

## I Revues générales

# Potentiel traumatique de l'événement cardiaque et prise en charge du stress : prévention de la "récidive" ?

**RÉSUMÉ :** Dans une unité de soins intensifs cardiologiques (USIC), le patient est pris en charge médicalement à un moment aigu de sa pathologie. L'aspect somatique est alors au premier plan et, de ce fait, tend à reléguer la dimension psychique du soin à un niveau secondaire. Or, même si l'urgence est vitale, le patient doit être considéré dans sa globalité afin de respecter sa singularité. En effet, pourquoi exclure la souffrance psychique de l'urgence vitale puisque ce qui se joue pour le patient est traumatisant à plusieurs niveaux, aussi bien dans son corps que dans sa psyché ?

Le potentiel subjectif des conséquences traumatiques à l'issue d'un incident cardiaque est un authentique facteur de stress qui peut entraîner des récurrences s'il est mésestimé. Accorder au patient un temps nécessaire d'élaboration et d'intégration de ce stress est alors fondamental, éloignant ainsi le spectre de la récurrence.



**C. LEFIN**  
Service de Cardiologie,  
Psychologue clinicienne,  
Hôpital Saint-Antoine, PARIS.

### ■ Stress, facteur de risque ?

Même si un stress n'est jamais isolé et que différents stress psychosociaux ont pu aboutir à la pathologie cardiaque actuelle, il semble fondamental de considérer l'événement cardiaque en tant que tel, c'est-à-dire comme traumatique et source de stress majeur. Stress qui se révèle être un facteur de risque sérieux de récurrence. En effet, si l'on se réfère à une étude de l'université de Columbia [1], publiée en juin 2012, le choc émotionnel causé par un syndrome coronaire aigu (SCA) peut entraîner une récurrence chez 1 patient sur 8. Après un malaise cardiaque, certains patients sont submergés par l'angoisse de refaire une crise et peuvent développer un réel stress post-traumatique.

Ces chercheurs ont combiné les résultats de 24 études sur le stress post-traumatique regroupant un effectif de 2 383 patients cardiaques. Selon eux, 12 % d'entre eux développeraient ces

troubles anxieux. Autrement dit en France, où le nombre de SCA est d'environ 136 000 par an, près de 16 320 personnes seraient concernées, selon cette même étude. De plus, ils ont établi que le stress double les risques de faire un second SCA dans les 3 ans suivant le premier par rapport aux personnes ne souffrant pas de ces troubles. La gravité du SCA n'étant pas un facteur de risque de survenue du stress post-traumatique, on peut donc estimer que la dimension subjective de la prise en compte de cet événement traumatique serait un gage de minoration de la récurrence.

Dans ma pratique clinique, à l'issue des premiers entretiens, il ressort que, lors de l'événement cardiaque, le patient est victime d'une atteinte somatique plus ou moins grave vécue comme "subie" (fibrillation atriale, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral) ou "consentie" (pose d'un *pacemaker*, défibrillateur, pontage). Cet événement

## I Revues générales

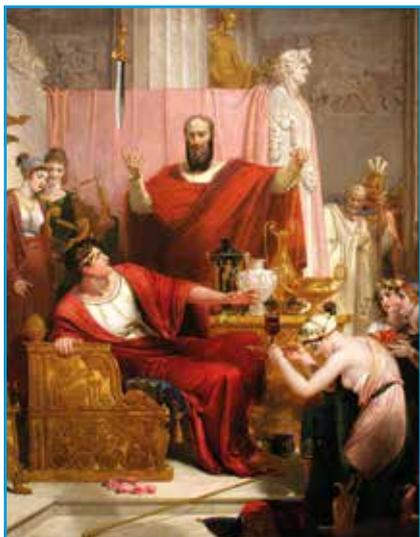


Fig. 1 : *The Sword of Damocles* (1812), Richard Westall (1765-1836), Ackland Art Museum.

stressant authentique sera désormais pour lui impossible à dénier et aura des conséquences psychiques, somatiques ainsi qu'un retentissement psychosocial en fonction de l'âge de survenue et de la nature de l'événement. Le sujet va se heurter de plein fouet à une nouvelle réalité et tenter de l'intégrer : "faire avec", se l'approprier. Alors que le traumatisme est bien réel, son impact, lui, est subjectif. Cette variation subjective interindividuelle nous interroge et implique que le potentiel traumatique se décline à l'infini, ce qui éclaire de ce fait sur la pertinence de sa prise en compte.

