ses chaussures et d'ôter son pantalon, pendant ce temps il lui demande de préciser ses symptômes. Albane doit sans cesse arrêter de délasser ses chaussures pour répondre aux questions du médecin.

La planification :

Il s'agit de la capacité à organiser une série d'actions en une séquence optimale afin d'atteindre un but. Exemple de sujet ayant un fonctionnement normal de la capacité de planification :

- Agnès doit être chez sa fille le soir à 19h30, elle doit aussi passer chez le coiffeur pour récupérer un cadeau et préparer son sac. Elle devra effectuer ces tâches de la journée, prévoir l'ordre dans lequel elle les fera, son itinéraire, en tenant compte du temps de trajet pour aller chez sa fille pour arriver à 19h30.

Les altérations de planification se manifestent par des difficultés à organiser une série d'actions en une séquence optimale visant à atteindre un but.

Les altérations peuvent affecter différents niveaux de la séquence d'actions à mettre en œuvre :

- Maintenir le but

Il est l'heure, Pierre se dirige vers l'entrée pour se préparer à sortir pour son rendez-vous. En regardant par la fenêtre, il constate que la pelouse n'est pas tondue. Il sort sa tondeuse et coupe l'herbe.

- Planifier à l'avance et choisir les différents plans d'actions qui permettront d'atteindre le but

Lucien n'est plus capable de planifier ses rendez-vous : il ne programme plus correctement son réveil en fonction de la première activité à faire au matin, il ne parvient pas à calculer le temps nécessaire pour être prêt à l'heure et au lieu-dit (temps de toilette, de prise du petit déjeuner, du trajet ...)

- Choisir le meilleur plan d'action

Jacques doit faire un peu de rangement. Il met en marche le lave-linge pour laver des vêtements (durée 1h30), au lieu de commencer à ranger les vêtements déjà propres, il attend que la machine ait fini de tourner.

- Initier le plan d'action sélectionné tout en tenant compte d'incidents ou de changements nécessaires à l'atteinte du but fixé

Julia doit voir son médecin pour une consultation. Le rendez-vous est à 17H15. Elle attend le bus qui doit passer à 16H55. Ne le voyant pas arriver, elle consulte les horaires et constate qu'elle a regardé l'horaire d'été. Le prochain bus doit en fait passer à 17H10. Au lieu de téléphoner à sa sœur restée à la maison pour qu'elle la dépose chez le médecin, elle se rassied et attend le bus suivant.

1.3.2. Les troubles de la mémoire épisodique

Ces troubles englobent tous les processus impliqués dans l'encodage, le stockage et la récupération d'évènements vécus à long terme.

Elle est impliquée dans les processus d'apprentissage et dans les mécanismes de la conscience auto-noétique. Cette conscience permet de voyager mentalement dans le temps grâce à la capacité de la mémoire épisodique à restituer des événements vécus avec leur contexte spatial et temporel subjectif.

Lorsque la mémoire épisodique fonctionne normalement, il est par exemple possible de revivre le passé comme le décrit Marcel Proust dans son ouvrage à la recherche du temps perdu : *« Et dès que j'eus reconnu le goût du morceau de madeleine trempé dans le tilleul que me donnait ma tante (quoique je ne susse pas encore et dusse remettre à bien plus tard de découvrir pourquoi ce souvenir me rendait si heureux), aussitôt la vieille maison grise sur la rue, où était sa chambre, vint comme un décor de théâtre s'appliquer au petit pavillon, donnant sur le jardin, qu'on avait construit pour mes parents sur ses*

derrières (ce pan tronqué que seul j'avais revu jusque-là) ; et avec la maison, la ville, depuis le matin jusqu'au soir et par tous les temps, la Place où on m'envoyait avant déjeuner, les rues où j'allais faire des courses, les chemins qu'on prenait si le temps était beau. » (Marcel Proust, Extrait de Du côté de chez Swann – A la recherche du temps perdu).

Les altérations de la mémoire épisodique chez le patient atteint de troubles de l'usage de l'alcool se situent au niveau de l'identification de la source des informations et dans le rappel du contexte spatio-temporel de l'évènement. Le rappel du souvenir est alors incomplet et la reviviscence de l'évènement affectée comme dans l'exemple qui suit.

Le mari de Marcelle évoque la pièce montée de leurs 30ans de mariage, elle se souvient avoir effectivement mangé une pièce montée avec des petits oiseaux en sucre, mais elle ne parvient pas à se remémorer de la salle de fête, ni même de l'occasion où cela s'est produit et elle ne se souvient pas non plus avoir été heureuse ou surprise à ce moment-là.

I.3.3. L'altération des capacités visuo-spatiales

Les capacités visuo-spatiales rassemblent tous les processus permettant de distinguer un objet, de l'étudier sous tous ses angles suivant l'orientation de ses lignes, de le positionner dans l'espace par rapport à soi et à notre environnement mais aussi de le saisir. Elles mettent en jeu le cortex occipito-pariétal et le système occulo-moteur. Nos capacités d'imagerie mentale sont sollicitées au quotidien dans des activités nombreuses et diverses. Ainsi des actions telles que la reconnaissance d'objets présentés dans des orientations inhabituelles, la pensée, la compréhension d'une description verbale, le raisonnement et la résolution de problèmes, l'anticipation d'évènements, le rêve, la simulation d'un itinéraire font toutes appels à nos compétences visuo-spatiales.

Concrètement lorsque des capacités visuo-spatiales fonctionnent normalement on peut décrire des situations telles que la suivante : Paul voit un panneau octogonal au loin, il sait qu'il va devoir s'arrêter d'ici 100 m. Même s'il est myope, il évalue la distance qu'il lui reste à parcourir et commence à adapter sa vitesse.

En revanche des altérations des capacités visuo-spatiales peuvent conduire à des situations comme suit : Suzette demande à Hector de lui rapporter la petite montre en

argent avec le bracelet de cuir rouge et les aiguilles légèrement ondulées. Hector ne parvient pas à reconnaître l'objet parmi les nombreuses montres de sa compagne.

1.3.4. La métamémoire

Elle comprend la capacité qu'à un individu à connaître ses propres fonctionnements mnésiques et à mettre en œuvre des stratégies permettant d'optimiser ce fonctionnement. Ainsi, lorsque la métamémoire fonctionne normalement, la situation suivante est possible :

Berthe sait qu'elle a du mal à se souvenir des noms propres et on lui présente une nouvelle personne qui se prénomme Sidonie. Elle utilise un moyen mémo-technique lui permettant de se souvenir de ce prénom qui consiste à penser aux notes de musique si et do. Elle sait que si elle ne fait pas cet effort elle oubliera le prénom.

Lors des altérations de la métamémoire chez les personnes ayant des troubles de l'usage d'alcool, le patient a tendance à surestimer ses capacités mnésiques alors même qu'il possède une atteinte avérée de la mémoire épisodique (15).

Cette caractéristique neuropsychologique est nommée apsychognosie. Ce terme proposé par Fouquet désigne un état caractérisé par une perte d'introspection et d'autocritique du patient quant à son état morbide et à la baisse de ses facultés cognitives. Cette apsychognosie suggérerait que ce comportement ne serait pas uniquement un processus psychopathologique (déli), mais comprendrait une composante cognitive participant à une anosognosie de forme mineure.

Concrètement, des troubles de la métamémoire peuvent induire la situation suivante : Jean-Marcel écoute sa femme raconter à leur médecin traitant les « petits troubles » qu'elle a remarqué chez son mari. Il sourit en haussant les épaules et dit de temps en temps « vous voyez comme elle exagère tout ! J'ai encore ma tête docteur ! ».

1.3.5. Cognition sociale et traitement émotionnel

– Alexithymie

Elle représente l'incapacité à identifier et décrire ses propres états émotionnels et ceux d'autrui. Les patients atteints par ce trouble présentent une vie imaginaire réduite avec

des modes de pensée tournés vers des problématiques concrètes au détriment des aspects affectifs de leur existence. Une prévalence élevée de cette caractéristique est retrouvée chez le patient alcoolodépendant (environ 63% contre 20,7% chez les témoins) avec un degré de sévérité majoré par des consommations élevées, des troubles cognitifs importants ou une dépression associée (16). Il est pourtant difficile de déterminer si l'alexithymie est cause de l'addiction ou conséquence.

– Traitement des émotions et théorie de l'esprit

L'alexithymie sous-tend une incapacité à développer une empathie émotionnelle pour autrui. Il est avéré que les troubles de l'usage d'alcool sont liés à une plus grande difficulté à reconnaître les émotions faciales, en particulier négatives. Les visages neutres sont perçus négativement sur le plan émotionnel et les émotions sont surestimées. Or la reconnaissance des émotions est fondamentale dans la théorie de l'esprit (theory of mind ToM). En effet, c'est d'elle que dépend notre capacité à déduire des états mentaux qui nous permettront d'anticiper et de comprendre les comportements d'autrui. Les troubles de traitement des émotions pourraient donc être à l'origine de problèmes interpersonnels et d'un isolement social progressif. Ces troubles seraient en partie liés à des troubles des fonctions exécutives (17).

1.4. Freins à la prise en charge du patient alcoolo-dépendant en soins primaires

Il est établi que le fait d'avoir une attitude positive et empathique envers les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool est corrélé aux formations reçues à ce sujet. La majeure partie des médecins estime qu'ils ne sont pas bien préparés pour répondre à l'attente des patients en mésusage d'alcool et qu'un généraliste ayant suivi plusieurs formations sera plus à l'écoute s'il est confronté à ce type de patients (18).

En Bourgogne Franche Comté, pour la médecine libérale d'addictologie, une orientation des patients atteints de TCLA est proposée dans 57% des cas contre 80% des professionnels travaillant spécifiquement dans le domaine de l'addictologie. Ces derniers déclarent que même sans consensus dans les modalités de repérage (absence de questionnaire spécifique), une orientation des patients n'est pas problématique. Ces malades sont en général préférentiellement orientés à des neuropsychologues (19). Nous pouvons nous demander si les généralistes ayant des connaissances de base en addictologie orientent leur patientèle atteinte de TCLA de la même manière que les médecins addictologues libéraux. En effet, il existe une certaine méconnaissance des dispositifs disponibles dans le champ de l'addictologie de la part des médecins généralistes parfois isolés des réseaux d'addictologie(20).

Cette même étude mettait en évidence, certes, le manque de spécialistes en la matière et les difficultés concernant le parcours de soins de tels patients dans notre région. Mais, elle montrait également que les soignants spécifiques (addictologues, soignants de l'équipe et alcoologues) avaient également des contre-attitudes, des transferts négatifs et des représentations qui dépendent de ce qu'ils ont effectué et effectuent comme travail d'élaboration ou de supervision.

Il semblerait que la seule spécialisation en addictologie ne suffise pas pour prendre correctement soin de ces malades. Un travail personnel au long cours portant sur la bienveillance et l'attitude de transfert que le soignant devrait adopter serait également nécessaire. Il pourrait être réalisé par le biais d'une supervision particulière ou non. En effet, en addictologie il est important pour le patient d'être sécurisé et de pouvoir faire confiance à son interlocuteur, l'objectif du soin étant la relation de confiance en elle-même. La personne présentant des troubles de l'usage de l'alcool pourra alors se risquer à écouter une éventuelle proposition d'aide dont il pourra discuter et finir par s'approprier.

Par ailleurs, il est bien souvent difficile pour le soignant d'éprouver de la sympathie pour ses patients. Pour pouvoir décoder les appels à l'aide des malades, la prise en charge demande une implication réfléchie de la part du médecin. Les entretiens motivationnels, par exemple, demandent de bien connaître le patient et le stade de Prochaska dans lequel il peut se situer.

Dans une étude portant sur la perception des généralistes par rapport au facteur risque « alcool » dans leur travail, 70 % des médecins estimaient que leurs propres représentations liées à l'alcool jouaient un rôle dans leur façon de prendre en charge les patients. Parmi les difficultés relevées dans l'enquête, le manque de motivation pour s'occuper de ce type de malades était mentionné par 12% des praticiens et le taux de rechutes important était mentionné par 60% des praticiens avec une non compliance des malades qui était souvent évoquée (21) (22).

1.5. Le choix du sujet

Au vu de la prévalence des troubles de l'usage de l'alcool, de leurs complications et de leur coût en matière de santé, il semble intéressant de s'interroger sur une possible amélioration de la prise en charge des patients en prenant compte des troubles cognitifs qu'ils peuvent développer.

Dans ce but, nous nous proposons de mettre en évidence d'éventuels liens entre les attitudes des patients perçues par le médecin généraliste comme des freins à leur prise en charge et des symptômes caractéristiques de troubles cognitifs liés à l'alcool.

2. QUESTION DE RECHERCHE

Est-il possible de trouver des liens entre les représentations qu'ont les médecins de premiers recours de l'attitude de leurs patients atteints de troubles de l'usage de l'alcool et la sémiologie peu connue des troubles cognitifs liés à l'alcool ?

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

3.1. Objectif principal

Mise en évidence de similitudes entre les freins à la prise en charge des patients ayant des troubles de l'usage de l'alcool et les symptômes rencontrés en cas de troubles cognitifs liés à l'alcool.

3.2. Objectifs secondaires

Affiner les connaissances sémiologiques en matière de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) afin de permettre aux praticiens de premiers recours de mieux les repérer ou de penser à les dépister face à un tableau clinique évocateur.

Montrer l'importance d'une bonne connaissance de la sémiologie des troubles cognitifs liés à l'usage d'alcool en soins primaires afin d'améliorer la prise en charge de l'addiction à l'alcool par une approche centrée sur le patient.

