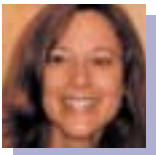


# La modification des habitudes de vie chez les patients coronariens



Par  
**Pascale M. Lehoux, Ph. D.**

*Le cœur a ses raisons  
que la raison ne connaît point.*

— Blaise Pascal

« IL FAUT absolument arrêter de fumer, consommer moins de gras et faire de l'exercice, sinon c'est l'arrêt de mort. » Voilà le leitmotiv qu'on rabâche trop souvent aux patients qui souffrent de maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS). Ceux qui ont l'occasion d'accompagner certains d'entre eux savent à quel point il est difficile de modifier ses habitudes de vie. Par ailleurs, ces injonctions ont trop souvent comme effet le résultat contraire : elles renforcent les résistances, et les patients se figent dans leurs vieilles habitudes.

La modification des habitudes de vie est devenue un point d'ancrage important du traitement des patients coronariens. Avec l'avancement de la médecine, on note une amélioration considérable de la survie après un incident coronarien (infarctus, angine de poitrine). Bien que la MCAS soit une cause majeure de mortalité au Canada (20 %), on note une diminution de 70 % des cas entre 1969 et 1999 (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Le pronostic de survie du patient dépendra donc non seulement de l'incident coronarien comme tel, mais également des facteurs de risque cardiovasculaires auxquels il est exposé et qui contribuent au développement, au maintien et à l'exacerbation de la MCAS.

Les facteurs de risque identifiés par les essais cliniques — certains modifiables, d'autres non — consistent en l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, l'hypercholestérolémie, l'embonpoint/obésité, le tabagisme, la sédentarité, l'âge, le sexe et les antécédents familiaux (cf Étude Framingham, National Heart, Lung and Blood Institute). En dépit du fait qu'il existe des stratégies spécifiques visant à réduire le risque de la maladie, il apparaît que plusieurs patients manifestent une résistance et/ou un manque de motivation à

s'engager dans un processus de changement, ignorant ainsi l'épée de Damoclès qui les menace.

La maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires est un défi de taille influencé par plusieurs éléments. L'ajustement psychologique, la compréhension de la maladie, la confiance en son habilité à changer, la motivation, le soutien social, la complexité du plan de traitement et la relation avec l'équipe médicale sont quelques facteurs importants à considérer (Miller *et al.*, 1997). Il devient primordial de bien les évaluer, puisqu'ils peuvent avoir un impact majeur sur le pronostic et le cours de la maladie.

## Étiologie de la MCAS et facteurs de risque cardiovasculaires

La MCAS est une maladie *d'individus* et *de société* en proie à un apport calorique trop élevé et à une dépense calorique limitée. Ce mode de vie est particulièrement dangereux pour les personnes qui sont génétiquement à risque de développer précocement la maladie.

Les facteurs de risque cardiovasculaires peuvent agir de façon synergique et contribuer au développement des anomalies métaboliques associées au risque de développer une MCAS : HTA, intolérance au glucose menant au diabète, hypercholestérolémie, obésité abdominale ou indice de masse corporelle (IMC (kg/m<sup>2</sup>))  $\geq 30$ .

L'HTA (une tension systolique  $\geq 140$  mmHg ou tension diastolique  $\geq 90$  mmHg) accroît considérablement le risque de subir un incident coronarien. Aussi appelée « le tueur silencieux », elle peut passer inaperçue chez les patients souvent inconscients de ses dangers puisqu'ils n'en ressentent pas les signes physiques. La proportion de Canadiens qui en souffrent augmente avec l'âge et double ou triple le risque cardiovasculaire (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). D'où l'importance de conscientiser les patients à la nécessité de la faire évaluer régulièrement.

Pour sa part, le diabète augmente l'incidence des MCAS (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Le taux de mortalité attribuable aux MCAS est plus élevé chez les diabétiques. Les individus souffrant d'embonpoint (IMC supérieur à 25 ou inférieur à 30), quant à eux, constituaient 47,5 % des Canadiens âgés entre 20 ans et 59 ans en 2000, alors que 15,5 % du même groupe étaient obèses (IMC  $> 30$ ) (Fondation des maladies du cœur du



Canada, 2003). L'IMC est corrélé avec le risque de MCAS. Par le fait même, un taux anormalement élevé de cholestérol augmente le risque de développer la MCAS parce que ses particules, lorsqu'elles se retrouvent en grande concentration dans le sang, peuvent contribuer à l'athérosclérose.

Il est possible de prévenir l'apparition de ces facteurs de risque ou de les contrôler une fois apparus, par la médication, par une alimentation équilibrée et faible en gras, par le maintien d'un poids santé et par la pratique d'une activité physique régulière. Malheureusement, plusieurs patients voient dans la médication des solutions miracles et mettent trop souvent de côté la pratique de l'activité physique et la modification de leur alimentation, processus posant un grand défi.