### Définition du potentiel traumatique de l'événement

Un traumatisme est un événement extraordinaire causant une grande détresse émotionnelle, où la personne est touchée dans son intégrité, soit physiquement, soit psychologiquement, et parfois les deux. Un événement traumatique crée chez la personne des émotions fortes, voire violentes, telles que la peur, la terreur, la détresse, l'effroi, un sentiment d'abandon, d'impuissance et tout ce qui peut caractériser une "blessure" intérieure. Laplanche et Pontalis [2] définissent le traumatisme comme

un "événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique". En replaçant ces définitions dans le contexte de l'accident cardiaque, on retrouve l'idée d'un événement violent (externe ou interne), le positionnement subjectif du sujet qui ne peut lier les excitations et, enfin, les conséquences psychiques du trauma. On parle alors de potentiel traumatique pour évoquer la "puissance subjective" d'un événement traumatique.

### ■ Double effraction

Lors de l'accident cardiaque, les patients disent subir un "choc". La description qu'ils en font après-coup est assimilable à un traumatisme [3] avec son cortège de symptômes associés (*flashback*, reviviscences, anxiété et angoisses paroxystiques, difficultés d'endormissement et réveils anxieux ou brutaux). Le traumatisme est clairement exprimé par un sentiment d'effraction qui est double : physique et psychique.

>>> **L'effraction physique** est éprouvée dans le corps de façon massive. Certains patients ont parfois un langage très cru pour évoquer ce qu'ils ressentent, par exemple après un pontage : "On m'a ouvert comme un animal de boucherie, j'imagine le massacre." Cela illustre bien le vécu d'une violence physique associée à un imaginaire très angoissant. Si l'événement est brutal, comme lors d'une attaque cardiaque, les patients gardent un afflux de sensations fulgurantes qui résonnent dans l'après-coup et ne s'effacent pas.

>>> **L'effraction psychique** [4], elle, réside dans la prise de conscience fulgurante d'être mortel. Ce qui peut donner lieu à de réelles angoisses de mort génératrices de stress si elles restent en l'état. Les patients vont dès lors avoir le sentiment "qu'il faut tout recommen-

cer", qu'un deuil inévitable est "à faire", creusant ainsi le lit d'affects dépressifs et d'angoisses plus ou moins morbides. Cette prise de conscience fulgurante d'être mortel tombe comme un couperet, venant briser l'élan vital du patient qui vivra désormais avec une épée de Damoclès (fig. 1) dans la hantise permanente d'une récurrence de l'événement. Dorénavant, il y aura un avant et un après : "J'ai failli mourir, ça ne sera plus jamais pareil, j'ai peur."

Le trauma résulte bien ici du fruit d'une confrontation au risque d'une mort imminente réelle ou fantasmée. Comme on l'a vu, le patient est touché dans sa chair et on repère, associé à l'angoisse de mort, un autre type d'angoisse non moins terrifiant : l'idée de devenir assisté pour vivre ou encore dépendant d'une "machine". Avant ou après la pose de matériel, comme un défibrillateur par exemple, l'ambivalence du patient réside dans l'impression d'abriter dans son corps un corps étranger à la fois intrus et allié. Ce paradoxe n'est pas toujours bien géré ; il nécessite d'être identifié et intégré pour ne pas être un point de focalisation somatique permanent. Il peut en effet, s'il ne fait pas l'objet d'un temps de questionnement suivi d'explications et de réexplications, générer un sentiment d'inquiétante étrangeté et une obsession somatique qui le pousseront à être à l'affût de la moindre sensation. La vignette clinique qui suit en témoignera.

### ■ Vignette clinique

Il s'agit d'un homme de 52 ans, magistrat en activité, veuf, père de trois enfants adoptés. Ses antécédents familiaux sont très lourds : un grand-père maternel mort d'un infarctus, une mère ayant fait trois infarctus, un frère ayant subi deux infarctus dont un avec séquelles cérébrales.

