

Prise en charge du stress en réadaptation cardiovasculaire

RÉSUMÉ : Les “stressés” sont légion dans les services de réadaptation cardiovasculaire. L’expression clinique des désordres psychologiques après un événement cardiovasculaire est protéiforme, allant d’une anxiété (attendue et compréhensible) à un véritable syndrome de stress post-traumatique, conséquences d’une remise en question du sens, des valeurs et des buts de vie. Ce stress altère non seulement la qualité de vie, mais est également susceptible d’aggraver le pronostic. Il doit donc être évalué en s’appuyant, en particulier, sur le questionnaire d’évaluation du stress psychosocial élaboré par la Société Européenne de Cardiologie (ESC). Sa prise en charge en service de réadaptation cardiovasculaire est toujours multimodale. Elle fait appel à des moyens non spécifiques (psychothérapie de soutien ou plutôt sociothérapie d’aide par l’ensemble des personnels de réadaptation, groupe de parole entre patients, exercice physique) et parfois à des traitements spécifiques (médicamenteux et psychothérapeutiques selon les possibilités du service).



→ **B. PIERRE**

Service de réadaptation cardiaque,
centre IRIS, MARCY-L'ÉTOILE.
Faculté de médecine Lyon Sud-
Charles Mérieux, LYON.
CA groupe GERS de la SFC.

In'est guère de patients bénéficiant d'un programme de réadaptation cardiovasculaire qui ne soient “stressés” au sens commun, et d'ailleurs ambigu, du terme, la confusion étant fréquente entre agent(s) stressant(s) et réaction(s) inappropriée(s), propre(s) à l'individu, face à ce(s) agent(s).

Si le stress psychosocial est dorénavant reconnu comme un facteur de risque cardiovasculaire majeur, tout particulièrement depuis la publication de l'étude INTERHEART, largement médiatisée (*Lancet*, 2004), la littérature foisonne de publications montrant qu'en retour, un événement ou un accident cardiovasculaire engendrent très fréquemment des désordres psychologiques de gravité variable. Selon certaines études de référence [1-7] :

- le syndrome dit d'épuisement (irritabilité, perte d'énergie, dépression de la thymie) touche 30 à 60 % des coronariens ;
- après un syndrome coronaire aigu (SCA), 20 % des patients souffrent de troubles psychiques ;

- 10 % des coronariens se sentent déprimés ;
- 50 % des insuffisants cardiaques présentent des épisodes dépressifs et/ou d'anxiété ;
- après un geste de revascularisation myocardique, on retrouve 60 % d'anxiété, 30 % de dépression et même 20 % de syndrome de stress post-traumatique (asthénie, cauchemars, conduites d'évitement, *flash-back*) ;
- le risque relatif de suicide dans le mois suivant un SCA, que le patient ait ou non un passé psychiatrique, avoisine 3.

Consciemment ou non, l'événement cardiovasculaire conduisant un patient en réadaptation cardiovasculaire aura un effet perturbateur sur le sens, les valeurs et les buts de vie, pouvant occasionner une remise en question, à la recherche de moyens d'adaptation et conduisant à de nouveaux buts de vie. La persistance des désordres psychologiques, conséquences de l'événement cardiovasculaire, sera cause non seulement d'une altération de la qualité de vie, mais aussi

LE DOSSIER

Cœur et stress

potentiellement d'une détérioration du pronostic cardiovasculaire. La persistance d'un syndrome de stress post-traumatique, 1 à 3 ans après un SCA, double le risque de récurrence [8].

Aussi, face à toutes ces preuves accumulées, l'ESC a-t-elle produit des recommandations en 2012, invitant les cardiologues à détecter, et à prendre en charge le stress et les facteurs psychosociologiques [9]. Une fois la pathologie cardiovasculaire constituée, le service de réadaptation paraît, à l'évidence, le lieu le mieux adapté à la prise en charge de ses conséquences psychologiques. En effet, cette prise en charge ne pourra être qu'ébauchée lors de l'hospitalisation (de plus en plus courte) contemporaine de la phase aiguë ; le suivi par le médecin et le cardiologue traitants ne pouvant qu'appuyer, encourager, tenter de pérenniser le travail précédemment entrepris en service spécialisé de réadaptation cardiovasculaire. La prise en compte et la gestion du stress, des désordres psychologiques des patients font partie intégrante des missions que s'assignent les cardiologues-réadaptateurs dans une démarche globale, positive et pluridisciplinaire, en étant vigilants pour deux catégories de population particulièrement touchées : les femmes et les jeunes.