Plusieurs facteurs entrent alors en jeu : la culture, le niveau socioéconomique, la publicité, les habitudes acquises, les attitudes, les croyances et les émotions. Il est primordial de les évaluer afin de travailler les habitudes alimentaires dysfonctionnelles et les facteurs motivationnels particuliers. Une alimentation « bonne pour le cœur » ne repose donc pas uniquement sur l'éducation.

Le tabagisme, autre facteur de risque et principale cause de décès évitable au Canada, était présent chez 25,7 % de la population canadienne âgée de 20 à 59 ans en 2000 (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Plusieurs études ont démontré une diminution substantielle de la mortalité due à la MCAS chez d'anciens fumeurs comparativement à des fumeurs actifs (Gordon *et al.*, 1974).

Enfin, malgré l'avènement des centres de conditionnement physique et l'imposante publicité portant sur les facteurs bénéfiques de l'exercice pour la santé, 55,5 % des adultes canadiens sont sédentaires (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Il y a non seulement un lien direct entre la sédentarité et la mortalité due à une MCAS, mais aussi une relation bien définie entre la quantité de calories dépensée hebdomadairement et la mortalité (Pate *et al.*, 1995). Un degré léger ou modéré d'exercice, se caractérisant par une accumulation de 30 minutes d'activité physique sept fois par semaine, diminue le risque de souffrir d'une MCAS (Centers for Disease Control and Prevention, 1996). Malheureusement, après un incident coronarien, le patient qui est confronté à des limites physiques peut entretenir des peurs infranchissables quant à la reprise de l'activité physique (la crainte de subir un autre infarctus). Il faut donc travailler cet aspect afin de l'inciter à faire de l'exercice.

### Facteurs psychologiques et modification des habitudes de vie

Certains facteurs psychologiques peuvent être à la fois des précurseurs de la MCAS, apparaître à la suite de la maladie et avoir une incidence sur la capacité des patients à modifier leurs facteurs de

risque cardiovasculaires. On fait référence ici aux difficultés d'adhésion au traitement et à la dépression.

### Adhésion

Les efforts de prévention et de traitement des MCAS sont efficaces, lorsque les patients les suivent avec constance et fiabilité (Shepherd, 1995). L'adhésion au plan de traitement, qui devra devenir routine quotidienne, a un impact majeur sur l'efficacité de celui-ci à long terme. En plus de devoir gérer leur médication et des traitements médicaux complexes, les patients doivent changer des habitudes de vie de longue date qui se sont souvent rigidifiées dans des patrons d'interaction précis avec leur entourage. Il faut donc développer des plans d'intervention individualisés et évaluer le stade de changement spécifique où se situe le patient avant de lui faire des recommandations. Le modèle transthéorique du changement (Prochaska et DiClemente, 1992) est fort utile pour situer le patient à travers les stades du processus de changement qui comprend la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Par exemple, un patient coronarien récemment ponté qui souffre d'obésité morbide (IMC  $\geq 40$ ) et d'HTA et qui conçoit son problème de santé comme un léger embonpoint en indiquant que sa MCAS est guérie, en est au stade de la précontemplation; toute intervention qui viserait l'action (modification alimentaire, diminution de la sédentarité) échouerait car le patient ne perçoit pas ses difficultés. Une approche motivationnelle afin de l'aider à reconnaître ses résistances et à explorer les aspects positifs et négatifs du changement serait alors plus bénéfique que l'adoption d'une approche directive et contrôlante.

Il est donc plus efficace de renforcer l'autonomie et les compétences du patient à changer (Williams *et al.*, 1991), de favoriser la motivation intégrée (« je vais changer par volition ») par opposition à la motivation externe ou introjectée (la théorie de l'autodétermination [Deci et Ryan, 1985]) et de clarifier les choix auxquels il est exposé. Il est alors nécessaire de travailler avec les résistances plutôt qu'à l'encontre de celles-ci afin d'éviter le piège confrontation-évitement qui peut mener à une spirale d'interactions négatives, déclenchant des émotions aversives autant chez le patient que chez l'intervenant.

Les croyances et les attributions que se font les patients quant à leur santé ont un impact majeur sur la modification des habitudes de vie et auraient une incidence sur leur convalescence (Cooper *et al.*, 1999). Si le patient croit que son infarctus a été causé par des facteurs internes ou externes sur lesquels il n'a pas de prise (p. ex. antécédents génétiques), il sera moins motivé à modifier ses habitudes de vie que s'il attribue ses causes à des facteurs sur lesquels il peut avoir un certain contrôle (comme la sédentarité et le tabagisme).

