

Etat de stress post-traumatique et cardiopathie
Quelle intervention de la psychocardiologie?
Berkouche Faiza / Boumazouza Nassima
Université Alger2

«Le cœur, symbole du courage, de l'intuition, de l'amour,
est avant tout un bijou technologique. C'est un organe très résistant,
mais notre mode de vie moderne le fragilise »

Jean –pierre Houppe

Résumé :

Nous voulons à travers ce article aborder l'importance de la psycho cardiologie comme nouvelle spécialisat issue de la mère psychologie de la santé .La psycho cardiologie est l'étude des aspects psychopathologiques des maladies cardiovasculaires mais aussi l'intervention du psycho cardiologue dans la prise en charge pluridisplinaire des patients souffrants des maladies cardiaques. Le stress post-traumatique est l'une des conséquences des cardiopathies. Le psycho cardiologue est indispensable dans ce protocole de prise en charge.. médicale et psychologique.

Mots-clés: Etat de stress post-traumatique, cardiopathie, intervention, psychocardiologie.

Introduction :

Ces trente dernières années, les résultats de nombreuses recherches tendent à démontrer que la survenue d'un événement cardiovasculaire aigu, tel que l'infarctus du myocarde, peut être à l'origine du développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le stress post-traumatique est à la fois un facteur de risque et un facteur pronostique des cardiopathies. La situation se complique du fait que la survenue même d'une maladie coronaire, d'un infarctus ou de tout autre situation cardiaque ayant entraîné un risque mortel (réel ou imaginaire) peut être le déclencheur d'un tableau de stress post-traumatique comme peut l'être un attentat, une agression ou un viol.

La maladie cardiaque est une maladie grave à pronostic potentiellement létal, et l'entrée dans cette maladie se fait dans un contexte de crise. De ce fait,

le psychologue peut, en instaurant un cadre thérapeutique suffisamment contenant, aider le sujet souffrant de cardiopathie à laisser s'exprimer son anxiété, son mal-être, ses difficultés et lui permettre de se remettre à penser, penser sa maladie et se penser, tout en respectant ses mécanismes défensifs.

Dans ce cadre, le rôle du psychologue serait de les aider à mobiliser leurs ressources psychiques et de leur permettre de s'approprier cet événement déclencheur (accident coronarien ou annonce de diagnostic), d'élaborer à partir de ce qui est perçu comme injuste, pour justement lui donner, lui trouver, un sens, une signification.

1. Qu'est-ce que la psychocardiologie ?

La psychocardiologie est une discipline récente dont le nom est apparu dans les revues scientifiques il y a environ sept ou huit ans. La cardiologie quant à elle est la discipline où l'on a le plus démontré le rôle de tous les facteurs psychiques dans le déclenchement et l'aggravation de la maladie, en particulier tout ce qui est pathologie cardiaque coronaire.

Dans psychocardiologie, il y a deux aspects, d'une part le risque de déclenchement et d'aggravation de la maladie, d'autre part la prise en charge de la souffrance psychique lors de la survenue d'un accident cardiaque. La psychocardiologie représente vraiment un changement de paradigme, on n'est plus dans une médecine biologique et physiologique mais dans une intégration biopsychosociale. (Houpe, 2015)

2. La vie actuelle et les cardiopathies :

Stressé, fatigué, épuisé, vidé, choqué, traumatisé ? Ces adjectifs sont utilisés tellement fréquemment qu'ils semblent faire partie intégrante de la vie. Le phénomène a d'ailleurs pris une ampleur telle qu'il ne se passe pas une journée sans que nous nous y référions pour expliquer nos états d'âme, notre santé, nos tracas passagers, nos échecs ou encore les comportements de nos semblables. Depuis l'appropriation de ces qualificatifs par le langage populaire, il n'est plus possible aujourd'hui de parler de problèmes humains sans y faire allusion. Les journaux, la radio et, de manière encore plus manifeste, la télévision, nous rappellent constamment qu'ils sont la cause de tous nos maux et qu'il faut lutter contre eux pour atteindre le bonheur. (Boudhoukha, 2020)