Stratégie de gestion du stress

La mise en place d'une stratégie de gestion du stress passe tout d'abord par une bonne évaluation individuelle avant l'utilisation de moyens appropriés.

Il est vrai que le stress est de prime abord plus difficile à évaluer et à quantifier que la hauteur du LDL-cholestérol, de la pression artérielle ou que le nombre de paquets/années chez le fumeur. Les études classiques de "stress objectif" sont certainement moins pertinentes que les échelles de "stress subjectif". L'écoute de chacun des membres de

l'équipe soignante de réadaptation sera, à ce sujet, d'un grand intérêt, les patients se confiant différemment au médecin, à l'infirmière, au psychologue, au kinésithérapeute, à l'aide-soignant hospitalier (ASH)...

Il existe de nombreux questionnaires (tous imparfaits) d'évaluation de l'anxiété et de la dépression (HAD en version complète ou courte, SF-36, Cohen, Spielberger, PHQ-9, PHQ-2...). Cependant, le questionnaire d'évaluation du stress psychosocial élaboré par l'ESC dans ses dernières recommandations de prévention [9], comportant 7 rubriques et 15 questions, est court, simple d'utilisation et mérite d'être utilisé préférentiellement (**tableau I**). Toutes ces échelles n'ont, bien sûr, qu'une valeur indicative, relative, méritant d'être affinée, précisée et discutée en équipe.

Pour les patients appelés à reprendre leur activité professionnelle (un des marqueurs de "guérison"), il conviendra d'évaluer le poste de travail, l'atmosphère au sein de l'entreprise, le désir, mais aussi le stress de la reprise (para-

mètres fondamentaux quant au pronostic de reprise professionnelle).

L'évaluation des buts et des valeurs de vie est fondamentale. Trois questions simples peuvent être posées :

- en quoi votre pathologie cardiovasculaire perturbe-t-elle les fondamentaux de votre vie ?
- l'attitude de votre entourage depuis l'événement cardiovasculaire vous oblige-t-elle à modifier ce qui est fondamental pour vous, et en souffrez-vous ?
- l'attitude de votre milieu professionnel à votre égard depuis l'événement cardiovasculaire vous oblige-t-elle à modifier ce qui est fondamental pour vous, et en souffrez-vous ?

Enfin, l'évaluation sociale est non moins nécessaire : liens professionnels et amicaux, activités associatives. Quelles sont les relations de couple, avec les enfants, dans la fratrie ?

Les moyens d'action

Il ne s'agit pas de "psychiatriser" la réadaptation, même si, dans certains cas, le

Statut socio-économique	1. Quel est votre niveau d'études ? 2. Êtes-vous travailleur manuel ?
Stress familial et professionnel	1. Avez-vous une possibilité de contrôler votre demande de travail ? 2. Estimez-vous être normalement récompensé pour votre investissement au travail ? 3. Avez-vous des problèmes sérieux dans votre relation de couple ?
Isolement social	1. Vivez-vous seul ? 2. Avez-vous une personne à qui vous confier ?
Dépression	1. Vous sentez-vous triste, déprimé ou sans espoir ? 2. Avez-vous perdu de l'intérêt et du plaisir à vivre ?
Anxiété	1. Vous sentez-vous souvent nerveux, anxieux ou "à cran" ? 2. Êtes-vous souvent incapable de mettre fin ou de contrôler une préoccupation ?
Hostilité	1. Vous mettez-vous souvent en colère pour des choses banales ? 2. Êtes-vous souvent irrité par le comportement des autres ?
Personnalité de type D	1. Êtes-vous généralement, anxieux, dépressif ou irritable ? 2. Évitez-vous de partager vos idées et vos émotions avec les autres ?

