



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Patients sous assistance circulatoire mécanique de longue durée :
intérêt d'une prise en charge psychiatrique systématique ?**

**Réflexion autour du suivi de plusieurs patients par l'équipe de psychiatrie de liaison
au CHRU de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2016 à 18h
au Pôle Formation
Par Alexandra Czyrka

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Nicolas LAMBLIN

Madame le Docteur Céline GOEMINNE-BOULE

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Alexandra VAILLANT

Avertissement

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

Liste des abréviations

ACM	Assistance circulatoire mécanique
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^{ème} révision
CMP	Centre médico-psychologique
DACM	Dispositif d'assistance circulatoire mécanique
ECMO	ExtraCorporeal Membrane Oxygenation
EDC	Episode dépressif caractérisé
ESPT	Etat de stress post-traumatique
ETP	Equivalent temps plein
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-7
ISHLT	International Society for Heart and Lung Transplantation
HADs	Hospital Anxiety and Depression scale
HAS	Haute autorité de santé
HM II	HeartMate II
IC	Insuffisance cardiaque
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
NYHA	New York Heart Association
QDV	Qualité de vie
SF-36	36-Item Short Form Health Survey

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Les dispositifs d'assistance circulatoire mécanique.....	2
A. Généralités	2
1. Définition	2
2. Epidémiologie.....	2
3. Bref rappel historique	4
4. Classification	5
5. Fonctionnement : exemple du système HeartMate II	5
6. Indications de l'ACM au long cours	9
7. Contre-indications de l'ACM au long cours	10
8. Complications de l'ACM au long cours.....	12
B. Problématiques en psychiatrie	14
1. Vignettes cliniques : à partir de patients rencontrés par l'équipe de psychiatrie de liaison au CHRU de Lille.....	14
a) Monsieur T	14
b) Madame R.....	19
2. Problématiques	22
3. Objectif	23
II. Troubles psychiques présentés par les patients porteurs d'un DACM et impact du DACM sur la qualité de vie	23
A. Revue de littérature des troubles psychiatriques.....	23
1. Troubles anxieux	24
2. Episode dépressif caractérisé	24
3. Suicide	25
4. Troubles de l'adaptation	26
B. Revue de littérature de l'impact psychologique : du consentement à l'acceptation du DACM	27
1. Processus du consentement	27
2. Adaptation par étapes	29
a) Etape pré-implantation du DACM.....	29
b) Implantation du DACM et réhabilitation	30
c) Phase précoce du retour à domicile	30
d) Phase tardive du retour à domicile	31
C. Concept de qualité de vie.....	31
1. Définition	31
2. Facteurs influençant la qualité de vie	33
III. Revue de littérature des propositions et recommandations de prises en charge psychologiques et psychiatriques.....	35
A. Recommandations	35
B. Les différents types de propositions	37
1. Entretien psychiatrique préalable	37
2. Suivi psychologique.....	38
3. Soins palliatifs et directives anticipées	39

4.	Soutien familial.....	41
C.	Précautions concernant les traitements médicamenteux	42
1.	Allongement de l'intervalle QT corrigé.....	42
2.	Traitements psychotropes de 1 ^{ère} intention	43
Matériels et méthodes.....		45
I.	Prises en charge actuelles au CHRU de Lille par l'équipe de psychiatrie de liaison.....	45
A.	Ressources humaines : compositions de l'équipe de psychiatrie de liaison.....	45
B.	Modalités d'interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison	45
II.	Mise en place du dispositif de soins auprès des patients et des équipes concernées.....	47
A.	Mise en place du dispositif de soins auprès des patients.....	47
1.	Evaluation psychiatrique avant implantation	47
2.	Entretiens psychiatriques après implantation	50
B.	Mise en place du dispositif de soins auprès des soignants.....	50
Résultats		52
I.	Mise en place du suivi	52
II.	Dépistage de troubles psychiatriques au cours des entretiens.....	53
A.	Entretien préalable	53
1.	Temporalité et déroulement des entretiens	53
2.	Recherche des antécédents psychiatriques.....	54
3.	Dépistage des troubles psychiatriques.....	54
B.	Entretien 1 mois après implantation	56
C.	Entretien 3 mois après implantation	57
III.	Evaluation de la perception du DACM par les patients.....	58
A.	Consentement et acceptation du DACM	59
B.	Adaptation au DACM.....	59
C.	Bénéfices attendus ou perçus par les patients.....	60
D.	Contraintes attendues ou perçues par les patients	61
E.	Evaluation de la qualité de vie.....	63
IV.	Synthèse des suivis	64
Discussion		67
I.	Points forts.....	67
II.	Limites et biais.....	68
III.	Propositions d'amélioration.....	70
Conclusion.....		74
Références bibliographiques		76
Annexes		84
Annexe 1 :	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs).....	85
Annexe 2 :	36-Item Short Form Health Survey (SF 36).....	86
Annexe 3 :	Questionnaire destiné aux patients mesurant les préoccupations vis-à-vis du DACM (version originale).....	90
Annexe 4 :	Questionnaire destiné aux patients mesurant les préoccupations vis-à-vis du DACM (traduction)	91
Annexe 5 :	Description détaillée de chaque suivi	92

RESUME

Contexte : L'utilisation des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) lourds a permis une amélioration considérable de la survie et, en général, de la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques. L'implantation d'un DACM peut être compliquée par des troubles psychiatriques. Le développement de l'emploi des DACM place la psychiatrie de liaison, ainsi que les équipes soignantes de cardiologie, face à des situations complexes, et parfois graves.

Méthode : Une revue de la littérature portant sur les troubles psychiatriques présentés par les patients porteurs d'un DACM et les recommandations de prises en charge psychiatriques a été réalisée et a permis l'élaboration d'un plan d'intervention par l'équipe de psychiatrie de liaison au CHRU de Lille. L'objectif de ce travail était d'évaluer la nécessité et la faisabilité de la mise en place d'un suivi psychiatrique systématique pour ces patients.

Résultats : Entre novembre 2015 et août 2016, 5 patients concernés par l'implantation d'un DACM ont bénéficié du suivi psychiatrique consistant en une consultation psychiatrique préalable puis 1 mois et 3 mois après l'intervention. Ces entretiens ont mis en évidence un trouble anxieux et un trouble de l'adaptation pour deux patients. La mise en place d'un suivi psychiatrique et d'une hospitalisation a été nécessaire pour un patient. Les situations d'implantation en urgence n'avaient pas été anticipées, une consultation psychiatrique a été organisée pour deux patients, dès que leur état le permettait. En raison de contraintes humaines et matérielles, sur 15 entretiens, une consultation n'a pas pu être réalisée, un entretien a dû être différé et un autre a été réalisé par téléphone.

Conclusion : Une prise en charge psychiatrique systématique par l'équipe de psychiatrie de liaison semble pouvoir être mise en place pour les patients bénéficiant de l'implantation d'un DACM au CHRU de Lille. Afin de proposer une prise en charge pertinente et répondant aux recommandations, tout en intégrant les contraintes matérielles et humaines, ce suivi consiste en un entretien préalable et une consultation psychiatrique 3 mois après implantation du DACM.

INTRODUCTION

I. Les dispositifs d'assistance circulatoire mécanique

A. Généralités

1. Définition

Les dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) font partie des solutions thérapeutiques dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (IC).

L'IC est définie comme l'« incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour satisfaire les besoins de l'organisme et/ou pressions de remplissage ventriculaire gauche anormalement élevées ». Les objectifs de la prise en charge des patients atteints d'IC sont de prolonger la survie, diminuer la fréquence des épisodes de décompensation cardiaque et donc des ré-hospitalisations, de diminuer l'intensité des symptômes et donc d'améliorer la qualité de vie (QDV) des patients. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs types de traitements existent et sont utilisés seuls ou en association, en fonction de la sévérité de l'atteinte du patient : les règles hygiéno-diététiques, les traitements médicamenteux et les traitements non médicamenteux (traitement électrique, transplantation cardiaque et assistance circulatoire mécanique) (1).

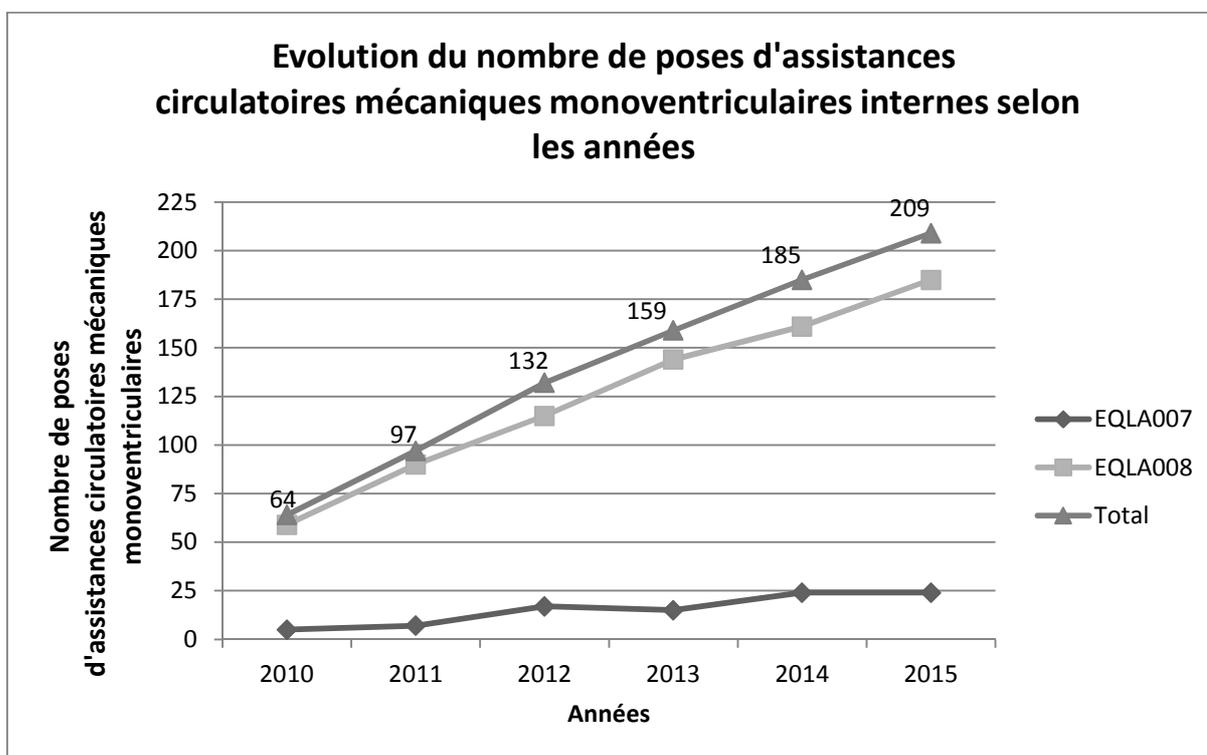
L'assistance circulatoire mécanique (ACM) est un traitement non médicamenteux de l'IC dont le rôle est de pallier mécaniquement aux fonctions circulatoires défaillantes (droite et/ou gauche) du cœur natif (2), de manière temporaire ou définitive.