4. HYPOTHESES

- Les connaissances en matière d'alcoologie sont jugées insuffisantes par les praticiens de soins primaires eux-mêmes. Une méconnaissance de la sémiologie des troubles cognitifs liés à l'alcool pourrait influencer la prise en charge du patient en induisant un regard moral et non une stratégie thérapeutique adaptée.
- Il existe des similitudes entre certains aspects de la représentation négative que le médecin de soins primaire a de son patient ayant des troubles de l'usage de l'alcool et le profil cognitif des patients présentant des TCLA.
- L'utilisation des tests de psychométrie (MoCA, BEARNI, TEDCA) semble complexe pour des raisons de temps, d'absence de rémunération spécifique et de formation. Le rôle du médecin de soins primaire serait plus dans l'orientation du patient suspecté comme ayant des TCLA. Pour envisager ce diagnostic une connaissance minimale des troubles cognitive serait requise.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Deux revues narratives de la littérature ont été réalisées pour ce travail de thèse. L'une porte sur la sémiologie des troubles cognitifs liés à l'usage d'alcool, l'autre concerne certains freins à la prise en charge des patients ayant des troubles de l'usage d'alcool : la représentation négative des médecins généralistes envers les sujets TUA, le manque de formation pour les prendre en charge et la relation « médecin »-« patient atteints de TUA ».

2. Population de l'étude

La première revue narrative a pour population cible les personnes atteintes de troubles cognitifs liés à l'alcool avec une symptomatologie de ces troubles qui est visible.

Dans la deuxième revue narrative, la population cible était représentée par les médecins de soins primaires.

3. Méthode de sélection des publications

3.1. Critères d'inclusion

Pour la revue portant sur la sémiologie des TCLA :

- Patients atteints de TUA avec des signes cliniques cognitifs
- Adultes et adolescents

Pour la revue sur les freins à l'accompagnement des sujets avec un mésusage d'alcool :

- Médecin généraliste exerçant à son propre compte, ou salarié du secteur privé ou public
- Etudes traitant des freins à la prise en charge des sujets atteints de TUA
- Freins évoqués concernent au moins :
 - La représentation des médecins généralistes envers les patients avec des TUA ;
 - La formation des praticiens pour traiter les sujets ayant des TUA ;
 - la relation médecin-patient en soins primaires dans le cadre de la prise en charge des TUA.

3.2. Critères d'exclusion

Pour les deux revues :

- seules les publications rédigées en langue française ou anglaise ont été sélectionnés ;
- les études réalisées chez les espèces animales ont été exclues ;

Pour la revue sur la symptomatologie des TCLA :

- les publications portant sur le syndrome d'alcoolisation fœtale ont été exclues ;
- certaines phases spécifiques de la prise en charge des patients, telles que l'accompagnement du patient au cours du *delirum tremens*, n'ont pas été sélectionnées.

3.3. Bases de données et équations de recherche

La revue de la littérature a été effectuée dans la base de données internationale Medline par leur moteur de recherche (*PubMed*). La recherche a été réalisée à l'aide de mots clés et des mots du Medical Subject Heading (MeSH) correspondant.

Pour la première revue narrative, les mots clés et termes employés pour la recherche dans la base de données sont les suivants :

Mot clé	Terme utilisé dans la base de données PubMed
Troubles du système nerveux liés à l'usage d'alcool	Alcohol-Induced Disorders, Nervous System [MeSH]
Symptômes cognitifs	Signs and Symptoms [MeSH] Neurologic Manifestations"[MeSH] Cognitive"[All Fields]

Ces termes ont été combinés à l'aide des opérateurs booléens AND et OR pour établir l'équation de recherche ci-dessous :

("Alcohol-Induced Disorders, Nervous System"[Mesh]) AND ("Signs and Symptoms"[Mesh] OR "Neurologic Manifestations"[Mesh]) AND ("cognitive"[All Fields]).

Les filtres utilisés étaient la langue (français et anglais) et l'espèce (humaine).

Pour la seconde revue narrative, les mots clés et expressions du MeSH choisies étaient :

Mot clé	Terme utilisé dans la base de données PubMed
Troubles de l'usage de l'alcool	Alcohol-Induced Disorders [MeSH] Alcoholism [MeSH] Alcohol-Related Disorders [MeSH]
Soins primaires	Primary Health Care [MeSH]
Freins des MG à la prise en charge des patients présentant des troubles de l'usage de l'alcool	Attitude of Health Personnel [Mesh]

L'équation de recherche établie pour la deuxième revue de la littérature est :

((("Alcohol-InducedDisorders"[Mesh]) OR "Alcoholism"[Mesh]) OR "Alcohol-RelatedDisorders"[Mesh]) AND "PrimaryHealth Care"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh].

Les filtres utilisés étaient la langue (français et anglais) et l'espèce (humaine).

3.4. Méthode de sélection des articles

Après une première lecture des titres et résumés des publications obtenues grâce aux équations de recherche, les publications qui ne correspondaient pas à nos critères de sélection ont d'abord été exclues.

Les publications retenues ont ensuite été analysées en détail après lecture intégrale des articles, ce qui a permis de retenir les études répondant aux objectifs de l'enquête.

III. RESULTATS

1. Résultats initiaux

Les publications extraites à partir des différentes équations de recherches étaient en septembre 2020 au nombre de :

- 57 : pour les études concernant la sémiologie des TCLA ;
- 94 : pour les documents concernant les barrières à la prise en charge des patients ayant des TUA.

2. Après lecture des titres et des résumés

- 18 publications ont été retenues pour la revue portant sur la sémiologie des TCLA
- 14 publications ont été sélectionnées pour la revue de la littérature concernant les freins à la prise en charge des patients avec des TUA

3. Après lecture intégrale des publications

- 10 articles portant sur la sémiologie des TCLA ont été sélectionnés
- 13 articles concernant les freins à la prise en charge des patients avec des TUA ont été retenus

4. Analyse des données des publications

4.1. Diagrammes de flux de sélection des publications

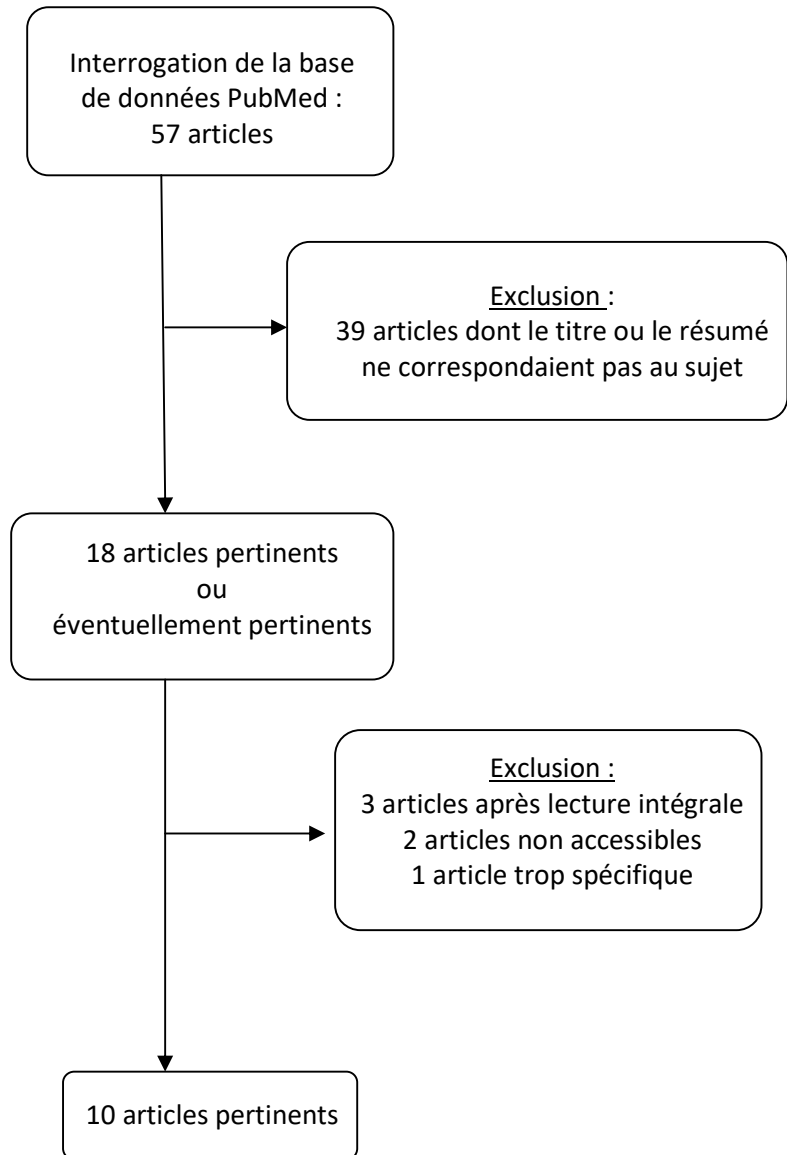


Figure 3. Diagramme de flux de données de la revue de la littérature concernant la sémiologie des TCLA

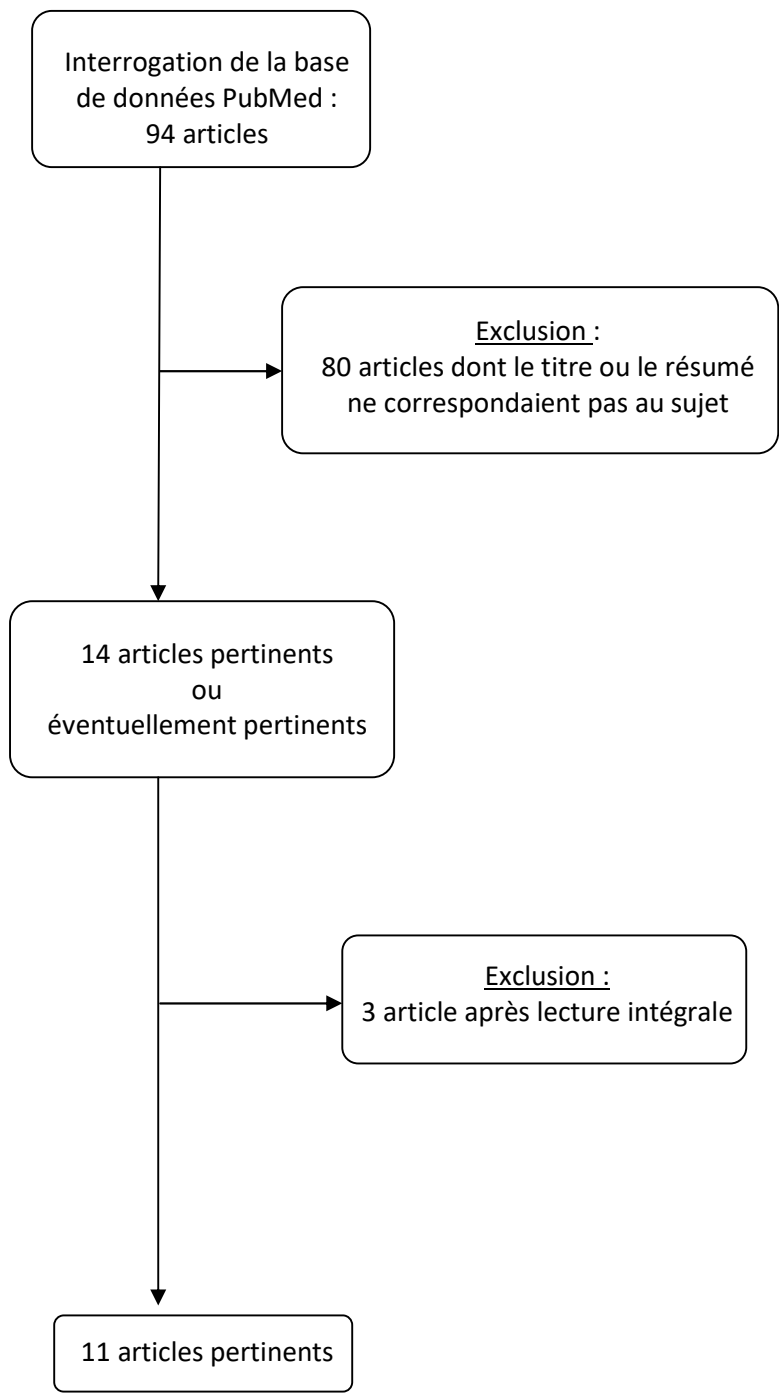


Figure 4. Diagramme de flux de données de la revue de la littérature concernant les freins à la prise en charge des patients avec de TCL

4.2. Tableau des publications sélectionnées

Tableau 1. Publications rapportant des signes cognitifs rencontrés en cas de troubles de l'usage d'alcool

Publication	Contexte	Symptômes
Walvoort 2016 (23)	Sujets SK, non SK ou avec troubles cognitifs légers	- Absence de plainte psychologique chez le sujet SK - Altération de la conscience de soi (difficultés à reconnaître l'impact de leurs déficits cognitifs liés à l'alcool sur le fonctionnement de la vie quotidienne)
Pitel 2014 (24)	Sujets dépendants à l'alcool	- Altération de la capacité de prise de décision - Difficultés d'apprentissage (verbal et non verbal) - Mauvaise performance sur les tâches de rappel libre - Problèmes à se souvenir du contexte spatiotemporel d'une information encodée - Altération de la capacité à discriminer l'origine d'une information - Altération de la capacité à se souvenir d'exécuter une action prévue à un moment ultérieur - Anosognosie - Troubles de la mémoire autobiographique - Déficits dans l'acquisition de nouvelles connaissances sémantiques - Résolution plus lente des problèmes de procédures cognitives - Davantage de mesures élaborées pour parvenir à une nouvelle procédure cognitive
Fernandez- Serrano 2010 (25)	60 individus ayant une dépendance à l'alcool, cocaïne, cannabis, héroïne	Consommation d'alcool importante : - fortement associée à <ul style="list-style-type: none"> • des troubles de la fluidité verbale • une diminution des capacités de prise de décision - tend à avoir des effets significatifs sur la mémoire de travail
Cairney 2007 (26)	44 arborigènes : - 24 non buveurs - 20 grands buveurs	Troubles de : - l'allongement du temps de réaction - l'attention - la mémoire de travail - l'apprentissage implicite - l'apprentissage associé.