TABLEAU I : Questionnaire d'évaluation du stress psychosocial adapté du modèle de l'ESC.

psychologue (voire le psychiatre) peut avoir une place essentielle dans la prise en charge multidisciplinaire. Il faut distinguer les moyens non spécifiques des traitements spécifiques.

1. Moyens non spécifiques

>>> Une psychothérapie dite de soutien, ou plutôt une sociothérapie d'aide, effectuée par l'ensemble des personnels auprès d'un patient stressé, perturbé, est évidemment fondamentale. Les différentes techniques rééducatives à elles seules ne peuvent suffire. L'écoute, le temps passé auprès du patient, une attitude "raisonnablement compassionnelle" de la part de chacun des membres du service de réadaptation sont un apport considérable. Les patients sont sensibles et rassurés s'il existe une bonne "atmosphère", une absence de conflit au sein de l'équipe soignante où chacun(e) apporte sa contribution, en prenant garde de ne pas délivrer de messages contradictoires.

>>> Les échanges entre patients dans les ateliers de rééducation à l'effort en groupes de niveau, d'âge, de pathologie, peuvent être précieux (ce sont parfois de véritables "groupes de parole" spontanés); à charge pour les soignants de repérer de possibles déviances délétères dans les propos de tel ou tel.

>>> L'exercice physique, le réentraînement à l'effort (pilier majeur de la prise en charge en réadaptation cardiovasculaire) ont un rôle clé dans la gestion du stress psychosocial. Sans être la drogue miracle, l'exercice physique est sans doute le "médicament" le plus puissant dans l'arsenal thérapeutique du cardiologue. Il engendre de nombreuses réactions biophysiologicals et permet une réduction de la réponse au stress mental, une baisse de la sécrétion et de la sensibilité à l'adrénaline, une augmentation de l'activité parasympathique (véritable antidote au stress), une amélioration de la sécrétion de facteurs de croissance, de

la neurogenèse au niveau de certaines zones du "cerveau émotionnel" (hippocampe), source d'une amélioration de la thymie, d'une réduction du stress post-traumatique et du stress chronique. L'exercice physique devra donc être prescrit sans exception, en tenant compte d'éventuelles restrictions liées à la pathologie cardiaque elle-même ou à des comorbidités, non seulement pendant la phase 2 de la réadaptation mais au-delà et à jamais (grand défi de la prévention secondaire, qu'elle soit psychologique ou cardiologique!).

2. Les traitements spécifiques

>>> Les traitements médicamenteux (anxiolytiques, antidépresseurs), très prisés des Français, ne peuvent être qu'un complément s'intégrant dans la prise en charge globale. Ils doivent être prescrits de façon non systématique, pour une durée la plus brève possible. En effet, il n'existe aucune étude prouvant la réduction du surrisque cardiovasculaire et de mortalité dû au stress, à l'anxiété, à la dépression, par leur utilisation. Le risque de dépendance doit, bien sûr, toujours être pris en compte.

>>> Les prises en charge psychothérapeutiques sont du ressort du psychologue, dont la présence est nécessaire dans un service de réadaptation selon les recommandations de la SFC de 2012 [10], et doivent être déterminées après un entretien individuel et en fonction des possibilités du service. Le temps de la réadaptation étant court, un relais pourra parfois être proposé par des praticiens de ville.

Cette prise en charge peut être collective: groupes de parole, relaxation psychocorporelle (training autogène de Schultz, relaxation progressive de Jacobson), techniques de maîtrise de la respiration (dont celles utilisant la cohérence cardiaque). La sophrologie effectuée par un professionnel formé peut parfois être dispensée en groupe, de même que

les techniques de méditation en pleine conscience (programmes MBSR ou MBCT).

Les techniques cognitives et comportementales ne s'attaquent pas aux causes du stress, mais permettent la mise en place de réactions comportementales plus adaptées dans un contexte de stress, en améliorant l'estime de soi.

L'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), à disposition depuis 1987, est le traitement de choix des syndromes de stress post-traumatique, efficace dans 70 % des cas. Le thérapeute spécialisé fait revivre au patient l'événement traumatisant en le faisant accompagner de mouvements oculaires spécifiques.

