



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Etat dépressif après syndrome coronarien aigu à long terme
Suivi de patients hospitalisés aux soins intensifs cardiologiques de Lille
entre 2010 et 2011

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2015 à 18h
au Pôle Formation
Par Jérémie Dubus

JURY

Président :

Madame le Professeur Sobaszek Annie

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Cottencin Olivier

Monsieur le Docteur Lemesle Gilles

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Ennezat Pierre-Vladimir

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ARA2	Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine 2
CIM	Classification Internationale des Maladies
CISMEF	Catalogues et Index des Sites Médicaux de langue Française
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FEVG	Fraction d'éjection du ventricule gauche
GRACE	Global Registry of Acute Coronary Events
HAD	Hospital and Anxiety Depression scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHQ	Patient Health Questionary
SCA	Syndrome coronarien aigu
SUDOC	Système Universitaire de DOCumentation
USIC	Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	5
I. Méthodes de sélection.....	5
II. Méthodes d'intervention.....	5
A. Le dossier médical	5
B. Recueil téléphonique.....	6
C. Analyse statistique	7
III. Documentation.....	8
Résultats	9
I. Analyse de la population de l'échantillon	10
A. Caractéristiques démographiques et professionnelles de l'échantillon	10
B. Antécédents et Facteurs de Risque cardio-vasculaire	11
C. Le SCA : type, prise en charge et calcul du risque	13
D. Traitement de sortie.....	14
II. Suivi à 4 ans	15
A. Survie	15
B. Modification des habitudes hygiéno-diététiques	16
C. Réadaptation cardiovasculaire	17
D. Suivi cardiologique	17
E. Reprise du travail	17
F. Traitement à long terme	18
III. La dépression	19
A. Etat dépressif et traitement	19
B. Conséquences de l'état dépressif sur le suivi	21
1. Risque de décès.....	21
2. Modification des règles hygiéno-diététiques.....	22
a) Arrêt du tabagisme	22
b) Surveillance alimentaire	23
c) Activité physique	24
3. Suivi cardiologique	25
4. Réhospitalisation	25
5. Reprise du travail	26
C. Identification des facteurs associés à l'état dépressif.....	27
Discussion	29
I. Principaux résultats	29
II. Biais, forces et limites	30
III. Données de la littérature.....	32
A. Concernant SCA et dépression	32
1. Etude « The Heart and Soul Study ».....	32
2. Importance du traitement efficace de la dépression	35
3. Importance de la réadaptation cardiovasculaire	36
4. Dépression après syndrome coronarien aigu et sexe féminin.....	37

B. Suivi à long terme.....	39
IV. Prospectives	41
A. Concernant la dépression	41
B. Concernant la réadaptation et les règles hygiéno-diététiques	42
C. Concernant le traitement du SCA.....	43
Conclusion.....	44
Références bibliographiques	45
Annexes	49
Annexe 1 : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé	49
Annexe 2 : Echelle de dépression Hospital Anxiety and Depression Scale de Sigmond et Snaith.....	52
Annexe 3 : Questionnaire complet	55
Annexe 4 : Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)	59

RESUME

Contexte : La maladie coronarienne et la dépression sont deux problèmes majeurs de santé publique. Les deux pathologies sont liées d'après plusieurs études récentes. La survenue d'une dépression après un syndrome coronarien aigu semble être un facteur de mauvais pronostic.

Objectif : Déterminer la prévalence et les facteurs associés de la dépression 4 ans après un syndrome coronarien aigu.

Méthode : Enquête descriptive par consultation de dossiers de 229 patients hospitalisés aux soins intensifs cardiologiques du CHRU de Lille en 2010 et 2011 puis par contact téléphonique 4 ans après la survenue de leur syndrome coronarien aigu. L'état dépressif était évalué par l'échelle « Hospital and Anxiety Depression scale ».

Résultats : 171 réponses ont été obtenues soit un taux de participation de 75%. L'âge moyen est de 65 ± 14 ans avec 30% de femmes. Le taux de décès à 4 ans est de 25%. 43% des patients avaient bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire. Les patients bénéficiaient d'un suivi cardiologique annuel dans 94% (88-97) des cas. Ils prenaient un traitement optimal selon la HAS pour 76% d'entre eux. La prévalence de l'état dépressif après un SCA est de 32% (25-40) dans notre échantillon. L'état dépressif est associé au sexe féminin, à l'absence de réadaptation cardiovasculaire et à l'absence d'activité physique régulière. Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant le risque de décès, l'arrêt du tabagisme, le suivi cardiologique et les modifications des habitudes diététiques entre les patients en état dépressif et les autres. Seuls 30% des patients dépressifs étaient traités de façon médicamenteuse.

Conclusion : La survenue d'une dépression après un syndrome coronarien aigu est fréquente. La participation à un programme de réadaptation cardiovasculaire ainsi que l'activité physique permettraient de diminuer son incidence. Elle est probablement sous-évaluée et semble sous-traitée. Il semble donc nécessaire de la dépister le plus tôt possible et de la traiter efficacement.

INTRODUCTION

Les pathologies cardiovasculaires et la dépression sont deux problèmes majeurs de santé publique dans les pays industrialisés comme la France. Ces deux maladies ont indépendamment une forte prévalence dans la population générale et induisent un coût socio-économique important.

La maladie coronarienne est la deuxième cause de mortalité en France avec plus de 40 000 décès par an (1). Les syndromes coronariens aigus (SCA) sont responsables de 80 000 à 100 000 hospitalisations par an (2).

Les principaux facteurs de risque cardio-vasculaire sont bien connus. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), ils sont représentés par l'âge (supérieur à 50 ans pour l'homme et supérieur à 60 ans chez la femme), l'hérédité familiale, le tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans, l'hypertension artérielle (HTA) permanente, le diabète de type 2 et la dyslipidémie.

La prise en charge pré hospitalière et hospitalière des syndromes coronariens aigus est bien codifiée.

La prévention secondaire est une mesure importante pour réduire la mortalité à long terme. Elle comprend le traitement médicamenteux avec prescription d'acide acétylsalicylique, de bêtabloquant, d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), et d'une statine ainsi que des mesures hygiéno-diététiques comme l'arrêt du tabagisme, la pratique d'une activité physique régulière et des modifications du comportement alimentaire avec réduction des apports en sel et en graisses et le cas échéant un contrôle optimal du diabète (3) (4) (5).

La réadaptation cardiovasculaire est également un point important de la prévention secondaire (6). Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, afin qu'ils puissent par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté ». Elle permet selon plusieurs études l'amélioration de la survie en post-infarctus (7) (8).

La dépression selon l'OMS constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration. Cette pathologie est caractérisée par des critères stricts dans la cinquième édition du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM-V) et dans la classification internationale des maladies (CIM) (9). La définition complète de la dépression selon le DSM et la CIM est en annexe 1.

Sa prévalence dans la population générale est élevée puisque les études estiment que près d'une personne sur cinq souffrira de dépression au cours de sa vie. En 2010, d'après l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 7,5% des 15-85 ans avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elle est responsable d'une forte morbidité avec le risque suicidaire et provoque de nombreux arrêts de travail (10).

Ces dernières années, plusieurs études ont montré que ces deux grandes pathologies étaient étroitement liées. La prévalence de la dépression après un infarctus du myocarde est même de 20% (11). Même si les mécanismes exacts liant les 2 pathologies ne sont pas encore élucidés, diverses hypothèses ont été émises comme des altérations de l'axe hypothalamo-hypophysaire, des troubles du rythme cardiaque ou un processus inflammatoire. Il en résulte que traiter les 2 pathologies conjointement améliore la morbi-mortalité après un syndrome coronarien aigu (12).

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer la prévalence d'un état dépressif après un SCA ainsi que les facteurs associés au développement de cet état dépressif. Les autres objectifs étaient de connaître si le suivi des patients était conforme aux recommandations actuelles.

MATERIELS ET METHODES

I. Méthodes de sélection

La population étudiée était les patients hospitalisés en unité de soins intensifs cardiologiques au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille entre le premier novembre 2010 et le trente avril 2011 pour syndrome coronarien aigu.

Les patients ayant déjà présenté un SCA ont été inclus.

Les personnes ne résidant pas en France ont été exclues, de même que celles décédées dans les 72 heures suivant leur admission.

L'échantillon comportait 229 patients.

II. Méthodes d'intervention

A. Le dossier médical

Les dossiers de ces patients ont été consultés pour collecter des informations sur leur identité, leur catégorie professionnelle et leurs coordonnées téléphoniques et celles de leurs médecins traitants.

Sur le plan médical, plusieurs informations ont été recueillies : le type de syndrome coronarien aigu (avec ou sans sus décalage du segment ST), la méthode de prise en charge du SCA (médicale, par angioplastie ou chirurgicale), les

antécédents, les traitements à la sortie de l'hospitalisation et les facteurs de risque cardiovasculaire.

Les facteurs de risque cardiovasculaire retenus étaient l'âge, le diabète, la dyslipémie, l'hérédité cardiovasculaire, l'hypertension artérielle, le surpoids, et le tabagisme actif ou interrompu de moins de 3 ans.

Les autres paramètres pris en compte étaient, à l'entrée dans le service, la pression artérielle systolique, la fréquence cardiaque, la créatininémie, le taux de Troponine et le stade clinique de la classification de Killip Kimball.

Ce qui a permis de calculer la probabilité de décès et d'un infarctus du myocarde à 6 mois pour le patient par le « Global Registry of Acute Coronary Events » (GRACE) Score (sur le site internet : http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs_risk/acs_risk_content.html).

Le GRACE Score a été choisi, car d'après différentes études, c'est un outil simple, robuste et discriminatif de la mortalité à 6 mois après un SCA (13). Et il a une valeur discriminative largement supérieure à un an par rapport au TIMI et au PURSUIT (14).

B. Recueil téléphonique

Les patients ont été contactés par téléphone entre janvier et juillet 2015 soit plus de 48 mois après leur SCA. L'interrogatoire téléphonique était la méthode la plus évidente pour maximiser le taux de réponse. La durée de l'appel variait entre 10 et 40 minutes.

Le questionnaire était composé de 3 parties.

La première référençait leur traitement actuel.

La deuxième portait sur leur devenir et leur changement de mode de vie depuis la sortie d'hospitalisation.

La troisième correspondait aux 7 questions de la partie dépression du questionnaire « Hospital Anxiety and Depression scale » (HAD). Ce questionnaire a permis d'évaluer l'état dépressif du patient au moment de l'entretien téléphonique. Il a été choisi pour sa validation scientifique, sa facilité d'utilisation et de compréhension et sa reproductibilité (15) (16). Seule la partie dépression a été conservée pour ne pas prolonger la durée de l'interrogatoire. L'échelle HAD est reproduite en annexe 2.

Dans le cas des patients décédés, l'entourage direct (conjoint ou enfant) ou le médecin traitant étaient contactés pour préciser la date de décès et savoir si le patient avait développé une dépression après son hospitalisation pour SCA.

Le questionnaire détaillé se situe en annexe 3.

C. Analyse statistique

Les données obtenues par téléphone ont été retranscrites dans le logiciel Epi-Info 7 pour analyse statistique et le logiciel XLSTAT a aussi été utilisé.

Les variables continues ont été exprimées par leur moyenne et leur écart-type. Les variables discontinues ont été exprimées sous forme de pourcentage (arrondis à l'unité). Les comparaisons de données entre les groupes de patients ont été effectuées, pour les variables continues à l'aide du test t de Student (comparaison de moyenne) et à l'aide du test du Chi2 pour les variables discontinues. Ces analyses ont été réalisées au seuil de 5% en bilatéral. La recherche de facteurs prédictifs a été réalisée en utilisant le modèle de Cox en analyse univariée pour l'analyse de survie et la régression logistique pour l'analyse des facteurs associés à la survenue d'un état dépressif après syndrome coronarien aigu.

