

Psychisme et greffe cardiaque

J.-M. TRIFFAUX*, J. BERTRAND** (Liège, Belgique)

Résumé : La greffe cardiaque devient actuellement une technique routinière de l'insuffisance cardiaque terminale. L'excellente maîtrise de cette technique chirurgicale engendre spontanément de nouveaux problèmes humains, relationnels et éthiques. C'est dans cet enjeu de vie ou de mort que la transplantation va soumettre les psychismes du patient et de son entourage à rude épreuve. La sollicitation de plus en plus pressante d'une évaluation psycho-sociale systématique et d'un accompagnement psychologique du greffé incitent les auteurs à développer au sein de leur unité, un projet-pilote répondant à cette demande.

Mots-clés : Greffe cardiaque - Parcours émotionnel Programme d'évaluation psycho-sociale.

«Le coeur a ses raisons que la raison n'a point».

Pascal (*Pensées*).

I - INTRODUCTION

La première greffe cardiaque réalisée par **Barnard** en 1967 connaît à l'époque un succès scientifique et médiatique extraordinaire. La technique va cependant être abandonnée progressivement par la plupart des centres au vu des résultats post-opératoires décevants.

La mise au point de méthodes de détection du rejet, puis l'avènement récent de la *cyclosporine* (1980) comme agent immunosuppresseur non stéroïdien, vont véritablement ressusciter les programmes de transplantation cardiaque.

A l'heure actuelle, plus de 8.000 greffes cardiaques ont été réalisées dont la plupart au cours des cinq dernières années. Cette intervention reste pour le moment essentiellement limitée par la carence d'organes.

Les très nombreux succès opératoires et médicaux se traduisent par un accroissement fulgurant du taux de survie allant jusqu'à 73 % après sept ans de transplantation (M. Carrier et Coll, 1990).

Cette évolution confronte davantage les équipes d'interventions et les psychosomatiques aux problématiques psychiques individuelles et groupales où l'on retrouve d'une part un individu réagissant émotionnellement à la transplantation

et d'autre part une société devant gérer les dons d'organes, leur carence et leur sélection.

II - LE PSYCHISME ET SES REACTIONS AU COURS DE LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE

Le patient qui entre dans le programme de transplantation se trouve dans un état de dégradation somatique particulièrement important. Les critères médicaux d'admission dans notre unité sont une affection cardiaque terminale (stade 4 de

la **New York Heart Association**) et un pronostic vital inférieur à 6 mois. (J.-O. Defraigne et Coll.).

C'est dans ce contexte que s'annonce le plus souvent la greffe, ce qui déclenche fréquemment chez le patient un véritable choc émotionnel et un état de panique où s'entrechoquent simultanément un verdict de mort imminente et un espoir d'une survie conditionnelle.

La remise en question de paramètres existentiels fondamentaux, tels la capacité de mener une vie active et le statut socio-professionnel, entraînent de façon incontournable une rupture d'équilibre

Parcours émotionnel habituel du patient face à la greffe cardiaque

1. Insuffisance cardiaque terminale et annonce de la greffe	→	Choc émotionnel Etat de panique
2. Admission dans le programme de transplantation	→	Anxiété - Soulagement
3. Phase d'attente du greffon	→	Appréhension - Dépression
4. En post-opératoire immédiat	→	Bien-être - Euphorie
5. Premier rejet ou premières complications	→	Réactivation anxio-dépressive
6. Convalescence	→	Tristesse
Sortie de l'hôpital	→	Inquiétude
Réadaptation	→	Besoin de soutien

figure 1 : Parcours émotionnel habituel du patient face à la greffe cardiaque

* **Jean-Michel TRIFFAUX**, Assistant en Psychiatrie, Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique (Professeur D. Luminet), 153, Boulevard de la Constitution, 4020 LIEGE, BELGIQUE

** **Jean BERTRAND**, Maître de Conférence, Département de Médecine Psychosomatique, Médecin Directeur de l'Hôpital de Jour universitaire «La Clé», même adresse

Tirés à part : J.-M. Triffaux, adresse ci-dessus

dans la dynamique individuelle et familiale pré-existante.