Classiquement, l'infarctus était une maladie d'homme. Cela a changé. Les maladies cardiaques et vasculaires tuent désormais davantage de femmes que d'hommes. Les femmes âgées meurent plus de maladies cardiovasculaires que du cancer. Par ailleurs, alors que cela était exceptionnel il y a vingt ans, l'infarctus tue aujourd'hui beaucoup de femmes jeunes : en l'espace de quinze ans, l'infarctus a été multiplié par quatre chez les femmes de 40 à 50 ans.

Il s'agit là d'un vrai fait de société dû aux transformations de l'existence de femmes souvent isolées, divorcées, responsabilités de l'éducation des enfants, et victimes d'une certaine précarité. Cette évolution confirme que l'infarctus du myocarde peut être provoqué par un excès de cholestérol, mais aussi par des causes psychiques et sociales. (Houpe, 2019)

3. C'est quoi un état de stress post-traumatique ?

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) se développe généralement après qu'une personne ait été témoin ou ait vécu un événement traumatique ; ou encore lorsqu'une personne dont on est proche a vécu un événement traumatisant. Une quantité croissante de preuves indiquent que les personnes présentant des troubles mentaux graves ont plus de risque de développer un TSPT en raison du risque accru de traumatismes durant leur enfance et à l'âge adulte.

On estime qu'environ un tiers des individus atteints de troubles mentaux graves souffrent également de TSPT. Un certain nombre d'interventions psychologiques sont disponibles pour le traitement du TSPT, interventions qui sont collectivement connues sous le nom de «interventions psychologiques ciblées sur le traumatisme». (Sin, Spain, Frutra, Murelles, Norman, 2017)

Le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) décrit l'état de stress post-traumatique comme un désordre anxieux. Pour qu'il y ait PTSD, il faut que la victime ait été exposée à une menace de mort, de graves blessures ou un viol. La personne ayant un PTSD peut avoir directement subi l'évènement traumatisant. Elle peut apprendre que ce sont des proches qui ont vécu ce traumatisme, peut être témoin du traumatisme ou peut être exposé à des détails traumatisants de l'évènement (American Psychiatric Association, 2013). La personne peut avoir à ce moment la symptomatologie suivante :

- **Intrusion** : phénomène qui englobe les souvenirs spontanés de l'évènement traumatique, les rêves récurrents ayant trait au traumatisme, les flash-backs ou d'autres stress psychologiques intenses ou prolongés.

- **Évitement** : phénomène de retrait ayant pour cause des souvenirs pénibles, des ressentis ou des rappels extérieurs de l'environnement.

- **Humeur et cognition négatives** : ressentis allant d'un sens permanent et distordu de sa propre faute ou de celle des autres, au détachement des autres ou à une diminution marquée de l'intérêt porté aux activités et à l'incapacité de se souvenir des éléments importants de l'évènement.

- **Hyperactivité neurovégétative** : comportements agressifs, téméraires ou autodestructeurs, perturbations du sommeil, hyper-vigilance ou des problèmes associés. (Martignier, 2015)

4-Le lien entre l'état de stress post-traumatique et les cardiopathies :

Selon Jean – Pierre Houpe : « Nos émotions peuvent nous briser le cœur. Le stress favorise l'infarctus, qui peut engendrer un syndrome de stress post-traumatique, lui-même facteur déclenchant d'infarctus : un véritable cercle vicieux !" »

Le stress post-traumatique est à la fois un facteur de risque et un facteur pronostique coronarien. La situation se complique du fait que la survenue même d'une maladie coronaire, d'un infarctus ou de tout autre situation cardiaque ayant entraîné un risque mortel (réel ou imaginaire) peut être le déclencheur d'un tableau de stress post-traumatique comme peut l'être un attentat, une agression ou un viol. (Houpe, 2017)

