

## L'insuffisance cardiaque

**Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne**

### Le cas clinique

Souffrant d'insuffisance cardiaque depuis qu'une infection virale s'est attaquée à son cœur, la patiente de 35 ans s'oppose énergiquement à l'installation d'un stimulateur cardiaque (*pacemaker*) ou d'un défibrillateur. Il lui semble impensable qu'elle accepte un corps étranger dans sa poitrine. Ses médecins lui ont pourtant parlé de l'efficacité de ce traitement pour éviter les risques de mort subite (Burke, Hallas, Clark-Carter, White et Connelly, 2003) et de l'amélioration de sa qualité de vie (reprises de certaines activités, augmentation de la vitesse de marche, moins de contraintes dans l'absorption des liquides, réduction des hospitalisations).

Sa décision était teintée de révolte face aux limites associées à l'insuffisance cardiaque, limites que les gens vivent en moyenne plutôt vers 65 ans (Irvine et coll., 2010).

### La recherche le dit

L'acceptation de l'implantation d'un stimulateur cardiaque, tout comme l'adhésion aux traitements médicamenteux, est rendue plus difficile par la présence fréquente de dépression et d'anxiété chez ces patients. Quarante-huit pour cent des patients souffrant d'insuffisance cardiaque répondent au critère de la dépression à l'inventaire de la dépression de Beck (Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti, 2006). La dépression a un impact sur le cœur directement à travers la modification des niveaux de catécholamine et par une augmentation de l'activité hypothalamique pituitaire. Elle l'influence également par des changements comportementaux tels que le manque d'exercice, une faible capacité de profiter du soutien social et des facteurs alimentaires. Les désordres psychologiques sont associés à un plus haut taux de mortalité pour des problèmes cardiaques (Irvine et coll., 2010).

Environ le quart des patients ayant une coronaropathie rapporte une détresse psychologique. De 24 % à 87 % des patients rapportent une augmentation du niveau d'anxiété après l'implantation d'un stimulateur cardiaque et de 13 % à 38 % de ces patients rapportent des symptômes de trouble anxieux (Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti, 2006). Le changement de leur relation avec leur rythme cardiaque peut donner l'impression de ne plus avoir le contrôle sur leur corps et la possibilité de subir un choc imprévisible au moment de la réanimation par le défibrillateur intensifie le niveau d'anxiété de certains patients. Notons toutefois que certains auteurs nient toute différence entre les patients ayant subi l'implantation d'un stimulateur cardiaque et les patients traités par médication. La détresse psychologique pourrait être expliquée par l'histoire de leur maladie et l'ampleur de leurs symptômes (Burke, Hallas, Clark-Carter, White et Connelly, 2003). Ces auteurs suggèrent de se concentrer sur l'impact des symptômes de la maladie plutôt que sur celui de l'implantation d'un stimulateur cardiaque.

Dans le cadre d'une étude à répartition aléatoire de 96 patients ayant vécu l'implantation d'un stimulateur cardiaque, Irvine et ses collaborateurs (2010) rapportent que la plupart des participants ont qualifié l'intervention cognitivo-comportementale comme « très à extrêmement utile ». Cela favorise un taux de participation plus élevé. En plus de huit rencontres, les participants recevaient un document éducatif et un vidéo d'exercices de relaxation progressive et de relaxation basée sur la pleine conscience. Les participants se voyaient offrir des sessions supplémentaires si leur défibrillateur déclenchait un choc. Les symptômes de dépression et de stress post-traumatique avaient diminué lors d'un rappel à 6 et 12 mois. Deux des six stratégies cognitivo-comportementales utilisées étaient associées à de meilleurs résultats : la modification des pensées erronées et la correction des distorsions cognitives. Les interventions structurées, comme celles de l'approche cognitivo-comportementale, ont plus de succès dans la réduction de l'anxiété et de la dépression (Irvine et coll., 2010).

Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti (2006) ont élaboré un programme s'adressant aux personnes ayant vécu l'implantation d'un appareil d'assistance pour les troubles cardiaques. Identifié comme le

« modèle ABC », le programme comprend un module de suggestions éducatives et comportementales ainsi que des stratégies de *coping* efficaces. Les membres de la famille auront parfois aussi besoin d'encouragements et de stratégies de gestion du stress.