Apparaissent alors inévitablement des réactions anxiodépressives intenses suite au débordement des mécanismes défensifs habituels de l'individu.

A ce stade, l'écoute psychothérapique de l'anxieuse et l'encouragement à la verbalisation des réalités de la greffe restent pour le patient la façon la plus structurante de s'engager dans le processus de transplantation.

Le patient ressent par ailleurs un soulagement émotionnel important lorsqu'il «se greffe» favorablement à l'équipe de soins.

La phase d'attente reste pour la plupart des patients une période de torture psychologique particulièrement pénible dans la mesure où elle leur fait vivre à la fois des sentiments intenses d'impuissance et de dépendance totale tout en laissant le champ libre à l'émergence d'angoisses et de fantasmes archaïques terrifiants.

Cas clinique : Ainsi en témoigne Monsieur V., professeur de gymnastique hyperactif, âgé de 50 ans, marié, sans enfant, présentant une cardiopathie ischémique grave suite à deux infarctus récents : "Vous rendez-vous compte", dit-il, "que j'en arrive à souhaiter qu'il y ait davantage d'accidents de roulage afin d'augmenter mes chances d'être transplanté".

A nouveau, un soutien psychologique spécifique permet de contenir ces débordements, d'atténuer la culpabilité et de jouer en quelque sorte un rôle d'auxiliaire du système de pare-excitation du patient.

Comme le rappelle à juste titre **Joyce Mc Dougall** dans «*Les Théâtres du Corps*», le cœur est l'organe privilégié de l'affect, la métaphore de l'amour, du chagrin et de la nostalgie, ainsi que de la haine, de la violence, et de la colère.

Vivre la transplantation d'un tel organe autant investi de charges symboliques, représente donc un processus psychique particulièrement douloureux dans la mesure où le deuil de l'ancien cœur est à faire avant l'acceptation d'un organe étranger. Ce véritable travail de deuil est un préalable indispensable à l'internalisation du nouvel organe. C'est à ces seules conditions que la greffe psychologique pourra se réaliser parallèlement à la greffe biologique.

Cas clinique : L'histoire de Monsieur A. semble démontrer, a contrario, qu'une défaillance dans ces processus d'internalisation semble lourde de conséquence dans l'évolution de la greffe. Monsieur A., enseignant montréalais de 35 ans, apprend l'identité de son donneur après avoir rassemblé diverses coupures de presse concernant les faits-divers ayant eu lieu au moment de sa transplantation. L'impossibilité pour ce patient de considérer ce greffon comme faisant partie de lui, va l'amener notamment à voir la famille du donneur, jusqu'à offrir un cadeau à la mère de ce dernier à l'occasion de la fête des mères. Le patient connaît concomitamment de graves complications de rejet dont la seule issue serait une deuxième transplantation !

Les mécanismes de défense généralement activés au cours d'un tel remaniement somato-psychique sont le refoulement, le déni, l'isolation, la fuite dans l'action. Ceux-ci représentent en fait les dernières «*souppes de sécurité*» protégeant, avec une efficacité variable, le patient d'une implosion psychique destructurante et jouant donc le rôle fondamental de garant de l'appareil psychique.

Par contre, le débordement pathologique de ces mécanismes, avec le recours permanent à un fonctionnement d'allure psychotique, écartent le patient de la réalité de la greffe et semblent préjudiciable au suivi post-opératoire.

La période post-opératoire immédiate nécessite, outre des soins médicaux précis, des soins de nursing de qualité en ce qui concerne le maternage du patient (douceur du timbre de la voix, contacts cutanés, réorientation temporo-spatiale fréquente du patient...).

Dans les jours qui suivent l'intervention, la prise de conscience du succès opératoire et le climat de sécurité intra-hospitalier permettent au patient de concrétiser ses espoirs anciens et de former de nouveaux projets, ce qui l'amène bien souvent à connaître une période de bien-être psychologique, voire d'euphorie.

Dès qu'apparaissent les premiers signes de rejet ou de complication, des réactions anxiodépressives sont à nouveau réactivées. Il en est généralement de même au moment de la sortie de l'hôpital.

