



Ligue Belge de la
Sclérose en Plaques
Communauté Française ASBL

Groupe Info-Rencontre

Les troubles cognitifs liés à la sclérose en plaques

Journées médicales des 23-10-2010, 20-11-2010 et 19-03-2011

Mieux vaut prévenir que guérir

Exposé du Professeur SINDIC, neurologue

J'oublie tout, je n'arrive plus à me concentrer...

Mais que se passe-t-il?

Exposé de M. DELRUE, neuropsychologue

N° 3117 – 2 €

Les troubles cognitifs

Table des Matières

I. « Mieux vaut prévenir que guérir » - Professeur Sindic

1. Nos connaissances actuelles sur la maladie.....	1
2. Les troubles cognitifs.....	2
3. Facteurs interférant ou exacerbant les troubles cognitifs.....	5
4. Prévention et traitement.....	5

II. « J'oublie tout, je n'arrive plus à me concentrer ... mais que se passe-t-il ? » - Delrue Gaël - neuropsychologue

1. La neuropsychologie	7
2. La sclérose en plaques et la neuropsychologie	9
3. Conclusions.....	12

I. Mieux vaut prévenir que guérir

Professeur Sindic

1. Introduction: nos connaissances actuelles sur la maladie

La sclérose en plaques est une maladie complexe où sont impliqués à la fois le **système immunitaire** et le **système nerveux**.

Le système immunitaire est constitué essentiellement par des lymphocytes circulant dans le sang, dans la lymphe, et dans les organes du corps, à l'exception notable du cerveau.

L'organisme humain possède environ 1000 milliards de lymphocytes (10^{12}) qui se subdivisent en sous-populations très complexes. Ces sous-populations sont en constante inter-régulation. Certaines sont pro-inflammatoires, d'autres anti-inflammatoires. Certaines produisent des anticorps, d'autres des molécules appelées **cytokines**.

Dans la sclérose en plaques, une fraction de ce système immunitaire est dérégulée et certains lymphocytes acquièrent des propriétés auto-agressives contre les constituants du cerveau et en particulier contre la gaine de myéline. Lorsque ces lymphocytes auto-réactifs et auto-agressifs sont activés, ils peuvent traverser la barrière séparant normalement le sang du cerveau (barrière hémato-encéphalique).

Le système nerveux contient aussi différents types cellulaires :

- **Le principal** étant le neurone avec ses prolongements appelés **axones**.
- **Le deuxième type** cellulaire est l'astrocyte qui a un rôle de cellule nutritive et de soutien.
- **Le troisième type** est l'oligodendrocyte, responsable de la formation de la myéline. Celle-ci est une membrane spéciale engainant les axones.
- **Enfin, la microglie** consiste en des cellules normalement au repos, présentes dans le cerveau normal, mais activées en cas d'inflammation ou en cas de destruction des autres constituants nerveux.

Nous possédons environ 100 milliards (10^{11}) de neurones, chaque neurone ayant en moyenne 10.000 connexions avec d'autres neurones. Ces connexions sont appelées synapses.

Lorsque la gaine de myéline est détruite, la vitesse de conduction nerveuse dans l'axone est considérablement ralentie, de plus de 90 %. Il peut même exister des blocs de conduction, les flux nerveux étant bloqués au niveau de la destruction de la gaine. Quand l'inflammation est importante, elle provoque non seulement une destruction de la gaine de myéline, mais aussi de l'axone lui-même qui est sectionné. L'extrémité distale de l'axone

dégénère. Il en résulte une atrophie de certaines structures, en particulier du corps calleux, de la moelle épinière, et finalement de l'ensemble du cerveau. Cette atrophie est mesurable en résonance magnétique cérébrale. On assiste à un élargissement des cavités ventriculaires, à l'élargissement des sillons du cortex et un amincissement de la substance blanche composée de gaines de myéline.

Il faut noter que la maladie peut toucher soit préférentiellement le cerveau, soit préférentiellement la moelle épinière, soit simultanément le cerveau et la moelle épinière.