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est lié à la fois à une altération du fonctionnement physiologique et à de moins bons résultats en matière de santé cardiovasculaire, notamment un risque accru de maladie cardiovasculaire et de mortalité cardiovasculaire. (Bourassa, Hendrickson, Reger, Norr, 2021)

Ces trente dernières années, les résultats de nombreuses recherches tendent à démontrer que la survenue d'un événement cardiovasculaire aigu, tel que l'infarctus du myocarde, peut être à l'origine du développement de symptômes de stress post-traumatique (SSPT) ou d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui, à leur tour, participent à une altération de la qualité de vie, de la santé psychique et contribuent à accroître le risque d'événements cardiovasculaires indésirables et de mortalité. (Jacquet-Smailovic, Tarquinio C, 2020).

5. Quels liens entre stress et infarctus ?

Une équipe américaine a publié une étude en 2017 pour observer la manière dont l'amygdale du cerveau émotionnelle fonctionne chez des personnes stressées en le corrélant au risque d'infarctus. On a découvert que parmi les facteurs de la maladie il y a le stress, l'anxiété, la dépression, la colère, la solitude, le manque de contacts sociaux, notre origine (rapport avec les parents), l'endroit où on vit...C'est un modèle biopsychosocial. Ce que nous vivons avec la crise de la Covid est l'archétype de ce modèle. Le virus est l'aspect biologique ce qui entraîne des phénomènes sociaux et psychologiques. L'anxiété majore le risque de mortalité. (Houppé, 2015)

6. L'infarctus du myocarde : un événement potentiellement traumatique :

L'infarctus du myocarde est l'une des plus fréquentes maladies cardiovasculaires (MCV). Il s'agit de la mort de cellules du muscle cardiaque (le myocarde) lorsqu'une artère du cœur est bloquée et qu'une partie du muscle cardiaque ne reçoit plus d'oxygène et de nutriments. Sa sévérité est déterminée par l'étendue de la zone atteinte.

L'infarctus du myocarde est un événement menaçant, imprévisible et incontrôlable pour les individus qui en sont victimes. Plus de la moitié des victimes sont au repos lors de l'apparition des symptômes (51%) alors que d'autres sont engagés dans une activité physique soutenue (13%), modérée ou légère (18%). L'infarctus du myocarde peut également survenir au travail ou en cours d'intervention chirurgicale.

Les conséquences psychologiques de l'infarctus du myocarde sont multiples. Elles incluent l'État de Stress Post-Traumatique, la dépression, l'anxiété, l'irritabilité, la colère, l'Insomnie, les cauchemars, les difficultés de concentration, la dysphorie, l'apathie, le sentiment de culpabilité, le découragement face à la perte de capacités et le déni de la maladie cardiaque, Ces manifestations sont fréquentes et disparaissent souvent après quelques jours bien qu'elles s'avèrent sévères et persistantes dans certains cas. Le degré de

sévérité objective de l'infarctus du myocarde ne semble pas être relié au développement de difficultés psychologiques. (Roberge, 2007)

7. Le rôle du psychologue dans le service de cardiologie :

La maladie cardiaque est une maladie grave à pronostic potentiellement létal, et l'entrée dans cette maladie se fait dans un contexte de crise. De ce fait, le psychologue peut, en instaurant un cadre thérapeutique suffisamment contenant, aider le sujet souffrant de cardiopathie à laisser s'exprimer son anxiété, son mal-être, ses difficultés et lui permettre de se remettre à penser, penser sa maladie et se penser, tout en respectant ses mécanismes défensifs.