2. Epidémiologie

L'IC est un problème de santé publique. La prévalence de l'IC est estimée entre 0,3 et 2 % et le nombre de patients atteints, en France, varie entre 500 000 et 1

million (3). L'incidence serait de 100 000 à 270 000 nouveaux cas d'insuffisants cardiaques par an en France. Le nombre de patients susceptibles d'être implantés d'un DACM pourrait être compris entre 600 et 1800 cas par an, selon un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS). En 2008, le nombre d'implantations de DACM, tous types confondus, en France avoisinait les 100 à 150 implantations par an (4). Les données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) confirment une augmentation du recours aux DACM (5). L'évolution du nombre d'implantations d'assistances circulatoires monoventriculaires internes, au cours des 6 dernières années, est présentée dans la figure 1.

Figure 1: Evolution du nombre d'implantations d'assistances circulatoires monoventriculaires internes entre 2010 et 2015 en France



Légende : ECLA007 : pose d'une assistance circulatoire mécanique monoventriculaire interne par thoracotomie sans CEC ; ECLA008 : pose d'une assistance circulatoire mécanique monoventriculaire interne par thoracotomie avec CEC

D'après les données de l'agence de la biomédecine, pour l'année 2013, 545 patients ont été inscrits sur liste d'attente pour une transplantation cardiaque dont 44 (8,1%) sous assistance circulatoire au long cours ou porteur d'un cœur artificiel total.

Au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille, le nombre d'implantations de HeartMate II (DACM à débit continu électrique intracorporel monoventriculaire gauche) était de 9 pour l'année 2014 et de 12 pour l'année 2015. Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 8 septembre 2016, 6 patients ont bénéficié d'une implantation de HeartMate II, tous sont vivants.

En date du mois de septembre 2016, la file active est de 13 patients, dont 10 sont en attente d'une transplantation cardiaque.

3. Bref rappel historique

La première utilisation réussie de l'assistance circulatoire au cours d'une opération à cœur ouvert date du 6 mai 1953, par John H. Gibbon, un chirurgien américain. Cette machine fut appelée la « machine cœur-poumon » par son concepteur. Il s'agit d'une machine dont il eut l'idée en février 1931, après avoir assisté au décès d'une patiente d'une embolie pulmonaire massive, s'imaginant que si les fonctions cardio-respiratoires de cette patiente avaient pu être remplacées temporairement par l'action d'un appareil permettant une circulation sanguine extracorporelle et maintenant une oxygénation correcte du sang, l'intervention chirurgicale aurait pu être un succès et la vie de cette femme sauvée (6).

Le développement des appareils d'ACM permit au Dr Liotta, en juillet 1963, d'implanter un cœur artificiel partiel puis au Dr DeBakey, en août 1966, d'implanter une assistance circulatoire gauche extracorporelle en attente de la récupération du sujet dans la période post-opératoire immédiate (7).

Le 3 décembre 1967, le Dr Barnard réalisa la 1^{ère} transplantation cardiaque (8). Rapidement, la pénurie de greffons et les complications immunologiques (en l'absence de traitements immunosuppresseurs suffisamment efficaces à l'époque) ralentirent l'essor de cette nouvelle chirurgie. En avril 1969, le Dr Cooley accomplit la 1^{ère} implantation d'un cœur artificiel total (9). Ce fut également la 1^{ère} implantation en attente d'une transplantation cardiaque.

En décembre 1982, fut utilisé, pour la 1^{ère} fois, le cœur artificiel en thérapie définitive, chez un patient récusé pour la transplantation (7,10). Au total, 4 patients furent implantés dans cette indication mais avec des résultats limités (un patient survécut 620 jours) et soulevant des questions éthiques, notamment sur la qualité de vie de ces patients, au vue des complications subies. La Food and Drug

Administration (FDA), administration américaine compétente dans le domaine de la sécurité sanitaire, mit fin à ces pratiques (7,11). Le début des années 1980 est également marqué par la résurgence de la transplantation cardiaque grâce à l'évolution de l'immunosuppression, notamment l'arrivée de la CICLOSPORINE puis du TACROLIMUS en 1989 (12).

A la fin des années 1980 et dans les années 1990, la technologie évolue et le nombre de DACM commercialisés et implantés en attente d'une transplantation cardiaque se multiplie. Ce n'est qu'au début des années 2000 que sont ré-autorisées les implantations de DACM en thérapie définitive.

4. Classification

Il existe différents types de DACM (13). On distingue les assistances circulatoires mécaniques de courte durée, également appelées DACM légers, et les assistances circulatoires mécaniques de longue durée, appelées DACM lourds.

Les DACM légers sont utilisés dans la prise en charge des chocs cardiogéniques, comme l'extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). Il s'agit de dispositifs réservés à l'urgence.

Les DACM lourds sont multiples et se différencient par certaines caractéristiques (4,14,15) :

- Type de flux : débit continu ou pulsatile ;
- Fonction cardiaque soutenue : monoventriculaire droite ou gauche, biventriculaire ;
- Localisation de la pompe : intracorporelle ou paracorporelle ;
- Mécanisme de la pompe :
 - pneumatique ou électromécanique (pour les pompes pulsatiles)
 - axiale ou centrifuge (pour les pompes à débit continu).

5. Fonctionnement : exemple du système HeartMate II

L'exemple du système d'assistance ventriculaire HeartMate II (HM II) est ici présenté car il s'agit du DACM implanté au CHRU de Lille. Il s'agit d'un DACM à débit continu, intracorporel, monoventriculaire gauche.

Le DACM (représenté dans la figure 2) est constitué des éléments suivants :

- Appareil d'assistance ventriculaire gauche ou « pompe » : reliant le ventricule gauche à l'aorte ascendante, sa fonction est de propulser le sang du ventricule gauche vers l'aorte. Cette fonction est assurée par un rotor situé dans la partie centrale de la pompe et entraîné par un moteur.
- Contrôleur de système : il permet au praticien (et au patient) d'enregistrer ou de contrôler différents paramètres :
 - vitesse du rotor (en tour/min), déterminée par le médecin
 - alimentation, puissance de l'appareil (en watts)
 - débit de la pompe (en L/min)
 - indice de pulsatilité

Il a également un rôle de surveillance et déclenche des alarmes dites « d'avertissement » en cas de dysfonctionnement ou « de danger » en cas de mise en danger de la vie du patient.

- Ligne percutanée : elle permet la transmission des paramètres de fonctionnement enregistrés dans le contrôleur de système à l'appareil d'assistance ventriculaire lui-même.
- Deux batteries externes ou le module d'alimentation branché sur une prise de courant (figure 3) permettent de fournir l'alimentation indispensable au fonctionnement du DACM.

Figure 2 : Système d'assistance ventriculaire gauche HeartMate II (16)