Le moment aigu de la prise en charge de ce patient se situe au décours d'une prise en charge pour embolie pulmonaire avec cœur pulmonaire aigu. Il se rétablit bien

au plan clinique. Lors de son hospitalisation, il demande une prise en charge psychologique car il est “très traumatisé” (ce sont ses mots) par l'événement. Il sent “bon à rien”, estime que son entourage “minimise” ce qui lui est arrivé. Il prend alors en considération de façon très angoissante et menaçante son lourd passé héréditaire. Débordé psychologiquement par de multiples émotions (peur, tristesse, culpabilité), il redoute de ne “plus pouvoir faire face”.

Un an après, alors qu'il a accepté d'intégrer un protocole, au décours d'une deuxième échographie transthoracique (ETT), on découvre fortuitement un infarctus silencieux et une maladie coronaire qui lui valent de rester hospitalisé avec pose de stents dans la foulée. Depuis, le patient dit être effrayé par la rapidité banale de cet enchaînement du point de vue médical. Et que si tout est naturel pour le corps médical, lui n'a rien eu le temps d'intégrer (“C'est une spirale dans laquelle vous êtes pris, tout va très vite, c'est vertigineux et incompréhensible. Vous devenez une sorte d'objet médical, la logique et le temps vous échappent”). Depuis, il se met à douter de l'efficacité du matériel et pense que “ça va lâcher” car il ressent “des choses bizarres”. Il est à l'affût, aux aguets car il a “peur de mourir pour de bon cette fois ci”.

On voit ici combien le patient angoissé par l'événement a besoin d'élaborer, de comprendre ce qui lui arrive pour ne pas rester dans ce vécu traumatique, stressant. Cette dimension du soin doit interpeller les équipes pluridisciplinaires quant à leur responsabilité en termes d'écoute car si le patient est appréhendé dans son intégralité somatopsychique, son implication dans les soins n'en sera que meilleure et les suites de la prise en charge seront optimales.

### ■ Un temps pour l'élaboration

L'élaboration est un temps offert au patient pour intégrer dans la réalité

actuelle de nouvelles stratégies afin de mieux s'adapter à la pathologie et à ses exigences. Ne pas rester sous le coup du choc qui sidère et empêche d'avancer. L'élaboration sera, grâce à la mise en mots, le vecteur inconscient d'intégration des sentiments de honte (“Je ne suis plus comme avant, que vont penser les autres de moi?”), de culpabilité (“Je vais être un fardeau pour mes proches”), de colère (“C'est tout à fait injuste, je suis jeune...” ou encore “J'en ai marre que mes proches m'infantilisent”). C'est ce que l'on nomme le “remaniement psychique” [5, 6], travail inconscient qui passe par la verbalisation et à l'issue duquel les stratégies de défense anciennes s'assouplissent et de nouvelles se dessinent.

### ■ Un temps pour l'intégration

L'intégration passe par l'évocation incontournable et l'assimilation progressive de thématiques en lien avec la perte des repères internes et externes fiables ou familiers du patient. En effet, ses sensations corporelles, ses limites physiques et le regard des autres se trouvent modifiés : c'est le temps, pour lui, d'une prise en considération douloureuse de sa propre vulnérabilité. Comment alors “faire le deuil de soi”, de sa bonne

## POINTS FORTS

- Il semble essentiel de considérer l'événement cardiaque en tant que tel, c'est-à-dire comme traumatique et source de stress majeur.
- Accorder au patient un temps nécessaire d'élaboration et d'intégration de ce stress est fondamental pour éloigner le spectre de la récurrence.
- Le traumatisme est clairement exprimé par un sentiment d'effraction qui est double : physique et psychique.
- Le remaniement psychique permet au patient de trouver où sont ses limites internes et externes pour aboutir au changement et à un quotidien compatible avec cette nouvelle donnée qu'est la pathologie cardiaque.

santé antérieure ? Doit-il accomplir des renoncements et lesquels ? Comment retrouver l'estime de soi (“Suis-je encore aimable ?”). L'atteinte narcissique laisse souvent apparaître un effondrement psychique et requiert un temps crucial de restauration (environnement contenant, recours à des psychotropes si nécessaire).

De plus, dans la réalité et par mouvements projectifs, parfois, le regard des autres sur lui semble changé et le patient est en proie à un sentiment d'infantilisation, de surprotection ou redoute de devenir un poids pour les proches. Ce mouvement projectif est un mécanisme de défense constant chez tout un chacun qui consiste à prêter à autrui des idées ou des intentions qui sont les siennes propres ; c'est en quelque sorte une façon de se dégager de pensées dérangeantes en les faisant porter à l'autre.