III. Documentation

Avant de commencer notre étude, des recherches bibliographiques ont été effectuées sur les sites internet : HAS, Pubmed, Cochrane Library, Cismef et SUDOC en avril 2011. Une deuxième recherche bibliographique avait été réalisée en janvier 2015. Enfin, une veille documentaire nous a permis d'élargir notre bibliographie de juillet à septembre 2015.

Les mots-clés utilisés en français et en anglais étaient : dépression, syndrome coronarien aigu, infarctus, prévention secondaire, réadaptation cardiovasculaire.

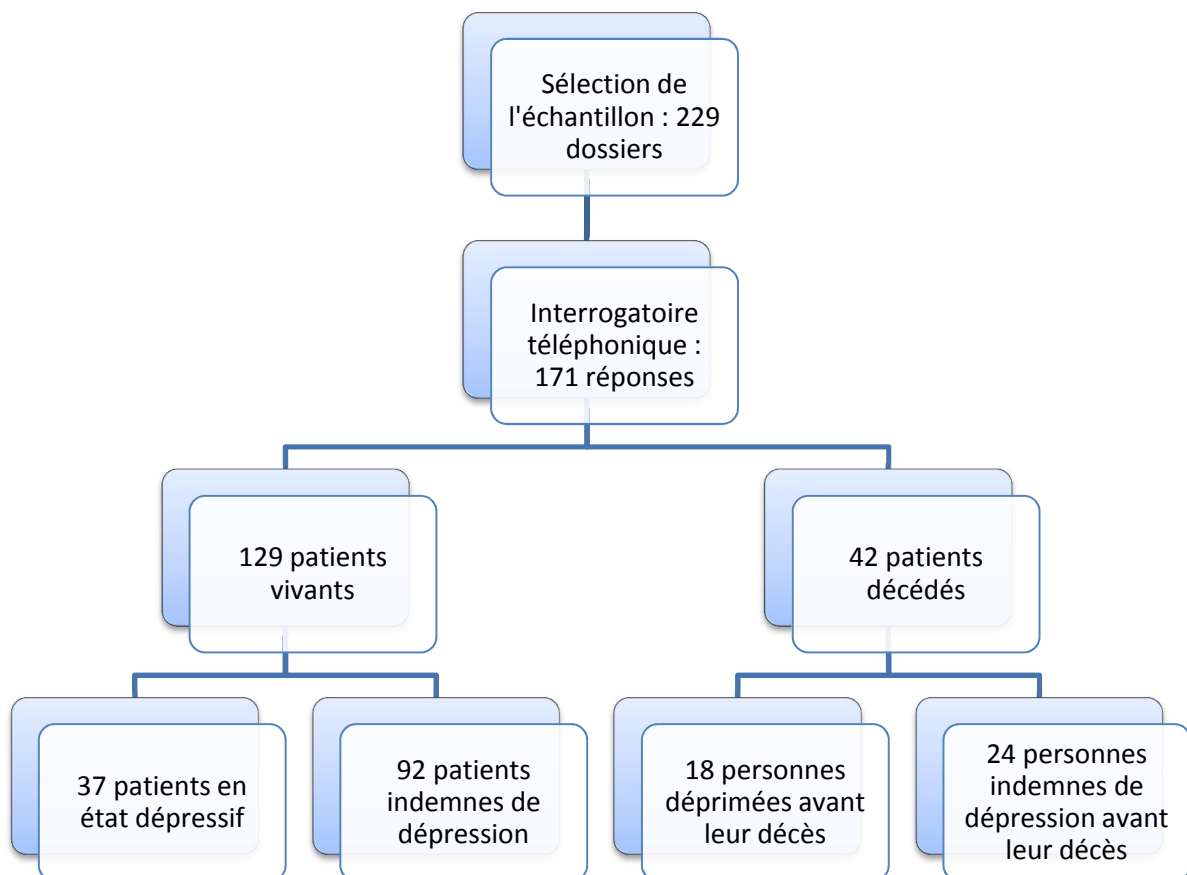
Ceci nous a permis de retenir et d'analyser 27 sources.

RESULTATS

Sur les 229 patients de notre échantillon, 171 dossiers complets soit 75% ont pu être recueillis car 7 patients n'ont pas souhaité participer à notre étude soit 3% et 51 personnes ont été perdues de vue soit 22%.

Les résultats portent sur les 171 patients ayant répondu à notre enquête.

Figure 1 : Descriptif de l'échantillon



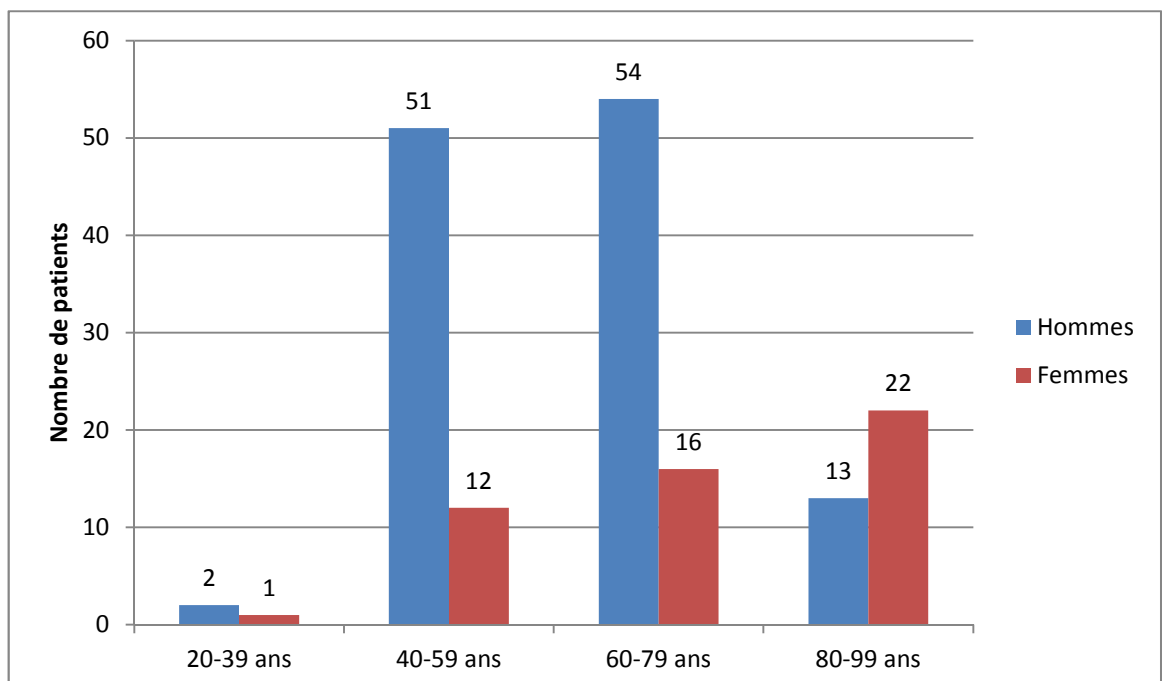
I. Analyse de la population de l'échantillon

A. Caractéristiques démographiques et professionnelles de l'échantillon

L'échantillon était composé d'une majorité d'hommes, soit 120 hommes (70%) pour 51 femmes (30%).

L'âge moyen était de 65 ans (+/- 14) avec des extrêmes entre 37 et 96 ans. L'âge moyen était significativement inférieur ($p < 0,05$) chez les hommes 63 ans (+/- 12) contre 71 ans (+/- 15) chez les femmes.

Figure 2 : Répartition de la population de l'échantillon en fonction du sexe et de la tranche d'âge



Concernant la catégorie professionnelle, les personnes les plus représentées étaient les retraités ou personnes inactives pour cause d'invalidité ou de chômage à raison de 67%.

Tableau 1 : Répartition de la population étudiée en fonction de la catégorie professionnelle

CATEGORIE PROFESSIONNELLE	NOMBRE	POURCENTAGE
OUVRIER	11	6,4%
EMPLOYEE	35	20,5%
CADRE	10	5,8%
INACTIF /RETRAITE	115	67,3%
TOTAL	171	100%

B. Antécédents et facteurs de risque cardio-vasculaire

Au niveau des antécédents, 74 patients (43%) avaient déjà subi un événement cardio-vasculaire contre 97 (57%) qui en étaient indemnes.

Seulement 10 patients (6%) présentaient un antécédent de syndrome dépressif par rapport aux 161 (94%) qui n'avaient pas eu de pathologies psychiatriques.

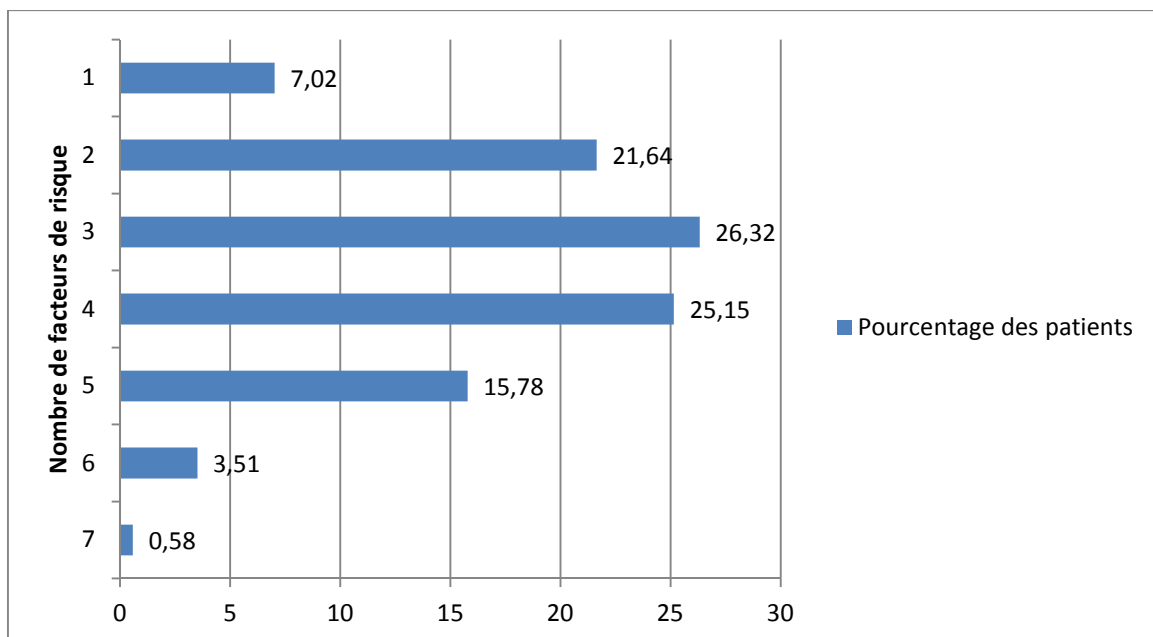
Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire retenus, les plus fréquents étaient l'âge (82%), l'hypertension artérielle permanente (59%) et la dyslipidémie (56%).

Tableau 2 : Répartition des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population étudiée

TYPE DE FACTEUR DE RISQUE	NOMBRE DE PATIENTS	POURCENTAGE DE L'ÉCHANTILLON
Age	140	82
HTA	101	59
Dyslipémie	96	56
Surpoids	81	47
Tabagisme	62	36
Diabète	54	32
Hérédité	37	22

Plus de la moitié des patients (88 patients sur 171 soit 51%) présentaient 3 ou 4 facteurs de risque cardiovasculaire.