L'hypnose peut parfois être utilisée, en particulier dans les sevrages tabagiques difficiles chez des patients très stressés.

La prise en charge du stress en service de réadaptation cardiovasculaire, aussi délicate, plurifactorielle et imparfaite qu'elle puisse paraître, est un impératif, validé par de nombreuses publications et méta-analyses. Il s'agit d'une véritable "poly-pill non pharmacologique", réduisant non seulement la souffrance psychique, le niveau de risque cardiovasculaire global mais améliorant aussi la qualité de vie, l'observance, certains paramètres métaboliques et permettant, *in fine*, de réduire significativement la morbi-mortalité et les coûts de santé [11, 12].

Bibliographie

1. KOP WJ, APPELS AP, MENDES DE LEON CF *et al.* The relationship between severity of coronary artery disease and vital exhaustion. *J Psychosom Res*, 1996;40:397-405.
2. STRIKE PC, STEPTOE A. Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Prog Cardiovasc Dis*, 2004;46:337-347.
3. RUTLEDGE T, REIS VA, LINKE SE *et al.* Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardio*, 2006;48:1527-1537.

LE DOSSIER

Cœur et stress

4. STOLL C, SCHELLING G, GOETZ AE *et al.* Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2000;120:505-512.
5. RYMASZEWSKA J, KIEJNA A, HADRYŚ T. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *Eur Psychiatry*, 2003;18:155-160.
6. SCHELLING G, KILGER E, ROOZENDAAL B *et al.* Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biol Psychiatry*, 2004;55:627-633.
7. LARSEN KK, AGERBO E, CHRISTENSEN B *et al.* Myocardial infarction and risk of suicide: a population-based case-control study. *Circulation*, 2010;122:2388-2393.
8. SHEMESH E, YEHUDA R, MILO O *et al.* Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosom Med*, 2004;66:521-526.
9. PERK J, DE BACKER G, GOHLKE H *et al.* European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*, 2012;33:1635-1701.
10. PAVY B, ILIOU MC, VERGÈS-PATOIS B *et al.* French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. *Arch Cardiovasc Dis*, 2012;105:309-328.
11. PIERRE B, HOUPPE JP, CHAMOIX A *et al.* Cœur et travail. Éd. Frison-Roche, Paris, 2013;137-172.
12. HOUPPE JP. Prendre soin de son cœur. Introduction à la psychocardiologie. Éd. Dunod, Paris, 2015.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Praluent

Sanofi et Regeneron Pharmaceuticals annoncent que la Commission européenne (CE) a délivré une autorisation de mise sur le marché à Praluent (alirocumab) dans le traitement de l'hypercholestérolémie caractérisée par un taux élevé de LDL. Praluent est proposé dans un stylo prérempli à dose unique (75 ou 150 mg) que les patients s'auto-administrent en injection unique de 1 mL une fois toutes les deux semaines.

La CE a approuvé Praluent dans le traitement de l'hypercholestérolémie primitive ou de la dyslipidémie mixte de l'adulte en complément d'un régime alimentaire :

- en association avec une statine, ou avec une statine combinée à d'autres hypolipémiants chez les patients ne parvenant pas à atteindre leur objectif en matière de LDL-cholestérol avec une statine à la dose maximale tolérée ;
- en monothérapie ou en association avec d'autres hypolipémiants chez les patients intolérants aux statines ou présentant une contre-indication aux statines.

L'effet de Praluent sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires n'a pas encore été évalué.

Cette AMM repose sur les données de 10 essais cliniques pivots de phase III faisant partie du programme ODYSSEY, dont cinq étaient *versus* placebo et cinq *versus* ézétimibe. Les données montrent des réductions uniformes et robustes du taux de LDL-cholestérol chez les patients traités par Praluent comparativement au placebo ou à l'ézétimibe, en complément d'un traitement standard qui incluait des statines à la dose maximale tolérée.

Ce médicament est soumis à une surveillance supplémentaire. Cela permettra l'identification rapide de tout problème de sécurité. Les professionnels de santé sont invités à rapporter toute réaction indésirable suspecte.

J.N.

D'après un communiqué de presse des laboratoires Sanofi et Regeneron Pharmaceuticals.