

La rééducation cognitive est un domaine en plein essor dans la SEP. Après un certain nombre d'études de méthodologie insuffisante [1,23], des études bien conduites sont réalisées, montrant un effet sur l'activation cérébrale en imagerie fonctionnelle [30] ou un effet clinique, notamment sur la mémoire [9]. D'autres études prometteuses sont en cours.

Conclusion

Les troubles cognitifs de la SEP sont fréquents, précoces et contribuent au handicap. Ils reflètent une atteinte diffuse du système nerveux central. Les techniques de rééducation cognitive se développent et permettent d'améliorer le quotidien du patient.

1.4.4. Troubles de l'humeur et psychologiques

A.-L. Ramelli

Longtemps mésestimés, les troubles psychologiques chez les patients atteints de sclérose en plaques sont en réalité fréquents, précoces et polymorphes. Leur retentissement sur la qualité de vie, la sphère professionnelle, le fonctionnement affectif et social est majeur [9], d'où la nécessité de les évaluer et les prendre en charge systématiquement. Considérés comme des facteurs de risque d'aggravation de la maladie, ils sont intriqués aux autres troubles invisibles : difficultés cognitives, fatigue, douleur, dysfonctions sexuelles. Ils font à la fois intervenir lésions cérébrales et réactions psychologiques à la maladie chronique. L'incertitude qui entoure la nature et l'intensité des symptômes, et la nécessité d'efforts adaptatifs répétés pour faire face à l'imprévisibilité de la maladie favorisent leur survenue tout autant que leur maintien.

Description des troubles psychologiques

Les troubles psychologiques associés à la SEP regroupent les modifications permanentes de

l'humeur (troubles thymiques) et les réactions affectives transitoires (troubles émotionnels).

La *dépression*, diagnostiquée à partir des critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), est présente à tous les stades de la maladie [2] : sa fréquence est plus élevée que dans la population générale, mais aussi dans les autres maladies somatiques et neurologiques ; sa prévalence sur la vie entière est ainsi estimée à 50 %, avec une incidence annuelle de 20 % [8,16,17]. Pour autant, son diagnostic est rendu difficile par la dissociation entre les composantes comportementales et subjectives de l'émotion chez les patients [4]. En pratique courante, les signes dépressifs sont plus fréquents que les véritables épisodes dépressifs majeurs tels que décrits par le DSM-IV, et les scores aux échelles classiques de dépression sont généralement modérés. Ses symptômes ne sont pas spécifiques : douleur morale, honte (par exemple en cas de démarche ébrieuse ou à l'idée de perdre en public le contrôle de sa vessie), culpabilité (de faillir à ses responsabilités, d'être un fardeau, etc.), autodévalorisation, sentiment d'inutilité, tristesse, colère, etc. La dépression dans la SEP n'est pas corrélée au handicap fonctionnel, tout en étant plus fréquente dans les formes secondairement progressives. À l'inverse de ce qui se passe pour la population générale, elle n'est pas corrélée au genre [8,20]. En termes d'étiologie sont évoqués des facteurs psychosociaux (dépression réactionnelle ou liée à la perception d'imprévisibilité et à la perte du soutien et du rôle social), biologiques (lésions cérébrales), voire iatrogènes. Les principaux facteurs de risque de dépression sont : le stress, les stratégies de *coping* dites « d'évitement », les poussées (risque doublé de survenue d'un épisode dépressif) et la fatigue (76 % des patients dits « fatigués » présentent des scores élevés de dépression) [3]. Les facteurs de protection sont le maintien du contact social avec des personnes bien portantes, permettant vraisemblablement un meilleur ajustement émotionnel, et la perception d'un faible risque de dépendance à deux ans [10]. À noter que le risque suicidaire est bien plus élevé que pour la population générale. Les facteurs de risque de suicide sont le genre (les hommes sont plus vulnérables), la précocité et la forme

progressive de la maladie, la sévérité du syndrome anxiodépressif, l'isolement affectif et social et les antécédents psychiatriques [13,19].

L'*anxiété* est également fréquente. Sa prévalence est de 25 à 40 %, soit environ trois fois plus que pour la population générale) [12]. Son apparition est précoce, avec un pic autour de l'annonce [7]. Elle est rattachée au stress engendré par l'imprévisibilité symptomatique et les difficultés d'adaptation à la maladie. La perception des situations et la réactivité émotionnelle aux événements de vie étant modifiées dans les périodes d'exacerbation de la maladie, l'anxiété est logiquement exacerbée lors des poussées, d'autant qu'elle est majorée par le refus des limitations physiques. Comme pour la dépression, ses signes ne sont pas spécifiques. Elle n'est pas corrélée avec l'âge, le statut professionnel, l'atteinte cognitive ou l'ancienneté de la maladie [12]. Le genre, en revanche, est un facteur de risque, avec une prédominance féminine [12,20].

L'*hyperexpressivité émotionnelle* est une perturbation du contrôle émotionnel corrélée aux atteintes cognitives mais pas à la dépression ni au handicap fonctionnel. Sa prévalence serait de 30 % et elle peut être observée dès le début de la maladie. La labilité émotionnelle correspond à des changements répétés, rapides et spontanés de l'état affectif, l'incontinence affective se définit comme l'émergence soudaine et non maîtrisée d'un affect [15].

Le *trouble bipolaire* aurait une relation discutable avec la SEP, avec une prévalence inférieure à 10 %, mais deux fois supérieure à celle de la population générale ; son risque est plus élevé en cas d'antécédents dépressifs personnels ou familiaux, soulignant l'existence d'un terrain prémorbide [21].