Figure 3 : Répartition de la population de l'échantillon en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire



C. Le SCA : type, prise en charge et calcul du risque

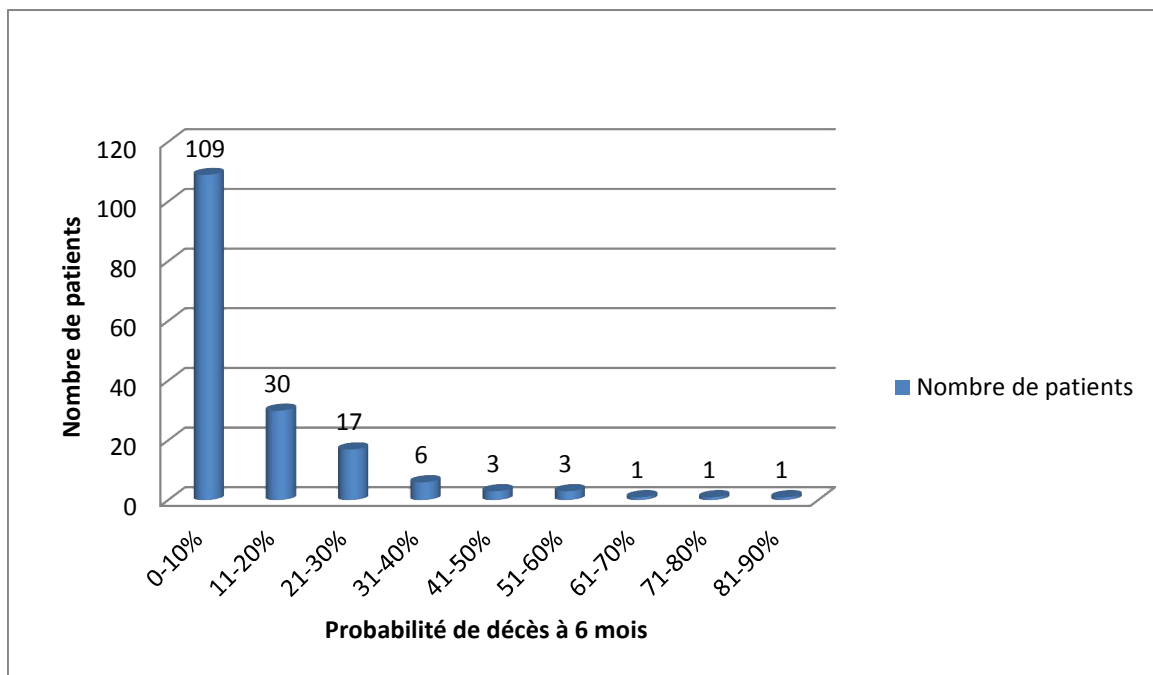
Les patients ont présenté un syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST dans 40% des cas (soit pour 69 patients).

Sa prise en charge se faisait lors de l'hospitalisation initiale majoritairement par angioplastie coronaire percutanée (72%), par un traitement médical isolé dans 23% des cas, et par revascularisation chirurgicale pour 5% des patients.

Le risque de récurrence de SCA par le GRACE Score à 6 mois était évalué à 30% (+/- 17) en moyenne.

Le risque de décès à 6 mois par le GRACE Score était évalué à 13% (+/- 16) en moyenne.

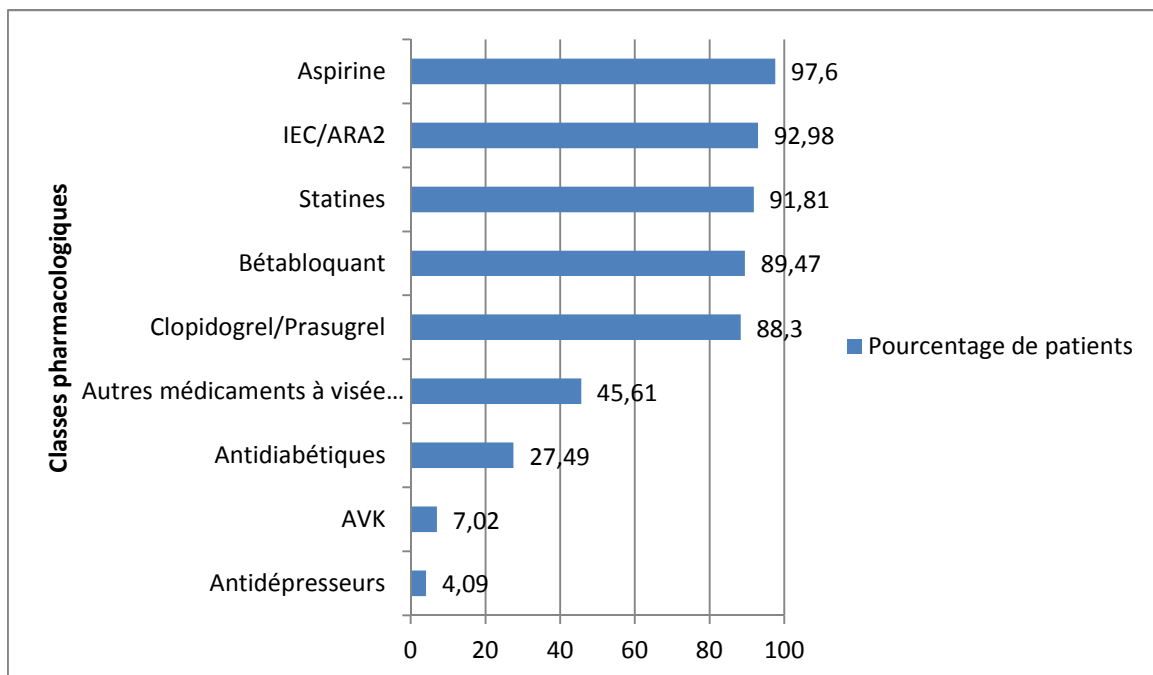
Figure 4 : Répartition de la population de l'échantillon en fonction du risque de décès



D. Traitement de sortie

La quasi-totalité des patients (98%) bénéficiaient d'un traitement par aspirine à la sortie de l'hospitalisation. Les autres principales classes pharmacologiques prescrites en termes de fréquence étaient les IEC ou les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2 (ARA2), les statines et les bêtabloquants.

Figure 5 : Répartition des principales classes pharmacologiques dans notre population à la sortie de l'hospitalisation

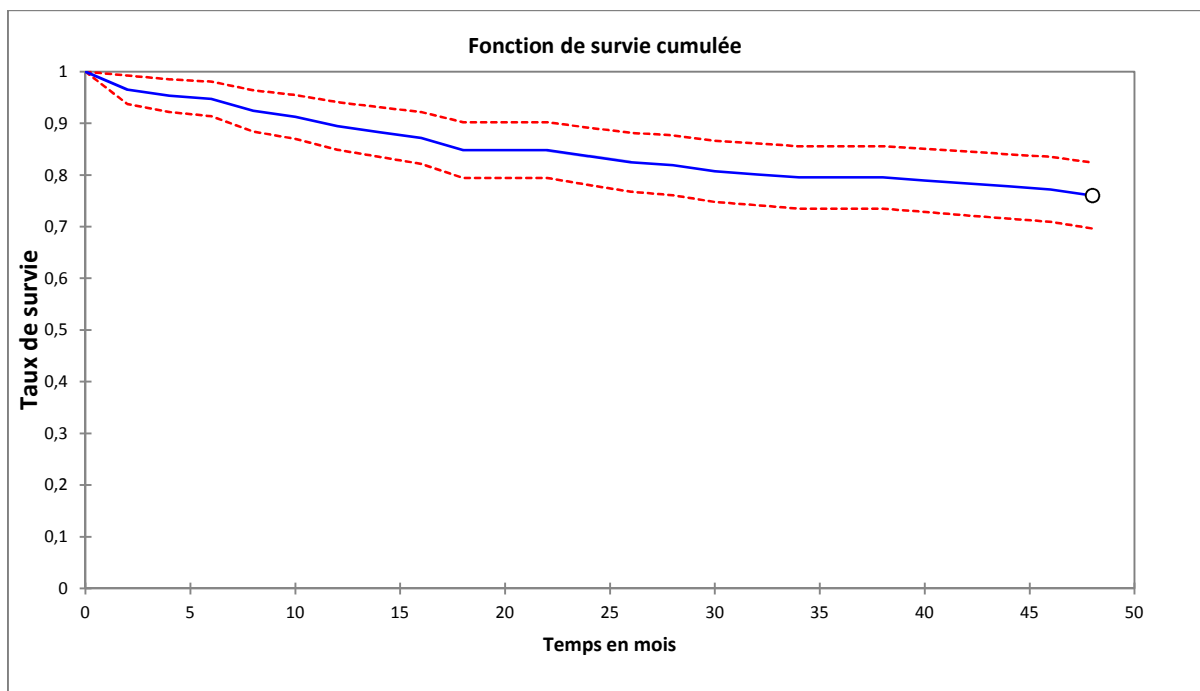


II. Suivi à 4 ans

A. Survie

Lors de l'interrogatoire téléphonique, 42 patients sur les 171 soit 25% de notre échantillon étaient décédés. Le décès était survenu en moyenne à 18 mois (+/- 15) après le SCA avec des extrêmes entre 1 et 48 mois.

Figure 6 : Courbe de survie de la population de notre échantillon en fonction du temps



Une analyse univariée selon le modèle de Cox a permis de révéler des facteurs prédictifs.

Tableau 3 : Identification des facteurs prédictifs de la mortalité selon le modèle de Cox

Facteur prédictif	P (degré de significativité)	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%
Age > 65 ans	<0,0001	4,06	2,04-8,09
GRACE Score Décès > 20%	< 0,0001	6,02	3,26-11,09

Les analyses concernant le sexe, le type de SCA (avec ou sans sus-décalage du segment ST), le diabète, le tabagisme et les antécédents de dépression n'étaient pas significatives ($p>0,05$).

B. Modification des habitudes hygiéno-diététiques

Le sevrage tabagique était obtenu pour 56% des fumeurs vivants lors du recueil téléphonique (27/48 car sur les 62 patients fumeurs 14 sont décédés).

Une activité physique régulière était pratiquée par 66% des patients (85/129).

Les patients avaient modifié leur régime alimentaire (surtout concernant les apports en sel et en graisses) dans 69% des cas (89/129).

C. Réadaptation cardiovasculaire

Seuls 56 sur 129 patients ont bénéficié d'un programme de réadaptation cardiovasculaire soit 43%. Les raisons n'ont pas été détaillées et analysées. Cependant, les principales causes étaient le refus du patient, une incapacité physique du patient à bénéficier du programme (grand âge, arthrose,...) et l'absence de proposition de participer à la réadaptation par les médecins.

D. Suivi cardiologique

La très grande majorité des patients soit 94% (121/129) avait un suivi cardiologique régulier (une consultation cardiologique annuelle au minimum depuis le SCA).

E. Reprise du travail

Parmi la population active de notre échantillon, 25% (13/51) n'ont pas repris d'activité professionnelle. Les causes étaient diverses, les principales étant : mise en invalidité, pré-retraite, SCA survenant quelques mois avant la retraite programmée.

Pour les patients ayant repris une activité professionnelle, l'arrêt de travail durait en moyenne 3,6 mois (+/- 2,7) avec des extrêmes entre 1 semaine et 12 mois.

F. Traitement à long terme

Lors de l'interrogatoire téléphonique, 98 patients sur 129 (soit 76%) bénéficiaient d'un traitement comprenant un antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant, un bêtabloquant, une statine et un IEC ou ARA2.

La quasi-totalité des patients soit 98% prenaient comme traitement un antiagrégant plaquettaire ou un anticoagulant.

