



Geneviève Primeau / Psychologue

Neuropsychologue à l'Hôtel-Dieu de Lévis auprès d'une clientèle adulte et âgée, atteinte de problèmes psychiatriques et/ou neurologiques

## Sclérose en plaques : les défis du psychologue

Quand on pense à la sclérose en plaques (SP), on évoque habituellement les symptômes sensoriels et moteurs de la maladie ainsi que leur impact sur les capacités fonctionnelles de l'individu qui en est atteint : difficultés à la marche, troubles visuels, déplacement en fauteuil roulant. Pourtant, cette maladie peut entraîner un éventail vaste de symptômes, dont les manifestations au plan psychologique et cognitif ont aussi d'importantes répercussions sur la qualité de vie des patients. Le psychologue qui intervient auprès de cette clientèle se doit donc d'être au fait de ces manifestations afin d'en tenir compte dans le processus d'évaluation et de prise en charge.

Avant d'aborder plus spécifiquement les aspects psychologiques et cognitifs, rappelons tout d'abord quelques données de base sur cette maladie neurologique qui affecte environ 15 000 Québécois. Au plan physiologique, il faut savoir qu'il s'agit d'une maladie auto-immune dégénérative du système nerveux central, ce qui implique que le système immunitaire, qui devrait habituellement être dirigé vers les menaces externes, se retourne contre les cellules de la moelle épinière et du cerveau de la personne atteinte. Il en résulte une atteinte progressive qui s'exerce principalement au niveau de la gaine de myéline dont le rôle est de protéger les neurones et de permettre une communication efficace entre celles-ci. Toutefois, des études récentes ont démontré que la maladie entraîne également une destruction des neurones elles-mêmes<sup>1</sup>. Selon la localisation des anomalies, qui se développent par « plaques », on peut observer divers symptômes : paresthésies, douleur, trouble sphinctérien, atteinte visuelle, dysarthrie, fatigue... La maladie apparaît le plus souvent entre l'âge de 20 et 40 ans, affectant davantage les femmes que les hommes (ratio 3,5 : 1). L'atteinte organique se manifeste généralement par « poussées » au début de la maladie, avec une certaine récupération suite aux poussées. Avec l'avancement de la maladie, la récupération est de moins en moins efficace, ce qui donne lieu habituellement à une évolution plus progressive de la symptomatologie, et ce, même entre les poussées. Différents traitements existent pour ralentir la progression de la maladie, mais la plupart d'entre eux sont contraignants du fait qu'ils sont donnés en injections répétitives et qu'ils entraînent, surtout initialement, des effets secondaires désagréables.

Les troubles cognitifs affectent environ la moitié des individus atteints de SP, quoique certaines évaluations s'approchent davantage de 65 % selon les échantillons sélectionnés<sup>2</sup>.

Le ralentissement des processus cognitifs est à l'avant-plan, mais on identifie également des difficultés dans les tâches plus exigeantes du point de vue attentionnel et des fonctions exécutives et de la mémoire épisodique (encodage et récupération)<sup>3</sup>. Avec l'évolution de la maladie, la perturbation cognitive s'étend à l'ensemble des groupes de fonctions. Ces difficultés cognitives s'expliquent bien sûr en grande partie par l'atteinte organique, mais il faut aussi souvent considérer d'autres facteurs, tels que les symptômes anxiodépressifs, la fatigue et la médication prescrite pour les divers symptômes.

Dans les interactions avec le patient SP atteint de troubles cognitifs, il est donc souhaitable de s'exprimer par des énoncés brefs, avec un vocabulaire simple, en répétant et reformulant au besoin. Il sera donc préférable de fournir l'information par « morceaux », en s'assurant que le patient a bien intégré l'information avant d'en rajouter. En cas de doute, on vérifie si l'on a été bien compris et si possible, on écrit les informations essentielles à retenir. Cela implique aussi de s'attendre à des questions répétitives et un besoin de précision et de validation. Lorsque l'on constate que les difficultés cognitives sont significatives et/ou qu'elles semblent avoir un impact fonctionnel significatif, un neuropsychologue peut procéder à une évaluation plus détaillée et ainsi formuler des recommandations qui seront plus spécifiquement adaptées à la situation du patient.

Quant aux symptômes psychologiques, ceux-ci prennent le plus souvent la forme d'anxiété et/ou de dépression, quoique l'on retrouve aussi chez cette population un taux légèrement plus élevé de trouble bipolaire<sup>4</sup> et de psychose<sup>5</sup>. On considère que près de la moitié des individus souffriront un jour d'une dépression majeure<sup>6</sup>. En plus de l'atteinte organique et des troubles cognitifs, les facteurs communs à d'autres maladies chroniques prédisposent également au développement de symptômes anxiodépressifs : réaction de deuil face aux multiples pertes, restrictions occupationnelles, perte de confiance en ses capacités... Mais certains facteurs sont plus spécifiques de cette pathologie en particulier. On pense par exemple à l'ambiguïté du diagnostic, celui-ci étant souvent long à clarifier et donnant lieu à de longues réflexions sur les répercussions potentielles des diverses hypothèses. Il y a aussi l'imprévisibilité de l'évolution, nul n'étant capable de prévoir la fréquence, la nature et l'intensité des poussées de même que l'évolution en général.

