

SESSION 2 : DEVENIR DES FONCTIONS COGNITIVES APRÈS L'ARRÊT DE L'ALCOOL

Quelles sont les fonctions cognitives touchées par la consommation d'alcool ?

Les principales fonctions cognitives touchées par la consommation excessive et chronique d'alcool sont les fonctions exécutives (inhibition, flexibilité mentale, planification, prise de décision...), la mémoire épisodique (mémoire des souvenirs personnels et de la projection dans le futur) et la cognition sociale (décodage émotionnel et capacité à se mettre à la place de l'autre). La nature et la sévérité de ces altérations cognitives sont très variables. De manière assez surprenante, chez des patients dépendants à l'alcool et ayant tous des niveaux de consommation très élevés, la nature, la quantité et l'ancienneté des alcoolisations ne semble pas directement influencer le profil cognitif des malades. Différents facteurs pourraient expliquer cette hétérogénéité des effets de l'alcool sur le cerveau et la cognition, comme les comorbidités hépatiques et psychiatriques, la répétition des sevrages, les troubles du sommeil, etc.

Ces troubles neuropsychologiques ont des conséquences importantes sur le comportement avec, par exemple, des difficultés à inhiber les envies d'alcool, se rappeler précisément d'événements passés ou à se projeter dans le futur, et aussi à interagir de manière adaptée avec les proches au travail ou à la maison. Ainsi, les altérations cognitives liées à l'alcool vont avoir des répercussions au sein de la vie personnelle et professionnelle du patient, dans sa capacité à contrôler ses consommations et à bénéficier de soins potentiels. La bonne nouvelle, c'est que l'arrêt des consommations d'alcool est associé à une récupération cérébrale et cognitive.

Les troubles cognitifs sont-ils tous réversibles avec l'abstinence ?

Grâce à des mécanismes de plasticité cérébrale encore mal compris, les performances cognitives des patients dépendants à l'alcool vont s'améliorer avec l'abstinence. Cette récupération spontanée, c'est-à-dire uniquement liée à l'arrêt de l'alcool, fait des

troubles cognitifs liés à l'alcool un modèle d'étude rare et très intéressant de la plasticité et de la réorganisation cérébrales. Certaines études rapportent une normalisation des scores cognitifs en six mois de sobriété alors que d'autres travaux indiquent la persistance de déficits même plusieurs années après l'arrêt de l'alcool. Cette variabilité des résultats s'explique certainement par une dynamique de récupération différente selon la fonction cognitive concernée, en lien avec la plasticité cérébrale des différentes régions impliquées. De plus, les patients âgés, fumeurs, ou ayant repris une consommation même temporaire semblent moins bien récupérer. La poursuite d'une alcoolisation intensive ne permet pas la récupération et peut même entraîner des altérations cognitives encore plus sévères.

Il est important de noter le cas particulier des patients présentant un syndrome de Korsakoff, correspondant à une complication neurologique liée à l'alcool et une carence en vitamine B1. Ce syndrome est caractérisé par une amnésie très sévère qui va persister malgré l'arrêt de l'alcool. Ainsi, une fois atteint ce niveau de gravité des troubles cognitifs, les atteintes mnésiques sont irréversibles et les propositions thérapeutiques sont plus centrées sur la compensation du handicap.

L'un des objectifs de vos travaux est de faciliter la récupération des fonctions cognitives après l'arrêt de l'alcool, quelle est votre approche ?

La meilleure option afin de faciliter la récupération cognitive est avant tout l'arrêt total des consommations d'alcool. Il existe donc un paradoxe entre la nécessité d'être abstinent pour récupérer des fonctions cognitives altérées et le besoin de fonctions cognitives efficaces pour pouvoir maintenir l'abstinence. Les mécanismes spontanés de récupération pourraient être favorisés par la mise en place d'un protocole de stimulation ou remédiation cognitive. Ces protocoles consistent généralement en l'association de séances de psychoéducation visant à mieux com-



Anne-Lise Pitel est Maître de Conférences des universités, chercheur en neuropsychologie au laboratoire « Neuropsychologie et Imagerie de la Mémoire Humaine » (UMR-S 1077 Inserm-EPHE-UNICAEN) et membre junior de l'Institut Universitaire de France (IUF).