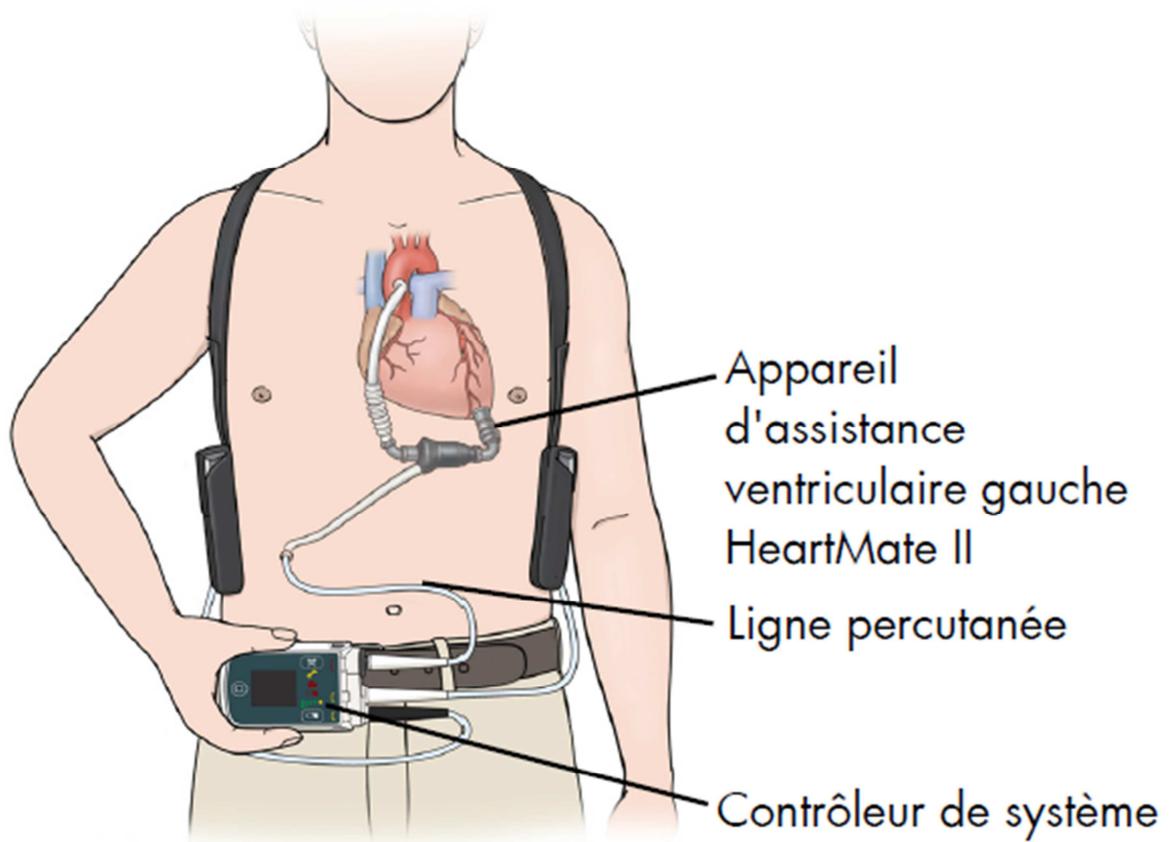
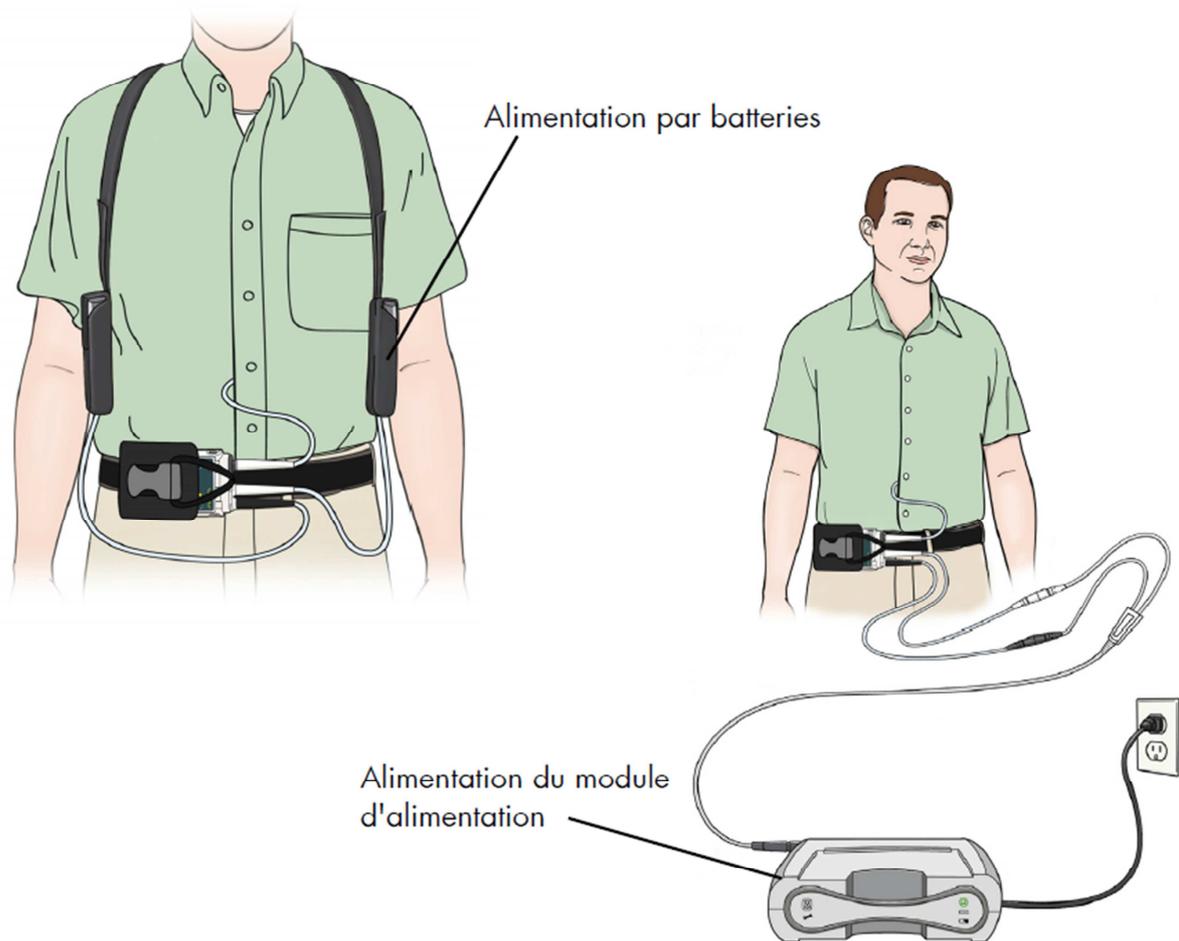


Figure 3 : Modes d'alimentation du système d'assistance ventriculaire (16)

Un patient porteur d'un DACM doit suivre différentes prises en charge associées :

- Médicamenteuses (en plus du traitement médicamenteux lié à l'IC ou à d'autres pathologies) :
 - Traitement par anticoagulant pendant toute la durée d'assistance par cet appareillage
 - Contraception fiable chez les femmes en âge de procréer
- Education thérapeutique du patient et, si possible, de ses proches avant la sortie d'hospitalisation ;
- Changements réguliers du pansement au point de sortie de la ligne percutanée par un(e) infirmier(e) expérimenté(e).

Par ailleurs, l'implantation d'un DACM s'accompagne de recommandations contraignantes (16) nécessitant au patient un temps d'adaptation et des modifications de ses habitudes de vie :

- Eviter les sports de contact ou les activités nécessitant des sauts (risque d'endommagement de l'appareil) ;
- Vigilance requise en présence de jeunes enfants ou d'animaux ;
- Douche autorisée après avoir respecté une période post-opératoire suffisante, après accord médical ;
- Utilisation du matériel adéquat (sac de douche) pour protéger les composants externes du DACM de l'eau et de l'humidité (risque d'endommagement ou de choc électrique pour le patient en cas de contact des câbles d'alimentation avec l'eau) ;
- Détenir en permanence des batteries de secours et un contrôleur de système de secours.

D'autres activités, citées ici à titre d'exemples, sont formellement interdites (16) :

- Interdiction des bains et des baignades, l'immersion de l'appareil risquant d'entraîner son arrêt ;
- Interdiction de toucher un écran de télévision ou d'ordinateur, interdiction de passer l'aspirateur ou toute autre activité susceptible de générer de l'électricité statique (risque de choc électrique engendrant un dysfonctionnement voire l'arrêt du DACM).

6. Indications de l'ACM au long cours

Les DACM peuvent être implantés dans 2 situations distinctes (2,4,17) :

- En cas d'IC chronique : l'exemple pourrait être celui d'un patient présentant une IC (mono- ou biventriculaire), qu'il soit inscrit sur liste de transplantation cardiaque ou inéligible à une telle chirurgie. Sa fonction cardiaque se dégradant malgré une prise en charge médicamenteuse optimale et bien conduite, après un bilan pré-thérapeutique et discussion multidisciplinaire, une décision d'implantation de DACM peut être prise et

discutée avec le patient. Cette intervention se ferait, dans ce cas de figure, sans caractère d'urgence.

- En situation aiguë : en cas de défaillance cardiaque aiguë, l'implantation d'un DACM « lourd », de longue durée, peut être envisagée après une assistance circulatoire mécanique de courte durée, dite « légère », en l'absence d'évolution favorable.

Trois stratégies différentes sont alors définies au moment de l'implantation :

- Pont à la transplantation ou « bridge to transplant » : il s'agit d'une assistance circulatoire temporaire au long cours, en attente de la transplantation. De fait, la durée de ce type de prise en charge ne peut pas être connue à l'avance car dépend, par la suite, de la disponibilité d'un greffon compatible. L'objectif de l'ACM de longue durée dans cette indication est de maintenir l'état du sujet stable afin de lui permettre d'attendre la transplantation cardiaque dans les meilleures conditions possibles, la transplantation cardiaque restant le traitement chirurgical de référence de l'IC (18).
- Pont à la récupération ou « bridge to recovery » : c'est également une assistance circulatoire temporaire dans l'attente d'une possible récupération myocardique.
- Implantation définitive ou « destination therapy » : en alternative à la transplantation, il s'agit d'une ACM définitive lorsqu'il existe une contre-indication à la transplantation cardiaque. L'implantation d'un DACM en thérapie définitive améliore significativement l'espérance de vie et la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques, en comparaison au traitement médicamenteux seul dans la même population de patients et malgré la survenue d'effets indésirables liés au DACM (19).

7. Contre-indications de l'ACM au long cours

Une seule contre-indication psychiatrique à l'ACM de longue durée existe et correspond à tout trouble psychiatrique mettant en péril l'observance du traitement ou entraînant un manque de compliance. L'ensemble des contre-indications à l'ACM est présenté dans le tableau 1 (4).

Tableau 1 : Contre-indications à l'ACM

Contre-indications communes à toutes les ACM
Dysfonctionnement pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée
Insuffisance hépatique sévère
Troubles majeurs de la crase sanguine
Hémorragie incontrôlée
Syndrome septique ou inflammatoire systémique non contrôlé
Lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent
Cachexie
Maladie systémique avec plusieurs atteintes d'organes
Désordre psychiatrique mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération
Affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans
Age \geq 70 ans

D'autres contre-indications psychiatriques formelles ou relatives sont précisées dans les recommandations de la société internationale de transplantation cardiaque et pulmonaire (International Society for Heart and Lung Transplantation, ISHLT) (20) et sont résumées dans la tableau 2.