En cas d'atteinte préférentielle de la moelle épinière, les troubles cognitifs seront bien évidemment moins marqués, voire absents. Les lésions les plus inflammatoires qui conduisent à la section des axones se voient en résonance magnétique sous la forme de « trous noirs » (en anglais, black holes).

Par ailleurs, nous savons de mieux en mieux que le cortex cérébral, composé des couches de différents neurones, est lui aussi attaqué dans la maladie. Il existe des fibres myélinisées dans ce cortex qui peuvent être démyélinisées par l'agression inflammatoire.

!! !! Au total, les troubles cognitifs seront surtout liés à l'atrophie cérébrale globale, à la présence de lésions dans le cortex, et à la présence des « trous noirs » décrits ci-dessus.

2. Les troubles cognitifs dans la sclérose en plaques

Les troubles cognitifs désignent tous les troubles de la connaissance, c'est-à-dire des fonctions intellectuelles et en particulier:

- **de la mémoire,**
- **du langage,**
- **de la concentration,**
- **de l'attention,**
- **de la vitesse de traitement de l'information,**
- **de la planification et l'exécution d'un projet,**
- **de la flexibilité mentale** et des processus inhibiteurs nécessaires pour maintenir son attention sur un sujet donné.

La plainte principale sera très souvent une impossibilité de suivre le rythme, de travailler aussi rapidement qu'auparavant, de garder en mémoire les informations récentes, de planifier les tâches à exécuter durant la journée ...

Ces troubles cognitifs peuvent être très sévères après une longue évolution de la maladie de plus de 20 ans. On estime que le nombre de personnes atteintes de sclérose en plaques avec des troubles cognitifs très sévères, semblables à ceux observés dans la maladie d'Alzheimer, est de l'ordre de 5 à 8 %. Il est évident que ces personnes n'ont malheureusement pas pu bénéficier de traitements précoces en début de maladie.

Par contre, on observe des troubles cognitifs légers à modérés, parfois difficilement détectables en début de maladie, chez 40 à 50 % des personnes souffrant de sclérose en plaques.

Il s'agit le plus souvent de troubles de la mémoire, de l'attention, et des capacités de concentration. Le langage reste relativement bien préservé.

Les troubles du langage doivent être différenciés des troubles articulatoires par mauvaise coordination des muscles oro-pharyngo-laryngés.

a) Les troubles de la mémoire : on devrait parler des mémoires et non de la mémoire car il s'agit de phénomènes complexes et différents.

⇒ Il existe une **mémoire implicite**, non verbalisable, qui concerne les procédures telles que nager, rouler à vélo, conduire sa voiture... Cette mémoire-là n'est pas atteinte dans la sclérose en plaques.

⇒ Il existe aussi une **mémoire explicite** déclarative dont on va différencier une mémoire à court terme (moins d'une minute) et une mémoire à long terme. Cette mémoire à long terme nécessite un encodage, un stockage, puis une récupération de l'information. Elle-même se subdivise en une **mémoire sémantique**, « encyclopédique », concernant tout ce que l'on a étudié et appris dans le passé d'une part, et une **mémoire épisodique** concernant les faits de sa vie propre et les épisodes que l'on a vécus, soit très récemment, soit dans le passé, d'autre part.

Dans la sclérose en plaques, des « morceaux » de mémoire épisodique peuvent être touchés, surtout pour les faits les plus récents. La mémoire à très court terme est mieux préservée.

b) Les troubles des fonctions exécutives sont les plus fréquents et les plus importants dans la sclérose en plaques.

1. Il s'agit d'abord de **troubles des mécanismes d'inhibition**. Ces mécanismes empêchent que des informations non pertinentes ne viennent perturber la tâche en cours. Il s'agit donc d'une capacité de concentration qui permet d'inhiber ou de rejeter des éléments non liés à l'activité en cours.

Si ces mécanismes sont perturbés, il y aura une difficulté de se concentrer, une distractibilité, un inachèvement de tâches en sautant d'une activité à l'autre, une fuite dans les idées. Au contraire, si une information très pertinente doit être prise immédiatement en considération, il faudra inhiber la tâche routinière en cours, donner priorité à cette nouvelle information, et y faire face.