prendre le fonctionnement cognitif et des ateliers de réentrainements ciblant les capacités neuropsychologiques altérées. Des travaux sont en cours afin de déterminer si l'amélioration des performances cognitives grâce à la remédiation permet aux patients de bénéficier davantage de la prise en charge addictologique et donc de réduire le risque de rechute. L'activité physique, adaptée à la condition physique des patients et à leurs problématiques motivationnelles et cognitives, semble une piste prometteuse pour participer à une meilleure récupération des troubles cognitifs. Cette efficacité est démontrée dans plusieurs autres troubles mentaux et des travaux sont en cours concernant les addictions. La méditation pourrait également être une piste intéressante en permettant une diminution de l'impulsivité et une amélioration des capacités de contrôle des consommations. Une attention particulière doit être apportée à la plainte de sommeil puisqu'elle constitue un facteur important de risque de rechute chez les patients. Des examens complémentaires peuvent s'avérer nécessaires afin par exemple de rechercher la présence d'un syndrome d'apnées du sommeil pouvant en lui-même entraîner des altérations cognitives. Rappelons que dans tous les cas, la priorité sera l'arrêt de l'alcool qui, à lui-seul, est responsable d'une récupération cognitive significative.

Atteintes cérébrales cognitives



QUESTIONS

SESSION 2 : DEVENIR DES FONCTIONS COGNITIVES APRÈS L'ARRÊT DE L'ALCOOL



Par Marc Margelidon (Croix Bleue)
et Jean (Alcooliques Anonymes)



L'abstinence, une condition essentielle

S'interroger sur la restauration des fonctions cognitives, c'est définir en premier lieu ce que l'on entend par « arrêt de l'alcool ». Pour nos associations, il ne peut s'agir que d'une rupture définitive avec le produit dans le cadre de la mise en place d'une abstinence qui se veut totale, durable et heureuse; il n'est pas possible de l'envisager à partir d'un hypothétique retour vers une consommation maîtrisée.

Nous connaissons bien les déficits cognitifs dus à la maladie alcoolique pour les avoir vécus

Je peux citer les troubles de l'attention, de la mémoire, de la fonction psychomotrice, du temps de réaction, de la résolution spatiale, de l'élocution et de la capacité d'abstraction (rien que ça !).

« Progressivement, pendant ma longue période de consommation, j'ai perdu le contrôle de ma vie. L'alcool pilotait mes journées. L'obsession de boire balayait toute décision, toute planification, toute résolution. J'étais à la recherche d'émotions ... que j'anesthésiais par l'alcool. Je surmontais ma peur du jugement des autres à travers le filtre de l'alcool. Ma vie sociale sous alcool se restreignait aux personnes qui ne m'écoutaient pas et que je n'écoutais pas. Sans alcool, elle était inexistante. [...] j'étais devenu incapable de concevoir un projet personnel, familial, affectif, professionnel à ma portée. En termes de projets ambitieux mais irréalisables, j'étais prolix. Je préférais sauver le monde que balayer ma cuisine. [...]

Les trous noirs se multipliant, la mémoire me faisait défaut. Bien qu'elle soit très sollicitée pour essayer de bâtir des discours cohérents au milieu des mensonges improbables, de me souvenir, à court terme de ce que

j'avais fait ou dit la veille, où et avec qui... Je crois qu'elle était aussi volontairement occultée, sur le long terme, pour évacuer la culpabilité. »

Un espoir de récupération pour tous les abstinents

Depuis quelques années, nous voyons arriver des publications qui convergent sur la possibilité de récupérer ces fonctions cognitives après abstinence et de mener ainsi une vie normale tant à domicile, au travail et qu'au plan social. C'est un espoir considérable pour les personnes dépendantes à l'alcool et constitue un encouragement fort en faveur de l'abstinence.

Les addictologues nous disent qu'il est difficile de distinguer chez un patient les déficits induits par l'alcool, qui peuvent être récupérés avec l'arrêt de la consommation, et les déficits préexistants, notamment ceux liés aux comorbidités psychiatriques, au syndrome d'alcoolisme foetal, aux antécédents de traumatismes crâniens, etc., qui eux, persistent avec l'arrêt de l'alcool. En réalité, la combinaison des deux est très fréquente et contribue à l'hétérogénéité des tableaux cliniques. De plus, d'après les chercheurs, une personne âgée serait plus vulnérable aux dommages provoqués par l'alcool et aurait plus de difficultés à récupérer.