Tableau 1 (suite). Publications sélectionnées rapportant des signes cognitifs rencontrés en cas de troubles de l'usage de l'alcool

Publication	Contexte	Symptômes
Kopelman 1995 (27)	SK	Altération disproportionnée de la mémoire, par rapport à d'autres aspects de la fonction cognitive
Butters 1985 (28)	Alcooliques de longue durée et SK	Chez les alcooliques de longue durée et patients SK : - déficiences dans la réalisation de nombreuses tâches visuo-conceptuelles et d'apprentissage - déficits pour le traitement de l'information sous-jacents aux problèmes de mémoire antérograde (mais pas de preuves de déficits similaires chez patients SK et alcooliques de longue durée)
Butters 1985 (29)	Sujet EW et SK	- déficits dans la résolution de problèmes visuo-perceptifs (semblent se développer lentement après décennies d'alcoolisme) - symptômes amnésiques (peuvent apparaître de manière aiguë si malnutrition sévère associée à alcoolisme)
Weingartner 1985 (30)	Sujet SK, patients atteints de démence	Sk et sujets atteints de démence : - déficits de mémoire globaux Sk - mémoire récente gravement altérée - accès à la mémoire antérieure - capables de se rappeler des règles et des principes d'organisation de l'information
Mair 1979 (31)	2 patients SK, suivi pendant 9 et 3 ans	- déficience de mémoire antérograde verbale et non verbale - QI normaux - détérioration légère de l'intelligence pour 1 cas
Butters 1974 (32)	Patients SK	- Amnésie antérograde et rétrograde - patient semble incapable d'acquérir de nouvelles informations - confabulations fréquentes pour couvrir l'amnésie - difficulté démesurée à passer d'une tâche à l'autre

Tableau 2. Publications des freins à la prise en charge des patients atteints de troubles de l'usage de l'alcool

Publication	Contexte	Barrières et freins
Hagedorn 2019 (33)	-24 prestataires de soins primaires - Patients = Vétérans avec diagnostic de TUA.	Patients jugés comme : - peu intéressés à obtenir de l'aide - incapables ou non désireux de suivre un traitement - des cas très compliqués avec de multiples comorbidités physiques et mentales - des menteurs - des patients "difficiles"
Williams 2018 (34)	24 prestataires de soin primaire : 19 médecins, 1 médecin ostéopathe, 4 infirmiers	- Patients perçus comme ayant une faiblesse de caractère (ex : manque de confiance) - Désaffection sociale des prestataires (quelqu'un d'autre devrait traiter cette affection) - Patient perçu comme responsable de ses troubles et capable de se maîtriser s'ils le souhaitent - Langage d'étiquetage ("ces personnes" et "les alcooliques")
Anderson 2017 (35)	-756 prestataires de soins de santé primaire : médecins (55%), infirmier ou assistant - Catalogne, Angleterre, Pays-Bas, Pologne, Suède	- La formation et le soutien des prestataires sont associés à des changements d'attitude positifs et à une plus grande implication. - Le remboursement financier des prestataires pour leur travail est associé à des attitudes plus positives liées à une implication plus importante des prestataires
Tam 2013 (36)	19 médecins généralistes (4 médecins avaient déjà travaillé dans une unité de prise en charge de patient avec des troubles de l'usage d'alcool ou de drogue)	- Crainte des MG d'être perçus comme des juges, des moralisateurs à cause de la stigmatisation et des stéréotypes de la société concernant la consommation d'alcool problématique - Manque de fiabilité des patients concernant leur consommation : se présentent comme des buveurs normaux et non des gros buveurs - Interroger le patient sur sa consommation d'alcool est une menace potentielle pour la relation médecin-patient
Wilson 2011 (37)	Enquête auprès de 282 MG Angleterre	- MG pas formés aux techniques de conseil en matière d'alcool - Médecins ne savent pas repérer les consommateurs sans symptômes évidents de consommation excessive - Attitude libérale vis-à-vis de l'alcool - MG pourraient être considérés comme les accusant d'être alcoolique

Tableau 2 (suite). Publications rapportant des freins à la prise en charge des patients atteints de troubles de l'usage de l'alcool

Publication	Contexte	Barrières et freins
Allan J 2010 (38)	- 47 agents de soins de santé primaires en zones rurales isolées - Australie	- Prise en charge des TUA considérée comme traiter la déchéance morale et personnelle
Johansson 2005 (39)	-MG travaillant dans des centres de santé primaire - Suède	- Stigmatisation des personnes qui consomment de l'alcool avec abus - Aborder le sujet de l'alcool est considéré comme délicat, les MG craignent que cela ne nuise à la relation avec les patients - Le patient présentant des TUA est perçu comme un patient compliqué
Kahan 2004 (40)	- 56 étudiants en deuxième année MG	- Manque de formation est de loin l'obstacle le plus important à leur implication dans le conseil et la guidance des malades - Etudiant MG ont surtout les compétences pour gérer des patients capables de donner des infos claires sur leur antécédents et qui sont réceptifs aux conseils - 38 % estimaient que de brèves séances de conseil étaient inutiles ou intrusives - Les femmes consommant de l'alcool sont perçues de façon plus positive que les hommes
Aira 2003 (41)	-35 MG travaillant dans des centres de santé primaire interviewés - Finlande	- Questionner un patient pour dépister un TUA est un sujet à caractère sensible (qui reflète peut-être l'aspect moral du concept d'alcoolisme : les problèmes d'alcoolisme étaient auparavant traités principalement par les services sociaux, les autorités sociales et la police en Finlande) - Dénier du patient de ses problèmes d'alcool est obstacle à la réussite de la prise en charge
Durand 1994 (42)	Review article	- Formation insuffisante pour prendre en charge les patients - Connaissances et des compétences inadéquates en matière de conseil comportemental - Ressentiment/agacement des patients lorsqu'on les interroge sur leur consommation d'alcool - Consommations de grandes quantités d'alcool considérées comme des habitudes locales normales
Kamerow 1986 (43)		- Formation inadéquate

5. Synthèse des résultats

5.1. Signes cliniques rapportés en cas de TCLA

Nous avons regroupé les signes cognitifs retrouvés dans la littérature en deux catégories : ceux qui ne sont pas spécifiques à un stade de la maladie et ceux retrouvés dans des publications traitant spécifiquement des patients atteints d'encéphalopathie de Wernicke (EW) ou du syndrome de Korsakoff (SK) (Tableau 3)

Signes cognitifs retrouvés chez les patients atteints de TUA
Signes cliniques non spécifiques à un stade de la maladie
Altération de la conscience de soi
Altération de la capacité de prise de décision
Difficultés dans l'apprentissage verbal et non verbal
Mauvaise performance sur les tâches de rappel libre
Difficultés à se souvenir du contexte spatiotemporel d'une information
Altération de la capacité à déterminer l'origine d'une information
Altération de la capacité à se souvenir d'exécuter une action prévue ultérieurement
Absence de plainte psychologique
Déni
Troubles de la mémoire autobiographique
Déficits dans l'acquisition de nouvelles connaissances sémantiques
Distractibilité, difficultés à suivre le fil en entretien individuel, et davantage en groupe
Troubles de la fluidité verbale
Troubles de la mémoire de travail
Davantage de mesures nécessaires pour élaborer de nouvelles procédures cognitives
Trouble de l'attention
Trouble de l'apprentissage implicite et associé
Déficience dans la réalisation de tâches visuo-conceptuelles
Allongement du temps de réaction
Signes cliniques retrouvés dans des publications spécifiques au SK et à une EW
Altération disproportionnée de la mémoire
Déficits de mémoire globaux
Amnésie antérograde (verbale et non verbale) et rétrograde
Anosognosie
Détérioration légère de l'intelligence
Confabulations fréquentes pour couvrir l'amnésie
Difficulté démesurée à passer d'une tâche à l'autre

5.2. Représentations, formation des médecins généralistes et relation médecin-patient

Freins et barrières à la prise en charge des patients atteints de TUA en soins primaires
Freins et barrières liés à une perception négative des patients
Patients peu intéressés à obtenir de l'aide
Déni du patient de ses problèmes d'alcool
Responsables de leurs troubles et capables de se maîtriser s'ils le souhaitent
Incapables ou non désireux de suivre un traitement
Sujets ayant une faiblesse de caractère
Cas très compliqués avec de multiples comorbidités physiques et mentales
Patients difficiles, compliqués
Patients menteurs
Manque de fiabilité des patients concernant leur consommation
Langage d'étiquetage ("ces personnes" et "les alcooliques")
Stigmatisation des patients
Traiter les TUA est considéré comme traiter la déchéance morale et personnelle
Perception significativement plus positive lorsqu'il s'agit de femmes
Troubles liés à la consommation de substances considérés comme une question morale
Freins et barrières liés à la formation des médecins
MG Pas formés aux techniques de conseil en matière d'alcool
MG ne savent pas repérer les consommateurs sans symptômes évidents
Manque de formation est l'obstacle le plus important qui explique manque d'implication des MG dans le conseil et la guidance des malades
Compétences des MG concerne surtout la prise en charge des patients capables de donner des informations claires sur leur antécédents et réceptifs aux conseils
Formation insuffisante pour prendre en charge les patients avec des TUA
Connaissances et compétences inadéquates en matière de conseil comportemental
Freins et barrières liés à la relation médecin-patient
Crainte des MG d'être perçus comme des juges, des moralisateurs
Menace potentielle pour la relation médecin-patient
Pourraient être considérés comme les accusant d'être alcooliques
Aborder le sujet de l'alcool est délicat, peut nuire à la relation avec les patients
Sujet de l'alcool est à caractère sensible
Brèves séances de conseil sont intrusives
Ressentiment/agacement des patients interrogés sur leur consommation d'alcool
Autres
Pas une priorité car les TUA sont le signe de problèmes plus profonds et plus urgents
Remboursement financier des prestataires associé à des attitudes plus positives qui sont la conséquence d'une plus grande implication
Attitude libérale du MG vis-à-vis de l'alcool
Consommations de grandes quantités d'alcool sont des habitudes locales normales
Brèves séances de conseil sont inutiles

IV. DISCUSSION

L'objectif de notre revue était de mettre en évidence d'éventuelles similitudes entre les freins à la prise en charge des patients ayant des troubles de l'usage de l'alcool en soins primaires et la sémiologie des troubles cognitifs liés à l'alcool.

1. Principaux résultats

1.1. Symptomatologie des TCLA et représentation des médecins généralistes

Les troubles cognitifs et la motivation au changement

Les signes cognitifs relevés dans notre étude reflètent principalement une atteinte des fonctions exécutives et de la mémoire (épisode, procédurale, sémantique, métamémoire).

Or certaines études ont montré que les fonctions exécutives et la mémoire épisodique sont impliquées dans les mécanismes de motivation au changement de comportement (11). Des déficits de mémoire épisodique (44) (11) ainsi que l'altération des fonctions exécutives et de prise de décision peuvent diminuer la motivation au changement de sujet atteints de troubles de l'usage d'alcool (11).

D'autre part, d'après notre revue, le patient présentant des troubles de l'usage d'alcool a été perçu par les médecins comme incapable ou peu intéressé à suivre un traitement, à être aidé ; responsable de ses troubles et capable de se maîtriser s'il le souhaite (33) (34). Ces descriptions correspondent à un sujet peu motivé à changer ses habitudes de consommation d'alcool. Cette représentation négative du malade peut être mise en lien avec certains troubles cognitifs impliqués dans les processus de motivation de changement de comportement.

La modification des habitudes de consommation, l'abstinence et son maintien correspondent à des situations nouvelles pour le sujet présentant des troubles de l'usage d'alcool. Elles nécessitent un contrôle de soi (mise en jeu de capacité d'inhibition) et ne peuvent être réalisées automatiquement. La mise en œuvre des fonctions exécutives est donc indispensable. Ainsi, un manque de flexibilité constitue une entrave pour le patient

dans sa capacité à changer sa façon de penser face à des situations à risque. Ce dernier aura alors des difficultés à adopter un comportement nouveau susceptible de lui éviter de consommer de l'alcool. Cela explique la persévérance du patient dans ses habitudes de consommation.

Comme nous l'avons décrit en introduction de ce travail, un déficit de planification ne permettra pas au malade d'anticiper et de planifier des situations à venir comme celles où l'alcool sera présent. Ce dysfonctionnement se traduira par un comportement plutôt impulsif où le patient ne réfléchira pas aux différentes possibilités qui s'offrent à lui avant d'agir et n'envisagera pas les conséquences négatives associées à son comportement (45). L'altération de la prise de décision est liée à un déficit des processus d'inhibition qui entraîne des difficultés à éviter certains automatismes (24).

D'autre part, selon le modèle de l'addiction proposé par Noel et al., le trouble de l'usage d'alcool résulterait d'un déséquilibre entre un système réflexif, un système impulsif et un système régulateur (46). Le système régulateur qui permet de freiner les comportements de consommation serait alors limité par les atteintes des fonctions exécutives. D'ailleurs une publication de Le Berre *et al.* suggère qu'il existe un lien entre l'atrophie observée au niveau des régions frontales et du cervelet des patients présentant des troubles de l'usage d'alcool et leur manque de motivation au changement (47). Cette étude renforce l'hypothèse d'un lien entre une atteinte du circuit fronto-cérébelleux, un trouble des fonctions exécutives et une absence de motivation.