Tableau 4 : Répartition des principales classes pharmacologiques à long terme dans notre population

Classe Pharmacologique	Nombre de patients (Total=129)	Pourcentage (intervalle de confiance à 95%)
Statine	119	92 (86-96)
Aspirine	118	91 (85-96)
Bêtabloquant	115	89 (82-94)
IEC/ARA2	114	88 (82-93)
Autres médicaments à visée cardiologique	47	36 (28-45)
Clopidogrel/Prasugrel	39	30 (22-39)
Antidiabétiques	33	26 (18-3)
Autres hypocholestérolémiants	19	15 (9-22)
Anticoagulant	14	11 (6-18)
Antidépresseur	11	9 (4-15)

III. La dépression

A. Etat dépressif et traitement

Sur les 171 patients inclus, 55 présentaient un état dépressif après leur SCA soit 32% (25-40). La moyenne d'âge lors de l'inclusion des patients considérés comme dépressifs était de 67 ans (+/- 15). Concernant le traitement de la dépression, à 4 ans, seuls 11 patients sur 37 considérés comme dépressifs bénéficiaient d'un traitement antidépresseur soit 30% (16-47).

La probabilité de présenter un état dépressif était significativement plus importante après un SCA ($p < 0,001$).

Figure 7 : Probabilité de de présenter un état dépressif avant et après un SCA dans notre échantillon

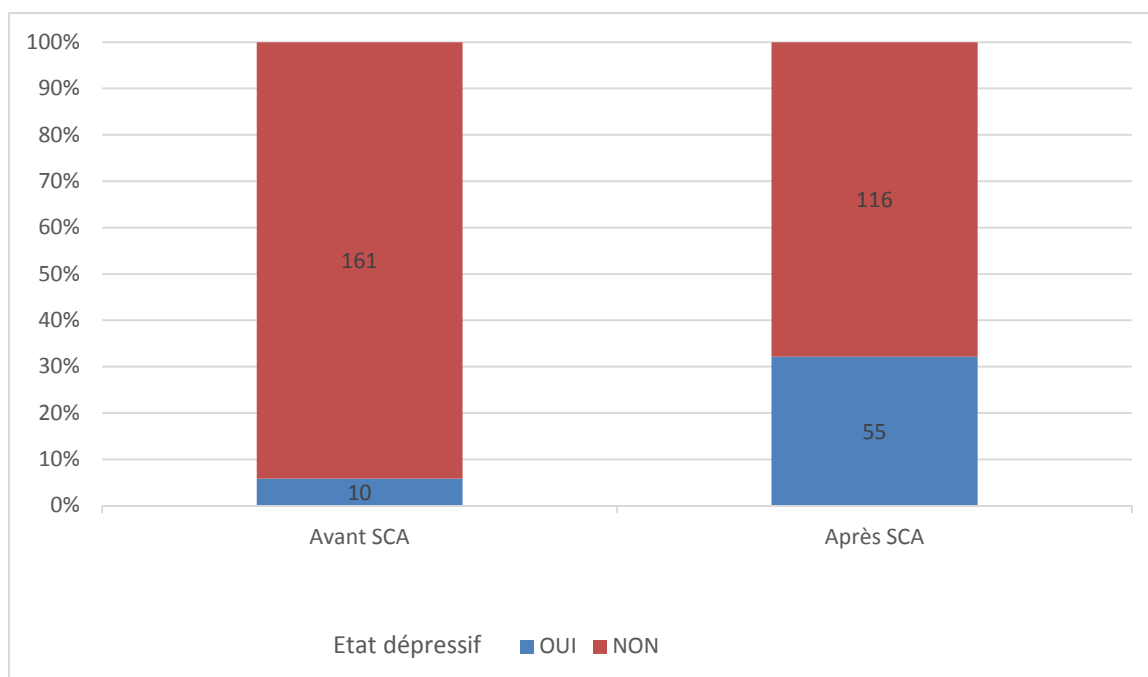
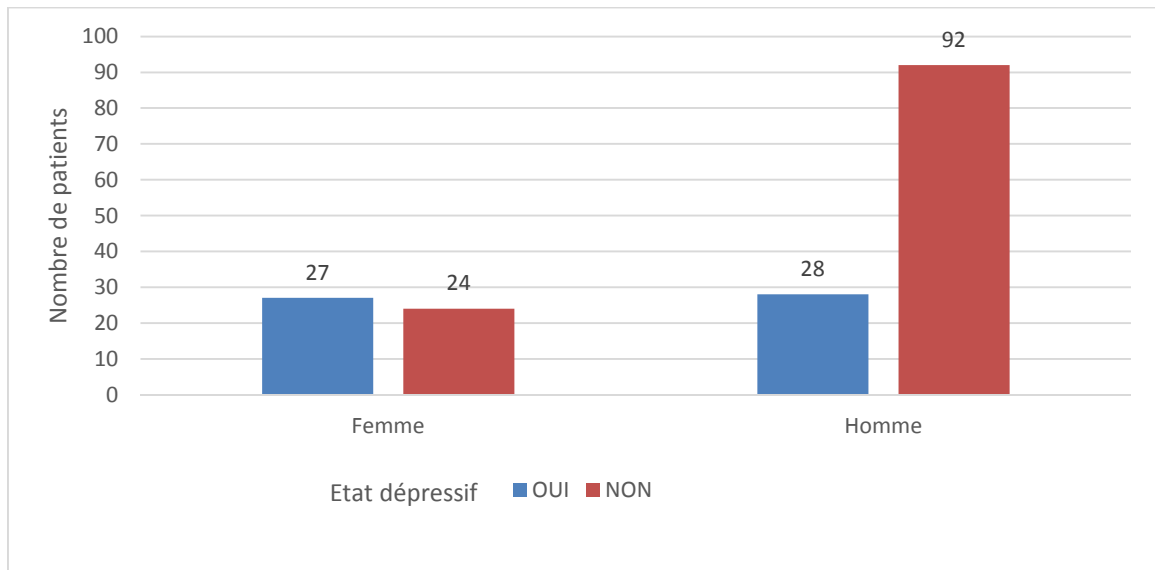
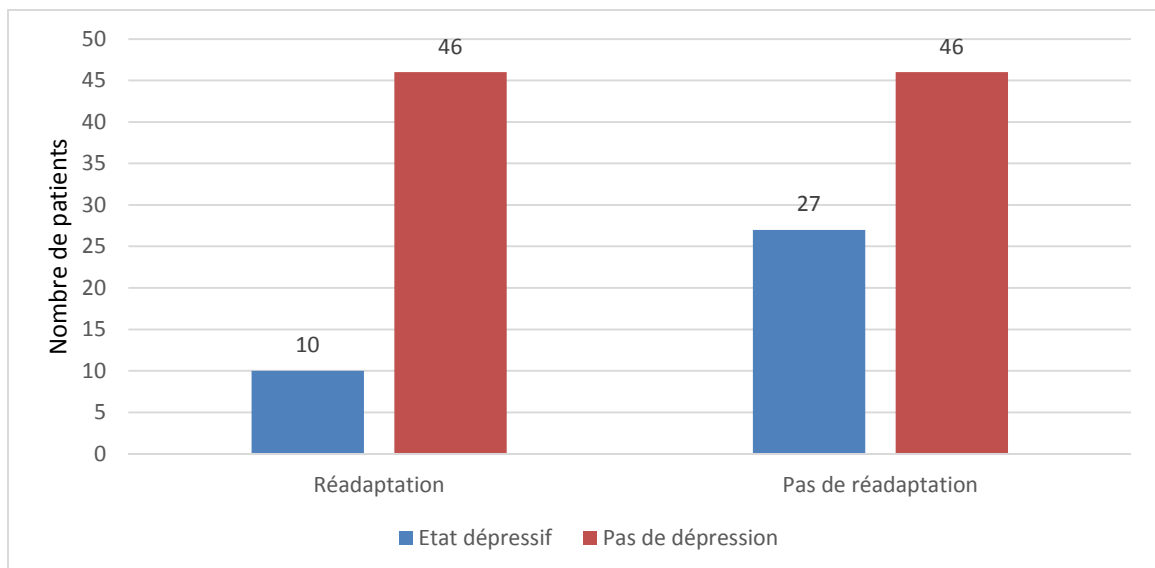


Figure 8 : Répartition de la population étudiée selon le sexe et l'état dépressif



Le sexe féminin était plus à risque de développer un état dépressif ($p < 0,001$).

Figure 9 : Répartition de la population étudiée selon la réadaptation et l'état dépressif



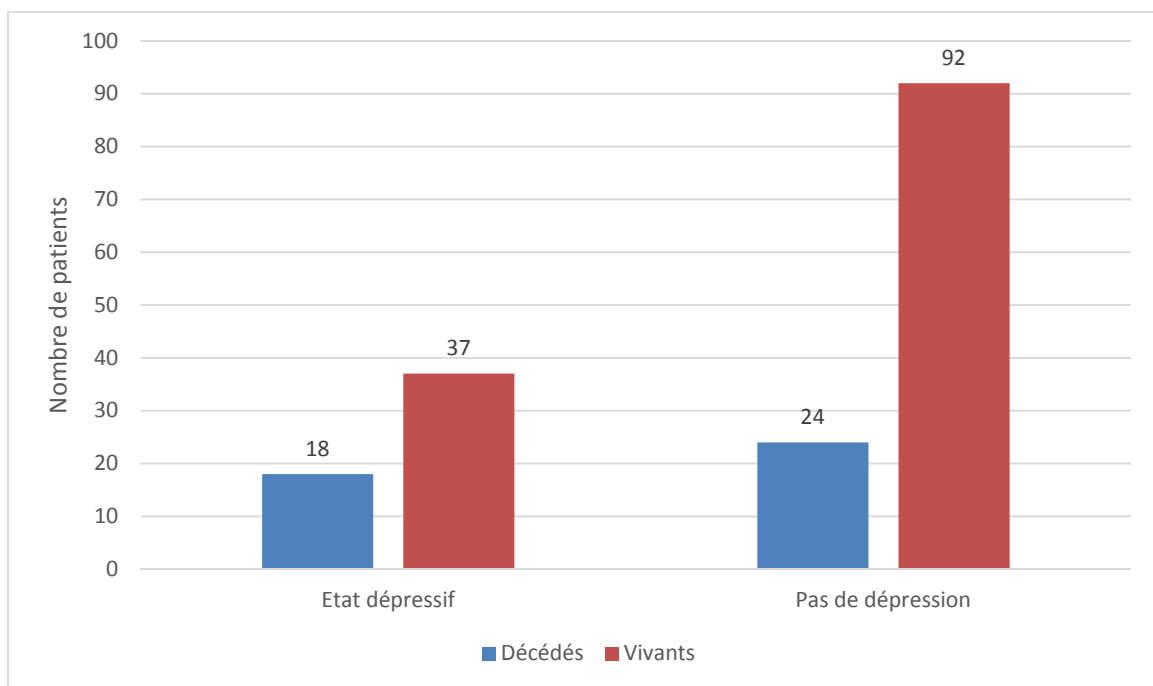
L'état dépressif est significativement lié ($p = 0,02$) à une absence de participation à un programme de réadaptation cardiovasculaire.

B. Conséquences de l'état dépressif sur le suivi

1. Risque de décès

Sur les 55 patients considérés comme dépressifs, à 4 ans de leur SCA, 18 étaient décédés soit 33%.

Figure 10 : Répartition de la population étudiée selon l'état dépressif et le risque de décès

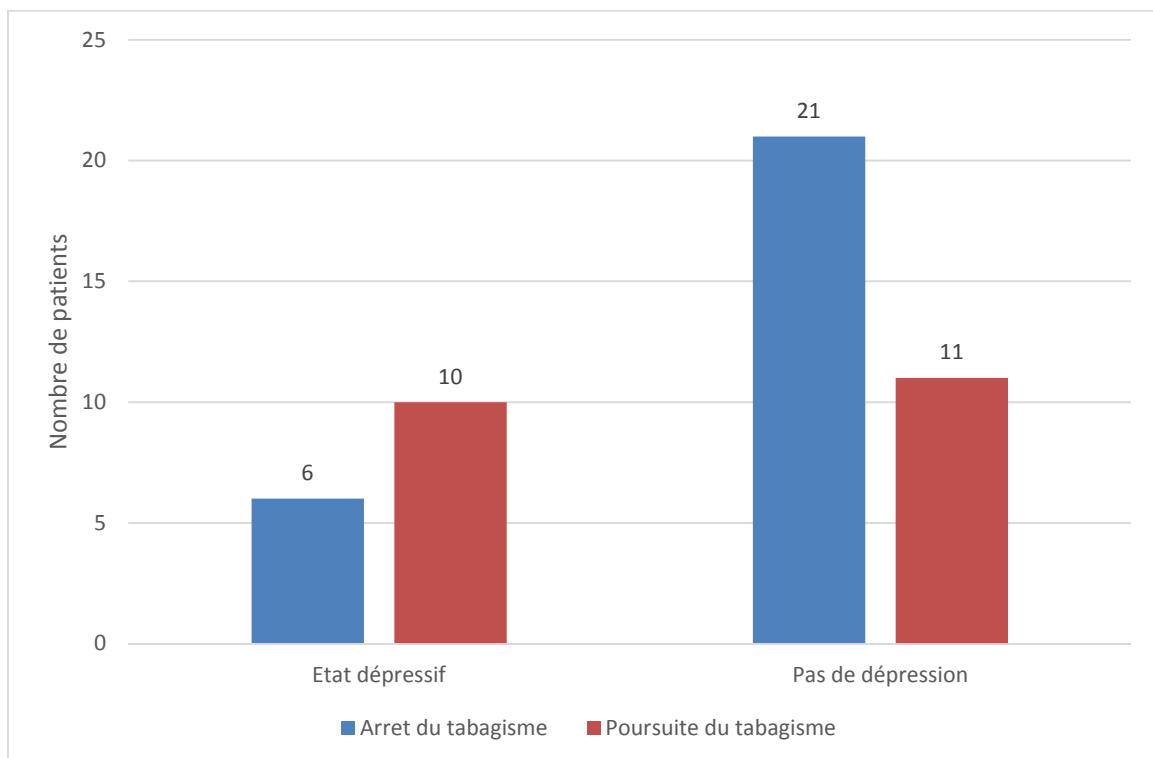


Il y avait une tendance non significative ($p=0,09$) pour l'association entre risque de décès et survenue d'un état dépressif après SCA.

2. Modification des règles hygiéno-diététiques

a) Arrêt du tabagisme

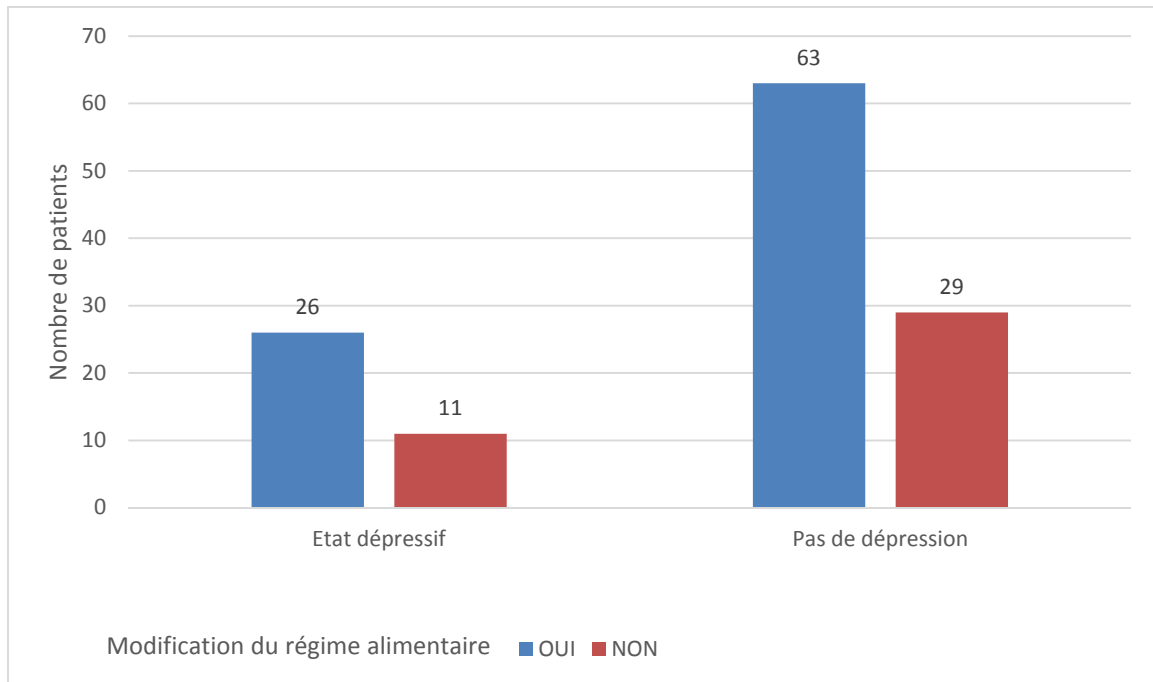
Figure 11 : Répartition de la population étudiée selon l'arrêt du tabagisme et l'état dépressif



Il y avait une tendance non significative ($p=0,06$) pour l'association entre arrêt du tabagisme et survenue d'un état dépressif après SCA.

b) Surveillance alimentaire

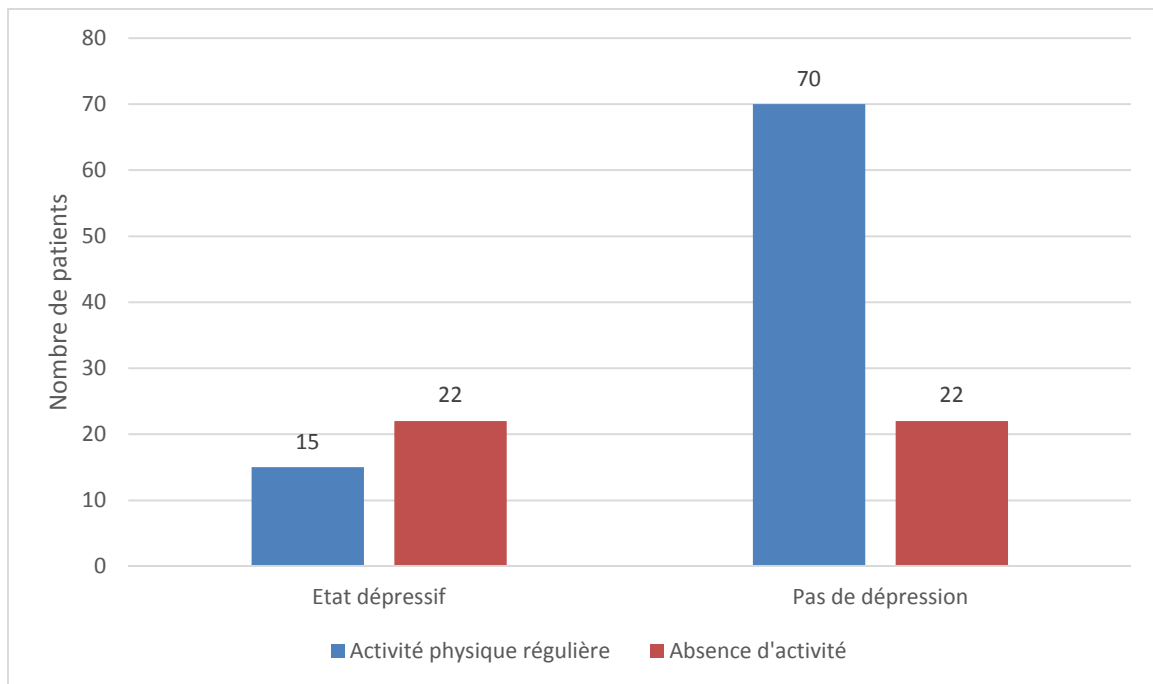
Figure 12 : Répartition de la population étudiée selon l'état dépressif et les modifications du comportement alimentaire



On note l'absence de différence significative ($p=0,8$) pour la modification des habitudes alimentaires selon l'état dépressif ou non.

c) Activité physique

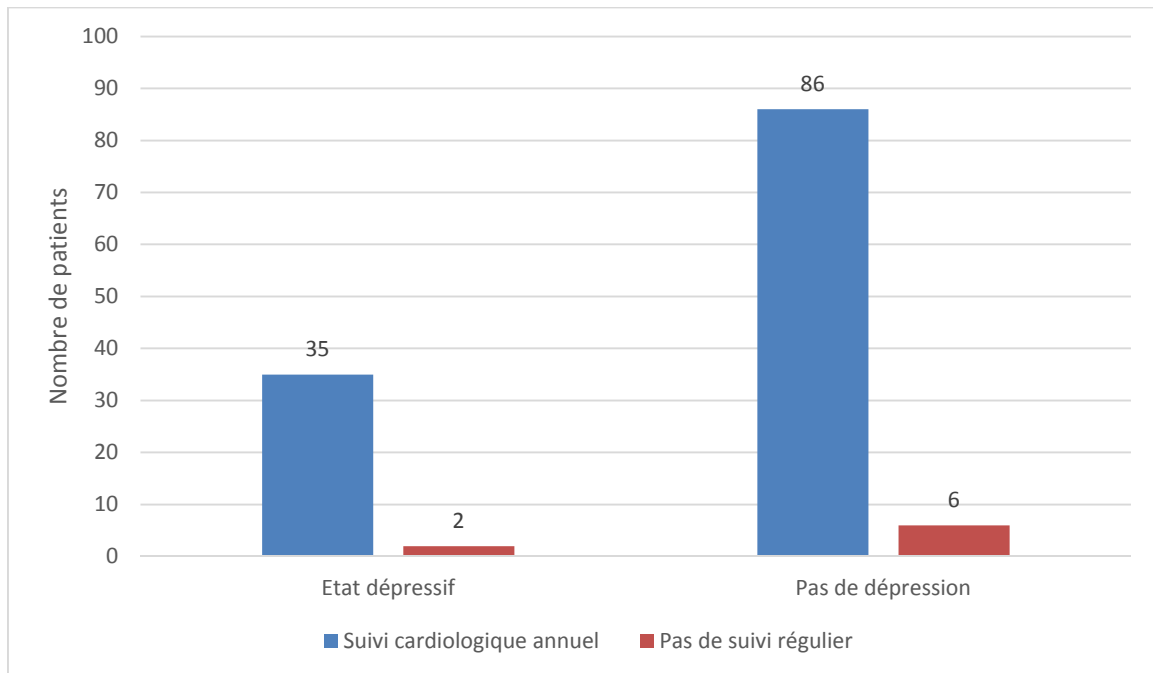
Figure 13 : Répartition de la population étudiée selon l'état dépressif et l'activité physique



Il existe une différence significative ($p < 0,001$) entre les deux groupes. La présence d'un état dépressif est associée à une moindre activité physique régulière.

3. Suivi cardiologique

Figure 14 : Répartition de la population étudiée selon l'état dépressif et le suivi cardiologique



Il n'y a pas de différence significative ($p=0,8$) concernant le suivi cardiologique (au minimum annuel) entre les patients présentant un état dépressif et les autres patients.

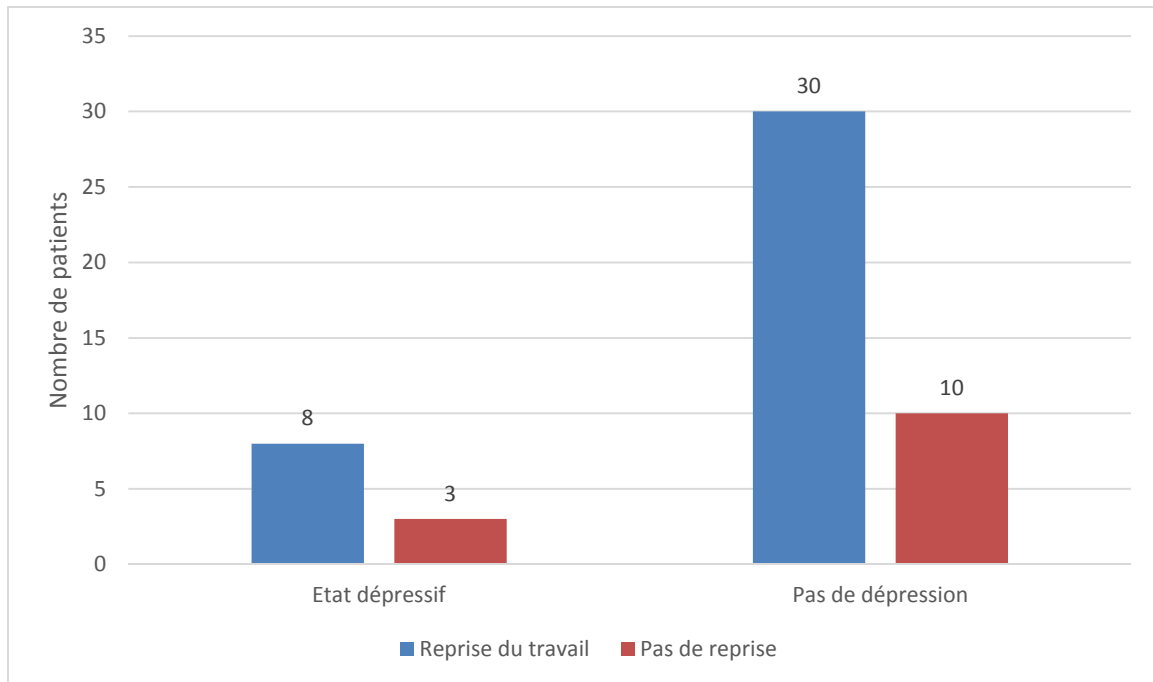
4. Réhospitalisation

Sur les 37 patients vivants considérés comme dépressifs, 5 avaient nécessité une réhospitalisation en urgence pour suspicion de récurrence de SCA soit 14%. Sur les 92 patients vivants non dépressifs, 14 avaient été réhospitalisés en urgence pour suspicion de récurrence de SCA soit 15%.

Il n'existait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant les réhospitalisations en urgence ($p=0,08$).

5. Reprise du travail

Figure 15 : Répartition de la population étudiée selon l'état dépressif et la reprise du travail



L'analyse ne retrouvait pas de différence significative ($p=0,8$) entre les patients dépressifs et les autres concernant la reprise du travail.

C. Identification des facteurs associés à l'état dépressif

Pour rechercher des facteurs associés à l'état dépressif, une régression logistique a été effectuée.

Tableau 5 : Identification des facteurs associés à l'état dépressif dans notre échantillon par régression logistique en analyse multivariée

Facteurs	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	Degré de significativité (p)
Antécédents de dépression	15,01	1,43-157,44	0,024
Absence d'activité physique régulière	3,73	1,41-9,86	0,008
Tabagisme	3,66	1,05-12,74	0,048
Sexe féminin	3,57	1,24-10,24	0,018

D'autres facteurs tels que l'âge, le diabète, le type de SCA, les modifications diététiques et la participation à une réadaptation ont été analysés mais les tests n'étaient pas significatifs ($p > 0,05$).

Une seconde régression logistique a été effectuée après exclusion des patients aux antécédents de dépression.

Tableau 6 : Identification des facteurs associés à l'état dépressif dans notre échantillon par régression logistique en analyse multivariée après exclusion des patients aux antécédents de dépression

Facteurs	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	Degré de significativité (p)
Sexe féminin	4,04	1,38-11,84	0,011
Absence d'activité physique régulière	3,25	1,21-8,71	0,019

Les autres facteurs tels que l'âge, le diabète, le tabagisme, la participation à une réadaptation, le type de SCA et les modifications diététiques ont été analysés mais n'étaient pas significatifs ($p > 0,05$).

DISCUSSION

I. Principaux résultats

Nous observons une incidence importante d'un état dépressif après une hospitalisation pour syndrome coronarien aigu.

La prévalence d'un état dépressif 4 ans après un SCA est de 32% dans notre échantillon alors que seulement 6% des patients présentaient une pathologie dépressive avant leur SCA. Les patients les plus à risque de développer un état dépressif sont les femmes et les patients n'ayant pas bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire. Seuls 30% des patients dépressifs étaient traités de façon médicamenteuse pour la dépression.

L'état dépressif est associé à une moindre activité physique. Il y avait une tendance non significative ($p=0,09$) pour l'association risque de décès et survenue d'un état dépressif après SCA et pour l'association entre arrêt du tabagisme et survenue d'un état dépressif après SCA ($p=0,06$). Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le suivi cardiologique et les modifications des règles diététiques.

Concernant le suivi à long terme, le taux de décès à 4 ans est de 25%. Dans notre échantillon 76% des patients en vie à 4 ans de leur SCA ont un traitement optimal selon les recommandations de la HAS et 98% ont soit un anticoagulant soit un antiagrégant plaquettaire dans leur traitement habituel. Les patients ont majoritairement un suivi cardiologique annuel au minimum (94%).

Moins de la moitié des patients (43%) ont bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire. Au niveau des règles hygiéno-diététiques, seuls 56% des fumeurs ont réussi à arrêter le tabagisme. 66% des patients ont une activité physique régulière et 69% des personnes ont modifié leurs habitudes alimentaires.

II. Biais, forces et limites

Dans notre étude, un biais de sélection existe. Les patients inclus ont été recrutés suite à une hospitalisation dans le CHRU de Lille, où les 3 types de traitement du SCA (médical, angioplastie et chirurgical) sont possibles. Ce qui n'est pas le cas dans tous les hôpitaux et donc ne peut refléter totalement la situation pour la population générale.

De même, c'est un échantillon de petite taille (229 patients inclus puis 171 dossiers complets), ce qui rend plus difficile de trouver des différences significatives entre les sous-groupes.

Le taux de réponse de 75% même s'il n'est pas optimal nous permet une bonne connaissance de la population.

Une des forces de notre thèse est le peu de critères d'exclusion. En effet, seuls ont été exclus les patients décédés dans les 72 heures suivant leur admission (ce qui nous intéresse étant la survenue d'une dépression et le suivi à long terme) et les patients ne résidant pas en France métropolitaine (pour des raisons pratiques lors du recueil téléphonique). En excluant le moins de patients possibles, notre étude nous permet de nous approcher le plus possible de la situation de la population générale ayant subi un SCA.

Un biais de mesure existe aussi. Pour évaluer l'état dépressif des patients nous avons utilisé l'échelle HAD. Celle-ci est utilisée en pratique courante et même validée par la HAS. Et c'est un outil de dépistage simple et reproductible. Cependant, un test positif n'est pas synonyme de syndrome dépressif. Pour parler de syndrome dépressif caractérisé, il faut se référer à la définition du DSM ou de la CIM. Cela nécessite de connaître le patient et de pouvoir lui parler pendant plusieurs consultations. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes servis de l'échelle HAD lors des interrogatoires téléphoniques.

Une limite de notre étude concerne le traitement des patients déprimés. Nous nous sommes intéressés seulement au traitement médicamenteux de la dépression sans faire de distinction de classe pharmacologique. Cependant d'autres traitements existent comme la thérapie cognitivo-comportementale ou la psychanalyse. Nous nous sommes limités à cette partie du traitement car souvent l'état dépressif était méconnu chez les patients et donc ils ne bénéficiaient d'aucune sorte de traitement.

III. Données de la littérature

A. Concernant SCA et dépression

1. Etude « The Heart and Soul Study »

L'étude « The Heart and Soul Study » est une étude prospective qui a pour but de déterminer pourquoi la symptomatologie dépressive est associée à une augmentation du risque d'événements cardiovasculaires (17).

1 017 patients ambulatoires présentant une maladie coronarienne stable ont été inclus dans l'étude. Ils ont été recrutés entre septembre 2000 et décembre 2002 à San Francisco. Ils ont été suivis pendant une moyenne de 4,8 ans. La symptomatologie dépressive a été évaluée par le « Patient Health Questionnaire » (PHQ) (18). Ce questionnaire est validé pour le diagnostic de dépression chez les patients présentant une maladie coronarienne (19). Il répond aux critères de la définition de la dépression selon le DSM. Il se compose de 9 questions concernant les activités et ou problèmes survenant pendant les deux dernières semaines. Chaque item est coté de 0 (jamais) ,1 (plusieurs jours), 2 (plus de la moitié des jours) à 3 points (presque tous les jours) selon la fréquence au cours des 2 semaines précédentes. Les patients ont été considérés comme dépressifs si leur score au test était supérieur à 10. (Le questionnaire PHQ-9 est en annexe 4)

Les résultats révèlent que la probabilité de survenue d'événements cardiovasculaires était de 10,0% chez les 199 patients avec une symptomatologie dépressive (PHQ>10) contre 6,7% chez les 818 autres. En tenant compte des comorbidités et de la sévérité de la maladie, la symptomatologie dépressive est associée à un risque plus important de 31% de subir un événement cardiovasculaire. Cependant après ajustement des médiateurs biologiques et comportementaux incluant l'inactivité physique, il n'est pas retrouvé d'association significative.

L'étude conclut que dans cet échantillon de patients coronariens stables, l'association entre symptomatologie dépressive et survenue d'événements cardiovasculaires est largement expliqué par les facteurs comportementaux et notamment l'inactivité physique.

Les résultats sont comparables aux nôtres. En effet dans notre étude, l'état dépressif des patients est associé à l'inactivité physique de façon significative. Dans notre étude comme dans cet article, le problème est de savoir si la dépression est la cause de l'inactivité physique ou inversement. Les deux items dans les études sont traités de façon concomitante et non indépendante.

Cependant la différence concernant la survenue d'événements coronariens entre les deux études peut s'expliquer de plusieurs manières. Dans notre thèse, seuls sont inclus les patients ayant fait un SCA alors que dans l'étude « The Heart and Soul Study » les patients sont des malades coronariens stables. Ce qui inclut les patients ayant fait un infarctus du myocarde, ayant une maladie coronarienne documentée, et ayant une sténose coronarienne supérieure à 50% visualisée par angiographie ou imagerie médicale.

De plus, les événements cardiovasculaires dans cette étude sont définis par un arrêt cardiaque, un accident ischémique transitoire, un SCA et le décès. Tandis que dans notre thèse seuls sont pris en compte les réhospitalisations en urgence et les causes des décès n'ont pas été identifiées.

Une autre analyse de l'étude « The Heart and Soul Study » a pour but de comparer l'importance de la symptomatologie dépressive et de la sévérité de la maladie coronarienne dans le déclin fonctionnel chez des patients coronariens stables (20).

Les patients ont été recrutés entre septembre 2000 et décembre 2002 à San Francisco. La sévérité des symptômes dépressifs a été évaluée par le PHQ-9 au départ et à 5 ans. La sévérité de la maladie coronarienne a été évaluée par l'évaluation de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG), la capacité physique suite à un exercice sur tapis roulant selon le protocole de Bruce, et un questionnaire sur la symptomatologie de l'angine de poitrine au cours des 4 dernières semaines, au début de l'étude et à 5 ans. Le statut fonctionnel a été évalué par l'« activities of daily living » (ADL) et l'« instrumental activities of daily living » (IADL) annuellement pendant 5 ans. 960 patients ont été inclus d'âge moyen 67 ans et 658 ont été évalué à 5 ans.

Les résultats indiquent qu'une symptomatologie dépressive sévère au début de l'étude est associée à un risque de déclin fonctionnel plus important à 5 ans alors qu'une capacité physique importante au début de l'étude est associée à un moindre risque de déclin fonctionnel. La fréquence de l'angine de poitrine ou une FEVG basse ne sont pas associées à un déclin fonctionnel à 5 ans. Leurs recherches suggèrent donc que l'amélioration de la symptomatologie dépressive semble aussi importante que de traiter la maladie coronarienne pour favoriser le statut fonctionnel dans une population âgée.

2. Importance du traitement efficace de la dépression

Une analyse de l'étude « Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease » (ENRICHD) a pour but d'examiner la contribution d'une résistance au traitement antidépresseur sur la mortalité chez des patients dépressifs en post-infarctus du myocarde indépendamment des facteurs prédictifs biologiques et sociaux (21). Les 770 patients traités pour dépression dans l'étude ENRICHD ont été inclus. La résistance au traitement a été définie par une baisse de moins de 50% du Hamilton Depression Score ou un score supérieur à 10 dans les 6 mois suivant le début du traitement.

Une résistance au traitement était observée dans 13,4% des cas. La mortalité était de 13% pour les personnes résistantes au traitement contre 7% chez les autres pour un suivi moyen de 29 mois. Les résultats indiquent que la résistance au traitement antidépresseur est un facteur prédictif significatif indépendant de mortalité après ajustement selon l'âge, le diabète, l'arrêt cardiaque et le tabagisme.

Une autre étude issue de « The coronary Psychosocial Evaluation Studies » conclut aussi au fait qu'un traitement efficace de la dépression est associé à une baisse de la mortalité ou d'hospitalisation pour infarctus du myocarde (22). Cette baisse est réelle durant le traitement mais l'effet ne persiste pas à l'arrêt du traitement.

Dans notre étude, nous n'avons pas pu analyser ce point du fait d'une sous-estimation du nombre de patients en état dépressif. Mais cela montre l'intérêt de dépister la dépression chez les patients après la survenue d'un SCA et de la traiter efficacement.

3. Importance de la réadaptation cardiovasculaire

Une étude récente révèle l'importance de la réadaptation cardiovasculaire chez des patients souffrant de dépression après un infarctus du myocarde (23).

Les données concernant 2 198 patients issus de « Depression after Myocardial Infarction study » et « Myocardial Infarction and Depression Intervention Trial » ont été utilisées. La dépression était diagnostiquée lors de l'hospitalisation, définie par un score supérieur ou égal à 10 au test « Beck Depression Inventory ».

La participation à la réadaptation était évaluée par un auto-questionnaire 12 mois après la survenue de l'infarctus. 878 patients ayant bénéficié d'une réadaptation ont été inclus.

Les résultats indiquent que la réadaptation cardio-vasculaire en général n'est pas associée à une diminution du risque de mortalité après ajustement en fonction de l'âge, du sexe, de la FEVG et des antécédents cardio-vasculaires. Cependant, la réadaptation cardio-vasculaire permet une baisse de la mortalité chez les patients dépressifs mais pas chez les patients non-dépressifs.

Dans notre étude, l'impact de la réadaptation sur la mortalité n'a pu être évalué ne sachant pas si les patients décédés avaient participé à un programme de réadaptation cardiovasculaire. Cependant, la non-participation à la réadaptation est liée à une probabilité plus importante de développer un état dépressif après un SCA, mais on ne peut pas conclure à un lien de causalité.

4. Dépression après syndrome coronarien aigu et sexe féminin

Une étude récente a eu pour but d'explorer les différences entre les sexes dans la dépression et le pronostic en post-infarctus du myocarde à partir de données d'études prospectives (24). Les données de 10 175 patients qui avaient subi un infarctus du myocarde et qui avaient complété un questionnaire concernant la dépression ont été analysées à partir de 16 études prospectives issues de l'étude MINDMAPS.

Les résultats montrent comme pour notre étude que la prévalence de la dépression en post-infarctus du myocarde est plus élevée chez la femme (36%) que chez l'homme (29%) mais que l'association entre dépression et pronostic cardiaque est plus mauvais chez l'homme.

Une autre étude récente a cherché à savoir si la symptomatologie dépressive était associée à un moins bon pronostic chez les femmes ayant subi un infarctus du myocarde (25). Les 2 498 patients issus des hôpitaux américains participant à l'étude « Prospective Registry Evaluating Outcomes After Myocardial Infarction : Events and Recovery » ont été recrutés entre janvier 2003 et juin 2004. La symptomatologie dépressive a été évaluée par le questionnaire PHQ-9. La présence de symptômes dépressifs était définie par un score PHQ-9 supérieur à 10. Les paramètres pris en compte étaient les réhospitalisations à 1 an toutes causes confondues, la présence d'angine de poitrine à 1 an et la mortalité toutes causes confondues à 2 ans.

Les résultats montrent que la prévalence de la symptomatologie dépressive était plus importante pour le sexe féminin par rapport au sexe masculin (29% versus 18,8%, $p < 0,001$). Après ajustement par les facteurs démographiques, les comorbidités et la sévérité de l'infarctus, le sexe féminin est associé à un risque légèrement plus élevé de réhospitalisation, d'angine de poitrine et de mortalité. Cependant, en ajoutant la symptomatologie dépressive à l'analyse multivariée, la relation entre sexe et risque notamment de réhospitalisation et d'angine de poitrine devient moins évidente. L'étude conclut donc que le taux plus élevé de symptômes dépressifs chez la femme contribue très modestement au taux plus élevé de réhospitalisation et d'angine de poitrine par rapport aux hommes mais n'influence pas la mortalité après infarctus du myocarde.

Les résultats de cette étude concordent avec la nôtre en mettant en évidence le lien entre état dépressif et sexe féminin.

B. Suivi à long terme

L'étude EUROASPIRE IV est une étude transversale entreprise dans 78 centres issus de 24 pays européens. 7 998 patients (dont 24,4% de femmes) de moins de 80 ans ayant fait un SCA, ou bénéficié d'une angioplastie ou d'un pontage chirurgical, ont été interrogés et examinés 6 mois après cet événement (26).

Les résultats indiquent à 6 mois que 16% des patients étaient fumeurs et que seuls 51,4% des patients fumeurs avaient réussi à arrêter. La pratique d'une activité physique régulière était réalisée par 40,1% des patients. 42,7% des patients avaient une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm Hg. La réadaptation cardiovasculaire avait été proposée pour 50,7% des patients.

Concernant leur traitement 93,8% avait un antiagrégant plaquettaire, 82,6% un bêtabloquant, 75,1% un IEC ou ARA2 et 85,7% une statine.

Ces résultats sont relativement similaires aux nôtres à quelques exceptions près. Dans notre échantillon, le sevrage tabagique était obtenu pour 56% des fumeurs (contre 51,4%). L'activité physique régulière était plus fréquente à 66% (contre 40,1%). Concernant la réadaptation, seuls 40% des patients en avaient bénéficié.

Du point de vue thérapeutique, l'observance et la prescription semblent légèrement meilleures. Dans notre thèse, 91% des patients bénéficiaient d'un traitement par aspirine (contre 93,8%). Une statine faisait partie du traitement habituel dans 92% des cas (contre 85,7%). Les patients prenaient un bêtabloquant dans 89% des cas (contre 82,6%) et un IEC ou ARA2 dans 88% des cas (contre 75,1%).

Les différences peuvent s'expliquer pour plusieurs raisons.

D'abord, nos résultats proviennent d'un interrogatoire à 4 ans donc à long terme contre 6 mois dans l'étude EUROASPIRE IV. Et dans notre étude les sujets de plus de 80 ans n'ont pas été exclus.

Du point de vue comportemental, le taux de pratique d'activité physique régulière est meilleur mais dans notre étude, il a été fait en tenant compte des capacités des personnes interrogées et évalué de façon subjective par le patient.

Au niveau médicamenteux, la différence peut s'expliquer par le fait que les patients ayant subi un SCA sont en Affection de Longue Durée (ALD) et donc les médicaments sont pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale ce qui n'est pas forcément le cas dans tous les pays européens (27).

Une autre hypothèse est la prise de conscience des médecins français (notamment généralistes et cardiologues) et aussi des patients de prescrire et d'observer ce traitement préconisé.

Cependant, au niveau de la réadaptation, la comparaison n'est pas possible. Même si le taux de participation dans notre étude est faible par rapport aux recommandations, c'est le taux de participation à la réadaptation cardio-vasculaire complète. Tandis que dans l'étude EUROASPIRE IV, c'est le taux de proposition de la réadaptation aux patients par les médecins qui est pris en compte, ce qui n'a pas été recherché dans notre thèse.

IV. Prospectives

A. Concernant la dépression

Comme nous l'avons remarqué, il existe un lien fort entre SCA et dépression.

Certaines études considèrent même la dépression comme un facteur de risque de morbi-mortalité. Cependant, l'état dépressif semble souvent méconnu du patient après son SCA, patient qui aurait tendance à se focaliser sur les paramètres physiologiques et anatomiques de sa pathologie. Les patients dépressifs ont peu souvent un traitement médicamenteux antidépresseur, ce qui laisse penser que la dépression est aussi méconnue des médecins.

Il semblerait donc opportun de dépister de façon systématique une dépression latente chez les patients ayant subi un SCA par un test rapide comme l'échelle HAD. Ce dépistage pourrait s'effectuer de façon précoce lors de l'hospitalisation initiale, ou plus tard lors du suivi cardiologique ou du suivi effectué par le médecin traitant comme la recherche et le contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire identifiés à présent. Une fois la dépression identifiée, la mise en place d'un traitement adéquat améliorerait le pronostic à long terme.

B. Concernant la réadaptation et les règles hygiéno-diététiques

Au niveau de la réadaptation, moins de la moitié des patients en ont bénéficié. La réadaptation post SCA permettant d'améliorer la survie comme l'ont montré différentes études, il conviendrait de la proposer de façon systématique aux patients éligibles. Ce qui permettrait également une prise de conscience de la part du patient de l'importance d'une activité physique régulière dans le cadre de la prévention secondaire.

Concernant le tabagisme, une consultation de tabacologie est proposée aux fumeurs lors de leur hospitalisation pour SCA en USIC du CHRU de Lille. Cependant, le sevrage tabagique n'est obtenu que dans un peu plus de la moitié des cas. Il conviendrait donc aux médecins de persévérer dans cette voie pour aider le patient à arrêter de fumer.

Du point de vue des habitudes alimentaires, une partie des patients (31% de notre étude) n'arrivent pas à modifier leur régime alimentaire. Leur alimentation continue d'être trop riche en sucres avec le risque de diabète, en graisses avec le risque de dyslipémie, et en sel avec le risque d'HTA. Il conviendrait de proposer aux patients une consultation de diététique avec si nécessaire un suivi sur le long terme.

C. Concernant le traitement du SCA

Dans notre étude, 76% des patients avaient un traitement optimal selon la HAS concernant les différentes classes pharmacologiques préconisées. En tenant compte des contre-indications individuelles, les médecins pourraient améliorer leur taux de prescription.

CONCLUSION

La dépression et la maladie coronarienne sont deux importantes pathologies liées.

Par notre thèse, à partir d'un échantillon de patients ayant fait un SCA, nous avons relevé que la dépression avait une prévalence plus importante après un SCA. Cet état dépressif semble lié au sexe féminin et à l'absence de participation à un programme de réadaptation cardio-vasculaire. Il est également lié au manque d'activité physique régulière.

Même si dans notre thèse, la dépression n'est pas liée à une augmentation de la mortalité, d'autres études l'ont fait remarquer. Elle est même considérée comme un facteur de mauvais pronostic après un SCA.