Aucun défaitisme ou fatalisme devant ce problème ne doit nous envahir car la réintroduction de la personne dans une dynamique relationnelle, familiale et sociale est toujours possible quelle que soit la sévérité du trouble cognitif. Même si parfois le chemin est long voire très long, il y a toujours une issue positive possible pour tout le monde.

La remédiation cognitive encore trop peu développée

Souvent une prise en charge multidisciplinaire s'avère nécessaire (médecin, assistant social, psychologue,

neuropsychologue, mouvements d'entraide, etc).

La plupart des programmes thérapeutiques se basent sur une association de pharmacothérapie, de thérapies cognitives et comportementales et d'interventions sociales, complétée par l'apport des associations. La plupart des programmes thérapeutiques se basent sur une association de pharmacothérapie, de thérapies cognitives et comportementales et d'interventions sociales, complétée par l'apport des associations.

Après les périodes de suivi intense, les personnes concernées peuvent se sentir trop vite livrées à elles-mêmes, dépassées et angoissées face à leurs « vieux problèmes » qui resurgissent dès le retour à la maison et la proximité avec l'ancien mode de vie.

La remédiation psychosociale et cognitive après un mésusage, surtout s'il était installé depuis longtemps, est d'un intérêt majeur en addictologie, mais encore peu proposée. Elle vise à développer de nouvelles stratégies cognitives destinées à pallier les déficits. Elle utilise des exercices de complexité croissante, ciblées sur les fonctions altérées : mémoire, attention et fonctions exécutives. Les déficits de cognition sociale peuvent être améliorés par un entraînement à la reconnaissance des émotions à partir de photos, de vidéos et de scénarios sociaux renforçant les habiletés sociales.

Une autre vie doit s'organiser et prendre du sens. Un suivi psychosocial rapproché et l'appui des groupes et mouvements d'entraide vont pouvoir soutenir la personne dans sa démarche pour s'en sortir et la remotiver au cours du temps et des difficultés.

Que constatons-nous au sein de nos mouvements, associations, sections, etc ?

Les amis qui se sont engagés dans un chemin de vie avec pour objectif clairement fixé la sortie du tunnel trouveront un accompagnement centré sur l'humain et l'identification par les pairs.

Nous constatons que va se mettre en place petit à petit, un engagement vers une véritable envie de sortir de l'enfer, accompagné d'un désir de se reconstruire, de revivre, voire de renaître, tout en se donnant les motivations pour le faire.

Alors, au fur et à mesure des échanges, de la participation aux réunions, nous allons voir qu'un mieux-être s'installe.

Les stigmates physiques tendent à s'estomper, la voix se reforme, les idées deviennent plus claires, l'attention commence à s'installer. Est-ce à dire qu'à ce moment-là, une évolution des fonctions cognitives s'effectue?

Du haut de notre place, nous pouvons avancer que oui !!!! Des changements visibles s'opèrent qui ne correspondent peut-être pas à des critères scientifiques, mais qui sont, plus humblement, manifestes sur un plan humain, pivot de notre travail au quotidien.

« Le point de départ a été l'écoute en réunion. J'ai appris à écouter, vraiment, c'est-à-dire sans parasiter cette écoute par la recherche d'une réponse au discours que j'entends. [...] »

Cette écoute a conduit à l'identification: finalement, je ne suis pas unique. Ce que dit cette personne ravive des souvenirs personnels. S'il va bien maintenant, c'est aussi à ma portée. Sur ce point, je peux avoir confiance dans l'avenir. Confiance en moi aussi. Je peux aller vers cette personne, elle me comprendra, elle a vécu la même chose que moi. Petit à petit l'inhibition qui me paralysait et m'empêchait, sans alcool, de communiquer, va tomber, dans un premier temps dans le groupe d'entraide, puis progressivement dans le monde extérieur. »

TABLE RONDE



Anne-Lise Pitel	Marc Margelidon	Jean	Valérie Ruellan	Daniel de Saint Riquet	Bertrand Nalpas
Inserm UMR-S 1077	La Croix Bleue	Alcooliques Anonymes	Les Amis de la Santé d'Ille et Vilaine.	Mouvement Vie Libre.	Inserm, Mission Associations Recherche & Société