Le *rive* et les *pleurs spasmodiques* se manifestent comme une dissociation involontaire entre l'expression émotionnelle et l'humeur subjective, souvent contradictoire avec la nature du stimulus. Ils toucheraient 7 à 10 % des patients évoluant depuis plus de dix ans [5]. Leur étiologie est neurologique (atteinte pseudobulbaire) : ils sont plus fréquents chez les patients au handicap fonctionnel sévère (EDSS > 6,5) et dans les formes progressives de la maladie. Ils sont corrélés avec l'atteinte cognitive mais pas avec l'anxiété ou la dépression [15].

L'*euphorie pathologique* touche 10 % des SEP secondairement progressives. Elle est liée à une atteinte organique et toujours associée à des troubles cognitifs [6]. Elle se manifeste par un optimisme incongru, un état de gâité sur un mode désinhibé, contrastant avec l'état physique. C'est une disposition permanente et non réversible.

Le retentissement de l'ensemble de ces troubles sur la vie quotidienne des patients et de leur entourage justifie leur évaluation systématique pour assurer une meilleure prise en charge.

Réactions affectives secondaires

La survenue d'une maladie chronique incurable comme la SEP a pour le patient une véritable portée traumatique. Elle signe le passage vers une autre vie caractérisée par l'incertitude, l'instabilité et l'imprévisibilité, cernée par de nouvelles limites et scandée par des pertes successives : fragilisation émotionnelle, appauvrissement relationnel, réajustements professionnels, restrictions matérielles, dévalorisation sociale, etc. L'horizon est menaçant : le risque d'altération de l'intégrité physique et mentale alimente un stress délétère qui affecte négativement la perception subjective de l'état physique et mental : en rémission, les patients vivent sous la crainte de la prochaine poussée ; en poussée, ils craignent la pérennisation des déficits ; et en phase progressive, ils sont confrontés à l'inéluctabilité du déclin de leurs fonctions. De par sa nature aléatoire et évolutive, cette maladie majeure donc le sentiment d'impuissance, entretient et renforce les ruminations anxieuses et les mécanismes psychiques régressifs. Au fil du temps, les profonds et complexes changements induits par la SEP vont provoquer un affaiblissement des ressources psychiques des patients, confrontés à des efforts adaptatifs répétés. Cet affaiblissement interfère avec la capacité du sujet à comprendre, à réagir et à mettre activement en place des moyens de lutte contre les conséquences de sa maladie dans sa vie quotidienne. Il favorise l'exacerbation des troubles anxiodépressifs et la majoration des plaintes somatiques [11,14].

Évaluation des troubles psychologiques

Les troubles thymiques et émotionnels, la souffrance secondaire à la maladie et la fonction de la plainte du patient dans son économie psychique sont évalués via un entretien clinique. Cet entretien explore la présence, la fréquence, l'intensité et le sens des symptômes ainsi que leurs répercussions aux plans familial, social et professionnel. Ces données cliniques peuvent si besoin être complétées par des tests non spécifiques à la SEP : BDI (*Beck depression inventory*) pour la dépression [1], STAI (*state-trait anxiety inventory*) pour l'anxiété [18], etc.

Prise en charge

La prise en charge des troubles psychologiques, qu'ils soient primaires ou réactionnels, nécessite de prendre en compte le caractère évolutif et imprévisible de la maladie, ses caractéristiques actuelles, la personnalité antérieure du patient, ses antécédents personnels et familiaux ainsi que la qualité du soutien social auquel il a accès [11]. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients en redynamisant les compétences sociales et relationnelles, tout en limitant les aggravations fonctionnelles somatiques et cognitives. Parallèlement aux traitements médicamenteux ou indépendamment de ceux-ci, les patients seront orientés selon les cas vers des psychothérapies individuelles, conjugales ou familiales, vers des approches psychocorporelles (relaxation) ou encore vers des groupes de parole constitués à l'initiative des associations de patients ou des réseaux de santé dédiés à la SEP. Le travail psychothérapeutique permet d'identifier et de hiérarchiser les problèmes auxquels le patient et son entourage sont confrontés, d'analyser la nature des stratégies mises en place pour les résoudre et d'assurer un rôle de contenant émotionnel face aux angoisses. C'est un travail d'élaboration, de compréhension et de verbalisation qui vise à donner un sens au vécu, à articuler la maladie

à l'histoire propre du sujet pour entretenir un sentiment de continuité, mais il permet aussi au patient d'acquérir un meilleur contrôle de ses réactions émotionnelles et de faciliter l'adoption de nouvelles attitudes.

En conclusion, les troubles psychologiques associés à la SEP et leurs corollaires au plan comportemental déstabilisent autant les patients que leurs proches et leurs professionnels de santé. Leur évaluation systématique est essentielle pour la qualification des handicaps cognitif, social et affectif associés à la SEP au même titre que le handicap moteur. Leur prise en charge dans un cadre multidisciplinaire permet une acceptation facilitée des propositions de soins ainsi qu'une nette amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches.

1.4.5. Troubles sphinctériens

M. de Sèze

Les troubles vésicosphinctériens sont quasi systématiques dans la sclérose en plaques et évoluent précocement le long d'une vie dont l'espérance est peu impactée par la maladie. Apparaissant en moyenne six ans après le début des symptômes neurologiques, ils peuvent être présents chez 10 % des patients dès le début de la SEP et affecteront 80 à 90 % des patients au cours de son évolution [4,5,10,12,13].

Le retentissement considérable des TVS sur les activités sociales, professionnelles, affectives, sexuelles en fait un des principaux facteurs d'altération de la qualité de vie [11-12].

Symptomatologie clinique des troubles urinaires de la SEP

Le polymorphisme clinique et l'évolutivité au cours du temps des TVS de la SEP sont caractéristiques de cette maladie. Le caractère multifocal des lésions de démyélinisation, l'évolution par poussées successives, l'existence conjointe ou