Tableau 2 : Contre-indications psychiatriques formelles (F) ou relatives (R) à l'implantation d'un DACM

Contre-indications formelles ou relatives	Classe de recommandations	Niveau de preuve
Pathologie psychiatrique rendant le sujet incapable de rapporter tout dysfonctionnement (F)	III	C
Pathologie psychiatrique décompensée nécessitant une institutionnalisation au long cours ou ne permettant pas au patient de s'occuper du DACM (F)	III	C
Manque de soutien social, stratégies d'adaptation limitées chez un patient aux antécédents de défaut de compliance (R)	IIa	C
Pathologie psychiatrique rendant le sujet incapable d'être compliant aux recommandations médicales (suivi, médicaments, règles hygiéno-diététiques) (F)	III	C

Addiction aux substances psycho-actives (dont l'alcool) (F) (la période d'abstinence n'est pas précisée et dépend de chaque centre)	III	C
Isolement social relatif : absence d'aidant ou aidant présentant un niveau de stress élevé (R)	IIb	C
Légende : Classe de recommandations <ul style="list-style-type: none"> - I : Preuve et/ou accord général qu'un traitement ou une procédure est bénéfique, utile et efficace (« le traitement (ou la procédure) est recommandé(e)/indiqué(e) ») - II : Preuves contradictoires et/ou divergence d'opinions concernant l'utilité, l'efficacité d'un traitement ou d'une procédure <ul style="list-style-type: none"> - IIa : l'importance des preuves ou des opinions est en faveur d'une efficacité/utilité (« le traitement (ou la procédure) devrait être considéré(e) ») - IIb : l'utilité/l'efficacité est moins bien établie par les preuves ou consensus d'opinions (« le traitement (ou la procédure) pourrait être considéré(e) ») - III : Preuve et/ou accord général qu'un traitement ou une procédure n'est pas utile/efficace, et dans certains cas, pourrait être nuisible (« le traitement (ou la procédure) n'est pas recommandé(e) ») Niveau de preuve <ul style="list-style-type: none"> - A : données issues de plusieurs essais cliniques randomisés ou méta-analyses - B : données issues d'un seul essai clinique randomisé ou d'études non randomisées de forte puissance - C : consensus d'opinions d'experts et/ou données issues d'études de faible puissance, d'études rétrospectives, de registres 		

Le tabagisme actif n'est pas une contre-indication à une implantation du DACM en attente d'une transplantation cardiaque. En revanche, une période d'abstinence de 6 mois est recommandée avant inscription sur liste de greffe.

8. Complications de l'ACM au long cours

Une majeure partie des études concernant les complications des DACM sont centrées sur les événements indésirables somatiques. L'ensemble de ces événements indésirables est présenté dans le tableau 3 (21–24).

Tableau 3 : Evènements indésirables liés à l'ACM

Evènements indésirables
Hémorragie
Cardio-vasculaire
<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance cardiaque droite - Infarctus du myocarde - Arythmie cardiaque - tamponnade - Hypertension artérielle

-
- Thrombose artérielle (autre que du système nerveux central)
 - Thrombose de l'appareil
 - Evènement thrombo-embolique veineux
 - Hémolyse

Infection

- Septicémie
- Infection locale (notamment infection de la ligne percutanée)

Accident vasculaire cérébral**Insuffisance rénale****Insuffisance hépatique****Insuffisance respiratoire****Episode psychiatrique****Dysfonctionnement neurologique (hors AVC)**

- AIT
- Encéphalopathie métabolique (en période post-opératoire précoce)

Déhiscence de cicatrice**Dysfonctionnement du DACM**

Après implantation d'un DACM, le taux de survie est de 80% à 1 an et de 70% à 2 ans (24).

Il existe peu d'études centrées sur les complications psychiatriques liées à l'implantation d'un DACM. Lorsque ces complications sont abordées dans des articles s'intéressant à tout type de complication, elles sont mentionnées par le terme évasif «épisode psychiatrique» («psychiatric episode» ou «psychiatric disturbance») dont la définition est imprécise : «perturbation sévère de la pensée, des émotions ou du comportement nécessitant une intervention» (23). Les études évaluant spécifiquement les complications psychiatriques (psychopathologie, prévalence, incidence, développement ou validation d'échelles et d'outils de dépistage, facteurs de risque, etc...) se multiplient depuis ces dernières années mais ne permettent pas, actuellement, de donner une estimation fiable de la prévalence des différents troubles psychiatriques rencontrés.

C'est dans le cadre de l'évaluation clinique de deux patients en psychiatrie de liaison que nous avons été confrontées à ces questions. Nous détaillerons

initialement ces deux situations au travers de deux vignettes cliniques puis les troubles psychiatriques rencontrés chez les patients porteurs d'un DACM dans les chapitres suivants.

B. Problématiques en psychiatrie

1. Vignettes cliniques : à partir de patients rencontrés par l'équipe de psychiatrie de liaison au CHRU de Lille

a) Monsieur T

Monsieur T. est le 1^{er} patient rencontré par l'équipe de psychiatrie de liaison pour une problématique liée à l'implantation d'un DACM, en 2014.

Monsieur T. est âgé de 62 ans, il est marié depuis 41 ans et père de 3 enfants qui ont tous quitté le domicile familial. Il est grand-père de plusieurs petits-enfants qu'il voit régulièrement. Il vit avec son épouse. Il a exercé, au cours de sa carrière professionnelle, plusieurs métiers dans des secteurs d'activité très différents, avant d'être en invalidité en 1988 puis retraité plus récemment. Il reste actif dans des associations caritatives.

Les antécédents somatiques de ce patient sont marqués par une blessure accidentelle par arme à feu au niveau du bras droit, infligée par un tiers (ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales à visée reconstructive) et une cardiopathie ischémique sévère.

On ne retrouve pas d'antécédent psychiatrique chez ce patient. En particulier, il n'y a pas d'antécédent d'état de stress post-traumatique malgré la survenue d'évènements traumatiques (blessure par arme à feu, orage rythmique).

Tout au plus, on peut lire dans un compte-rendu de polysomnographie datant de 2014 l'existence d'une « dyssomnie avec ruminations retardant l'endormissement ». Le traitement psychotrope est composé d'un comprimé d'ALPRAZOLAM 0,25 mg, pris le soir.

L'histoire de la maladie cardiaque du patient débute brutalement en 1988 par un infarctus du myocarde aboutissant à une cardiopathie ischémique sévère et un bloc auriculo-ventriculaire complet nécessitant la pose d'un pace-maker. Vont ensuite survenir des complications comme une endocardite sur sonde de pacemaker puis une fibrillation atriale paroxystique puis permanente traitée par AMIODARONE. En 2013, Monsieur T. est victime d'un orage rythmique (tachycardie ventriculaire soutenue et symptomatique). Devant une dégradation de la fonction cardiaque du patient et une multiplication des complications, un bilan pré-greffe est décidé ainsi qu'une mise en place d'une assistance mono-ventriculaire gauche de type HeartMate II en pont à la transplantation.

L'implantation du HeartMate II a finalement pu avoir lieu en mars 2014 et s'est déroulée sans complication. Le patient a pu quitter l'hôpital pour débiter la réadaptation cardiaque puis, par la suite, a pu regagner son domicile. Les contacts avec l'hôpital se limitant, pendant plusieurs semaines, aux consultations hebdomadaires et aux rencontres ponctuelles avec d'autres patients vivant avec un HeartMate ou à qui cette prise en charge était proposée, afin d'échanger autour de leurs expériences de vie respectives.

L'anamnèse retrouve à partir du mois de septembre 2014, en plus du suivi habituel hebdomadaire (notamment pour les soins locaux), une succession d'hospitalisations. Une 1^{ère} hospitalisation programmée pour traitement par IRAtérapie d'une hyperthyroïdie iatrogène (secondaire à la prise d'AMIODARONE) a été suivie par 3 hospitalisations en urgence, de fin septembre 2014 à début décembre 2014, en unité de soins intensifs cardiologiques pour déclenchements d'alarme du HeartMate II. A 3 reprises, le patient a été transféré par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) pour le même motif, faisant craindre, à chaque fois, une mise en jeu de son pronostic vital. Finalement, il s'avère que la vie du patient n'était pas menacée, les conclusions aboutissant au diagnostic de « bas débit » ayant déclenché l'alarme. Diverses solutions sont proposées au patient à l'issue des hospitalisations afin d'éviter le déclenchement de ces alarmes qualifiées de « fausses alertes » : changement du contrôleur de système, optimisation des paramètres du HeartMate II.

Le 09 décembre 2014, à l'issue de la consultation hebdomadaire au cours de laquelle il verbalise des idées suicidaires, Monsieur T. est hospitalisé en cardiologie pour crise suicidaire. Dès le lendemain, un avis psychiatrique auprès de l'équipe de psychiatrie de liaison est demandé par l'équipe médicale du service pour évaluation du risque suicidaire et prise en charge.

Le patient est alors rencontré au sein du service de cardiologie après recueil d'informations anamnestiques et des antécédents auprès de l'équipe qui connaît le patient depuis maintenant plusieurs mois. Monsieur T. est calme, de bon contact, coopérant. Le discours est cohérent. On ne note pas de ralentissement psychomoteur. Il rapporte un fléchissement thymique depuis plusieurs jours, réactionnel à la dernière hospitalisation en urgence. En effet, les alarmes du HeartMate II (survenant principalement la nuit, le réveillant brutalement et l'inquiétant lui et sa femme), les transferts en urgence par le SAMU, les hospitalisations en unités de soins intensifs cardiologiques et les multiples bilans réalisés ont conduit à un épuisement psychique considérable avec l'apparition d'idées suicidaires. Ces idées suicidaires étaient initialement non scénarisées et mises à distance. Le patient rapporte également l'apparition d'une irritabilité. Il relate une première situation de mise en danger en voiture le 07 décembre 2014, à la suite d'un échange houleux avec son épouse, dont il niera toute intentionnalité suicidaire. Par la suite, les idées suicidaires sont décrites comme envahissantes, scénarisées. Le scénario envisagé est celui de la déconnexion de la ligne percutanée, rendant ainsi le système d'assistance ventriculaire inopérant.

Un passage à l'acte suicidaire est survenu le 09 décembre 2014, le matin-même de la consultation. Le patient a rapporté avoir volontairement arrosé avec le jet de douche les composants externes de son DACM (qu'il n'avait délibérément pas protégés à l'aide du sac de douche), s'exposant à un dysfonctionnement voire à un arrêt de l'assistance ventriculaire ou à un choc électrique grave. Ce passage à l'acte est décrit par le patient comme un passage à l'acte impulsif, à visée suicidaire et n'est que partiellement critiqué. Le patient admet avoir verbalisé les idées suicidaires en consultation cardiologique avec une demande implicite (dont il nous parlera plus tard) d'être hospitalisé en cardiologie. Il s'agit pour lui d'être hospitalisé au sein d'un

service connu et pris en charge par une équipe qu'il connaît, afin que sa souffrance psychique soit reconnue. Une hospitalisation de répit a donc été proposée au patient.