Les patients sont informés du rôle de l'appareil (régulariser le rythme cardiaque, enregistrer de l'information pour ajuster le traitement de façon optimale). Ils reçoivent des directives claires sur ce qu'ils doivent faire en cas de choc ou de chocs répétés (appeler le médecin, se rendre à l'hôpital). Ils sont également informés des risques de développer des comportements d'évitement, d'hypervigilance et des pensées catastrophiques.

L'équipe de soin demande au patient quelles sont les activités qui le font se sentir vivant et satisfait de sa vie. Ils souhaitent l'encourager à être actif, soulignant par exemple que l'activité sexuelle est équivalente à l'escalade d'un palier d'escalier. En dédramatisant la situation, cette information rassure le patient qui risquait de s'abstenir inutilement d'être actif sexuellement. L'activité physique favorise un meilleur moral, régularise les rythmes corporels, augmente le contrôle du poids et diminue le stress. À cela s'ajouteront des stratégies de relaxation comme la respiration abdominale et l'imagerie guidée. Le soutien social est impératif pour la réadaptation. Un membre de la famille ou un ami sera identifié pour encourager le patient à reprendre sa qualité de vie antérieure.

La modification des pensées contre-productives vers des pensées positives est un élément crucial de ce programme. Plutôt que se percevoir comme des victimes, les patients bénéficient du fait de se percevoir comme les survivants d'une maladie cardiovasculaire. Le rôle de victime met l'accent sur la perte et les limites, alors que celui de survivant met l'accent sur l'espoir et le futur, sur la fierté d'avoir fait les efforts nécessaires pour retourner à une qualité de vie satisfaisante plutôt que de vivre craintif sous la menace de ses limites. Les patients ayant une évaluation négative de leur qualité de vie et de leurs capacités courent de deux à trois fois plus de risque de développer un trouble panique (Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti, 2006).

La patiente dont nous avons parlé au début de cet article est devenue plus ouverte à l'implantation d'un appareil après un travail par imagerie mentale présentant l'appareil sous un jour positif. Nous lui avons suggéré que le fait d'avoir cette implantation était comparable à celui d'avoir une équipe de réanimation à proximité 24 heures par jour, pour le reste de sa vie. En lui demandant ce qu'elle dirait, après que son cœur se soit arrêté, si cette équipe médicale lui demandait : « Veux-tu qu'on attende 20 minutes ou préfères-tu qu'on t'aide immédiatement? », elle a répondu avec le sourire : « Oui, vu comme ça, il n'y a pas de doute. »

Quelques rencontres lui ont permis de travailler le deuil de sa santé physique « sans appareil » et de se réorienter sur la planification de la suite de sa vie, qui incluait dans son cas un mariage. Quelques mois plus tard, nous avons appris que son appareil lui avait sauvé la vie.

*Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.*

## Bibliographie

- Burke, L. L., Hallas, C. N., Clark-Carter, D., White, D. et Connelly, D. (2003). The psychosocial impact of the implantable cardioverter defibrillator : A meta-analytic review. *British Journal of Health Psychology*, 2003, 8, 165-178.
- Irvine, J., Stanley, J., Ong, L., Cribbie, R., Ritvo, P., Katz, J., Dorian, P., O'donnel, S., Harris, L., Cameron, D., Hill, A., Newman, D., Johnson, S. N., Bilanovic, A. et Sears, S. F. (2010). Acceptability of a Cognitive Behavior Therapy Intervention to Implantable Cardioverter Defibrillator Recipients. *Journal of Cognitive Psychotherapy; An International Quarterly*, Vol 24, No 4, 246-264.
- Sears, S. F., Stutts, L. A., Aranda, J. M., Handberg, E. M. et Conti, J. B. (2006). Managing Congestive Heart Failure Patient Factors in the Device Era. *Congestive Heart Failure*, 2006 Nov-Dec; Vol. 12 (6), pp. 335-40.