2. Les fonctions exécutives peuvent être aussi perturbées par des **troubles de la flexibilité mentale**.

- ***La flexibilité mentale réactive*** : est la capacité de déplacer la cible de son attention d'une classe de stimuli à une autre.
- ***La flexibilité mentale spontanée*** : est la production spontanée d'un flux d'idées ou de réponses suite à une incitation.

Différents tests peuvent être utilisés pour tester ces phénomènes d'inhibition et de flexibilité mentale.

- Il y a par exemple le **test des couleurs de Stroop**: il s'agit d'abord de dire la couleur réelle d'un rectangle dessiné (vert, rouge ou bleu), ensuite de lire ces mêmes mots de couleur imprimés en noir, ensuite, et c'est le plus difficile, de dire la couleur avec laquelle sont imprimés les mots rouge, vert et bleu et qui ne correspond pas à la couleur désignée par le mot (rouge est écrit en vert, vert est écrit en bleu, bleu est écrit en rouge...).
 - Un autre test est le « **Trail making test** » : il s'agit de relier entre eux sur un dessin les chiffres 1, 2, 3, 4, 5, 6... puis ensuite de relier entre eux, dans la deuxième partie du test, le chiffre 1 à la lettre A, puis au chiffre 2, puis à la lettre B, puis au chiffre 3, etc... En cas d'atteinte des fonctions exécutives, dites frontales, la personne continuera dans la deuxième partie du test à relier les chiffres sans tenir compte des lettres. Il s'agit là d'un phénomène de « persévération ».
 - Un autre **test de flexibilité mentale** consiste à donner en un temps relativement court le plus grand nombre de mots commençant par une lettre imposée par l'examineur ou à donner le plus grand nombre d'une catégorie sémantique, par exemple le plus grand nombre de noms d'objets ou de noms d'animaux...
3. Enfin, il existe aussi des **troubles des capacités d'attention divisée**. L'attention divisée consiste en l'aptitude à distribuer nos ressources d'attention entre différentes tâches à exécuter simultanément. Un exemple peut être la prise de notes lors d'une réunion où plusieurs interlocuteurs parlent et discutent ensemble. Il faut écouter et écrire ce qu'ils disent en l'attribuant correctement à la personne qui parle. Tous ces tests vont être réalisés soit avec une plus grande lenteur, soit à une vitesse normale mais avec plus d'erreurs. Ces perturbations peuvent entraîner de grandes difficultés professionnelles.

3. Facteurs interférant ou exacerbant les troubles cognitifs

- ❖ Il est évident que **l'état de fatigue**, soit physique, soit psychologique, soit cognitive, peut aggraver les symptômes cognitifs. Il en va de même de l'anxiété où l'on focalise son attention sur un problème particulier unique.
- ❖ Les **états dépressifs** s'accompagneront d'un désintérêt pour l'entourage et les sources d'information, ainsi que d'un repli sur soi. Ils peuvent donc aussi **augmenter** apparemment les troubles cognitifs.
- ❖ **La somnolence diurne d'origine médicamenteuse** peut interférer avec les performances cognitives. **Une somnolence diurne** peut être aussi due à des mauvaises nuits, soit à cause de la présence de crampes, de spasmes, de douleurs, de besoins urinaires fréquents, d'un syndrome des jambes sans repos.
- ❖ Il est évident qu'il faut dès lors traiter la dépression, l'anxiété, les spasmes, le syndrome des jambes sans repos... par des médications spécifiques avant de mettre en cause les fonctions cognitives elles-mêmes.
- ❖ Une atteinte des fonctions cognitives peut être aussi liée à des **troubles du caractère induits directement par la maladie**. Il s'agit d'un sentiment de fragilité, de découragement, mais surtout d'impulsivité, d'une plus grande difficulté à contrôler ses émotions, de réactions exagérées à de petits contretemps ou à des petits conflits psychologiques banaux. Là aussi, une médication peut améliorer cette impulsivité et dès lors favoriser un meilleur rendement cognitif.