Le retour à domicile est une période particulièrement délicate, pendant laquelle le patient va devoir s'adapter à son nouveau mode de vie, comprenant des contraintes médicales non négligeables d'un traitement immunosuppresseur à vie. La période de réinsertion familiale, sociale et professionnelle commence bien souvent dans un climat d'appréhension et d'inquiétude pendant lequel le support psychologique du patient et de sa famille reste primordial.

Etant convaincus de l'utilité d'une intervention psychologique chez les greffés cardiaques dès l'annonce de la greffe ainsi que dans leur phase de «*réhabilitation*» post-opératoire, nous avons voulu développer au sein de notre unité de transplantation cardiaque, un projet-pilote permettant d'évaluer l'efficacité d'un tel programme.

Nous optons pour une participation minimale du patient à ce programme. Son accord restant bien entendu un pré-requis obligatoire lors de son inclusion dans le projet.

L'introduction de la composante psychologique par un médecin tiers de l'équipe favorise bien souvent une alliance à plusieurs anneaux entre le patient, l'équipe d'intervention et le psychosomaticien.

III - DESCRIPTION DU PROJET-PILOTE MENE AU CHU DE LIEGE, BELGIQUE

Le projet actuel envisage de suivre chaque greffé avant la greffe (Tableau I) et pendant la première année post-opératoire (Tableau II). Un groupe de patients restera médicalisé par les soins médicaux standards habituels (groupe témoin). L'autre groupe bénéficiera de surcroît d'un suivi psychologique systématique et régulier avant et après la greffe (groupe traité).

Ces entretiens psychologiques, dans ce dernier groupe, se référeront aux critères de la psychothérapie de soutien définis par **P.-B. Schneider**, tout en s'adaptant à la réalité spécifique de la transplantation.

Les évaluations communes aux deux groupes porteront sur des variables biologiques (cortisol salivaire), psychologiques (questionnaire général de santé, échelle d'anxiété, échelle de dépression, échelle d'alexithymie) et sociales (échelle de support social perçu, échelle de «*désirabilité*» sociale).

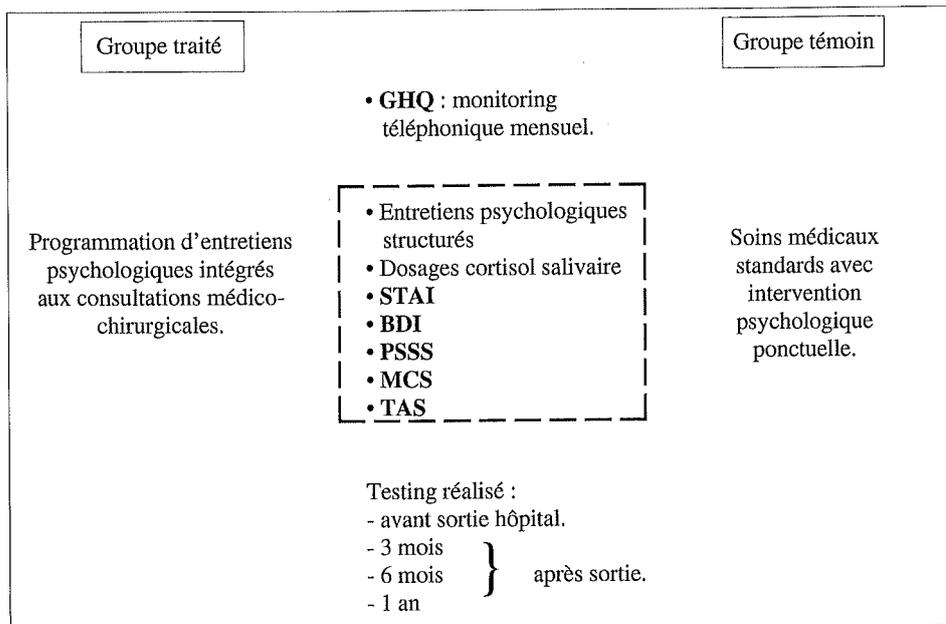
Les objectifs de ce programme sont :

TABLEAU I
Projet-pilote mené au CHU - Liège (Belgique)
Evaluation pré-opératoire

Groupe traité		Groupe témoin
Programme d'entretiens psychologiques intégrés aux consultations médico-chirurgicales.	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien psychologique structurés • Dosages cortisol salivaire • MMPI • STAI • BDI • PSSS • MCS • TAS 	Soins médicaux standards avec intervention psychologique ponctuelle.