Concernant l'altération de la mémoire épisodique, elle est la cause de multiples oublis comme les rendez-vous médicaux ou les consignes médicales (48). Ces omissions peuvent laisser penser que le patient n'est pas réceptif au cours des consultations et qu'il porte donc peu d'intérêt à une prise en charge médicale.

D'autre part, les déficits de la mémoire épisodique altèrent la conscience autoévaluative et entraînent également des difficultés à se remémorer les histoires d'alcoolisation ainsi que les conséquences graves de la prise d'alcool. Or selon le modèle comportemental de changement proposé par Prochaska et Diclemente, cette capacité à se remémorer les épisodes de consommation d'alcool et leur répercussion est mise en jeu lors du processus de motivation au changement. Elle permet de dépasser le stade de pré-contemplation durant lequel le patient n'envisage pas le moindre changement à son comportement et ne perçoit pas son attitude au quotidien comme problématique (49,50). De ce fait le sujet ayant des TCLA ne peut accéder à l'étape dite de détermination impliquant aussi une capacité de planification.

Notre étude a également rapporté des troubles de l'attention et de l'attention divisée, qui expliquent la distractibilité des patients et leurs difficultés à suivre le déroulement d'une conversation, d'un entretien (49). Tout comme les multiples oublis causés par les troubles de la mémoire épisodique, cette distractibilité donne l'image d'un patient peu intéressé par les consignes qui lui sont énoncées en consultation et donc peu désireux de se soigner et de changer ses habitudes de consommation.

Des troubles de la mémoire procédurale ont aussi été retrouvés dans notre étude. Or les mécanismes d'apprentissage procéduraux sont impliqués dans l'acquisition de nouveaux automatismes et de nouvelles habitudes nécessaires à un changement de comportement (49).

Ce manque de motivation au changement est un trouble invalidant, présent dans de nombreuses pathologies neurologiques et psychiatriques. Il s'agit d'un trouble de la motivation caractérisé par des manifestations comportementales et cognitives.

Les troubles cognitifs et le déni

Par ailleurs, les médecins de notre revue ont perçu le patient présentant des troubles de l'usage d'alcool comme un menteur, un sujet manquant de fiabilité et se trouvant dans le déni. Ce comportement peut être lié à des troubles de la mémoire se traduisant par une tendance du patient à surestimer ses capacités mnésiques et n'aura qu'une conscience partielle de ses difficultés. (15). Les troubles de la mémoire expliquent donc la tendance du patient à minimiser et nier ses problèmes d'alcool. À terme, l'évolution des déficits de la mémoire peut conduire à une anosognosie.

Cette anosognosie, définissant des patients qui ne reconnaissent pas la présence et la sévérité de leur déficit, est aussi visible dans d'autres maladies impliquant un dysfonctionnement cognitif. L'anosognosie est souvent confondue avec le déni car tous deux sont à l'origine d'une non-reconnaissance des atteintes liées à une pathologie.

Cependant, l'anosognosie est un trouble neurologique alors que le déni est un processus psychologique dans lequel les structures cérébrales restent intactes. Ainsi Freud définit le déni comme « un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante ». Le déni est un processus psychologique qui permet au sujet d'éviter de se confronter à la réalité contrairement aux troubles liés à des dysfonctionnements de la mémoire.

Les troubles cognitifs et « le patient difficile »

Dans l'ensemble, l'atteinte des mécanismes de motivation et les difficultés à changer de comportement, la tendance du patient à ne pas reconnaître sa maladie peuvent expliquer les représentations négatives à type de patient difficile à prendre en charge qui ont été citées par les médecins.

Troubles cognitifs sévères, syndrome de Korsakoff et encéphalopathie de Wernicke

Les signes cognitifs plus spécifiques d'atteintes sévères étaient retrouvés dans des publications traitant de patients présentant un SK ou une EW (23) (27-32). Ces signes apparaissent à des stades évolués du trouble de l'usage d'alcool. Les sujets développent alors des symptômes tels qu'une altération disproportionnée de la mémoire avec une amnésie antérograde et rétrograde, des confabulations.

Les travaux de recherche récents ont montré que ces patients atteints d'une EW ou d'un SK développent en fait des signes cliniques similaires à ceux des patients avec des déficits cognitifs légers à modérés mais leur spécificité réside dans leur degré de gravité. Ainsi une altération de la mémoire épisodique et de la mémoire de travail, une atteinte des fonctions exécutives et de la métamémoire sont décrits dans le SK.

Ces signes cliniques sévères et parfois irréversibles graves peuvent être mis en lien avec des représentations très négatives à type de déchéance morale et personnelle (38), résultat de la persistance du patient dans son attitude de déni et son manque de motivation à changer. On retrouve ici le principe de continuum dans l'évolution des troubles du patient lors d'une consommation chronique d'alcool.

Il convient cependant de noter que les publications traitant des patients atteints d'un SK ou d'une EW étaient très souvent anciennes. Ces dernières années, les études s'intéressent davantage à des stades précoces des troubles de l'usage d'alcool au cours desquels la mise en œuvre de soins permet une récupération des fonctions cognitives altérées. Cela montre l'évolution de la vision des TUA. Cette évolution est d'ailleurs corrélée avec la modification récente de la nosographie en addictologie. En effet le DSM-IV qui classait les modes de consommation d'alcool en usage, mésusage/abus et dépendance a été remplacé par le DSM-5 qui conçoit effectivement le trouble d'usage de l'alcool selon un continuum de gravité (léger, modéré à sévère).

1.2. Formation médicale et frein à la prise en charge des patients

Dans notre étude, plusieurs médecins ont jugé leur formation insuffisante ou inadéquate à la prise en charge des patients avec des TUA (37) (40) (42) (43). L'une des publications de notre revue rapporte d'ailleurs que selon certains praticiens « le manque de formation est de loin l'obstacle le plus important à leur implication dans le conseil et la guidance des malades » (40). Ces résultats concordent avec les données de la littérature qui indiquent que les compétences des généralistes en matière d'addictologie pourraient être améliorées (50).

Les médecins ont notamment évoqué leur difficulté à repérer les patients ne présentant pas de symptômes évidents de consommation d'alcool. Une étude menée aux Etats-Unis relevait que les étudiants en médecine, durant leurs stages cliniques, s'occupaient uniquement de sujets toxicomanes pour lesquels la maladie était déjà très évoluée (52). Cela pourrait expliquer les difficultés de repérage rencontrées par les médecins.

En outre, l'étude montrait qu'après une formation clinique durant laquelle l'étudiant voyait des patients atteints de toxicomanie à divers stades de leur maladie, ce dernier considérait que le repérage précoce des toxicomanies était un élément essentiel à la prise en charge globale des patients. Il est intéressant de noter que l'étude soulignait aussi que l'enseignement dispensé à la faculté de médecine pouvait engendrer une attitude négative des étudiants envers les patients. A l'inverse, la connaissance de la maladie dans son aspect global amenait les étudiants à avoir des jugements moins moralisateurs envers les « faiblesses » des patients ayant des TUA.

Par ailleurs, certaines études ont montré que les formations sur les TUA avaient pour résultat un changement de la vision du patient qui devenait plus positive ainsi qu'une plus grande implication des médecins dans le dépistage et le conseil des patients (35). Une vision positive de la maladie pourrait influencer sur les difficultés à aborder le sujet de l'alcool et réduire la vision morale de la maladie.

Il serait donc intéressant d'apporter aux généralistes des outils leur permettant de repérer les consommateurs à risques précocement afin d'optimiser leur prise en charge. La connaissance de la sémiologie des TUA pourrait constituer un de ces outils.

En effet, sur un plan pratique, la grande hétérogénéité des patients, au niveau de leur profil de consommation et de leur symptomatologie clinique complique la mise en place de soins destinés aux patients avec des TUA. La neuropsychologie permet de mieux comprendre cette hétérogénéité en identifiant des profils d'atteintes neuropsychologiques notamment grâce à la neuro-imagerie anatomique et fonctionnelle. La neuropsychologie a ainsi montré que les dysfonctionnements cérébraux avaient une influence directe sur le pronostic des patients, leur autonomie, et leur capacité à bénéficier des prises en charge proposées (51).

Outre le manque de connaissances pour repérer précocement les patients atteints de TUA, les médecins estimaient avoir une formation insuffisante en matière de conseil comportemental (37,42). L'enseignement médical dispensé à l'université apporte principalement des connaissances pharmacologiques pour traiter les complications ou éviter les symptômes de sevrage. En revanche, l'accompagnement basé sur la psychologie du patient et son comportement est peu abordé. Or la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool repose énormément sur une approche motivationnelle et sur l'apprentissage de nouvelles stratégies de comportement visant à contrôler la consommation d'alcool. De ce fait, on comprend pourquoi les praticiens estiment que la formation médicale est insuffisamment adaptée à la prise en charge des patients.

Notre étude relève également que les médecins étaient essentiellement aptes à gérer des patients pouvant donner des informations claires sur leur antécédents et semblaient réceptifs aux conseils qui leurs étaient prodigués. Cependant, comme nous l'avons vu auparavant, la présence de troubles cognitifs chez une personne présentant un trouble lié à l'usage d'alcool, altère sa conscience autoévaluative et l'empêche de relater clairement l'histoire de sa maladie. Par ailleurs, les troubles de la mémoire épisodique et de l'attention l'amènent à être distrait.

En résumé, il existe un décalage entre la formation dispensée aux médecins généralistes sur les personnes atteintes de troubles de l'usage de l'alcool et leur rôle dans le repérage précoce et la prise en charge de ces patients.

1.3. La relation médecin patient et la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool

La prise en charge des TUA est perçue comme une menace potentielle à la relation médecin-patient. L'implication des MG est freinée car ces derniers considèrent que, prodiguer aux patients des conseils sur leur consommation d'alcool, a un caractère intrusif. Les MG craignent d'être vus comme des juges ou des moralisateurs à cause du regard de la société concernant les personnes présentant un problème d'alcool. Cependant, cette peur de juger sous-tend que le TUA a une composante morale et pourrait signifier une adhésion du médecin aux stéréotypes véhiculés par la représentation classique du « patient buveur ».

Aborder le sujet de l'alcool en consultation médicale reste compliqué de nos jours, les médecins estiment d'ailleurs que « c'est l'un des thèmes les plus difficiles à aborder malgré leur sentiment d'avoir tout à fait un rôle à jouer dans la prévention de l'alcoolisme » (53). La consommation d'alcool est d'une part perçue comme un sujet tabou (54) avec un caractère moral ce qui explique que l'on évite d'aborder ce sujet et que l'on considère qu'il doit être traité par d'autres institutions comme les services sociaux. D'autre part, la consommation d'alcool est banalisée par la société (55). Notre étude montrait que des consommations excessives d'alcool étaient parfois perçues comme des comportements normaux et que le médecin pouvait lui-même adopter une attitude libérale vis-à-vis de la consommation d'alcool. Cette attitude est en accord avec la banalisation de l'alcool par la société.

L'aspect moral lié à la prise d'alcool ainsi que sa banalisation sont des éléments qui peuvent expliquer la gêne et la crainte du MG à s'impliquer dans la prise en charge des TUA.

Des connaissances en matière de troubles cognitifs constitueraient un support pour lutter contre les représentations morales des MG et diminuer la gêne à prendre en charge des patients atteints de TUA. De plus, elles permettraient un renforcement de l'alliance thérapeutique par la capacité du médecin à exprimer à son patient que certains de ses comportements sont explicables, qu'ils peuvent être accompagnés et ne sont pas signes de « faiblesse de caractère ».

Ce savoir faire pourrait aussi, comme c'est le cas dans la prise en charge des troubles cognitifs du patient âgé, être utilisé dans la formation des aidants principaux, permettant ainsi d'éviter quelque peu l'isolement social dont les patients aux TUA peuvent souffrir.

2. Résultats attendus

L'objectif secondaire de cette étude était de mettre en évidence une possibilité d'amélioration de la prise en charge des patients avec troubles de l'usage de l'alcool en améliorant la connaissance clinique et sémiologique des troubles cognitifs liés à l'alcool et en facilitant ainsi la relation médecin-patient en luttant contre l'image de « patient difficile » de ces patients.

L'étude a montré que plusieurs signes cliniques relevés en cas de TCLA peuvent être à l'origine de difficultés motivationnelles constituant un frein au contrôle de la consommation d'alcool du patient. De ce fait, la faible avancée motivationnelle de certains patients pourrait être certes attribuée à leurs caractères difficiles ou leurs manques de volonté mais elle pourrait également être la conséquence de la consommation d'alcool sur le fonctionnement cognitif. Le médecin généraliste ne peut alors se contenter de se baser uniquement sur ses perceptions négatives pour expliquer les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patients « difficiles ».

Si la résistance au changement observée chez le sujet est consécutive à des troubles cognitifs, l'accompagnement du malade peut être aménagé. Classiquement, la prise en charge des patients présentant des TUA est basée sur des thérapies cognitivo-comportementales au cours desquelles ils doivent utiliser des capacités de planification et de flexibilité pour anticiper des situations à risque, élaborer des réponses comportementales adéquates et des stratégies alternatives. Ces tâches seraient donc difficiles à réaliser chez un patient présentant des troubles des fonctions exécutives et les thérapies cognitivo-comportementales ne seraient pas complètement bénéfiques. D'où l'importance pour le MG de savoir repérer les premiers symptômes cognitifs afin d'adapter le parcours de soin du malade.