En outre, l'isolement social, autre facteur de risque dans le développement de la MCAS (Rozanski, Blumenthal et Kaplan, 1999), est également associé à des difficultés d'adhésion, tant au plan de la

médication qu'au plan des recommandations médicales, d'où l'importance de l'évaluer systématiquement.

### Dépression

L'évaluation de l'humeur du patient à la suite d'un incident coronarien devrait toujours – on ne pourra jamais assez le souligner – faire partie du plan d'intervention, car celle-ci est un enjeu important chez cette clientèle. En effet, plusieurs études indiquent que la prévalence de la dépression est plus élevée chez les patients coronariens que dans la population en général. Selon une récente revue de la littérature (Wulsin, 2004), jusqu'aux deux tiers des patients qui ont subi un infarctus récent rapportent des symptômes dépressifs. La prévalence de la dépression majeure varie entre 16 % et 22 % chez les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus comparativement à 5 % dans la population en général et à 10 % dans les soins de première ligne.

La dépression agirait non seulement comme facteur de risque, mais aurait aussi une incidence sur le pronostic à la suite d'un incident coronarien (Sesso *et al.*, 1998). Frasure-Smith, Lesperance et Talajic (1993; 1995) ont également constaté que la dépression consécutive à un infarctus était un prédicteur significatif de la mortalité.

Deux liens étiologiques principaux ont été mis de l'avant entre la dépression et la MCAS : les liens behavioral et pathophysiologique. Au plan behavioral, la dépression interfère avec la capacité du patient à prendre soin de ses besoins physiques et psychiques, menant ainsi à l'exacerbation des facteurs de risque cardiovasculaires par l'entremise de la difficulté à modifier ses habitudes de vie (Billing, Bar-On et Rehnqvist, 1997). Quant au lien pathophysiologique, plusieurs hypothèses – qui restent à valider – ont été avancées, notamment au plan endocrinien et plus particulièrement quant au dérèglement de l'axe hypothalamique-pituitaire et du système nerveux autonome (Carney *et al.*, 2002). D'où l'importance de diagnostiquer et de traiter la dépression chez les patients coronariens.

La recherche au sujet de l'impact du traitement de la dépression sur le pronostic coronarien en est encore à ses débuts et des essais cliniques contrôlés et randomisés sont requis avant que l'on puisse en tirer des conclusions fiables. Toutefois, il semble qu'une combinaison de psychothérapie cognitive-behaviorale et de traitement pharmacologique – comparativement à aucun traitement – peut avoir un certain effet protecteur contre un mauvais pronostic coronarien (Carney *et al.*, 2000) ainsi qu'un impact modeste sur la dépression comme telle et sur l'isolement social (Berkman *et al.*, 2003).

### L'apport du psychologue

Le psychologue de la santé a un rôle primordial à jouer sur tous les plans de la prise en charge du patient coronarien, autant

durant l'hospitalisation par l'évaluation et le traitement des symptômes dépressifs et anxieux et le soutien vis-à-vis des angoisses de la mort, qu'au moment de la réadaptation pour des difficultés d'adhésion aux modifications des facteurs de risque et des difficultés d'ajustement à la maladie. Toutefois, les psychologues se sont trop souvent centrés exclusivement sur la psychopathologie, négligeant ainsi la promotion de la santé. En fait, on connaît davantage les barrières qui contribuent à la non-adhésion que les facteurs qui expliquent l'adoption de comportements santé à plus long terme. De plus, l'attitude des intervenants qui tend à attribuer le non-changement à un comportement irrationnel plutôt qu'à des motifs instrumentaux, émotifs, psychologiques, sociaux et spirituels limitent leur capacité à aider les patients à changer (Botelho et Skinner, 1995).

Un défi majeur à relever consiste en la réduction de l'écart entre les connaissances portant sur l'importance des facteurs psychologiques liés à la MCAS et la diffusion de ce savoir dans la pratique médicale. L'absence d'évaluation systématique des symptômes dépressifs et des difficultés d'adhésion auprès de cette clientèle en est un exemple. La cardiologie est une médecine qui prend assise dans la gestion de soins critiques et d'urgence. Néanmoins, de plus en plus de cardiologues prennent en compte l'importance des services psychologiques. Le processus de référence des patients a toutefois encore besoin d'être publicisé. Les données scientifiques qui émergent quant au rôle des facteurs de risque psychosociaux (Rozanski, Blumenthal et Kaplan, 1999) peuvent devenir des outils utiles afin de les sensibiliser au rôle de la psyché sur la santé coronarienne. Une collaboration interdisciplinaire devient donc indispensable pour aider les patients à affronter la difficile modification de leurs habitudes de vie et à identifier les véritables « raisons qui motivent leur cœur », premier pas nécessaire vers l'amélioration de leur santé coronarienne.