- STAI : State Trait Anxiety Inventory.
- BDI : Beck Depression Inventory.
- PSSS : Perceived Social Support Scale.
- MCS : Marlowe-Crowne Scale.
- TAS : Toronto Alexithymia Scale.

TABLEAU II
 Projet-Pilote mené au CHU - Liège (Belgique).
 Evaluation post-opératoire.



- GHQ : General Health Questionnaire.

- la mise en place d'une grille d'évaluation systématique et reproductible des variables psycho-sociales,

- une évaluation de l'efficacité d'un traitement psychologique dans le groupe traité, pouvant se traduire par une diminution de morbidité psychiatrique et de mortalité.

IV - CONCLUSION

A une époque où la greffe cardiaque se banalise en tant que technique chirurgicale, la place d'une écoute psychologique devient prépondérante auprès des patients confrontés à un tel processus. La transplantation cardiaque, situation stressante par excellence, agit véritablement en tant que révélateur des vulnérabilités individuelles du patient, et réactive leur psychopathologie.

L'accompagnement psychologique du greffé, favorisant l'écoute et la verbalisation des réalités de la greffe, contribue à une évolution optimale chez ces individus. Une objectivation relative de ces variables particulièrement difficiles à évaluer permettra certainement d'intégrer au mieux le travail psychologique dans une équipe médico-chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLILAIRE J.-F. - **Les greffes cardiaques : Aspects psychopathologiques et troubles psychiatriques**
Ann. Méd.-Psychol., 1990, 148, 1 : 113-116
2. BAUDIN M.L. - **Changer de cœur, continuer sa vie**
Rev. de Méd. Psychosom., 1989, 17/18 : 87-102
3. BOURGEOIS M., SERIN N., VERDOUX H., PEYRE F., PAULHAN I. - **Aspects médico-psychiatriques de la greffe cardiaque**
Ann. Méd.-Psychol., 1990, 148, 1, 117-123
4. CARRIER M., PELLETIER G.B., LEROUX R., DYRDA I., PELLETIER C. - **Heart transplantation : A clinical experience of seven years at the Montreal Heart Institute**
Canadian Medical Association Journal, 1990, not impressed
5. DEFRAIGNE J.O., DEMOULIN J.C., LIMET R. - **Transplantation cardiaque mise à jour à partir de notre expérience**
Revue Médicale de Liège, 1991, XLVI, 6 : 314-328
6. McDOUGALL J. - **Théâtres du corps**
1989, Gallimard, Paris
7. SCHNEIDER P.-B. - **Propédeutique d'une psychothérapie.**
1976, Payot, Paris.
8. SHAPIRO P.-A. - **Life after Heart Transplantation**
Progress in Cardiovascular Diseases, 1990, 6 : 405-418
9. TRIFFAUX J.-M., BERTRAND J. - **Greffe cardiaque : greffe bio-psycho-sociale**, communication in Joint Meeting on Psycho-Cardiology, proceeding of the Second Belgian Association of Liaison Psychiatry and Psychological Medicine Annual Forum, Novembre 1990, Pelc I., Fontaine O., Bruxelles
10. VAYSSE J., DULAUROY J. - **Proposer une transplantation cardiaque**
Rev. de Méd. Psychosom., 1989, 19 : 81-94

Summary :

PSYCHISM AND CARDIAC TRANSPLANT

Cardiac transplantation becomes at present an habitual treatment of end stage heart disease. This well-controlled technic reveals secondarily other problems at the human, relational and ethic levels. In such a process, psychisms of patient and family are strongly solicited. The more insistent demand for a systematic psychosocial evaluation and psychological support incite our team to develop a pilot-study described in the present communication.

Keywords : Cardiac transplant - Psychological reactions - Program of psychosocial evaluation.