Il va s'agir de présenter ici une manière, parmi d'autres, d'aborder la prise en charge psychothérapeutique des patients hospitalisés pour maladie cardiaque, que ce soit à la suite d'un infarctus du myocarde, d'une opération valvulaire, d'un début d'arythmie, d'une implantation d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque, etc. Cette prise en charge vise une appropriation, une acceptation, par le patient de sa maladie. (Marchetti, 2007)

Ainsi, le psychologue travaillant en cardiologie peut proposer un accompagnement des patients cardiaques dans ce travail de la maladie. Dans ce cadre, le rôle du psychologue serait de les aider à mobiliser leurs ressources psychiques et de leur permettre de s'approprier cet événement déclencheur (accident coronarien ou annonce de diagnostic), d'élaborer à partir de ce qui est perçu comme injuste. (Marchetti, 2007)

-Travail autour du corps :

Pour tous ces patients dont les actes chirurgicaux ont entraîné une altération et- ou une déstructuration de leur schéma corporel, il s'agissait de proposer un travail d'élaboration autour de leur corps, de l'image et des représentations qu'ils en ont, afin de reconstruire leur schéma corporel, qui intégrera leurs transformations, les objets implantés (valve, défibrillateurs cardiaques, greffon) qui feront partie intégrante de leur nouvelle identité corporelle.

Les objectifs de ce travail d'élaboration de la maladie sont multiples. D'une part, il s'agit de favoriser un retour à un fonctionnement psychique adéquat (en pouvant se positionner dans le temps et dans l'espace par rapport à l'arrivée de la maladie), une restauration des sentiments identitaires et d'estime de soi, avec une objectivisation de la maladie, mais aussi une reconnaissance psychique de l'événement biologique qu'est la maladie (Pardinielli, 1994). D'après cet auteur, le travail de la maladie permet également aux patients de s'approprier ce phénomène de maladie, mais aussi de se réapproprier leur corps.

(Marchetti, 2007)

8. La prise en charge psychologique des cardiopathies :

Selon Jean-Pierre Houppé, médecin spécialiste en cardiologie, que l'annonce d'un diagnostic, la survenue brutale d'un infarctus ou une intervention cardiaque provoquent parfois un syndrome de stress post-traumatique. La rencontre avec la mort, qu'elle soit réelle ou fantasmée, ne peut être classée dans les souvenirs neutres. Le patient revit en permanence la scène, il en rêve... Je

préconise alors l'EMDR, qui guérit souvent en quelques séances. Cette technique, par ses mouvements alternatifs, facilite la « cicatrisation cérébrale ». Elle déplace le souvenir du cerveau limbique au cerveau cognitif. Après un infarctus ou une opération, je demande toujours à mes patients comment ils se sentent psychologiquement. Je m'appuie pour cela sur un questionnaire réalisé par la Société européenne de cardiologie. Je recommande aussi l'hypnose pour lutter contre le tabagisme, et la méditation en pleine conscience en cas de surpoids : deux facteurs de risque importants. Restent ceux contre lesquels nous ne pouvons pas agir : l'hérédité, l'âge, le sexe... En nombre absolu, les femmes paient un plus lourd tribut que les hommes, mais elles sont touchées plus tardivement. Cela dit, l'infarctus frappe de plus en plus les femmes jeunes : elles sont souvent surmenées, stressées entre leur travail et les tâches ménagères, élèvent parfois seules leurs enfants, fument toujours autant... En quinze ans, l'infarctus de la femme de moins de 50 ans a été multiplié par cinq ! À juste titre, elles sont très sensibilisées au risque de cancer du sein, mais il faut aussi leur dire de protéger leur cœur et leurs artères. En Europe, une femme sur huit est victime d'un cancer du sein, alors qu'une sur trois meurt d'un infarctus ou d'un accident vasculaire cérébral. (Lanchon, 2018)

Les méthodes psychothérapeutiques sont également des outils indispensables pour la prise en charge du stress. Les techniques sont nombreuses. Certaines s'appuient beaucoup sur un travail corporel (relaxation corporelle, techniques de respiration, sophrologie, training autogène) ; d'autres sont plus psychiques (hypnose ericksonienne, thérapies cognitivo-comportementales ou TCC, méditation en pleine conscience) ; enfin, certaines sont mixtes comme la cohérence cardiaque ou l'EMDR (Eyes Motion Desensitization and Reprocessing). Les thérapies curatives les mieux validées sont les TCC, la méditation en pleine conscience] et l'EMDR, particulièrement dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique.