*Pascale M. Lehoux est psychologue, membre du Service de psychologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et affectée au Service de cardiologie du même hôpital. Elle travaille également en pratique privée, entre autres, auprès de diverses clientèles médicales et atteintes de troubles de l'alimentation.*

#### Bibliographie

- Berkman, L. F. *et al.* (2003). « Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction : the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial ». *JAMA*, 289, p. 3106-3116.
- Billing, E., Bar-On, D., et Rehnqvist, N. (1997). « Determinants of lifestyle changes after a first myocardial infarction ». *Cardiology*, 88, p. 29-35.
- Botelho, R. J., et Skinner, H. (1995). « Motivating change in health behavior : Implications for health promotion and disease prevention ». *Primary Care*, 22, p. 565-589.
- Carney, R. M. *et al.* (2000). « Change in heart rate and heart rate variability during treatment for depression in patients with coronary heart disease ». *Psychosomatic Medicine*, 62, p. 639-647.
- Carney, R. M. *et al.* (2002). « Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity : A review of potential mechanisms ». *Journal of Psychosomatic Research*, 53, p. 897-902.



Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1996). *Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General Executive Summary*.

Cooper, A. et al. (1999). « Why patients do not attend cardiac rehabilitation : role of intentions and illness beliefs ». *Heart*, 82, p. 234-236.

Deci, E. L., et Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior*. New York, Plenum Press.

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., et Talajic, M. (1993). « Depression following myocardial infarction : impact on 6-months survival ». *JAMA*, 270, p. 1819-1825.

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., et Talajic, M. (1995). « Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction ». *Circulation*, 91, p. 999-1005.

Fondation des maladies du cœur du Canada. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003*.

Gordon, T. et al. (1974). « Death and coronary attacks in men after giving up cigarette smoking. A report from the Framingham Study ». *Lancet*, 2, p. 1345-1348.

Grundy, S. M. (1999). « Primary prevention of coronary heart disease. Integrating risk assessment with intervention ». *Circulation*, 100, p. 988-998.

Libby, P. (2002). « Atherosclerosis : the new view ». *Scientific American*, 286, p. 46-55.

Miller, N. H. et al. (1997). « The multilevel compliance challenge : recommendations for a call to action ». *Circulation*, 95, p. 1085-1090.

Pate, R. R. et al. (1995). « Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine ». *JAMA*, 273, p. 402-407.

Prochaska, J. O., et DiClemente, C. C. (1992). « The transtheoretical approach ». Dans Norcross, J. C., et Goldfried, M. R. (éd.). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York, Basic Books.

Ridker, P. M. (1999). « Evaluating novel cardiovascular heart hazards : can we better predict heart attacks? ». *Annals of Internal Medicine*, 130, p. 933-937.

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Kaplan, J. (1999). « Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy ». *Circulation*, 99, p. 2192-2217.

Sesso, H. D. et al. (1998). « Depression and the risk of coronary heart disease in the Normative Aging Study ». *American Journal of Cardiology*, 82, p. 851-856.

Shepherd, J. (1995). « The West of Scotland Coronary Prevention Study : A trial of cholesterol reduction in Scottish men ». *American Journal of Cardiology*, 76, 113C-117C.

Williams G. C. et al. (1991). « The facts concerning the recent carnival of smoking in Connecticut and elsewhere ». *Annals of Internal Medicine*, 115, p. 59-63.

Wulsin, L. R. (2004). « Is depression a major risk factor for coronary heart disease? A systematic review of the epidemiologic evidence ». *Harvard Review of Psychiatry*, 12, p. 79-93.

# Revue québécoise de psychologie

25 ans

- Articles libres
- Dossiers thématiques
- Recensions de livres

[www.rqpsy.qc.ca](http://www.rqpsy.qc.ca)

*Une ressource indispensable pour le psychologue*

## DOSSIERS THÉMATIQUES

- 2004
- 1 : L'humour
  - 2 : Défis posés par des pathologies
  - 3 : La formation des psychologues

- 2005
- 1 : La psychologie positive
  - 2 : La souffrance
  - 3 : Troubles envahissants du développement

### Prix de l'abonnement pour 3 numéros

#### Cochez votre situation

- Membres de l'O.P.Q. : 40,26 \$
- Institutions : 63,26 \$
- Étudiants : 28,76 \$  
(Joindre une photocopie de la carte étudiante)
- Le numéro : 20,70 \$

### Faites parvenir votre chèque à :

#### REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE

1100, avenue Beaumont, bureau 510  
 Mont-Royal, Québec, Canada H3P 3H5  
 Téléphone : (514) 738-1881, p. 238  
 Sans frais : 1 800 363-2644  
 Télécopieur : (514) 738-8838  
 Courriel : [revue.qc.psy@sympatico.ca](mailto:revue.qc.psy@sympatico.ca)