4. Prévention et traitement

Il vaut certainement mieux **prévenir** les troubles cognitifs que d'attendre leur installation.

- ❖ **La prévention de ces troubles passe par un traitement précoce de la maladie lorsqu'elle se manifeste sous forme de poussées et de rémissions.**
Pour que ce traitement précoce soit efficace, il faut bien évidemment une bonne adhésion au traitement et une bonne régularité dans la réalisation de ce traitement. Il faut aussi changer de traitement s'il y a des indications qu'il est insuffisant ou inefficace.
- ❖ **Par ailleurs**, il faut maintenir autant que possible une activité intellectuelle, sociale et culturelle pour augmenter ce qu'on appelle la « **réserve cognitive** », ce qui rend ainsi le cerveau plus résistant aux lésions provoquées par la maladie.

- ❖ Enfin, il est important de signaler que le **tabagisme** a un **impact négatif** sur la sclérose en plaques, et en particulier sur le nombre de lésions, sur l'atrophie cérébrale, sur l'évolution globale de la maladie. Il faut donc fortement conseiller **l'arrêt de la cigarette** chez les personnes atteintes de sclérose en plaques.
- ❖ Le traitement des troubles cognitifs nécessite d'abord leur diagnostic précis par un **examen neuropsychologique détaillé**.
- ❖ Les médications sont globalement **inefficaces** contre les troubles cognitifs, mais sont **importantes** pour atténuer les facteurs favorisants tels que dépression, insomnie, syndrome des jambes sans repos, ...
- ❖ C'est la **revalidation neuropsychologique** après un bilan réalisé en profondeur qui permettra au mieux de faire face à ces problèmes importants dans la vie quotidienne aussi bien privée et familiale, que professionnelle.

Professeur Sindic

II. « J'oublie tout, je n'arrive plus à me concentrer ... mais que se passe-t-il ? »

Gaël Delrue

Apport de la Neuropsychologie aux patients souffrant de sclérose en plaques

Parmi les symptômes liés à la sclérose en plaques, les problèmes de mémoire, d'attention, de langage, ou, en d'autres termes, les troubles cognitifs, restent souvent peu évalués, voire pas du tout, au cours de consultations neurologiques classiques.

Pourtant, nombre d'entre vous ont déjà éprouvé des difficultés de ce genre dans leur vie quotidienne. Ces difficultés sont variables et peuvent être plus ou moins fréquentes, plus ou moins invalidantes, survenir au niveau privé ou au niveau professionnel, ... Ces troubles peuvent ainsi participer au handicap subjectivement ressenti et nécessitent, en ce sens, une attention comparable aux autres symptômes, souvent plus apparents et donc plus directement abordés.

Tout comme mon intervention orale, ce texte ne se veut pas comme un cours de neuropsychologie ou un catalogue des tests le plus souvent administrés. Mes objectifs sont de sensibiliser patients et familles à l'existence potentielle de ces difficultés afin qu'elles soient mieux reconnues et donc mieux gérées au quotidien, de démystifier le bilan neuropsychologique sans en nier le côté anxiogène mais en le plaçant dans le cadre plus général d'évaluation de la personne et non pas uniquement dans un cadre d'évaluation d'un symptôme. Et enfin, de concrétiser ces conclusions en abordant les pistes de traitement non pharmaceutiques et les attitudes constructives à adopter face à ce type de troubles.

1. La Neuropsychologie

Dans ce cadre, une définition s'impose. **La neuropsychologie** est une discipline issue des Sciences Psychologiques, et non de la Médecine, mais qui se situe dans le champ des Neurosciences. « L'objet de la neuropsychologie est l'étude des relations entre le cerveau et les comportements. Dans ce cadre, elle se donne pour mission d'évaluer et d'améliorer les anomalies du fonctionnement cognitif consécutives à une souffrance cérébrale. L'objectif à terme est d'obtenir un meilleur bien-être pour le patient et son entourage. » (D. Le Gall et P. Azouvi)

Ainsi, **la neuropsychologie** s'intéresse globalement à la pensée que 'produisent' les neurones et aux comportements qui découlent de cette pensée. Sa mission comprend une évaluation par des tests des effets de lésions cérébrales sur ces capacités de pensées, comme le calcul ou la mémoire, et une tentative de rééducation de ces troubles observés.