Les atteintes cognitives observées chez les patients présentant des TUA peuvent régresser spontanément avec l'abstinence. Cette récupération spontanée pourrait être favorisée par des techniques de réhabilitation cognitive et psychosociale et certaines thérapeutiques médicamenteuses et nutritionnelles.

Les objectifs de la réhabilitation cognitive seraient doubles : restaurer plus ou moins complètement les fonctions cognitives, ou compenser les déficits observés en s'appuyant

sur les fonctions préservées et en aménageant l'environnement du patient mais aussi par une amélioration globale de l'hygiène de vie (qualité du sommeil, activité physique, arrêt du tabac ainsi que les fonctions sensorielles type audition, vue). La prise en charge du patient serait alors allongée afin de favoriser la récupération des fonctions cognitives (56) . Ce dernier constat vient à contre-courant de la réduction des risques majoritairement utilisée de nos jours. Il serait intéressant pour le MG de connaître cette possibilité de prise en charge si des symptômes cognitifs mettant en difficulté la mise en place d'une consommation contrôlée sont repérés ; afin de proposer un éloignement du produit de six semaines (temps de récupération des capacités cognitives qui existent de façon spontanée) nécessaires à la mise en place de cette réduction de consommation. Le problème ainsi exposé au patient pourrait permettre une adhésion plus importante au projet de soin. La réhabilitation cognitive pourrait aussi être proposée au patient en vue d'un changement majeur prévisible tel qu'un déménagement, un changement professionnel ou personnel. Le training cognitif et l'adaptation par avance de l'environnement du patient pourrait permettre un passage facilité de ces grandes étapes et des risques de déséquilibre de la pathologie addictive moins importants. Par sa place privilégiée dans l'intimité familiale et quotidienne du patient le médecin traitant est en première ligne dans l'identification et le repérage de ces évènements.

3. Forces de l'étude

Notre étude par sa forme de revue narrative permet une visualisation globale du sujet. Les questions des représentations en médecine générale étant nécessairement vaste et multifactorielle il peut être complexe de les conceptualiser.

Le lien ici recherché est original, et permet de visualiser le problème de la prise en charge des TUA sous un angle peu appréhendé en médecine générale.

Des perspectives de recherche peuvent être proposées sous un angle original.

4. Limites de l'étude

La limitation de la recherche à une seule base de données a pu constituer une limite pour l'étude. De ce fait, il est possible que certains freins et symptômes cognitifs aient été oubliés et qu'ils n'aient donc ni été cités ni été analysés dans cette étude.

De par sa nature cette étude ne permet évidemment pas d'aboutir à des conclusions.

Par ce travail, nous souhaitons avant tout mettre en évidence l'existence d'une relation entre des symptômes cognitifs liés à l'usage d'alcool et des barrières à la prise en charge des personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool. La connaissance de ces signes, permettrait au médecin généraliste d'accompagner un patient potentiellement atteint de troubles cognitifs de façon adéquate.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'implication des médecins généralistes dans la prévention des problèmes de santé liés à l'alcool est essentielle. Il semble donc nécessaire de s'intéresser aux facteurs constituant des freins à la prise en charge des malades. Une analyse des représentations négatives développées par les praticiens envers ces patients a été réalisée au vu des dernières connaissances acquises en neuropsychologie sur les troubles cognitifs associés aux atteintes cérébrales des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool.

Notre étude a ainsi permis de montrer que les sujets souffrant de déficits cognitifs liés à l'usage d'alcool donnent parfois l'impression d'être peu motivés à changer leurs habitudes de consommation. Or cette perception peut être rapprochée à des troubles cognitifs qui altèrent leur capacité à changer de comportement tels qu'un syndrome dysexécutif ou une altération de la mémoire épisodique... De même le déni et le fait que le patient minimise les difficultés liées à son état de santé peuvent être mis en relation avec une altération de la métamémoire.

La connaissance des troubles cognitifs et leurs répercussions sur le comportement du malade pourraient améliorer la perception qu'ont les praticiens du sujet présentant des TUA et permettre de dépasser les préjugés existants envers ces patients. De telles informations pourraient être intégrées à la formation des médecins afin d'évaluer leur impact sur le ressenti autour du patient présentant des TUA. Cette action aurait éventuellement des conséquences sur la crainte des praticiens, à prendre en charge les consommateurs d'alcool à risque, par peur de l'aspect moralisateur de cette démarche. A terme, le bénéfice sur le plan sanitaire serait le repérage précoce des malades et leur orientation pour la mise en place de soins adaptés à leur profil cognitif.

L'accompagnement des familles et des aidants pourrait aussi être améliorée par une meilleure compréhension des difficultés de leur proche et des attitudes les plus adaptées à adopter. Il n'est en effet pas rare qu'en médecine générale la première personne venant demander un accompagnement soit un proche du patient présentant un TUA.

Il serait donc intéressant de se demander l'impact que pourrait avoir la formation systématique à la sémiologie de base des TUA des médecins généralistes sur leur approche du patient présentant des TUA.

Une sémiologie plus simple pourrait être développée afin de mieux dépister les TCLA et former les proches de patients présentant des TUA.

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva.
2. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull EpidemiolHebd. 2019;(5-6):97-108. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
3. GBD 2016 AlcoholCollaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematicanalysis for the Global Burden of DiseaseStudy 2016. The Lancet. 2018 (392): 1015-1035
4. RichardJB, AndlerR, CogordanC, SpilkaS, Nguyen-ThanhV, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en2017. Bull EpidemiolHebd. 2019;(5-6):89-97. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
5. Groupe de travail du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. Alcoologie et Addictologie. 2014 ; 36 (4) : 335-373.
6. Vabret F., Lannuzel, C., Cabe N., Ritz L., Boudehent C., Eustache F., Beaunieux H. Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. La Presse Médicale. 2016 ; 45(12, Part 1), 1124–1132.
7. Zahr NM., Pitel A-L., Chanraud S. Neuropsychologyreview. 2010 September ; 20(3) : 280-289. doi :10.1007/s11065-010-9141-y.
8. Memorang. Neuroscience L49 Limbic System (Papez Circuit). [Internet]. [Cité le 15 janvier 2021]. Disponible sur <https://memorang.com/flashcards/103628/Neuroscience+L49+Limbic+System+Papez+Circuit>
9. Wobrock T., Falkai P., Schneider-Axmann T., *et al.* Effects of abstinence on brainmorphology in alcoholism : a MRI study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009 ;259 : 143-150.
10. Wilson GB., Lock CA., Heather N., et al. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care :a survey of GP's attitudes and practices in England 10 years. Alcohol and Alcoholism 2001, 46 (5) : 570-577.
11. Le Berre AP., Vabret F., Cauvin C., et al. Cognitive barriers to readiness to change in alcohol-dependant patients. Alcohol Clin Exp Res. 2012 : 1-8.
12. Noël X., Paternot J., Van der Linden M. et al. Correlation between inhibition, working memory and delimited frontal area blood flow measured by 99mTc–Bicisate spect in alcohol-dependent patients. Alcohol Alcohol. 1 nov 2001;36(6):556-63.
13. Ihara H., Berrios GE., London M. Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1 juin 2000;68(6):731 7.

14. Noël X., Bechara A., Dan B., *et al.* _Response inhibition deficit is involved in poor decision making under risk in nonamnesic individuals with alcoholism. _Neuropsychology. _2007;21(6):778-86
15. Le Berre A-P, Pinon K, Vabret F, Pitel A-L, Allain P, Eustache F, *et al.* _Study of metamemory in patients with chronic alcoholism using a feeling-of-knowing episodic memory task. _Alcohol Clin Exp Res. _nov_2010;34(11):1988-98.
16. Guilbaud O, Loas G, Corcos M, *et al.* _L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. _Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. _févr_2002;160(1):77-85.
17. Maurage P., Grynberg D., Noël X., *et al.* _Dissociation Between Affective and Cognitive Empathy in Alcoholism: A Specific Deficit for the Emotional Dimension. _Alcohol Clin Exp Res. _2011;35(9):1662-8.
18. Rush B, Ellis K, Crowe T, Powell L. _How general practitioners view alcohol use. Clearing up the confusion. _Can Fam Physician. _1994;40:1570.
19. Corneloup M, Petigny A, Millot I, Fiet C, Bonnet C, Beurenaut A-S, *et al.* _Alcool et troubles cognitifs en Bourgogne - Enquête quantitative auprès des acteurs de l'addictologie_[Internet]. Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté; 2015 [cité 15 mars 2021]_p. 30. _Disponible sur: <http://www.orsbfc.org/publication/alcool-et-troubles-cognitifs-en-bourgogne-enquete-quantitative-aupres-des-acteurs-de-laddictologie/>
20. Alcool et troubles cognitifs en Bourgogne - Entretiens exploratoires_[Internet]. Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté; 2015 [cité 15 mars 2016]_p. 16. _Disponible sur: <http://www.orsbfc.org/publication/alcool-et-troubles-cognitifs-en-bourgogne-entretiens-exploratoires/>
21. Groppi M, Geiger S, Lafortune J. _Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant? _Médecine. _2011;7(2):83-86.
22. Rica M, Principe A, Le Reste J-Y, Guillou Landreat M. _Autoévaluation des attitudes soignantes aux urgences face aux conduites addictives. Étude exploratoire. _L'Encéphale. _2017_févr;43(1):10-4.
23. Walvoort SJ, van der Heijden PT, Wester AJ, Kessels RP, Egger JI. _Self-awareness of cognitive dysfunction: Self-reported complaints and cognitive performance in patients with alcohol-induced mild or major neurocognitive disorder. _Psychiatry Res. _2016_Nov 30;245:291-296. _doi: 10.1016/j.psychres.2016.08.007.
24. Pitel AL, Eustache F, Beaunieux H. _Component processes of memory in alcoholism: pattern of compromise and neural substrates. Handb Clin Neurol. _2014;125:211-25. _doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00013-6.

25. Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Schmidt Río-Valle J, Verdejo-García A. _Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions._ J Psychopharmacol. _2010_Sep;24(9):1317-32._doi: 10.1177/0269881109349841.
26. Cairney S, Clough A, Jaragba M, Maruff P. _Cognitive impairment in Aboriginal people with heavy episodic patterns of alcohol use._ Addiction. _2007_Jun;102(6):909-15._doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01840.x.
27. Kopelman MD. _The Korsakoff syndrome._ Br J Psychiatry. _1995_Feb;166(2):154-73._doi: 10.1192/bjp.166.2.154.
28. Butters N, Brandt J. _The continuity hypothesis: the relationship of long- term alcoholism to the Wernicke-Korsakoff syndrome._ Recent Dev Alcohol. _1985;3:207-26._doi: 10.1007/978-1-4615-7715-7_17.
29. Butters N. _Alcoholic Korsakoff's syndrome: some unresolved issues concerning etiology, neuropathology, and cognitive deficits._ J Clin Exp Neuropsychol. _1985_Apr;7(2):181-210._doi: 10.1080/01688638508401252.
30. Weingartner H, Grafman J, Boutelle W, Kaye W, Martin PR. _Forms of memory failure._ Science. _1983_Jul 22;221(4608):380-2._doi: 10.1126/science.6867715.
31. Mair WG, Warrington EK, Weiskrantz L. _Memory disorder in Korsakoff's psychosis: a neuropathological and neuropsychological investigation of two cases._ Brain. _1979_Dec;102(4):749-83._doi: 10.1093/brain/102.4.749.
32. Butters N, Cermak LS. _The role of cognitive factors in the memory disorders of alcoholic patients with the Korsakoff syndrome._ Ann N Y Acad Sci. _1974_Apr_15;233:61-75._doi: 10.1111/j.1749-6632.1974.tb40283.x.
33. Hagedorn HJ, Wisdom JP, *et al.* _Implementing alcohol use disorder pharmacotherapy in primary care settings: a qualitative analysis of provider- identified barriers and impact on implementation outcomes._ Addict Sci Clin Pract. _2019_Jul_10;14(1):24._doi: 10.1186/s13722-019-0151-7
34. Williams EC, Achtmeyer CE, Young JP, *et al.* _Barriers to and Facilitators of Alcohol Use Disorder Pharmacotherapy in Primary Care: A Qualitative Study in Five VA Clinics._ J Gen Intern Med. _2018_Mar_;33(3):258-267._doi: 10.1007/s11606-017-4202-z.
35. Anderson P, Kaner E, Keurhorst M, *et al.* _Attitudes and Learning through Practice Are Key to Delivering Brief Interventions for Heavy Drinking in Primary Health Care: Analyses from the ODHIN Five Country Cluster Randomized Factorial Trial._ Int J Environ Res Public Health. _2017_Jan_26;14(2):121._doi: 10.3390/ijerph14020121
36. Tam CW, Zwar N, Markham R. _Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study._ BMC Fam Pract. _2013_Aug_20;14:121._doi: 10.1186/1471-2296-14-121.

37. Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EF. _Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. *Alcohol Alcohol.*_2011_Sep-Oct;46(5):570-7.
38. Allan J. _Engaging primary health care workers in drug and alcohol and mental health interventions: challenges for service delivery in rural and remote Australia. _*Aust J Prim Health.*_2010;16(4):311-8.
39. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. _Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. _*Public Health.*_2005_Sep;119(9):781-8.
40. Kahan M, Wilson L, Liu E, Borsoi D, Brewster JM, Sobell LC, Sobell MB. _Family medicine residents' beliefs, attitudes and performance with problem drinkers: a survey and simulated patient study. _*Subst Abus.*_2004_Mar;25(1):43-51.
41. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. _Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. _*Fam Pract.*_2003_Jun;20(3):270-5. _doi: 10.1093/fampra/cm307.
42. Durand MA. _General practice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and résistances. _*Drug Alcohol Depend.*_1994_Jun;35(3):181-9. _doi: 10.1016/0376-8716(94)90072-8
43. Kamerow DB, Pincus HA, Macdonald DI. _Alcohol abuse, other drug abuse, and mental disorders in medical practice. Prevalence, costs, recognition, and treatment. _*JAMA.*_1986_Apr_18;255(15):2054-7.
44. Blume AW., Schmalting KB., Marlatt GA. _Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. _*Addict behav*_2005_ ; 30 : 301-314.
45. Boudéhent C., Beaunieux H., Pitel AL., et al. _Alcoologie et addictologie. _2012 ; 34 (2) : 121-127.
46. Noel X., Brevers D., Bechara A. _A neurocognitive approach to understand the neurobiology of addiction. _*CurrOpinNeurobiol.*_2013 ;23 :632-638
47. Le Berre A., Rauchs G., La joie R., et al. _Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism. _*Psychiatry Res*_2013 ; 213 : 202-209.
48. Pitel, Cabé. _55ème journées médicales havraises, 25 et 26 janvier 2019. Internet cité le mars 2021.
49. Prochaska JO., Diclemente CC. _Tanstheoretical therapy : toward a more integrative model of change. _*Psychotherapy, Theory, Research and Practice.*_1982 ; 19 : 276-288 ;

50. Beck F., Guignard R., Obradovic I., *et al.*_Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France._*Rev Epidemiol Santé Publique*_2011 ; 59 (5) : 285-294.
51. Bates et al._A Role for Cognitive Rehabilitation in Increasing the Effectiveness of Treatment for Alcohol Use Disorders._2013.
52. Casarett D._Improving education about substance abuse._*Academic Medicine*_July_1999 ; 74 (7) : 749-750).
53. Gautier A._ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Baromètre santé médecins généralistes._Saint-Denis : INPES éd._2009.; 2011.
54. Bouix JC., Gache P., Rueff B., *et al.*_Parler d'alcool reste un sujet tabou._*Rev Prat Méd Gén.*_2002; 588 : 1488-1492.
55. Paille F., Bouix JC., Désobry P., *et al.*_Le suivi du patient alcoolique en médecine générale._Une enquête nationale auprès de 2231 généralistes._*Rev Prat Med Gen.*_1993 : 41-41.
56. Cabé N., Laniepce A., Boudehent C., Pitel AL., Vabret F._Atteintes cognitives liées au troubles de l'usage d'alcool : rétablir l'équilibre ?_*Presse Med.*_2018; 47: 565–574

Annexes :

Annexe 1 : Test MoCA :

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM : _____
Scolarité : _____
Sexe : _____

Date de naissance : _____
DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF

Copier le cube
 Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)
 Contour
 Chiffres
 Aiguilles
 ___/5

DÉNOMINATION

___/3

MÉMOIRE Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
1 ^{er} essai						
2 ^{ème} essai						

ATTENTION Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4
Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2 ___/2

Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs
[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB ___/1

Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 ___/3
4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt

LANGAGE Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. [] ___/2

Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] _____ (N≥11 mots) ___/1

ABSTRACTION Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle ___/2

RAPPEL Doit se souvenir des mots SANS INDICES

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement
	[]	[]	[]	[]	[]	
Optionnel	Indice de catégorie					
	Indice choix multiples					

ORIENTATION [] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville ___/6

© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30

TOTAL ___/30
Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans

Description de l'outil

Quelles sont les caractéristiques du MoCA?

Le MoCA (Nasreddine et al., 2005) a pour objectif essentiel le dépistage des personnes qui vivent une atteinte neurocognitive de légère à sévère. Il a été conçu, entre autres, pour contrôler l'effet plafond observé avec le MMSE (difficulté à dépister les personnes ayant une atteinte plus légère). On en compte maintenant 75 versions couvrant environ 50 langues.

Caractéristiques	Détails
Nom de l'outil	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
Acronyme	MoCA
Concepteurs	Dr Z. Nasreddine et son équipe pour la version originale et quelques autres versions en français et en anglais.
Traducteurs	Diverses versions en d'autres langues ont été élaborées par de nombreuses équipes partout dans le monde.
Année de publication	Publié en 2005
Format	Court questionnaire d'une page incluant quelques tâches que doit accomplir la personne évaluée.
Coût d'achat	Gratuit
Coût d'utilisation	Gratuit
Formation requise	Formation requise proposée sur le site du MoCA : http://www.mocatest.org/training-certification/
Test (PDF)	Après avoir réussi la formation, vous aurez accès gratuitement au test. Vous devez d'abord vous identifier sur le site du MoCA. Log In MoCA – Cognitive Assessment (mocatest.org)

Quel est l'objet d'évaluation du MoCA?

Le MoCA est un outil de dépistage de l'atteinte neurocognitive et il est dédié principalement au dépistage de l'atteinte plus légère.

En quoi consiste le MoCA?

Le MoCA est un questionnaire à réponses courtes incluant quelques tâches que doit accomplir la personne. Les éléments évalués sont regroupés en six sous-sections : mémoire à court terme, habiletés visuospatiales, fonctions exécutives, attention, concentration, mémoire de travail, langage

et orientation dans le temps et l'espace. Les épreuves qui y sont proposées sont souvent plus complexes que celles retrouvées dans le MMSE.

Quelles sont les qualités métrologiques du MoCA?

Dans le contexte de l'évaluation plus globale de la personne âgée, les qualités métrologiques essentielles pour la fonction de dépistage de l'outil sont la sensibilité et la spécificité. L'évaluateur voudra s'assurer de dépister toutes les personnes atteintes, sans faux positifs. Le MoCA étant fréquemment utilisé pour réaliser le suivi de l'état cognitif des personnes âgées, les fidélités test-retest et interjuges peuvent aussi être importantes.

Qualités	Description
Validité	Selon les études sur la version originale, la sensibilité du MoCA est excellente pour dépister le déficit neurocognitif léger, soit 90 %, et 100 % pour dépister l'atteinte cognitive majeure (démence). La spécificité est aussi excellente pour l'atteinte cognitive légère, soit 87 % (Nasreddine et coll., 2005).
Fidélité	Les concepteurs du MoCA ont documenté sa consistance interne, soutenant que le concept évalué est unidimensionnel, soit l'état cognitif : les résultats sont stables du début à la fin du test, avec un α de Cronbach de 0,83 (Nasreddine et coll., 2005).
Fidélité test-retest	Selon les concepteurs (Nasreddine et coll., 2005), le MoCA a une excellente fidélité test-retest, soit des résultats stables dans le temps, avec un coefficient de corrélation $r = 0,92$.
Fidélité interjuges	La fidélité interjuges du MoCA n'a pas été initialement étudiée, mais diverses recherches sur des versions subséquentes démontrent qu'elle s'avère aussi bonne que la fidélité test-retest avec, par exemple, un coefficient de corrélation $r = 0,962$ pour une version en chinois (Tu et coll., 2013).

Quels sont les avantages et les limites du MoCA?

Le MoCA est un des outils de dépistage des atteintes neurocognitives légères le plus utilisé dans le monde, les nombreuses versions en faisant preuve. Sa rapidité de passation et de cotation, l'absence de coûts pour se le procurer et l'utiliser, le nombre impressionnant de versions dans diverses langues et la facilité d'utilisation sont probablement les qualités expliquant que les professionnels de la santé y aient assez souvent recours. Il a d'excellentes qualités psychométriques qui ont été assez largement étudiées, et ce, pour les versions dans plusieurs langues. Il a l'avantage certain de permettre le dépistage des personnes ayant une atteinte neurocognitive légère, n'ayant pas l'effet plafond observé avec le MMSE. C'est pourquoi il lui est de plus en plus préféré quand la personne qui doit être évaluée ne semble pas avoir d'atteinte majeure ou qu'elle n'a pas de problèmes apparents liés à son autonomie dans les activités quotidiennes.

Passation et cotation du test

Comment effectuer le MoCA pas à pas?

Le MoCA est un questionnaire que doit compléter la personne évaluée. La grille de cotation du MoCA est simple et elle tient sur une page qui permet à l'évaluateur d'y consigner les réponses données par la personne. On peut trouver la première version en français au :

http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Test-French_7_1.pdf

Les deux versions en français subséquentes sont aussi disponibles dans le site du MoCA. Elles sont particulièrement utiles quand on a recours au MoCA pour réaliser le suivi de l'état cognitif dans le temps. Elles peuvent être utilisées indifféremment pour éviter l'effet d'apprentissage par la personne évaluée.

Les instructions pour faire passer le test sont aussi proposées sur le site du test :

http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-French_version_7.2.pdf

Les instructions sont suffisamment précises pour guider clairement l'évaluateur tout au long de la passation. Le verbatim pour chacune des questions y est proposé. L'évaluateur doit donc avoir en main la grille de cotation et les instructions pour la passation du MoCA. Avec ces deux documents et un crayon, l'évaluateur procède à la passation en suivant les instructions et en cotant simultanément les réponses de la personne. Le temps de passation est d'environ 10 à 15 minutes, variant selon la condition cognitive de la personne.

Quel est le système de cotation et quelles sont les normes du MoCA?

La cotation de l'évaluation se fait directement sur la grille et simultanément à la passation. L'évaluateur doit inscrire les réponses de la personne et les coter, bon pour un point et incorrect pour 0 point. Un score maximal sur 30 points sera ainsi obtenu. Le score peut être interprété de la manière suivante :

- $\geq 26/30$ = pas d'atteinte neurocognitive
- 18-25/30 = atteinte légère
- 10-17 = atteinte modérée
- Moins de 10 = atteinte sévère

Annexe 2 : BEARNI Test

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance (âge) : _____ Années de scolarité : _____
 Date de l'examen : _____



BEARNI

Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment
 Instructions pour l'administration et la cotation

I - MÉMOIRE VERBALE

Consigne

1^{er} rappel : Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurais terminé, je veux que vous me redonniez le plus de mots possible dont vous vous rappelez, et dans l'ordre que vous voulez.

2^{ème} rappel : maintenant je vais vous relire la même liste de mots. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible y compris ceux que vous avez déjà énoncés.

(Choisir la liste parallèle si BEARNI a déjà été proposé au patient dans les 6 derniers mois. Temps maximum pour chaque rappel : 1 minute. Relire la liste complète avant chaque rappel. Au dernier rappel, ne pas préciser au patient que la liste lui sera à nouveau demandée à la fin du test)

Cotation

Score total : pas de points

MÉMOIRE VERBALE				
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel libre 1	Rappel libre 2
1.	Plage	Forêt		
2.	Tenaille	Truelle		
3.	Blouson	Chaussettes		
4.	Fleuve	Rivière		
5.	Pioche	Enclume		
6.	Jupe	Casquette		
7.	Râteau	Maillet		
8.	Montagne	Désert		
9.	Chapeau	Chemise		
10.	Bêche	Étau		
11.	Jungle	Verger		
12.	Ceinture	Gants		
Pas de points				

II - ATAXIE EN ÉQUILIBRE

Consigne

Maintenant nous allons tester votre équilibre sur une jambe. Je vais vous demander d'enlever vos chaussures. Dans un premier temps, aidez-vous du mur si besoin. Ensuite, croisez les bras sur le torse et levez la jambe comme ceci (à hauteur du genou), sans vous appuyer sur votre genou. Si à un moment vous sentez que vous risquez de tomber, posez votre pied par terre et appuyez-vous contre le mur.

Durée maximum : 30 secondes par essai. Indiquer le temps pendant lequel le sujet réussit à maintenir la position.

Préciser si le sujet réussit dès le premier essai ou au second.

Cotation

2 points par condition si le sujet réussit dès le premier essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

1 point par condition si le sujet ne réussit qu'au second essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

0 point en cas d'échec aux deux essais.

Score total : maximum 8 points

ATAXIE EN ÉQUILIBRE	
Yeux ouverts	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Yeux fermés	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Score total (score max 8) :	

III - FLUENCES ALTERNÉES

Consigne

Je vous demande de me donner le plus de noms que vous connaissez dans les catégories des couleurs et des noms de ville communes ou village, pendant 2 minutes sans vous répéter. Vous devrez alterner les deux catégories, vous me donnerez d'abord une couleur, puis un nom de ville, une couleur, un nom de ville, etc... Je ne vous demande pas de faire un lien entre les villes et les couleurs.

(Noter toutes les réponses du sujet, y compris celles qui ont déjà été données et les erreurs). Arrêt de l'épreuve au bout de deux minutes.

Cotation

0 point si entre 0 et 4 mots (alternance et catégorie respectées)

1 point si entre 5 et 9

2 points si entre 10 et 14

3 points si entre 15 et 19

4 points si entre 20 et 24

5 points si entre 25 et 29

6 points si ≥30

Score total : maximum 6 points

les déclinaisons de couleurs sont autorisées. Exemple: bleu turquoise, bleu marine,... Les erreurs de catégorie correspondent à tous les mots fournis n'étant ni des couleurs, ni des noms de villes. Les erreurs d'alternance correspondent à la production de deux mots dans la même catégorie (lorsque le sujet fournit deux noms de villes ou deux couleurs à la suite).

Exemple de cotation : si le patient fournit les mots « Paris ; vert ; Angers ; Caen ; bleu ; Rouen ; orange », 7 mots sont fournis mais il y a une erreur d'alternance (deux noms de ville à la suite : Angers ; Caen). Ainsi, 6 mots corrects sont fournis car Caen ; bleu sont considérés comme des mots correctement fournis car catégorie et alternance respectée.

FLUENCES ALTERNÉES
Maximum de mots en alternant catégories des « couleurs » et « noms de ville » en 2 minutes
Score total (score max 6) :

IV - ORDINATION ALPHABÉTIQUE

Consigne

Je vais vous lire des séries de lettres et je vous demanderai de me les rappeler dans l'ordre alphabétique. Par exemple si je vous donne « C-B », vous devrez me dire « B-C » car la lettre B se situe avant la lettre C dans l'alphabet.

(Les séries de lettres ne doivent être lues qu'une seule fois. Arrêter l'épreuve si le patient échoue aux deux essais d'un même item. Les deux essais d'une même longueur doivent être administrés, même si le premier essai est correctement réussi.)

Cotation

0,5 point par essai correctement rappelé

Score total : maximum 5 points

ORDINATION ALPHABÉTIQUE	
Items/essai (Bonnes réponses)	Note
1/ Essai 1 : V-K (K-V) Essai 2 : U-T (T-U)	
2/ Essai 1 : R-H-L (H-L-R) Essai 2 : I-F-B (B-F-I)	
3/ Essai 1 : A-X-T-H (A-H-T-X) Essai 2 : L-G-R-U (G-L-R-U)	
4/ Essai 1 : P-N-I-G-V (G-I-N-P-V) Essai 2 : Q-O-J-D-E (D-E-J-O-Q)	
5/ Essai 1 : C-T-H-E-V-S (C-E-H-S-T-V) Essai 2 : L-T-A-D-R-I (A-D-I-L-R-T)	
Score total (score max 5) :	

V- CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Consigne

À l'intérieur de chacune des figures complexes sont cachées deux figures simples. Je vous demande d'essayer de retrouver, parmi les 5 figures de droite, quelles sont les deux figures cachées. (Préciser au sujet que les formes à découvrir sont de même taille et de même forme/orientation)

(Montrer un exemple avec la figure d'exemple.) Vous voyez ici par exemple dans cette figure, on peut retrouver celle-ci (1^{ère} figure) ici et celle-ci ici (2^{ème} figure).

Durée maximum : 1 minute par figure.

Pour chacune des figures, l'épreuve s'arrête après 1 minute même si le patient n'a pas retrouvé les deux éléments de la figure complexe.

Cotation

1 point si le sujet trouve les deux figures cachées.

0 point si le sujet ne trouve qu'une figure ou aucune sur les deux.

Score total : maximum 5 points

Bonnes réponses :

Figure complexe 1 : figures 1 et 3

Figure complexe 2 : figures 1 et 4

Figure complexe 3 : figures 1 et 3

Figure complexe 4 : figures 2 et 4

Figure complexe 5 : figures 3 et 4

CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Score total (score max 5):

VI- MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE

Consigne

Au début du test, vous avez appris une liste de mots. Je vous demande à présent de me redonner le plus possible de mots dont vous vous souvenez, dans l'ordre que vous voulez.

Ne pas relire la liste de mots au participant. (rappel : 1 minute)

Cotation

Nombre de réponse correcte	0,5 point par réponse correcte
Nombre d'erreur (intrusion)	Retirer 0,5 point par erreur
Total	Réponses correctes - erreurs

Score total : maximum 6 points

Les erreurs d'intrusions correspondent à tous les mots produits qui n'étaient pas dans la liste de mots. Par exemple : manteau, outils, robe...

Les répétitions ne sont pas considérées comme des erreurs.

MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE			
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel différé
1.	Plage	Forêt	
2.	Tenaille	Truelle	
3.	Blouson	Chaussettes	
4.	Fleuve	Rivière	
5.	Pioche	Enclume	
6.	Jupe	Casquette	
7.	Râteau	Maillet	
8.	Montagne	Désert	
9.	Chapeau	Chemise	
10.	Bèche	Étau	
11.	Jungle	Verger	
12.	Ceinture	Gants	
Score total (score max 6) :			

Figure d'exemple

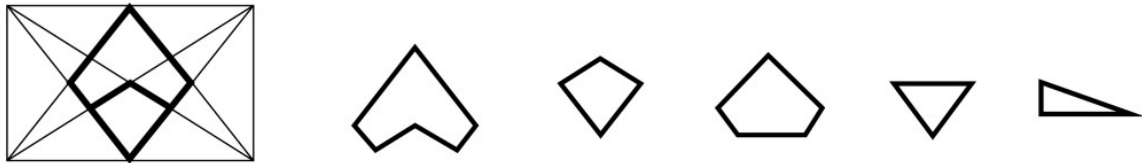


Figure 1

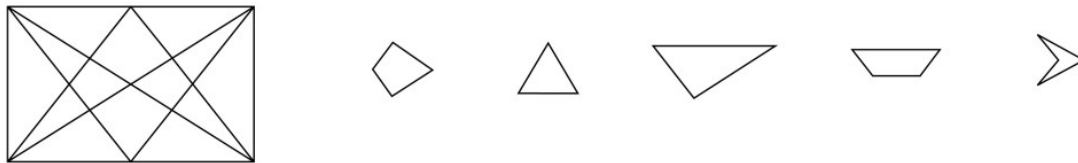


Figure 2

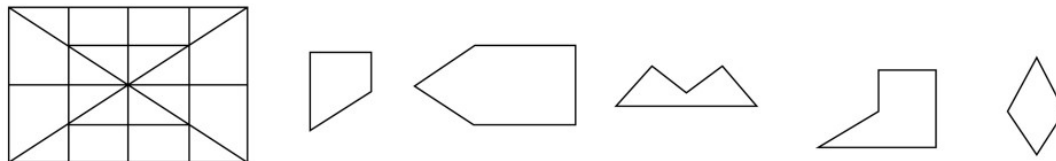


Figure 3



Figure 4

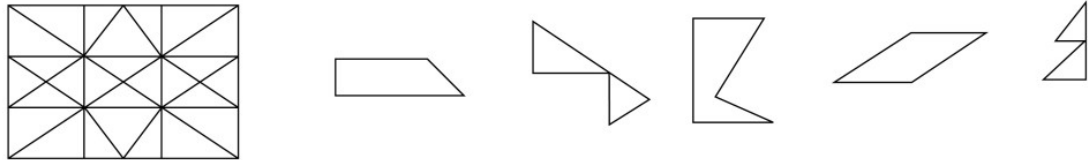
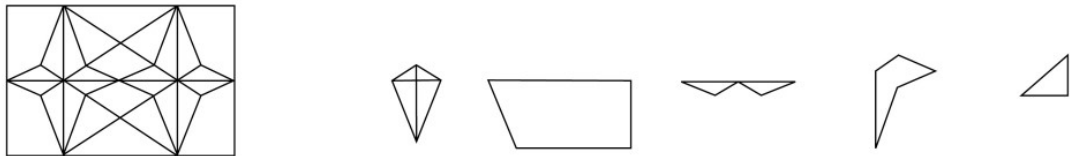


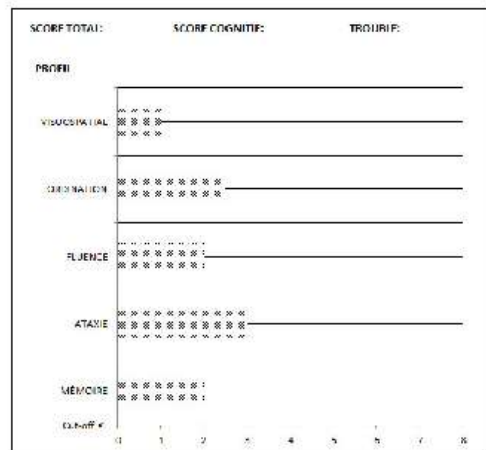
Figure 5



SCORES TOTAUX

Additionnez les points de chacun des subtests. Le score total est de 30 points.
 Il est possible de calculer un score cognitif, ne comprenant pas la cotation du subtest d'ataxie, lorsque les patients ne peuvent pas réaliser la tâche.
 Ce score total est de 22 points.

Subtests	Scores patient	Note maximum	Cut-off score
Mémoire :			
> Mémoire verbale		Pas de points	
> Mémoire verbale différée		6	≤ 2
Ataxie en équilibre		8	≤ 3
Fluence alternée		6	≤ 2
Ordination alphabétique		5	≤ 2,5
Capacités visuospatiales		5	≤ 1
SCORE TOTAL		30	
SCORE COGNITIF		22	



Cut-off scores des scores totaux
 Étant donné que les scores totaux du BEARNI sont influencés par le nombre d'années de scolarité, les cut-offs ont été adaptés.
 Le baccalauréat correspond à 12 années d'études (ne pas compter les redoublements ni la maternelle).

		SCORE TOTAL	SCORE COGNITIF
≤ BAC	Trouble léger	≤ 19	≤ 15
	Trouble modéré	≤ 16	≤ 11,5
> BAC	Trouble léger	≤ 21	≤ 16
	Trouble modéré	≤ 17	≤ 12,5

BEARNI: Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment

Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, Bordas N, Segobin S, Eustache F, Pitel AL, Beau-nieux H. (2015).

Validation of a brief screening tool for alcohol-related neuropsychological impairments (BEARNI). Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 39(11), 2249-60.

Recommandations cliniques

BEARNI est un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool. Les troubles neuropsychologiques classiquement rencontrés chez ces patients sont: des troubles exécutifs, des troubles de mémoire épisodique et de la mémoire de travail, des difficultés de traitement des informations visuo-spatiales et une perturbation de l'équilibre (Vabret et al., 2013). BEARNI a été conçu pour permettre un dépistage rapide de ces troubles neuropsychologiques par des cliniciens non spécialisés en neuropsychologie. Sa passation nécessite peu de matériel (un chronomètre et un crayon) et dure entre 20 et 30 minutes.

Intérêts cliniques:

Les troubles neuropsychologiques peuvent avoir un impact délétère sur la motivation à changer de comportement vis à vis de l'alcool (Le Berre et al., 2012), réduire le bénéfice des prises en charge (Boudehent et al., 2012) et pourraient compromettre le maintien du contrat thérapeutique (abstinence ou réduction des consommations d'alcool). Au-delà de l'impact sur les prises en charge en addictologie, la présence de troubles sévères et permanents de la mémoire peut orienter vers un diagnostic de syndrome de Korsakoff (SK) ou encore justifier des adaptations en vie quotidienne. Enfin, l'évaluation des troubles neuropsychologiques chez les patients encore consommateurs pourrait être un levier motivationnel supplémentaire pour viser la réduction ou l'abstinence.

En pratique

- ***Pour dépister les troubles neuropsychologiques persistants après le sevrage d'alcool***

L'évaluation faite après le sevrage et l'arrêt d'éventuelles benzodiazépines permet de juger de l'existence de troubles neuropsychologiques consécutifs de la consommation chronique et excessive d'alcool. Selon la présence ou l'absence de troubles neuropsychologiques, l'accompagnement des patients pourra varier (voir figure 1). Ces troubles mis en évidence à l'issue du sevrage pourront régresser si l'abstinence est maintenue pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. La version parallèle de BEARNI permet de juger de la persistance des troubles à distance du sevrage. Dans le cas de troubles encore présents une évaluation neuropsychologique étendue devra être réalisée, avant de prendre des décisions impliquant fortement l'avenir du patient (curatelle, orientation vers un foyer de vie)

- ***En cas de poursuite de l'alcoolisation***

Les troubles neuropsychologiques mis en évidence par BEARNI seront le reflet de deux effets potentiellement cumulés: l'effet aigu et l'effet chronique de l'exposition du cerveau à l'alcool. Au-delà de l'impact de ces troubles sur la capacité du patient à bénéficier de

l'accompagnement proposé, la prise de conscience par le patient de l'existence de difficultés cognitives pourrait avoir un effet motivationnel pour viser la réduction ou l'abstinence. Attention cependant, le score obtenu à BEARNI dans ces conditions ne peut pas prédire de l'existence de troubles observés après l'arrêt de l'alcool. En présence de troubles, un sevrage suivi d'une évaluation neuropsychologique approfondie sont recommandés.

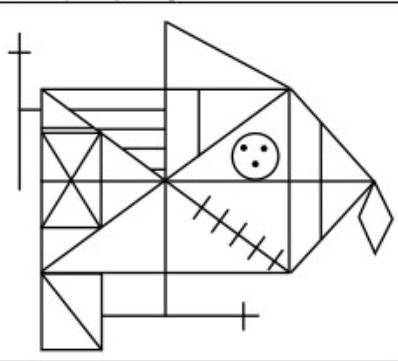
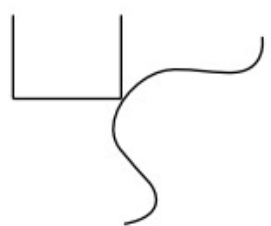
Précaution clinique :

BEARNI, comme toute évaluation neuropsychologique, nécessite une bonne coopération du patient. Cependant, l'évaluation cognitive n'est pas une évaluation usuelle pour les patients des services addictologie. Il est donc nécessaire de prendre le temps de présenter la nature et les objectifs de l'évaluation avant de la commencer afin d'éviter que la déstabilisation du patient n'impacte de façon négative ses performances à BEARNI. Le test peut être présenté de la façon suivante. « Le test que je vais vous proposer a pour objectif d'évaluer les conséquences de vos consommations d'alcool sur votre mémoire, votre capacité à raisonner ou encore votre équilibre. Certaines épreuves vont vous paraître plus difficiles que d'autres. C'est normal. Je n'attends pas de vous que vous réussissiez parfaitement mais plus que vous donniez le meilleur de vous-même. Avez-vous des questions? »

Annexe 3 : TEDCA Test

Rosa Jurado-Barba, et al.

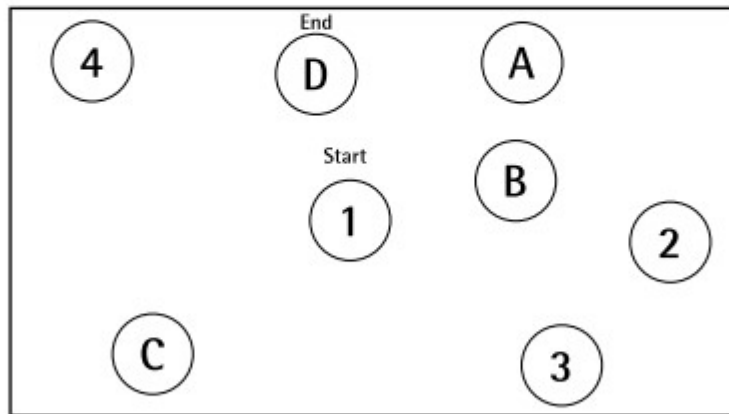
Development of a screening test for cognitive impairment in alcoholic population: TEDCA

Appendix 1		TEST OF DETECTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN ALCOHOLISM (TEDCA)	
TEST OF DETECTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN ALCOHOLISM (TEDCA)		Name:	Age:
		Birth date:	Withdrawal time:
		Assessment date:	ID:
		Age of consumption onset :	
Visuospatial Cognition (___ / 6)			
Item 1: Rey Complex Figure		Adapted Score (___ / 4)	
		Score: ___ / 36	
Item 2: Bender Figure		Adapted Score (___ / 2)	
			
Memory/Learning (___ / 6)			
Item 3: Digits (___ / 1)		Item 4: Letters and Numbers (___ / 1)	
Direct: 4-2-7-3-1		T-9-A-3 (3-9-A-T)	
Inverse: 3-2-7-9 (9-7-2-3)		V-1-J-5 (1-5-J-V)	
Item 5: Learning List		Adapted Score (___ / 4)	
Words	Trial 1	Trial 2	Trial 3
Bullseye			
Finger			
Sun			
Crocodile			
Coin			
Subway			
Student			
Traffic			
Pine			
Total Recall (___ / 27)			
Perseverations:			
Intrusions:			
Executive Functioning (___ / 6)			
Item 6: TMT-B (___ / 2)		Time:	Error:
Item 7: Similarities (___ / 2)			
A: Socks and Shoes:		B: Food and Gasoline:	
Item 8: Go-Nogo Tests (___ / 2)			
A: 1-2-2-2-1-1-2-1-2-1-1-1-2-2-1-1-2-1-2-2 (___)		B: 1-2-2-2-1-1-2-1-2-1-1-1-2-2-1-1-2-1-2-2 (___)	
		Total Score: ___ / 18	
		Normal > 10,5	

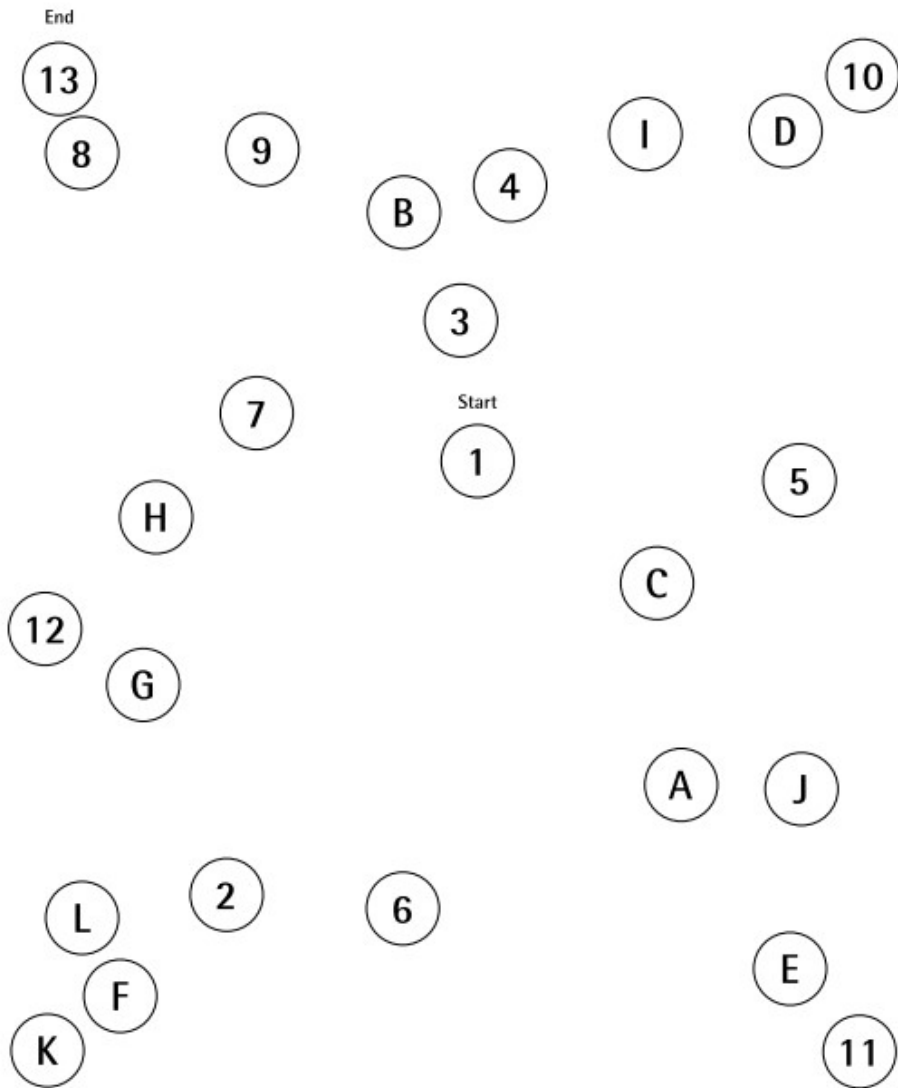
TRAIL MAKING TEST (ZVT-G)

Part B

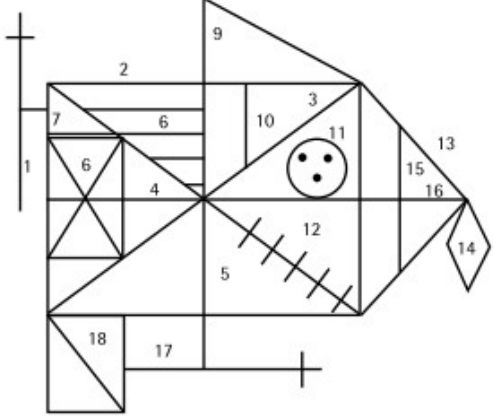
PRACTICE



PART B - TEST



Rey Complex Figure Correction Template

Elements	Score
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cruz izqui1. Left cross, out of the rectangle 2. Big rectangle 3. Diagonal 4. Horizontal midline of rectangle 2 5. Vertical Line 6. Small rectangle inside 2, on the left 7. Small segment above 6 8. Parallel small lines, inside 2, top left 9. Triangle above 2 10. Small vertical line, inside 2, under 9 11. Circle with 3 points inside, inside 2 12. 5 parallel lines inside 2, that cross 3 13. Sides of the triangle attached to 2 14. Square attached to 3 15. Vertical line inside the triangle 13, parallel to vertical 2 16. Horizontal line inside 13. Continuation of 4 on the right 17. Cross on the bottom 18. Square attached to 2, down left <p>TOTAL</p>	
<p>Additional Notes:</p>	

Annexe 4 : DSM 5

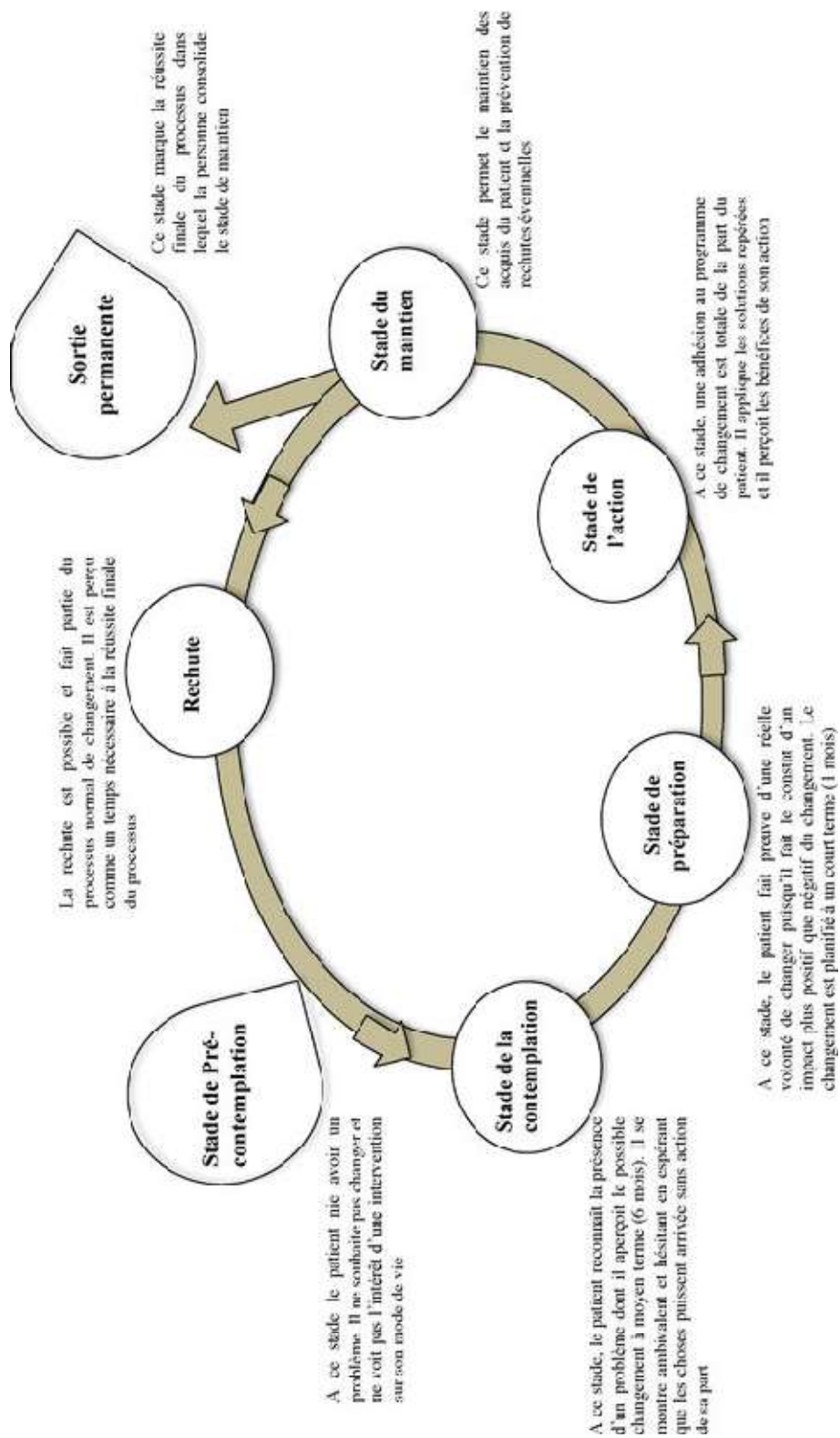
Evaluation de l'Addiction : DSM-5

Source : American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
 4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
 5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
 8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
 11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
 - Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
 - Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Annexe 5 : Prochaska Diclemente



Résumé

L'objectif de cette thèse est de mettre en évidence des similitudes entre les freins développés par les médecins généralistes dans l'accompagnement des patients ayant des troubles de l'usage de l'alcool et la sémiologie des troubles cognitifs liés à l'usage d'alcool.

Deux revues systématiques de la littérature ont été réalisées. Une revue portait sur la symptomatologie des troubles cognitifs liés à l'usage d'alcool, la seconde concernait les freins des médecins généralistes à la prise en charge des patients ayant un trouble lié à l'usage d'alcool.

Nous avons notamment constaté que les sujets souffrant de déficits cognitifs liés à l'usage d'alcool étaient perçus comme des patients peu motivés à changer leurs habitudes de consommation et dans le déni de leurs problèmes. Cependant ces attitudes pouvaient également résulter de troubles cognitifs tels qu'un syndrome dysexécutif, une altération de la mémoire épisodique ou de la métamémoire.

Une formation à la sémiologie des troubles cognitifs liés à l'usage d'alcool et aux comportements que ces troubles engendrent, pourrait influencer sur le regard moral des médecins généralistes et les inciter à s'impliquer davantage dans l'accompagnement des malades. Le rôle du praticien dans le domaine de l'addictologie consisterait plutôt à repérer précocement puis orienter les patients vers des professionnels pouvant leur proposer une stratégie thérapeutique adaptée à leurs atteintes cognitives.

Mots-clés : Troubles de l'usage d'alcool – Troubles cognitifs liés à l'alcool – sémiologie-
représentation des médecins généralistes

Abstract

The aim of this thesis was to highlight the similarities between the barriers developed by general practitioners in supporting patients with alcohol use disorders and the semiology of alcohol-related cognitive disorders.

Two systematic reviews of the literature were conducted. One review focused on the symptomatology of alcohol-related cognitive disorders, the second on the obstacles encountered by general practitioners in the management of patients with alcohol misuse.

In particular, we found that patients suffering from alcohol-related cognitive deficits were perceived as having little motivation to change their drinking habits and as being in denial about their problems. However, these attitudes could also be the result of cognitive disorders such as dysexecutive syndrome, impaired episodic memory or metamemory.

Training in the semiology of cognitive disorders related to alcohol use and the behaviours that these disorders engender could influence the moral perception of general practitioners and encourage them to become more involved in supporting patients. The role of the practitioner, in the field of addictology, would be to identify patients at an early stage and then refer them to professionals who can offer them a therapeutic strategy adapted to their cognitive impairment.