La dépression semble sous-évaluée et sous traitée de façon médicamenteuse.

Une amélioration du dépistage et du traitement efficace de la dépression après un SCA permettrait d'améliorer la qualité de vie et la survie des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Goldstein P, Wiel E, Assez N, Adriansen C, Alauze C, Vaniet F, et al. Le syndrome coronarien aigu dans le cadre de l'urgence pré hospitalière. *Les Essentiels* 2005; 515-526.
2. Puymirat E. Syndrome coronarien aigu : définition et conséquences pratiques. *Les entretiens de Bichat* 2013; 1-6.
3. Delahaye F, Bory M, Cohen A et al. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux* 2001; 94: 7: 697-738.
4. Monpère C, Sellier P, Meurin P et al. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte. *Archives des Maladies du Cœur et des vaisseaux* 2002; 95: 10: 962-995.
5. Granger CB, Steg PG, Peterson E, Lopez-Sendon J, Van deWerf F, Kline-Rogers E, et al. Medication performance measures and mortality following acute coronary syndromes. *Am J Med* 2005; 118: 858-865.
6. Lousberg P, Piérard L. Prévention secondaire après un infarctus du myocarde. *Revue Med Liège* 2006; 61: 5-6: 380-385.

7. Oldridge NB, Guyat GH, Fischer MF, Rimm AA. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experiences of randomised clinical trials. JAMA. 1988; 260: 940-50.
8. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S et al. An overview of randomised trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. Circulation. 1989; 80: 234-44.
9. HAS. Episode dépressif caractérisé de l'adulte prise en charge en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Mai 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201405/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf, consulté le 15/07/2015.
10. INSERM. Dépression. Aout 2014. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>, consulté le 17/07/2015.
11. Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. JAMA 2001; 286: 1621-7.
12. Paz-Filho G, Licinio J, Wong ML. Pathophysiological basis of cardiovascular disease and depression: a chicken-and-egg dilemma. Rev Bras Psiquiatr. 2010 June; 32(2): 181–191.
13. Abou Tam J, Buffet P, Lorgis L, Zeller M, Gonzalez S, L'Huillier I, et al. Scores de stratification du risque et syndromes coronariens aigus. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 2005; 54: 157-60.

14. De Araujo Goncalves P, Ferreira J, Aguiar C, et al. TIMI, PURSUIT, and GRACE risk scores : sustained prognostic value and interaction with revascularization in NSTEMI-ACS. *Eur Heart J* 2005; 26: 865-72.
15. Bocerean C, Dupret E. A validation study of Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 354.
16. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 52: 69 – 77.
17. Whooley MA, de Jonge P, Vittinghoff E, Otto c, et al. Depressive Symptoms, Health Behaviors, and Risk of Cardiovascular Events in Patients with Coronary Heart Disease. *JAMA* 2008; 300: 2379-2388.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 606-613.
19. McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression with coronary heart disease (data from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol* 2005; 96(8): 1076-1081.
20. Sin NL, Yaffe K, Whooley MA. Depressive symptoms, Cardiovascular Disease Severity and Functional Status in Older Adults with Coronary Heart Disease : The Heart and Soul Study. *J Am Geriatr Soc* 2015; 6: 8-15.
21. Banankhah SK, Friedmann E, Thomas S. Effective treatment of depression improves post-myocardial infarction survival. *World J Cardiol* 2015; 7(15): 215-23.

22. Ye S, Shaffer JA, Rieckmann N, Schwartz JE, Kronish IM, Ladapo JM. Long-term outcomes of enhanced depression treatment in patients with acute coronary syndroms. *Am J Med* 2014 Oct; 127(10): 1012-1016.
23. Meurs M, Burger H, van Riesen J, Slaets JP, Rosmalen JG et al. The association between cardiac rehabilitation and mortality risk for myocardial infarction patients with and without depression symptoms. *J Affect Disord* 2015; 188: 278-283.
24. Doyle F, McGee H, Conroy R, Conradi HJ, Meijer A et al. Systematic Review and Individual Patient Data Meta-Analysis of Sex Differences in Depression and Prognosis in Persons With Myocardial Infarction : A MINDMAPS Study. *Psychosom Med* 2015; 77: 419-428.
25. Parashar S, Rumsfeld JS, Reid KJ, Buchanan D, Dawood N et al. Impact of Depression on Sex Differences in Outcome After Myocardial Infarction. *Circ Cardiovasc Outcomes* 2009; 2(1): 33-40.
26. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, Ryden L, Jennings C et al. EUROAPIRE IV : A European Society of Cardiology Survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 european countries. *Eur J Prev Cardiol* 2015 Feb 16.
27. HAS. Maladie coronarienne stable. Actes et prestations affection de longue durée. Juillet 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_maladie_coronarienne.pdf, consulté le 15/09/2015.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé

- Selon le DSM-5 (traduction non validée)

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

Au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'épisode dépressif majeur (ou épisode dépressif caractérisé).

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notées au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif.

Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée.

Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif majeur, les critères D et E doivent s'y ajouter :

D. L'occurrence de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

► Selon la CIM-10

Tableau 4. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé récidivant selon la CIM-10

A. L'épisode présente une durée d'au moins deux semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes suivants :

1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée

et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines ;

2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;

3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;

2) sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;

3) pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;

4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;

5) modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalé e ou observés) ;

6) perturbation du sommeil de n'importe quel type ;

7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 2 : Echelle de dépression Hospital Anxiety and Depression Scale de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

A. Je me sens tendu ou énervé.

0 Jamais.

1 De temps en temps.

2 Souvent.

3 La plupart du temps.

B. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

0 Pas du tout.

1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.

2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.

3 Oui, très nettement.

C. Je me fais du souci.

0 Très occasionnellement.

1 Occasionnellement.

2 Assez souvent.

3 Très souvent.

D. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

0 Oui, quoi qu'il arrive.

1 Oui, en général.

2 Rarement.

3 Jamais.

E. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

0 Jamais.

1 Parfois.

2 Assez souvent.

3 Très souvent.

F. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

G. J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

A. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

B. Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

C. Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

E. Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

F. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

G. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

3) Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Annexe 3 : Questionnaire complet

I. RECUEIL DE DONNEES

1) Numéro de dossier

2) Identité

a. Nom et Prénom

b. Date de naissance

c. Adresse

d. Numéro de téléphone

e. Médecin traitant et coordonnées

f. Catégorie socio-professionnelle

Ouvrier ou activité physique importante

Employé ou commerçant

Cadre ou professions libérales ou chef d'entreprise

Retraité, chômeur ou personne en invalidité

3) Syndrome coronarien aigu

a. Date

b. ST sus

Oui

Non

c. Prise en charge

Angioplastie

Chirurgicale

Médicale

4) Antécédents

Cardiovasculaire

Dépression

Autres comorbidités

5) Facteurs de risque cardiovasculaire

- Age
- Diabète
- Dyslipémie
- Hérité cardiovasculaire
- Hypertension artérielle
- Surpoids
- Tabagisme

6) Paramètres cliniques et biologiques

- a. Fréquence cardiaque
- b. Pression artérielle systolique
- c. Créatininémie
- d. Classification de Killip
- e. Troponinémie
- f. Arrêt cardiaque à l'admission

7) Calcul du Grace score

- a. Probabilité de décès à 6 mois
- b. Probabilité de récurrence à 6 mois

8) Traitement de sortie

- Acide acétylsalicylique
- Clopidogrel/Prasugrel
- Anti vitamines K
- Statines
- Autres hypocholestérolémiant
- Béta-bloquants
- IEC/ARA2
- Autres médicaments à visée cardiologique
- Antidiabétiques
- Antidépresseurs

II. QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE

- 1) Numéro de dossier
- 2) Décès
 - Oui, si oui au bout de combien de mois ?
 - Non
- 3) Traitement actuel ?
 - Acide acétylsalicylique
 - Clopidogrel/Prasugrel
 - Anti vitamines K
 - Statines
 - Autres hypocholestérolémiants
 - Béta-bloquants
 - IEC/ARA2
 - Autres médicaments à visée cardiologique
 - Antidiabétiques
 - Antidépresseurs
- 4) Suivi
 - a) Arrêt du tabac ?
 - Oui
 - Non
 - Non concerné
 - b) Activité physique régulière ?
 - Oui
 - Non
 - c) Modification règles diététiques ?
 - Oui
 - Non
 - d) Suivi cardiologique annuel ?
 - Oui
 - Non

- e) Réadaptation cardiovasculaire ?
 - Oui
 - Non
- f) Reprise du travail ?
 - Oui, si oui reprise au bout de combien de mois ?
 - Non
 - Non concerné
- g) Réhospitalisation en urgence pour douleur thoracique ?
 - Oui
 - Non
- h) Comportement face à une nouvelle douleur thoracique ?
 - Appel du SAMU
 - Autre
- 5) Evaluation de la dépression
 - a) Questionnaire « Hospital Anxiety and Depression scale »
 - Calcul du score au bout de 7 questions
 - b) Dépression ?
 - Oui
 - Non

Annexe 4 : Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)				
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout
difficile(s)

Assez
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

AUTEUR : Nom : Dubus

Prénom : Jérémy

Date de Soutenance : 27/10/2015

Titre de la Thèse : Etat dépressif après syndrome coronarien aigu à long terme

Suivi de patients hospitalisés aux soins intensifs cardiologiques de Lille entre 2010 et 2011

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Thèse de Médecine Générale

DES + spécialité : Thèse de DES de Médecine Générale

Mots-clés : syndrome coronarien aigu, dépression, réadaptation

Résumé :

Contexte : La maladie coronarienne et la dépression sont deux problèmes majeurs de santé publique. Les deux pathologies sont liées d'après plusieurs études récentes. La survenue d'une dépression après un syndrome coronarien aigu semble être un facteur de mauvais pronostic.

Objectif : Déterminer la prévalence et les facteurs associés de la dépression 4 ans après un syndrome coronarien aigu.

Méthode : Enquête descriptive par consultation de dossiers de 229 patients hospitalisés aux soins intensifs cardiologiques du CHRU de Lille en 2010 et 2011 puis par contact téléphonique 4 ans après la survenue de leur syndrome coronarien aigu. L'état dépressif était évalué par l'échelle « Hospital and Anxiety Depression scale ».

Résultats : 171 réponses ont été obtenues soit un taux de participation de 75%. L'âge moyen est de 65 ± 14 ans avec 30% de femmes. Le taux de décès à 4 ans est de 25%. 43% des patients avaient bénéficié d'une réadaptation cardio-vasculaire. Les patients bénéficiaient d'un suivi cardiologique annuel dans 94% (88-97) des cas. Ils prenaient un traitement optimal selon la HAS pour 76% d'entre eux. La prévalence de l'état dépressif après un SCA est de 32% (25-40) dans notre échantillon. L'état dépressif est associé au sexe féminin, à l'absence de réadaptation cardiovasculaire et à l'absence d'activité physique régulière. Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant le risque de décès, l'arrêt du tabagisme, le suivi cardiologique et les modifications des habitudes diététiques entre les patients en état dépressif et les autres. Seuls 30% des patients dépressifs étaient traités de façon médicamenteuse.

Conclusion : La survenue d'une dépression après un syndrome coronarien aigu est fréquente. La participation à un programme de réadaptation cardiovasculaire ainsi que l'activité physique permettraient de diminuer son incidence. Elle est probablement sous-évaluée et semble sous-traitée. Il semble donc nécessaire de la dépister le plus tôt possible et de la traiter efficacement.

Composition du Jury :

Président : Pr Annie SOBASZEK

Assesseurs : Pr Oliver COTTENCIN, Dr Gilles LEMESLE

Directeur de thèse : Dr Pierre-Vladimir ENNEZAT