Pour ce faire, on se base sur des modèles théoriques du fonctionnement cognitif normal, c'est à dire sans lésion ou dysfonctionnement cérébral. Ces modèles sont construits sur base d'expérimentations qui tentent de comprendre, par exemple, comment le cerveau parvient à retenir une liste de courses, pendant combien de temps au maximum, etc.

L'évaluation neuropsychologique doit permettre au neuropsychologue d'avoir un aperçu du fonctionnement cognitif du patient, de ce qui fonctionne bien et de ce qui fonctionne moins bien pour pouvoir, si besoin, proposer une rééducation adaptée.

Pour ce faire, le neuropsychologue dispose de différents tests parmi lesquels il doit choisir ceux qui lui permettront au mieux de détecter la présence ou non de difficultés de mémoire ou d'attention. Pour ce faire, le neuropsychologue compare les performances aux tests de son patient à celles d'un échantillon de personnes sans pathologie neurologique connue de la même tranche d'âge et du même niveau socioculturel que son patient. De manière simplifiée, **trois cas de figure** sont possibles :

a) Si la performance du patient est comparable à celle réalisée par la majorité des sujets sans pathologie neurologique connue ayant passé ce test, on considèrera la performance **comme dans les normes** et qui n'évoque pas la présence d'un trouble cognitif.

b) Si la performance du patient est comparable avec les moins bons des sujets sans pathologie neurologique connue, on considèrera la performance comme dans **les normes inférieures** et qui peut suggérer une **possible fragilité** dans le fonctionnement cognitif du patient mais qui peut simplement être un point faible, comme nous pouvons tous en avoir.

c) Finalement, si la performance du patient est inférieure à ce qui a été réalisé par les moins bons sujets sans pathologie neurologique connue ayant passé ce test, alors on considèrera sa performance comme **'déficiente'** et suggestive d'un trouble cognitif.

Il est important de mentionner ici que ce n'est pas un résultat déficitaire à un test neuropsychologique qui signe d'office la présence d'un trouble cognitif.

L'analyse du neuropsychologue doit bien évidemment commencer par cette analyse, test par test, mais doit par la suite la globaliser à tous les tests réalisés par le patient pendant l'examen neuropsychologique, mais également aux plaintes éventuelles exprimées par le patient dans les premiers moments de l'examen ou encore à sa manière de réagir face aux tests. Il faut en effet reconnaître que beaucoup de patients sont stressés par ce type d'évaluation, ce qui, bien évidemment, peut influencer leurs performances aux tests. Le premier contact entre le neuropsychologue et le patient est fondamental à ce niveau, car il doit permettre au neuropsychologue d'établir une relation de confiance entre lui et le patient, notamment en lui explicitant ce qu'il fait là, ce qu'il va devoir faire, ...

Sur base des données dont dispose le neuropsychologue après son bilan, il tentera d'identifier les situations de la vie quotidienne, qu'elles soient familiales ou professionnelles, dans lesquelles le patient est susceptible d'éprouver des difficultés en fonction de ses résultats aux tests.

Lorsque son cadre de travail le lui permet, le neuropsychologue peut proposer **une rééducation adaptée** au patient, afin de tenter de réduire les troubles ou d'en réduire les conséquences au quotidien. De manière à nouveau très schématique et simplificatrice, on peut identifier différentes stratégies pour parvenir à ces objectifs :

- **La stratégie de restauration** de fonction qui vise à l'amélioration de la fonction cognitive dysfonctionnelle par la répétition d'exercices ciblés de longueur et de difficulté croissantes.
- **La stratégie de compensation** qui vise à favoriser l'utilisation de fonctions cognitives intactes pour pallier à la fonction cognitive perturbée, et donc favoriser un mode de fonctionnement optimisant les ressources encore disponibles.
- **La stratégie de mise en place** d'aides externes, comme un carnet mémoire, qui permettent de compenser un dysfonctionnement cognitif.
- **La stratégie d'adaptation** de l'environnement pour le simplifier ou pour qu'il fournisse des indices.