Mais la plus grande source de stress demeure la crainte de la récurrence. Sur le qui-vive, le patient sera désormais dans l'anticipation anxieuse de tout, hanté par le spectre de la mort qui rôde insidieusement. Ce ressenti peut être dramatisé et annihiler, dans un mouvement plus ou moins dépressif, toute projection dans l'avenir : “Je ne vais pas savoir faire autrement”, “Vais-je pouvoir retra-

## Revue générale

vailler? faire du sport?”, “Nous avions projeté de faire de grands voyages, est-ce fini?”. Ce temps d'intégration n'est pas magique, il est généralement long et coûteux mais, s'il est respecté, il offrira l'opportunité de trouver des objectifs à vivre comme des défis et non comme des obstacles que la pathologie devrait désormais imposer.

### Conclusion

L'analyse et la prise en charge du stress lié au potentiel traumatique de l'événement cardiaque doivent impérativement être pris en compte pour prévenir la récurrence. Cela passe par un remaniement psychique. Celui-ci permet au patient de trouver où sont ses limites internes et externes pour aboutir au changement et à un quotidien compatible avec cette nouvelle donnée qu'est la pathologie cardiaque. Nous constatons néanmoins que, lors de ce remaniement psychique, des stratégies de défense se mettent en place et cette prise en compte de la réalité interne du patient met en évidence, dans la pratique du soin, des stratégies de défense non moins nécessaires et légitimes chez les soignants qui, eux, sont pris dans des problématiques somatiques où l'enjeu vital est central.

Il nous semble alors opportun de mettre en évidence que la temporalité psychique du patient n'est pas en concordance avec celle du temps médical pour

évoquer ici un temps du dedans (métabolisation des événements, perte des repères) et un temps du dehors (rythme des examens et de l'hôpital). En effet, les bilans exploratoires plus ou moins intrusifs [7], suivis ou non d'actes chirurgicaux, rythment le quotidien du patient soudain basculé dans un univers anxigène [8] où tout lui échappe et lâche : son corps, son environnement familial et intime.

La perte de repères temporeux et spatiaux est tout autant interne qu'externe. Autrement dit, le temps interne du patient se heurte à celui de la réalité externe des soins et des soignants. Il est donc important de souligner que cette donnée incontournable, pourtant si souvent négligée, nécessite d'être repérée puis accompagnée par une contenance médicale bienveillante afin de rendre l'événement moins traumatique. Le but étant que le patient ne vive pas cette épreuve comme une réelle dichotomie psyché/soma et qu'après ce temps asynchrone, voire “désaccordé”, une fois “réunifié”, il soit en mesure de redonner au cours de son existence une trajectoire maîtrisable et acceptable.

### BIBLIOGRAPHIE

1. EDMONSON D, RICHARDSON S, FALZON L *et al.* Posttraumatic Stress Disorder Prevalence and Risk of Recurrence in Acute Coronary Syndrome Patients: A

Meta-analytic Review. 2012, *PLoS One*. Doi:10.1371/journal.pone.0038915

2. LAPLANCHE J, PONTALIS JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Puf, 2002 (3e éd.), p. 499.
3. JOSSE E. Reproduction partielle ou totale autorisée avec mention de la source Josse E. (2013), “État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5?”, [www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com)
4. LALHOU-LAFORÊT K. L'intrication entre symptômes organiques et symptômes fonctionnels: une source d'affolement, champ psychosomatique. *L'Esprit du temps*, 2009/1;53:9-17.
5. GREEN A. Énigmes de la culpabilité, mystère de la honte. Puf, “Revue française de psychanalyse”, 2003/5;67:1639-1653.
6. RICEUR P. Culture de la honte, culture de la culpabilité. Séminaire 9, 5 mai 2007.
7. MANSENCAL N, DUBOURG O. Cardiomyopathie de Tako-Tsubo. *Presse Med*, 2013;42:1050-1057.
8. KATSANOS S, FILIPPATOU A, RUSCHITZKA F *et al.* Positive emotions and Takotsubo syndrome: “happy heart” or “diagoras” syndrome? *Eur Heart J*, 2016;37:2821-2822.

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