Les idées suicidaires sont toujours présentes, envahissantes, scénarisées par des moyens à fort potentiel létal : défenestration, plaie par arme à feu et déconnexion de la ligne percutanée de l'assistance ventriculaire. Le patient ne dispose pas d'arme à feu au domicile, la fenêtre de la chambre est condamnée. Le DACM, lui, reste accessible au patient et constitue donc un moyen létal à disposition dont il devient difficile de protéger le patient. Un passage à l'acte n'est cependant pas planifié par le patient et celui-ci accepte une aide. Il existe d'ailleurs dans son discours une certaine ambivalence : il souhaite se débarrasser de son HeartMate (« je n'en peux plus ») au péril de sa vie mais l'existence de pensées magiques lui fait dire qu'il souhaite retrouver une vie « normale » grâce à une transplantation cardiaque qu'il exige imminemment, raison également pour laquelle il souhaite être hospitalisée en cardiologie et rencontrer l'équipe de chirurgie cardiaque. Le temps d'attente de la transplantation cardiaque lui semble désormais trop long.

Au cours de l'entretien, le reste de la symptomatologie psychiatrique est exploré : il existe des ruminations anxieuses permanentes centrées sur le HeartMate et ses alarmes et une anxiété anticipatoire le soir, Monsieur T. craignant un nouveau déclenchement de l'alarme. Il existe des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement. On ne retrouve cependant pas d'argument pour un état de stress post-traumatique. L'appétit est discrètement diminué. Il n'y a pas d'anhédonie ni d'aboulie.

Monsieur T. se plaint également d'un isolement social relatif imposé par le DACM. D'une part, par le changement d'attitudes de ses proches à son égard, en premier lieu sa famille (épouse et enfants), qui ont adopté une posture surprotectrice, émettant des recommandations à ne pas faire certains actes de la vie quotidienne ou demandant aux petits-enfants de prendre toutes les précautions possibles au contact de leur grand-père. D'autre part, par la contrainte du HeartMate, l'encombrement par le matériel et l'appareillage de secours ayant conduit Monsieur T. à abandonner sa passion pour la moto et imposant une distance avec ses compagnons de sorties. Il finit par conclure l'entretien par cette phrase « on s'occupe de la machine mais pas de l'homme », exprimant à la fois sa colère et sa lassitude.

Suite à ce 1^{er} entretien, la prise en charge suivante est décidée :

- Un suivi psychiatrique afin d'évaluer le risque suicidaire, l'efficacité et la tolérance du traitement et de permettre au patient la résolution de la crise, en y associant l'équipe soignante du service
- Un traitement anxiolytique est prescrit :
 - LORAZEPAM 1 mg : 1 – 1 – 0 – 0
 - LORAZEPAM 2,5 mg : 0 – 0 – 1 – 1
- Surveillance du risque suicidaire au sein du service après concertation avec l'équipe soignante
- Pas de proposition d'emblée d'hospitalisation en service spécialisé en psychiatrie : volonté de créer un lien de confiance avec le patient et le respect de l'importance que revêt pour lui cette hospitalisation en cardiologie et d'être pris en charge par cette équipe soignante.

La prise en charge de ce patient consiste en des entretiens quotidiens par l'équipe de psychiatrie de liaison. L'anxiolyse, bien tolérée, est majorée (LORAZEPAM 2,5 mg : 1 cp x 4 par jour). L'épouse du patient est rencontrée avec celui-ci au cours d'un entretien afin de discuter ensemble de l'impression de surprotection de sa famille vis-à-vis de lui. Par ailleurs, une rencontre pluridisciplinaire entre équipes de chirurgie cardiaque et de cardiologie permet d'aboutir à un consensus : pas d'inscription sur liste en super-urgence en l'absence de dysfonctionnement du HeartMate, changement du contrôleur de système proposé au patient. En cas de persistance d'alarme continue ou de troubles thymiques en lien avec la machine, une inscription sur liste de super-urgence serait rediscutée. Aucun traitement antidépresseur n'est introduit devant l'absence d'argument pour un épisode dépressif caractérisé.

La prise en charge globale du patient (anxiolyse, mobilisation de l'équipe du service de cardiologie, intervention psychiatrique, travail sur la dynamique familiale) a permis une évolution favorable avec amendement progressif des idées suicidaires. Un fléchissement thymique réapparaît au cours de l'hospitalisation, réactionnel à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (décès d'un ami, lui-même atteint d'IC). Il n'y a pas d'idée suicidaire, la tentative de suicide est franchement critiquée, les facteurs

protecteurs retrouvés sont la présence de sa femme, de ses enfants et petits-enfants. Il n'y a plus d'anxiété la journée mais persiste une discrète anxiété anticipatoire le soir. Les difficultés d'endormissement n'existent plus. La projection dans l'avenir est positive et adaptée.

Le retour à domicile est autorisé le 22 décembre 2014 avec traitement anxiolytique et un suivi organisé au CMP après informations auprès de l'équipe de secteur.

Finalement, le patient sera greffé le 08 janvier 2015.

b) Madame R

Mme R est rencontrée peu de temps après cette 1^{ère} situation. Elle est reçue en entretien pour la 1^{ère} fois en janvier 2015. La consultation psychiatrique a été demandée suite à une consultation multidisciplinaire de pré-transplantation cardiaque réunissant cardiologues, anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens cardiaques. La demande de cette consultation est motivée par l'ambivalence de la patiente vis-à-vis de la proposition thérapeutique d'implantation d'un HeartMate en attente d'une transplantation cardiaque.

Il s'agit d'une patiente âgée de 50 ans, séparée et mère de 2 filles âgées de 23 et 16 ans. Elle travaille comme assistante technique à temps complet depuis peu, auparavant à mi-temps thérapeutique.

L'histoire de la pathologie cardiaque débute en 2009 par un infarctus du myocarde antérieur. En résulte une dysfonction ventriculaire gauche sévère. Initialement, l'insuffisance cardiaque de la patiente était compensée. La patiente rapporte une dégradation progressive depuis 2012. Deux épisodes de décompensation cardiaque surviennent en été 2014 puis la situation hémodynamique de la patiente se détériore plus rapidement. Une transplantation cardiaque est alors évoquée et un bilan pré-transplantation est réalisé. Plusieurs résultats de ce bilan font craindre un délai d'attente particulièrement long. Dans ce contexte, en décembre 2014, l'implantation d'une assistance monoventriculaire gauche est expliquée et proposée à la patiente, en pont à la transplantation. La

patiente accepte la transplantation cardiaque mais fait preuve d'une ambivalence concernant l'implantation du DACM, qui est pourtant une solution permettant d'attendre un greffon dans de bonnes conditions physiques.

On ne lui retrouve pas d'antécédent psychiatrique. Elle a déjà bénéficié d'un suivi psychologique de 2012 à 2014. Un travail psychothérapique avait été débuté autour de la maladie, du vécu au quotidien et de la gestion des angoisses.

En janvier 2015, la patiente est reçue en entretien psychiatrique pour explorer les raisons de cette décision difficile à prendre. On retrouve une certaine émotion mais aucun argument pour un épisode dépressif caractérisé. L'observance du traitement médicamenteux est bonne. La patiente bénéficie d'un étayage amical et familial soutenant. La poursuite de son activité professionnelle est importante, l'activité étant décrite comme empêchant les ruminations. La patiente évoque un vécu difficile de la proposition thérapeutique de lui implanter un HeartMate, proposition qui lui a semblé soudaine. Elle explique la difficulté à prendre une décision par un tiraillement entre :

- d'une part, les contraintes de l'appareil : la contrainte de la batterie, la perte d'autonomie imaginée (pour la toilette, le travail...), la présence d'un câble à travers la paroi abdominale, les soins infirmiers réguliers
- d'autre part, la crainte de mourir.

L'ensemble de son questionnement paraît adapté et la rencontre avec un patient porteur d'un HeartMate est déjà envisagée afin de l'aider dans son choix. A l'issue de cette consultation, un suivi psychiatrique n'est pas indiqué. La patiente reste ambivalente quant à la reprise d'un suivi psychologique.

En juin 2015, un nouvel avis psychiatrique est demandé, cette fois-ci au décours d'une hospitalisation. La patiente est inscrite sur liste de greffe depuis janvier 2015. L'état thymique de la patiente reste stable. En revanche, un traitement anxiolytique a dû être introduit devant l'existence de ruminations anxieuses invalidantes. La patiente a bénéficié d'informations détaillées concernant le DACM. Elle a rencontré des patients porteurs d'un tel dispositif et se dit bouleversée par l'appareillage dont elle a une vision plutôt négative. Le temps d'attente de la

transplantation lui semble long. La réflexion permanente sur l'éventuelle implantation d'un HeartMate est à l'origine d'un conflit psychique :

- le refus de l'implantation du DACM motivé par la peur de l'intervention et surtout l'aspect de « machine » et de « corps étranger » de l'assistance circulatoire inacceptable pour la patiente
- la nécessité d'accepter cette opération pour vivre pour ses filles (dont elle a « la charge »).

L'évolution au cours de l'hospitalisation est marquée par la persistance de l'ambivalence de la patiente, l'indécision mais l'apparition d'une ébauche de projection dans l'avenir avec un HeartMate. Cette projection est néanmoins péjorative : survenue inévitable, selon la patiente, d'un épisode dépressif caractérisé en cas d'implantation d'un DACM ou l'élaboration d'un scénario suicidaire par déconnexion de la machine et des batteries en cas de durée de vie avec un HeartMate supérieure à 1 an. La patiente finit par évoquer l'absence de choix : elle se sent obligée de consentir à cette intervention. La dégradation de son état de santé et une certaine pression familiale paraissent avoir une influence sur son consentement.

L'élaboration autour de l'implantation du DACM étant suspendue et la confrontation à ses contradictions douloureuse, la patiente met fin au suivi psychiatrique durant l'hospitalisation.

Finalement, un HeartMate est implanté en juin 2015.

Presqu'un an plus tard, en mai 2016, un avis psychiatrique est demandé pour évaluation thymique et du risque suicidaire. Mme R. a verbalisé des idées suicidaires avec une planification du passage à l'acte à court terme.

La patiente est hospitalisée depuis début février 2016 pour un cathétérisme cardiaque dans le cadre d'un bilan de thrombose de la pompe du HeartMate. Il existe également une suspicion de complication infectieuse.

Elle est sous traitement antidépresseur (SERTRALINE 50 mg : 1 gélule par jour). Une anxiolyse par ALPRAZOLAM 0,5mg x 3 cp par jour, prescrite au cours de l'hospitalisation, s'avère insuffisamment efficace. Un remplacement par du

LORAZEPAM (1 mg : 2 cp x 4 par jour) est conseillé ainsi qu'une surveillance du risque suicidaire. Une réévaluation clinique de la patiente est prévue le lendemain.

Lorsque la patiente est rencontrée, il existe une tristesse de l'humeur réactionnelle aux annonces récentes concernant son état de santé et la nécessité de changer le HeartMate. Elle avoue avoir verbalisé des idées suicidaires auprès de l'équipe la veille « pour qu'on me laisse tranquille » mais elle nie toute intentionnalité de passage à l'acte suicidaire. Elle dit également ne plus avoir d'idée suicidaire. L'anxiolyse semble efficace.

En revanche, elle refuse le changement de HeartMate proposé alors qu'elle est toujours en attente de greffe. Elle exprime des peurs quant aux conséquences de son choix mais met en avant la lassitude d'une hospitalisation qui se prolonge et des problèmes financiers. La patiente se projette dans un retour à domicile (un projet d'hospitalisation à domicile est envisagé) et dans l'attente d'une transplantation cardiaque. Elle appréhende la réaction de ses filles, en faveur de la proposition thérapeutique de changement de HeartMate des médecins du service de cardiologie.

Le traitement est réadapté car la patiente se plaint de sédation : TEMESTA 1 mg : 1 cp le matin, le midi et 2 cp au coucher.

La possibilité de poursuivre le suivi psychiatrique au cours de l'hospitalisation est évoquée. En revanche, la patiente ne souhaite pas de suivi en ambulatoire.

2. Problématiques

L'implantation d'un DACM est à l'origine de motifs variés de consultation psychiatrique à différents moments du parcours de soins du patient, de l'annonce de la proposition thérapeutique à la vie après l'implantation du DACM. L'unité de psychiatrie de liaison du CHRU de Lille a été sollicitée à plusieurs reprises en quelques mois pour répondre à des questions concernant les difficultés rencontrées par ces patients et les pathologies psychiatriques qui en découlent. Il s'agit de l'unité en 1^{ère} ligne pour dépister, traiter et/ou orienter ces patients lorsqu'ils présentent une symptomatologie psychiatrique.

A ce sujet, les difficultés et les problématiques rencontrées en psychiatrie de liaison sont multiples :

- Méconnaissance des troubles présentés par ces patients, jusqu'à présent encore peu nombreux mais dont le nombre tend à croître ;
- Hospitalisation en service de psychiatrie complexe à organiser, surtout en cas d'éloignement géographique par rapport au CHRU de Lille : absence de formation du personnel soignant au fonctionnement du système et de l'alimentation, ni en capacité de pouvoir intervenir en cas d'alarme ;
- le DACM constitue un moyen létal à disposition du patient.

3. Objectif

L'objectif de ce travail est d'évaluer la nécessité et la faisabilité de la mise en place d'un dispositif de soins consistant en un suivi psychiatrique systématique des patients porteurs d'un DACM afin de dépister tout trouble psychiatrique le plus précocement possible. Pour cela, nous nous sommes appuyées sur une revue de littérature des troubles psychiatriques et des recommandations de prises en charge que nous allons maintenant détailler.

II. Troubles psychiques présentés par les patients porteurs d'un DACM et impact du DACM sur la qualité de vie

A. Revue de littérature des troubles psychiatriques

Peu d'études existent à propos des troubles psychiatriques présentés par ces patients. L'une des limites la plus fréquemment retrouvée est la petite taille des échantillons. Un biais de sélection est également souligné dans de nombreux articles : les patients avec une atteinte somatique trop sévère pour permettre la conduite d'un entretien psychiatrique sont généralement exclus, ce qui ne permet donc pas d'extrapoler les résultats mis en évidence par les auteurs à l'ensemble des patients. Cependant, ces études permettent d'ouvrir des pistes de réflexion.

1. Troubles anxieux

Le déclenchement d'une alarme de danger peut être vécu par le patient comme une exposition à une « menace de mort » ou à un « évènement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ». Le retentissement d'une alarme, a fortiori en cas de répétitions, peut aboutir au développement d'un état de stress aigu, d'un état de stress post-traumatique (ESPT) selon la 10ème révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM – 10) ou trouble stress post-traumatique selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM – 5).

L'ESPT a spécifiquement été recherché chez les patients sous ACM au long cours mais également chez les conjoints (25). Aucun patient ne présentait d'ESPT. En revanche, un quart des conjoints consultés répondaient aux critères de l'ESPT (dont l'hypervigilance et les conduites d'évitement) par appréhension des risques de dysfonctionnement, d'AVC, d'infection ou de la douleur.

Une étude longitudinale monocentrique dont l'objectif était de déterminer l'évolution de la symptomatologie anxieuse chez les patients traités par un DCAM rapporte une amélioration significative des scores pour les troubles anxieux après implantation du DACM, par dépistage par l'échelle Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-7 (GAD-7). L'étude met également en avant une stabilité de l'état d'anxiété 1 an après l'implantation (26).

2. Episode dépressif caractérisé

Cette même étude a également conclu à une amélioration des scores pour la dépression, dépistée par le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), après implantation d'un DACM et celle-ci restant stable pendant l'année suivante (26). Cette amélioration n'est pas influencée par l'utilisation de psychotropes. L'hypothèse avancée par les auteurs pour expliquer cette amélioration est l'influence de l'amélioration de l'état de santé physique du patient (régression des signes fonctionnels et amélioration de la QDV).

Cependant, la prévalence des épisodes dépressifs (quelle que soit leur sévérité) reste plus élevée, entre 14% (27) et 21% (28) dans les échantillons étudiés, que dans la population générale, en France, dont l'estimation de la prévalence varie entre 5 et 12% (29).

Par ailleurs, un antécédent personnel de dépression multiplierait le risque d'infection du dispositif d'assistance ventriculaire par 2,8 ($p = 0,007$) d'après une récente étude prospective et multicentrique étudiant les facteurs de risque d'infections des DACM (30) mettant ainsi en avant la nécessité d'approfondir les connaissances dans ce domaine et, surtout, de dépister ces troubles et de les traiter dans une population à risque.

3. Suicide

Un seul cas de suicide dans cette population de patients a été publié : il s'agit d'un patient âgé de 69 ans porteur d'un DACM depuis 3 ans et présentant un épisode dépressif qui s'est suicidé en débranchant le câble d'alimentation (31). L'objectif des auteurs de ce rapport de cas était d'attirer l'attention sur une problématique encore peu connue et peu étudiée, notamment en ciblant le développement des entretiens psychologiques pré-implantation et des études qualitatives afin de rechercher les facteurs de risque de dépression et de suicide.

Dans un article traitant des questions éthiques et des soins palliatifs concernant les patients porteurs d'un DACM en thérapie définitive, les auteurs se sont intéressés aux circonstances de décès de leurs patients. Sur 13 patients implantés d'un DACM en thérapie définitive, 8 ont pu regagner leur domicile et 5 sont décédés.

Parmi ces 5 décès, deux étaient suspectés d'être dus à un suicide. Dans les deux cas, les patients avaient été retrouvés déconnectés de leur machine, sans source d'énergie alimentant le DACM. L'hypothèse d'un débranchement volontaire dans ces deux situations avait été émise, ces patients ayant été suivis pour un épisode dépressif (32).

4. Troubles de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation est défini par la CIM – 10 par un « état de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. [...] Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites. »

Il s'agit d'un des diagnostics les plus fréquemment retrouvés dans cette population, l'implantation d'une assistance circulatoire mécanique étant considérée comme un événement stressant et majeur dans l'existence du sujet.

Ainsi, les investigateurs d'une étude monocentrique japonaise ayant inclus 14 patients, de manière consécutive, ont observé un trouble de l'adaptation chez 50% des patients, avec prédominance de la symptomatologie anxieuse (28). Heilmann et al. ont mis en évidence une prévalence de trouble de l'adaptation oscillant entre 33% (pour les patients porteurs d'un DACM en pont à la transplantation) et 47% (pour les patients implantés d'un DACM en thérapie définitive). Il s'agissait du trouble psychiatrique le plus diagnostiqué chez les patients porteurs d'un DACM mais on peut soulever encore une fois la faible taille de l'échantillon (n=24) (33).

Même si le DACM est perçu globalement plutôt positivement par les patients et leurs proches, leurs inquiétudes et préoccupations sont multiples et bien identifiées (34,35) :

- Bruit : le bruit du dispositif est souvent rapporté par les patients comme gênant, parfois même à l'origine de troubles du sommeil ;
- Restrictions d'activités par les mesures de sécurité (pas d'immersion dans l'eau, pas de saut, pas de sport de contact, avoir une source d'énergie à proximité pour recharger les batteries) ;

- Manque de contacts physiques avec les proches ;
- Risque d'infections ;
- Douleur au niveau de l'orifice de sortie du câble d'alimentation percutané ;
- Défaillance ou dysfonctionnement du DACM, notamment la crainte d'une panne d'électricité et la répétition des sonneries d'alarme qui est pointée comme un facteur de risque de perte de confiance dans l'appareillage ;
- Cicatrices.

Les préoccupations les plus fréquentes pour les proches aidants sont le risque d'accident vasculaire cérébral, un éventuel dysfonctionnement du DACM et le risque d'infection.

B. Revue de littérature de l'impact psychologique : du consentement à l'acceptation du DACM

Nous savons que l'implantation d'un DACM va mettre en jeu des processus d'élaboration et d'adaptation à diverses périodes du parcours de soins. Ces processus sont sollicités dès l'annonce de la proposition thérapeutique jusqu'aux complications posées par le DACM des semaines voire des mois après l'implantation. Les aspects psychologiques de l'implantation d'un DACM sont abordés de manière chronologique, afin d'illustrer au mieux le parcours du patient.

1. Processus du consentement

Deux processus de consentement à l'implantation d'un DACM ont été décrits.

La 1^{ère} est une prise de décision décrite comme « automatique » par le sujet, avant tout guidée par la peur de mourir. Le patient accepte donc l'assistance circulatoire quels que soient les risques. Les complications auxquelles il est exposé peuvent ne pas être anticipées. Pour ces patients, le recueil du consentement ne va pas forcément de pair avec l'acceptation du DACM.

Le second processus est basé sur un raisonnement opposant les risques aux bénéfices. L'implantation du DACM peut être refusée par le patient s'il estime que l'idée de la progression inéluctable de l'insuffisance cardiaque avec un traitement médicamenteux et des soins de support est préférable à la projection dans l'avenir

avec les contraintes et d'éventuelles complications du DACM. L'objectif pour ces patients – qu'ils acceptent ou qu'ils refusent – est le maintien de leur qualité de vie, selon leurs propres critères (36).

D'autres facteurs influencent le consentement, notamment une altération de l'état général ou le fait d'avoir un traitement conséquent pouvant diminuer les capacités de réflexion du patient. L'étayage familial ou amical ainsi que l'opinion du (ou des) médecin(s) concernant le DACM jouent également un rôle dans la prise de décision. L'aspect financier, la médiatisation et la religion sont des facteurs d'influence pris en compte outre-Atlantique, peut-être moins prépondérants en France (36).

Les raisons du refus d'un DACM ont également fait l'objet d'une 1^{ère} publication. Les patients ayant refusé l'implantation d'un DACM décrivent leur décision comme réfléchie mais également rapide et intuitive. Les arguments retrouvés chez les patients déclinant cette proposition thérapeutique sont les suivants (37) :

- La restriction de mobilité supposée à cause du DACM, qu'elle soit en lien avec la nécessité d'une source d'énergie externe ou la présence de la ligne percutanée ;
- La sensation d'être l'objet d'une expérience ou que le DACM est encore une prise en charge expérimentale ;
- La crainte que l'implantation du DACM ait un impact négatif sur leur éligibilité à la transplantation cardiaque, certains patients espérant même être prioritaires car ne bénéficiant pas d'une assistance circulatoire ;
- Une perception de la maladie jugée stable (sous traitement médicamenteux seul) et pas suffisamment sévère au regard de la lourdeur du traitement proposé ;
- L'atteinte à l'intégrité physique.

Face aux constats de la difficulté à accompagner les patients et leurs proches dans cette prise de décision, la nécessité de développer et d'améliorer les outils d'information et d'éducation thérapeutique est mise en avant.

Afin de permettre une prise de décision de « bonne qualité », c'est-à-dire en accord avec les préférences et les objectifs du patient, un essai multicentrique est

actuellement en cours. L'étude DECIDE-LVAD (Left Ventricular Assist Device) a pour but d'évaluer l'efficacité d'un support ou d'une intervention standardisée d'aide à la décision pour le patient, et ses proches, à qui est proposée l'implantation d'un DACM en thérapie définitive (38).

2. Adaptation par étapes

Le coping est un concept défini par les efforts cognitifs et comportementaux fournis pour gérer les exigences spécifiques, externes ou internes, considérées comme éprouvantes ou dépassant les ressources du sujet (39).

Le parcours des patients vivant avec un DACM peut être divisé en 4 étapes distinctes : pré-implantation du DACM, période d'hospitalisation et d'implantation du DACM, phase précoce du retour à domicile et phase tardive du retour à domicile (40).

Au cours de ces étapes, chaque patient va devoir développer des stratégies d'ajustement pour faire face aux difficultés propres à chacune de ces phases, ainsi qu'en cas de complications.

a) Etape pré-implantation du DACM

Cette étape s'étend de la proposition thérapeutique à l'hospitalisation pour l'intervention chirurgicale. Les patients ont à faire face aux symptômes de l'IC mais également au processus de réflexion concernant la proposition d'implantation d'un DACM (40).

L'infirmier coordinateur d'assistance circulatoire mécanique (lorsque ce poste existe) est impliqué dans l'information du patient et de sa famille, dans la présentation du matériel et dans la préparation du patient afin que celui-ci puisse se projeter dans le déroulement des événements à venir (41). Son rôle est important et reconnu par les patients. Même si les patients peuvent rapporter se sentir submergés par la quantité d'informations, la diversité des « supports » d'informations est jugée utile : brochures, vidéos, possibilité de voir l'appareil et surtout la rencontre avec un patient porteur d'un DACM.

La rencontre avec d'autres patients vivant ou ayant vécu avec un DACM est la source d'informations que les patients jugent la plus précieuse. Ces échanges à propos de leurs (futurs) expériences de la vie quotidienne et des changements (qui pourraient être inattendus) permettent d'anticiper certains bouleversements dans leur vie (42).

b) Implantation du DACM et réhabilitation

Cette phase est avant tout marquée par une dépendance initiale importante à l'équipe hospitalière, l'éducation thérapeutique et l'apprentissage de nouvelles habitudes, y compris pour certains actes banaux de la vie quotidienne tels que s'habiller ou se laver (40). Cette phase nécessite du patient d'accepter ce vécu de dépendance (temporaire) tout en évitant une régression trop marquée empêchant son implication dans l'apprentissage des règles du fonctionnement de son DACM et des contraintes qui y sont liées.

c) Phase précoce du retour à domicile

Les habitudes, développées à l'hôpital ou en centre de rééducation, doivent être réadaptées à l'environnement domestique, lorsque ce n'est pas l'environnement domestique qui doit être aménagé. La dépendance, vécue par les patients, se déplace de l'équipe soignante vers l'entourage familial (40).

Cette phase débute dès le retour à domicile mais la transition avec la phase suivante n'est pas clairement définie et sa fin n'est pas déterminée par un événement particulier. Cependant, Casida et al. estiment que cette phase d'adaptation précoce au DACM dure approximativement 3 mois (43).

Certaines stratégies sont rapportées comme aidant les patients à faire face à cette période d'adaptation : les activités occupationnelles (telles que l'exercice physique et les promenades), avoir un sens de l'humour ou encore garder une perspective positive pour faire face émotionnellement aux difficultés et aux pensées négatives (43).

d) Phase tardive du retour à domicile

Il s'agit de l'étape finale. Pour les patients n'ayant pas connu de complications après l'implantation du DACM, elle survient environ 3 mois après l'implantation. Pour pouvoir situer un patient dans cette phase, il faut s'assurer de l'adaptation correcte au DACM, définie par l'acceptation de l'appareil et de ses contraintes et l'intégration de ses contraintes dans la vie quotidienne (43). Cette adaptation est à l'origine d'un nouveau style de vie.

C'est au cours de cette phase que le cas particulier des troubles de la sexualité peuvent être révélés.

Les troubles de la sexualité ne sont guère rapportés spontanément par les patients, en général, mais également rarement recherchés par les praticiens. Cependant, il s'agit d'une sphère de la vie du patient considérablement modifiée après implantation d'un DACM.

Après réception d'un DACM, la QDV et la condition physique semblent globalement améliorés (44). En revanche, concernant leur vie sexuelle, les patients rapportent une diminution du degré de satisfaction au cours des rapports sexuels. Une réduction des rapports sexuels apparaît afin d'éviter la déception pour le partenaire sexuel, par crainte d'un arrêt cardiaque ou par crainte d'un dysfonctionnement de l'appareillage (45).

C. Concept de qualité de vie

1. Définition

Les études concernant la QDV des patients, toutes pathologies confondues, sont nombreuses mais elles restent rares concernant les patients porteurs d'un DACM bien qu'il s'agisse maintenant d'un centre d'intérêt pour les professionnels de santé, les effets bénéfiques des DACM sur la mortalité n'étant plus à démontrer (19).

La QDV est un concept difficile à mesurer car il n'existe aucune définition consensuelle. Une définition a été proposée en 1994 par l'Organisation Mondiale de la Santé : « la qualité de vie est définie comme la perception des individus de leur

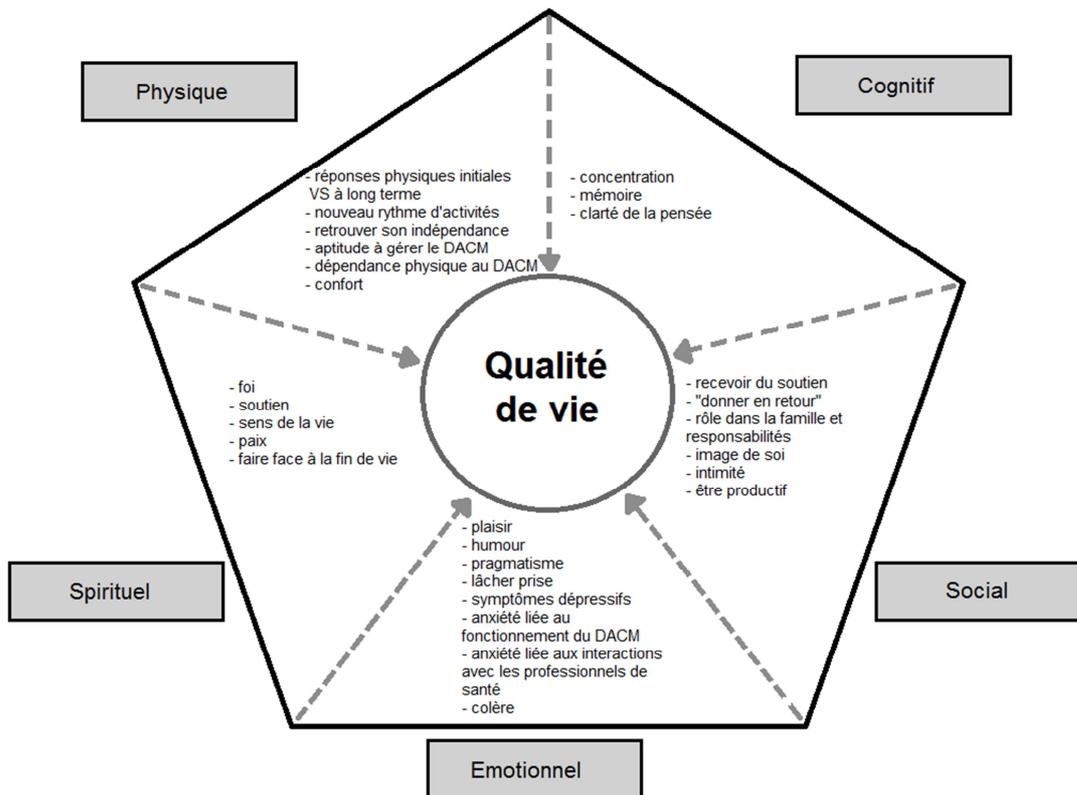
place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent, en relation avec leurs objectifs, leurs attentes, leurs normes et leurs préoccupations » (46). La QDV reste un concept subjectif qui dépend de références culturelles, sociales et environnementales.