Le but de ces différentes méthodes est d'améliorer la flexibilité du patient, c'est-à-dire d'augmenter ses possibilités d'adaptation face à des situations potentiellement stressantes et ceci, grâce à des outils facilement utilisables dans les circonstances de la vie courante. La psychothérapie favorise au niveau cérébral la restructuration cognitive (voir le verre à moitié plein au lieu de le voir à moitié vide) et au niveau sous-cortical, une diminution de l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire, du système sympathique et une activation du système parasympathique. (Houpe, 2017)

L'efficacité des méthodes de prise en charge psychothérapeutique a été étudiée dans plusieurs méta-analyses. Toutes les études prouvent leur efficacité sur les paramètres psychologiques et les résultats sur la mortalité cardiovasculaire sont positifs avec une réduction du risque de mortalité et de récurrence d'infarctus du myocarde qui peut atteindre 40 % à 5 ans. La conjonction d'une prise en charge par l'activité physique et les psychothérapies, comme cela peut être effectué dans les centres de réadaptation cardiaque, est encore plus bénéfique. Ce type d'intervention permet également une réduction des coûts de

santé par diminution de la consommation de psychotropes et la baisse des ré-hospitalisations.

(Houpe, 2017)

Conclusion :

L'état de stress post-traumatique est un type de trouble anxieux initié par une exposition à un événement traumatisant comme la guerre, les catastrophes naturelles, l'agression sexuelle ou la violence. Les symptômes communs incluent les cauchemars, l'évitement des souvenirs de l'événement, une fréquence cardiaque et une pression artérielle élevée. Chaque année, plusieurs millions de personnes dans le monde connaissent un syndrome coronarien aigu. Pour cela la psychocardiologie a un rôle important dans la prévention, Le but de ces différentes interventions psychologiques est d'améliorer la flexibilité du patient, c'est-à-dire d'augmenter ses possibilités d'adaptation face à des situations potentiellement stressantes et ceci, grâce à des outils facilement utilisables dans les circonstances de la vie courante.

Bibliographie :

1. Boudoukha Abdel-Halim (2020). Burnout et stress post-traumatique, Paris : Dunod.
2. Bourassa K-J, Hendrickson R, Reger G, Norr A (2021). Effets du traitement du trouble de stress post-traumatique sur la physiologie cardiovasculaire : examen systématique et programme de recherches futures, Société internationale d'études sur le stress traumatique. Doi : 10.1002/jts.22637.
3. Houpe J -P (2017). La psychocardiologie : Une nouvelle spécialité, Hegel, vol 1(1), p 36-46.
4. Houpe J-P (2015). Prendre soin de son cœur, Paris : Dunod.
5. Houpe J-P (2019). Le cœur du bonheur, j'ai décidé d'être heureux pour éviter l'infarctus, Paris : Dunod.
6. Jacquet-Smailovic M, Tarquinio C (2020). Intérêt et limites du concept de trouble de stress post-traumatique appliqué aux formes aiguës de cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) : une réflexion épistémologique, [Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique](#), Elsevier, Paris, 530-534
7. Louchan A (2018). Nos émotions peuvent nous briser le cœur, Psychologies.
8. [Marchetti E](#) (2007). Être psychologue dans un service hospitalier de cardiologie, [Le Journal des psychologues 209 \(n° 252\)](#), pp 35 – 38.
9. Martignier S-L (2015). Prise en charge d'un état de stress posttraumatique après une catastrophe naturelle, mémoire pour l'obtention d'un diplôme en soins infirmeries.

10. Roberge M-A (2007). Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique après un infarctus du myocarde : prévalence et facteurs associés, Thèse de doctorat en psychologie, Québec.
11. Sin J, Spain D, Furuta M, Murelles T (2017) Les interventions psychologiques pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale,