

Fiche d'information

Enjeux relatifs aux troubles neurocognitifs induits par l'alcool

Afin de rendre compte des effets néfastes sur la cognition de la consommation de substances psychoactives, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) retient, depuis 2013, le diagnostic de « Trouble neurocognitif (TNC) majeur ou léger induit par une substance/un médicament » [1]. Cette fiche, issue d'une recherche exploratoire menée par le GREA sur mandat de l'OFSP, fait le point sur les troubles neurocognitifs induits par l'alcool.

FAITS & CHIFFRES CLÉS

L'alcool peut entraîner des troubles neurocognitifs **persistants** (TNC majeurs) et/ou **réversibles** (TNC légers)

La **démence alcoolique** et le **syndrome de Korsakoff** sont deux troubles cognitifs majeurs induits par l'alcool

Seulement **3%** de la patientèle des cliniques de la mémoire sont concernés par une démence alcoolique :

Cela pourrait indiquer un **manque d'orientation** de cette population vers ces cliniques

Les troubles neurocognitifs légers sont courants auprès des personnes alcoolodépendantes

ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION

Troubles neurocognitifs induits par l'alcool

Depuis longtemps la consommation excessive et la dépendance à l'alcool sont connues pour entraîner de graves lésions cérébrales qui peuvent déboucher sur des déficits persistants comme dans le cas de la démence alcoolique (DA) ou du syndrome de Korsakoff (SK). Plus récemment, les cliniciens se sont intéressés à des formes moins sévères de troubles cognitifs induits par l'alcool qui seraient en partie spontanément réversibles [2] avec le maintien de l'abstinence dans le temps [3], [4] ou bien avec la diminution drastique des consommations d'alcool [5].

ENJEUX

En cas de TNC majeurs

À la différence de la maladie d'Alzheimer ou de la démence vasculaire qui se développent principalement à partir de 70 ans, les TNC majeurs induits par l'alcool apparaissent à un âge bien plus précoce. Dans une étude portant sur plus de 20'000 admissions en hôpital de patients atteints de démence et âgés d'au moins 50 ans, une démence alcoolique a été trouvée chez 1,4 % de tous les patients avec un diagnostic de démence, mais chez 22 % des patients atteints de démence de moins de 65 ans [6].

Globalement, il existe une prévalence élevée de l'abus d'alcool chez les patients atteints de démence (de 9 à 22 %) et, réciproquement, des taux élevés de démence chez les buveurs excessifs (de 10 à 24 %) [7].

En Suisse, la démence alcoolique concernerait « seulement » 3% des patients de *Swiss Memory Clinics* [8], ce qui pourrait indiquer – par analogie avec ce qui a été observé à l'étranger – un manque d'orientation de ces patients vers ces cliniques spécialisées [9].

En cas de TNC légers

Un important pourcentage de patients alcoolodépendants présente des déficits cognitifs qualifiés de légers à modérés. Ces derniers concernent principalement les fonctions exécutives, la mémoire épisodique, la métacognition, le traitement des informations visuospatiales et émotionnelles, ou bien encore la coordination visuomotrice [10].



Les troubles cognitifs liés à l'alcool constituent un frein aux processus motivationnels, altèrent le bénéfice que les patients peuvent retirer des prises en charge proposées, et augmentent le risque de rechute [2]

L'identification des troubles neurocognitifs est un élément clé de la prise en charge addictologique

On sait que la déficience cognitive chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage de substances contribue à la détérioration des résultats du traitement [11], y compris une augmentation des ruptures de suivi médical [12]–[16] et une abstinence moindre [12]. Il a également été démontré que le dysfonctionnement cognitif a un impact négatif sur les « mécanismes thérapeutiques de changement » [17]. Par exemple, la déficience cognitive est associée à une moindre adhésion au traitement [17], à un moindre engagement dans le traitement [18], à une moindre disposition au changement [19], à une moindre efficacité personnelle [17], à une diminution de la perspicacité [20], [21], à un déni accru [22], et à une plus grande impulsivité [23]. En outre, il a été démontré que les troubles cognitifs chez les alcooliques ont un impact négatif sur l'acquisition de compétences en matière de refus de boire et sur la participation à un traitement postcure [24].

L'identification des TNC revêt donc un caractère central dans le parcours de soin des patients. Cependant, l'identification de ces troubles ne peut pas se faire par le biais d'une simple observation clinique [25], ni au travers d'une auto-évaluation du patient [20], [21]. Ce repérage requiert l'utilisation d'échelles psychométriques adéquates, comme le **MoCa** [26], le **BEARNI** [27] ou le **TEDCA** [28]. Les cliniciens peuvent également se reposer sur l'expertise d'un **centre de la mémoire**.

CONCLUSION

- Dans un contexte gériatrique, il faudrait toujours envisager un trouble neurocognitif induit par une substance/médicament chez les personnes âgées présentant des déficits cognitifs dont le diagnostic n'est pas clair [29].
- Dans un contexte addictologique, il est important de s'intéresser aux éventuels troubles cognitifs affectant sa patientèle et, le cas échéant, d'adapter sa prise en charge.
- Enfin, parce que les effets neurotoxiques de l'alcool ne sont pas connus du grand public, il semble opportun de sensibiliser la population à ce risque.

CONTACT

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Prévention et soins
Division Stratégies de la santé
gesundheitsstrategien@bag.admin.ch

Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREAA)
info@grea.ch

AUTEUR FICHE / DATE

Christophe Al Kurdi / Mars 2022

RAPPORT

- Al Kurdi, Christophe, et Fabrice Rosselet. «**Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs**». Lausanne : Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREAA), janvier 2022.

FICHES D'INFORMATION EN LIEN AVEC LE RAPPORT

1. Troubles de l'usage de substances et vieillissement
2. Incidence de la consommation excessive de substances psychoactives sur le développement de la démence
3. **Enjeux relatifs aux troubles neurocognitifs induits par l'alcool**
4. Enjeux relatifs aux troubles mentaux et addictifs cocurrents (CODs)
5. Troubles de l'usage de substances et douleurs
6. Principaux problèmes reliés à la polypharmacie

SOURCES

- [1] APA, *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- [2] N. Cabé *et al.*, « **Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge », *L'Encéphale*, vol. 42, n° 1, p. 74-81, févr. 2016, doi: 10.1016/j.encep.2015.12.012.
- [3] E. V. Sullivan et A. Pfefferbaum, « Neuropsychology and neuroimaging studies in alcohol-dependence », *Rev. Neuropsychol.*, vol. Volume 5, n° 3, p. 187-199, déc. 2013.
- [4] A. L. Pitel, J. Rivier, H. Beaunieux, F. Vabret, B. Desgranges, et F. Eustache, « Changes in the Episodic Memory and Executive Functions of Abstinent and Relapsed Alcoholics Over a 6-Month Period », *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, vol. 33, n° 3, p. 490-498, 2009, doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00859.x.
- [5] S. Segobin *et al.*, « Integrity of white matter microstructure in alcoholics with and without Korsakoff's syndrome », *Hum. Brain Mapp.*, vol. 36, n° 7, p. 2795-2808, 2015, doi: 10.1002/hbm.22808.
- [6] B. Draper, R. Karmel, D. Gibson, A. Peut, et P. Anderson, « Alcohol-Related Cognitive Impairment in New South Wales Hospital Patients Aged 50 Years and Over », *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 45, n° 11, p. 985-992, nov. 2011, doi: 10.3109/00048674.2011.610297.
- [7] K. Ritchie et D. Villebrun, « Epidemiology of alcohol-related dementia », in *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 89, Elsevier, 2008, p. 845-850. doi: 10.1016/S0072-9752(07)01273-0.
- [8] OFSP et CDS, « La démence en Suisse. Synthèse des résultats de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 », Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Berne, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/nds_uebersicht.pdf.download.pdf/Demenzstrategie_Uebersicht_FR_191021.pdf
- [9] N. J. Ridley, B. Draper, et A. Withall, « Alcohol-related dementia: an update of the evidence », *Alzheimers Res. Ther.*, vol. 5, n° 1, p. 3, janv. 2013, doi: 10.1186/alzrt157.
- [10] C. Boudehent, H. Beaunieux, A. Pitel, F. Eustache, et F. Vabret, « *Contribution de la neuropsychologie à la prise en charge de l'alcoolodépendance : compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales. », *Alcoologie Addictologie*, vol. 34, n° 2, Art. n° 2, juin 2012.
- [11] M. L. Copersino, W. Fals-Stewart, G. Fitzmaurice, D. J. Schretlen, J. Sokoloff, et R. D. Weiss, « Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. », *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 17, n° 5, p. 337, 2009, doi: <https://doi.org/10.1037/a0017260>.
- [12] E. Aharonovich, D. S. Hasin, A. C. Brooks, X. Liu, A. Bisaga, et E. V. Nunes, « Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 81, n° 3, p. 313-322, févr. 2006, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.08.003.
- [13] E. Aharonovich, E. Nunes, et D. Hasin, « Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 71, n° 2, p. 207-211, août 2003, doi: 10.1016/S0376-8716(03)00092-9.
- [14] D. M. Donovan, D. R. Kivlahan, R. M. Kadden, et D. Hill, « Cognitive impairment as a client-treatment matching hypothesis », *Proj. MATCH Hypotheses Results Causal Chain Anal. NIAAA Proj. MATCH Monogr. Ser.*, vol. 8, p. 62-81, 2001.
- [15] W. Fals-Stewart, « Neurocognitive defects and their impact on substance abuse treatment », *J. Addict. Offender Couns.*, vol. 13, n° 2, p. 46-57, 1993, doi: 10.1002/j.2161-1874.1993.tb00083.x.
- [16] W. Fals-stewart et J. Schafer, « The relationship between length of stay in drug-free therapeutic communities and neurocognitive functioning », *J. Clin. Psychol.*, vol. 48, n° 4, p. 539-543, 1992, doi: 10.1002/1097-4679(199207)48:4<539::AID-JCLP2270480416>3.0.CO;2-I.
- [17] M. E. Bates, A. P. Pawlak, J. S. Tonigan, et J. F. Buckman, « Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change », *Psychol. Addict. Behav.*, vol. 20, n° 3, p. 241-253, 2006, doi: 10.1037/0893-164X.20.3.241.
- [18] E. C. Katz *et al.*, « Cognitive Ability as a Factor in Engagement in Drug Abuse Treatment », *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 31, n° 3, p. 359-369, janv. 2005, doi: 10.1081/ADA-200056767.
- [19] A. W. Blume, K. B. Schmalzing, et G. A. Marlatt, « Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior », *Addict. Behav.*, vol. 30, n° 2, p. 301-314, févr. 2005, doi: 10.1016/j.addbeh.2004.05.019.
- [20] M. D. Horner, R. T. Harvey, et C. A. Denier, « Self-report and objective measures of cognitive deficit in patients entering substance abuse treatment », *Psychiatry Res.*, vol. 86, n° 2, p. 155-161, mai 1999, doi: 10.1016/S0165-1781(99)00031-1.
- [21] M. D. Shelton et O. A. Parsons, « Alcoholics' self-assessment of their neuropsychological functioning in everyday life », *J. Clin. Psychol.*, vol. 43, n° 3, p. 395-403, 1987, doi: 10.1002/1097-4679(198705)43:3<395::AID-JCLP2270430314>3.0.CO;2-Z.
- [22] W. Rinn, N. Desai, H. Rosenblatt, et D. R. Gastfriend, « Addiction Denial and Cognitive Dysfunction », *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 14, n° 1, p. 52-57, févr. 2002, doi: 10.1176/jnp.14.1.52.
- [23] L. Clark, T. W. Robbins, K. D. Ersche, et B. J. Sahakian, « Reflection Impulsivity in Current and Former Substance Users », *Biol. Psychiatry*, vol. 60, n° 5, p. 515-522, sept. 2006, doi: 10.1016/j.biopsych.2005.11.007.
- [24] D. E. Smith et B. S. McCrady, « Cognitive impairment among alcoholics: Impact on drink refusal skill acquisition and treatment outcome », *Addict. Behav.*, vol. 16, n° 5, p. 265-274, janv. 1991, doi: 10.1016/0306-4603(91)90019-E.
- [25] W. Fals-Stewart, « Ability of counselors to detect cognitive impairment among substance-abusing patients: An examination of diagnostic efficiency », *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 5, n° 1, p. 39-50, 1997, doi: 10.1037/1064-1297.5.1.39.
- [26] Z. S. Nasreddine *et al.*, « The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53, n° 4, p. 695-699, 2005, doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
- [27] L. Ritz et H. Beaunieux, « BEARNI : un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool », *Cah. Neuropsychol. Clin.*, n° 5, p. 5-14, 2018.
- [28] R. Jurado Barba *et al.*, « Development of a screening test for cognitive impairment in alcoholic population: TEDCA. », 2017.
- [29] J. Pantel, « **Sucht und demenzielle Erkrankungen: Grundlagen und Interventionen in Beratung und Therapie », in *Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen*, T. Hoff, Éd. Berlin, Heidelberg: Springer, 2018, p. 139-157. doi: 10.1007/978-3-662-53196-9_7.