Il y a également le fait que plusieurs symptômes soient invisibles mais non moins incapacitants, comme la fatigabilité accrue qui affecte environ 90 % des patients, et qui limitent l'autonomie, mais ne suscitent pas autant la collaboration et l'empathie des tiers que les symptômes plus tangibles que sont les troubles à la marche par exemple. Mentionnons aussi les contraintes financières, qui représentent souvent un véritable fardeau pour les individus étant donné que les systèmes d'assurance tant publics que privés ne sont pas adaptés à une maladie aussi fluctuante et imprévisible. Finalement, certains symptômes induisent une gêne légitime, tels que les symptômes sexuels et sphinctériens, et les patients préfèrent souvent réduire leurs activités plutôt que d'aborder ces éléments avec leur médecin.

Le psychologue peut évaluer la symptomatologie anxiodépressive en utilisant par exemple le Hospital Anxiety and Depression Scale<sup>7</sup>, qui est un outil adapté à cette population, puisqu'il élimine le biais potentiel des symptômes somatiques. Quant aux interventions possibles, elles visent principalement à entretenir un certain réalisme face aux objectifs de vie, étant donné la nature fluctuante de la maladie, tout en encourageant le développement des capacités d'adaptation. Concrètement, cela implique d'inciter les patients à se fixer des buts à court et moyen terme en fonction de leurs capacités actuelles, tout en étant capables d'ajuster leurs objectifs advenant que ceux-ci deviennent moins réalistes compte tenu de leurs limitations. L'empathie dont doit faire preuve le psychologue implique de dramatiser les conséquences des symptômes (p. ex. : perte urinaire) tout en faisant attention de ne pas minimiser le symptôme lui-même (p. ex. : incontinence), au risque de donner l'impression de ne pas être sensible aux appréhensions

de l'individu. Il est aussi important d'encourager l'investissement interpersonnel afin de maintenir un réseau qui assumera un certain soutien dans les moments plus difficiles.

Pour les psychologues, quelques études très intéressantes démontrent de plus en plus l'importance de leur contribution à améliorer la qualité de vie des individus atteints de sclérose en plaques<sup>8</sup>. Ainsi, il est encourageant pour nous de constater le déploiement de cliniques spécialisées au Québec qui sont de plus en plus conscientes de l'importance de prendre en compte les symptômes cognitifs et psychologiques dans leur objectif d'améliorer la qualité de vie des individus atteints de SP.

## \_Notes

- 1 Priko, I. et al. (2007). Gray Matter Involvement in Multiple Sclerosis. *Neurology*, 68(9), 634-642.
- 2 Peyser, J. M. et al. (1990). Guidelines for Neuropsychological Research in Multiple Sclerosis. *Archives of Neurology*, 47(1), 94-97.
- 3 Chiaravalloti, N. D & DeLuca, J. (2008). Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. *Lancet Neurology*, 7(12), 1139-1151.
- 4 Schiffer, R. B. et al. (1986). Association Between Bipolar Affective Disorder and Multiple Sclerosis. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 94-95.
- 5 Patten, S. B. et al. (2005). Psychotic Disorders In MS : Population-Based Evidence of An Association. *Neurology*, 65(7), 1123-1125.
- 6 Goldman Consensus Group (2005). Goldman Consensus Statement in Depression in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 11(3), 328-337.
- 7 Savard, J. et al. (1998). Evaluating Anxiety And Depression In HIV-infected Patients. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 349-367.
- 8 Thomas, P. W. et al. (2005). Psychological Interventions for Multiple Sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 25(1), CD004431.

## Échelle d'Évaluation Conners Troisième Édition

L'échelle d'évaluation Conners, troisième édition, est le résultat de 5 années de recherches et de développement intensifs. Le Conners-3 demeure un outil très fiable qui permet d'assister le professionnel dans la démarche diagnostique.

Fondé sur des découvertes solides et plusieurs éléments clés de l'échelle d'évaluation Conners révisée, le CONNERS-3 offre une évaluation complète du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le CONNERS-3 évalue également des troubles souvent associés tel que le trouble oppositif avec provocation et les troubles de conduite. Les questionnaires des parents, des enseignants et d'auto-évaluation sont disponibles en version longue ou en version courte.

Le CONNERS-3 apporte les améliorations suivantes:

- Un échantillon normatif représentatif de la population américaine.
- Une relation renforcée avec le DSM-IV-TR
- Des applications claires en milieu éducatifs qui permettent d'identifier les enfants présentant des symptômes cliniques.
- Un manuel qui indique étape par étape la marche à suivre pour planifier les interventions et évaluer le résultat de celles-ci

Comme le CONNERS révisé, le CONNERS-3 utilise une approche utilisant plusieurs sources d'information. La cueillette d'information auprès des parents, des enseignants et des enfants permet d'obtenir une meilleure vision des problèmes de l'enfant à partir de points de vue multiples.

Numéro de catalogue: 5051-300622 : CONNERS-3 matériel complet



### INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES, INC.

34, rue Fleury Ouest, Montréal (QC) H3L 1S9  
Téléphone : 514 382-3000 & 1 800 363-7800  
Télécopie : 514 382-3007 & 1 888 382-3007  
Courriel : [info@i-r-p.ca](mailto:info@i-r-p.ca)  
Site Web : <http://www.i-r-p.ca>