2. La sclérose en plaques et la Neuropsychologie

Comme je l'ai déjà écrit plus haut, les troubles cognitifs peuvent être **un des nombreux symptômes** de la sclérose en plaques, avec des pourcentages variables selon le type d'évolution de la maladie ou la durée de la maladie. Ces troubles peuvent être légers, modérés ou plus invalidants, selon les cas, et leurs déterminants sont multiples.

L'évaluation neuropsychologique pour des patients atteints de sclérose en plaques, lorsqu'elle est réalisée, se réduit parfois à une seule épreuve, que l'on n'oublie pas lorsqu'on l'a passée une fois, le **PASAT**.

Ce test d'addition de chiffres à un rythme régulier est en effet considéré comme **'LA' mesure du fonctionnement cognitif** chez les patients atteints de sclérose en plaques. Pourtant, réduire le fonctionnement cognitif global d'une personne à une seule épreuve, relativement anxiogène de surcroît, est une aberration.

Des batteries de tests plus étendues existent mais restent des batteries brèves, administrables en un peu moins d'une heure, et comportant des épreuves parfois peu sensibles aux troubles légers. Finalement, le neuropsychologue dispose d'épreuves neuropsychologiques sensibles qu'il peut choisir en fonction de leur utilité pour tel patient et réaliser une séance de screening d'environ 2 heures ou, mieux encore, un bilan neuropsychologique de base plus complet, comprenant deux séances d'une heure trente à deux heures environ.

Vous le comprendrez aisément, plus le temps de testing augmente, plus le nombre de tests réalisés augmente, plus le bilan neuropsychologique est précis et utile pour comprendre le fonctionnement cognitif du patient. Néanmoins, des impératifs de coût imposent parfois un compromis sur base d'une analyse coût/bénéfice.

Bien que chaque patient soit différent, certains troubles neuropsychologiques sont plus couramment rencontrés dans le décours d'une sclérose en plaques. Parmi ceux-ci, citons **le ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, les difficultés de mémoire et les difficultés concernant les fonctions dites « exécutives ».**

➔ **Le ralentissement de la vitesse de traitement de l'information**, comme son nom l'indique, implique que, pour traiter une information particulière, le cerveau des patients présentant ce type de difficultés prend davantage de temps pour décoder les informations et donc les comprendre et les intégrer. En guise d'exemple, un tel ralentissement du traitement de l'information peut engendrer des difficultés à suivre un film sous-titré car on n'a pas assez de temps pour lire l'intégralité du sous-titre.

➔ **Les difficultés de mémoire** sont les plus intuitives à comprendre mais peuvent cependant toucher à la fois la mémorisation d'informations à long terme et la gestion simultanée d'informations multiples. Les difficultés de mémoire à long terme engendrent, par exemple, une lecture répétée d'un même livre en ne s'en rendant compte qu'après 5 ou 6 pages, ou encore l'oubli du contenu d'une conversation ou d'une réunion. Les difficultés à gérer simultanément des informations multiples, difficultés de mémoire de travail dans le jargon neuropsychologique, peuvent être illustrées par des difficultés à prendre des notes pendant une conférence ou à suivre une conversation avec plusieurs intervenants (réunion, souper, ...).

➔ Enfin, certains patients expriment être désorganisés dans leurs actions ou dans leur manière de raconter une histoire à quelqu'un, ou encore être vite distraits par les bruits environnants. Ces difficultés sont apparentées **aux fonctions « exécutives »**, c'est-à-dire les fonctions nécessaires à une personne pour s'adapter à des situations nouvelles, c'est-à-dire non routinières, et pour lesquelles il n'y a pas de solution toute faite.

Mais quel est donc l'intérêt de passer un bilan neuropsychologique ?

Il permet à votre neurologue, comme à vous-même, d'objectiver (ou non) une plainte que vous avez pu lui émettre en consultation et, comme tout autre symptôme, la présence de troubles cognitifs objectivés par un bilan neuropsychologique peut représenter un signe d'activité de la maladie.

Finalement, le bilan neuropsychologique lui permet également d'obtenir un indice d'évolution à long terme lorsque les résultats du bilan sont comparés à ceux obtenus lors d'un bilan antérieur. Au-delà de cet aspect évaluatif, un bilan neuropsychologique, s'il objective des troubles cognitifs, est également le point de départ potentiel pour une rééducation, lorsque celle-ci est possible dans le centre/hôpital que vous fréquentez.

Une telle rééducation se base bien évidemment sur vos plaintes principales et sur vos résultats aux tests neuropsychologiques mais prend également en compte votre état du jour ainsi que les événements de la vie quotidienne qui ont pu engendrer des difficultés spécifiques.

Le bon déroulement d'une rééducation dépend de manière fondamentale de la relation entre le neuropsychologue et le patient afin que tous deux travaillent de concert vers une amélioration significative du fonctionnement cognitif du patient.

L'évaluation et la prise en charge des troubles cognitifs revêtent une importance encore plus prégnante pour le patient lorsque la situation du travail est abordée. En effet, la présence de troubles cognitifs représente un des facteurs significatifs qui peut engendrer un arrêt de travail, qu'il soit provisoire ou non, suite aux conséquences négatives qu'ils peuvent entraîner.

A l'inverse, la réduction de ces troubles cognitifs a également été identifiée comme un des facteurs significatifs permettant une reprise du travail. Bien évidemment, ces données sont issues de recherches scientifiques et sur des bases statistiques qui paraissent souvent bien lointaines des préoccupations concrètes des patients. Et pourtant, il est facile de concevoir qu'oublier trop souvent les informations ou les consignes que votre patron ou collègue vous donne, par exemple, peut rapidement engendrer des mécontentements ou des erreurs significatives.

Au-delà de ces possibles erreurs, il est important également de mentionner la fatigue importante que peut engendrer la situation de travail. Et si cette fatigue peut être vécue comme davantage physique et liée à l'effort musculaire par exemple, ou relative à la gestion de situations stressantes, elle peut également être due aux troubles cognitifs. Ainsi, il est généralement nécessaire de pouvoir rester concentré pendant de longues périodes en situation de travail. Si vous éprouvez des difficultés attentionnelles, par exemple, maintenir

votre attention à un niveau suffisant pour ne pas commettre d'erreurs engendrera vraisemblablement une importante fatigue. Cette fatigue ne se manifestera peut-être pas sur le lieu de travail mais peut-être davantage le soir, à la maison, vous coupant parfois de la vie familiale 'normale', car vous devrez vous reposer.

3. Conclusions

De manière globale, il est clair que **la présence de troubles cognitifs participe, directement ou indirectement, au même titre que d'autres symptômes de la maladie, à une réduction de la qualité de vie des patients.** En ce sens, ces symptômes doivent être reconnus, évalués et si possible traités.

Mais même s'il n'y a pas de prise en charge par la suite, l'évaluation neuropsychologique en tant que telle se doit d'apporter certaines explications et réponses au patient. A mon sens, le patient doit pouvoir repartir, après un bilan neuropsychologique, avec des informations qui pourront l'aider à mieux s'adapter au quotidien.

La démarche de réaliser **un bilan neuropsychologique** peut provenir du patient lui-même, à partir du moment où il ressent un handicap en lien avec son fonctionnement cognitif. La famille ou les proches peuvent également suggérer un bilan, car ils peuvent parfois se rendre compte davantage de la présence de difficultés significatives. Il est bien évident, par ailleurs, que votre neurologue traitant représente un interlocuteur de premier ordre à ce niveau également, et qu'il pourra vous orienter au mieux dans vos démarches.

Pour conclure ce texte, je voudrais souligner **l'importance de la démarche explicative et de compréhension qui doit accompagner la réalisation d'un bilan neuropsychologique** afin que celui-ci puisse contribuer, à son niveau, à une meilleure prise en charge des patients atteints de sclérose en plaques.

Gaël Delrue