La notion de « qualité de vie liée à la santé » a, par la suite, émergé afin de tenter de mesurer la QDV des patients :

- soit de manière globale par des instruments génériques (standardisés et non spécifiques à une pathologie) dont les modèles peuvent être l'auto-questionnaire « 36-Item Short Form Health Survey » (SF36) ou « EuroQol » ;
- soit de manière plus spécifique dans une population particulière de malades comme par exemple les patients insuffisants cardiaques dont la QDV est impactée de manière très singulière par une pathologie cardiaque et qui peut être mesurée par le Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) ou le Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).

Cependant, il convient de définir plus rigoureusement alors ce que représente la QDV pour une catégorie précise de personnes si l'on désire ensuite l'évaluer. Ainsi, devant l'émergence d'études concernant la QDV des patients porteurs d'un DACM avec une confusion entre QDV et état de santé et la multiplication des échelles utilisées (SF36, EuroQOL 10, MLHFQ, KCCQ,...) avec des combinaisons de passations d'échelles variant d'une étude à l'autre, une définition conceptuelle de la QDV des patients porteurs d'un DACM a été proposée. Elle a été formalisée après une analyse qualitative d'entretiens avec des patients porteurs eux-mêmes d'un DACM et est la suivante : « être suffisamment bien pour faire et profiter des activités quotidiennes qui sont importantes pour moi » (47). Il s'agit d'un concept subjectif, multidimensionnel avec 5 domaines majeurs pour les patients : physique, émotionnel, social, cognitif et spirituel. Ces 5 domaines sont eux-mêmes divisés en sous-domaines et sont détaillés dans la figure 4.

Figure 4 : Qualité de vie avec un dispositif d'assistance circulatoire mécanique d'après Sandau K. E. et Hoglund B. A. 2013 (traduction de l'auteur)



Actuellement, la transplantation cardiaque reste le traitement de l'insuffisance cardiaque offrant une meilleure qualité de vie. Malgré les contraintes, les patients porteurs d'un DACM rapportent une meilleure qualité de vie que ceux bénéficiant d'un traitement médicamenteux optimal (48).

2. Facteurs influençant la qualité de vie

Le registre interinstitutions pour l'assistance circulatoire mécanique INTERMACS (Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support) est une banque de données. Les informations recueillies sont de diverses natures : démographique (sexe, âge du patient au moment de l'implantation), technique (indication de l'implantation du DACM, stratégie d'implantation, type de DACM implanté), clinique (indice de masse corporelle, comorbidités, type de cardiopathie, complications après implantation, survenue du décès, scores de qualité de vie...) et biologique.

Ce registre a été créé, grâce au rassemblement de plusieurs institutions américaines scientifiques et sanitaires, dans le but d'améliorer la durée de vie et la QDV des patients porteurs d'un DACM en réunissant les connaissances et les observations sur les DACM dans un seul registre. En 2008, le 1^{er} rapport annuel du registre INTERMACS rapportait un total cumulé de 511 patients, provenant de 75 institutions participant à l'enregistrement des données (49). En 2015, le 7^{ème} rapport annuel comptabilisait 15745 patients ayant reçu un DACM entre le 23 juin 2006 et le 31 décembre 2014 (24).

Le caractère prospectif du recueil des données, la multiplicité des données ainsi que le nombre conséquent de patients dans ce registre permettent aux médecins chercheurs d'étudier différents aspects de cette évolution de la médecine.

L'existence de ce registre a permis le développement ces derniers mois d'études s'intéressant à la QDV des patients implantés d'un DACM et les facteurs influençant celle-ci.

Il existe une amélioration significative de la QDV liée à la santé de ces patients à court et moyen termes après implantation d'un DACM quelle que soit la stratégie d'implantation (44,50). En revanche, des différences dans le gain de QDV liée à la santé en fonction de la stratégie d'implantation du DACM ont été constatées. Les patients dont l'implantation du DACM a été réalisée en pont à la transplantation bénéficient d'une meilleure QDV que les patients porteurs d'un DACM en thérapie définitive ou en attente d'éligibilité à la transplantation. Aucune différence de QDV n'a été mise en évidence entre les patients avec un DACM en thérapie définitive et les patients porteurs d'un DACM en attente d'une éligibilité à la transplantation.

Au total, les facteurs influençant négativement la QDV de ces patients sont l'absence d'activité professionnelle, un indice de masse corporelle élevé, un diabète déséquilibré, un niveau d'anxiété et des capacités d'adaptation médiocres face aux problèmes de santé, un manque de confiance du patient en ses capacités à effectuer les tâches liées au DACM, l'insatisfaction vis-à-vis de l'intervention et les stratégies d'implantation du DACM en thérapie définitive ou en attente d'une potentielle éligibilité à la transplantation cardiaque (51). Le sexe et l'âge semblent également intervenir : les femmes et les patients les plus jeunes rapportent significativement plus de douleurs ou d'inconfort et plus de troubles anxieux ou dépressifs que les hommes et les patients plus âgés (50). L'hypothèse avancée par les auteurs est celle

de la meilleure tolérance du dispositif par les hommes adultes du fait de leur taille ; ils suggèrent de comparer la QDV des patientes et des jeunes patients ayant reçu un DACM de taille plus réduite.

La confrontation des praticiens aux patients présentant des complications psychiatriques liées à l'implantation d'un DACM ainsi que le développement récent des études sur l'impact psychologique de l'implantation et de la vie avec un DACM incitent les sociétés savantes et les chercheurs à produire des recommandations concernant les prises en charge psychologiques et psychiatriques de ces patients.

III. Revue de littérature des propositions et recommandations de prises en charge psychologiques et psychiatriques

Les axes principaux de ces recommandations concernent essentiellement la prévention.

La prévention primaire reste sous-développée mais certaines pistes émergent, telles que la diminution des facteurs de risque pouvant conduire à des difficultés d'adaptation ou le développement des actions ou programmes visant à consolider ou conforter le processus de consentement du patient.

La prévention secondaire demeure prédominante, grâce au dépistage systématique d'un éventuel trouble psychiatrique après l'implantation.

A. Recommandations

Les recommandations de l'ISHLT (présentées dans le tableau 4) permettent de guider les interventions du psychiatre de liaison sur les motifs, les objectifs de ses évaluations et dans quelle temporalité elles doivent survenir (20).

Tableau 4 : Recommandations concernant les prises en charge psychologiques et psychiatriques des sujets avant et après implantation d'un DACM

Comorbidités	Classe de recommandations	Niveau de preuve
Avant implantation du DACM :		
Dépistage des facteurs de risques psychosociaux pour tous les patients	I	C
Evaluation de l'étayage familial et du soutien social	I	C
Evaluations psychiatrique et psychologique pour tout patient ayant des antécédents psychiatriques pour identifier d'éventuels facteurs de risque	I	C
Evaluation de la compliance, du soutien social et des stratégies d'adaptation	I	C
Education thérapeutique concernant l'arrêt du tabac et la réduction de l'exposition au tabagisme passif, avant implantation du DACM et après	I	C
Evaluation du stress chez les aidants (familiaux)	I	C
Evaluation de la qualité de vie (utilisation d'échelles conseillée)	IIb	C
Après implantation du DACM, pendant l'hospitalisation :		
Soutien psychologique (par un psychologue ou un psychiatre) au patient et à sa famille, pour accompagner l'adaptation aux changements du mode de vie	I	B
Dépistage de toute symptomatologie psychiatrique. Si présente : consultation spécialisée (psychologue ou psychiatre) pour diagnostic, traitement et suivi	I	B
Prise en charge des patients hospitalisés par une équipe multidisciplinaire (dont psychologues et/ou psychiatres) menée par les chirurgiens cardiaques et les cardiologues	I	C
Evaluation de la qualité de vie liée à la santé	IIb	B
Après implantation du DACM, après la sortie d'hospitalisation :		
Evaluations régulières de la qualité de vie liée à la santé (par l'utilisation d'échelles génériques ou spécifiques à l'insuffisance cardiaque) à 3 mois, 6 mois, tous les 6 mois pendant 2 ans après implantation du DACM, puis tous les ans	IIa	B
Evaluation neurocognitive à 3, 6, 12 et 18 mois après implantation du DACM	I	C
Entretiens motivationnels pour l'arrêt du tabac	I	C
Aide au maintien de l'abstinence pour les patients aux antécédents de dépendance à l'alcool ou autres substances psycho-actives	IIa	C
Evaluation psychosociale détaillée	I	C
Consultation psychiatrique en cas de pathologie psychiatrique. Psychothérapie et traitement pharmacologique doivent être initiés dès que nécessaires. L'étayage familial peut également être concerné.	I	C

Légende :**Classe de recommandations**

- I : Preuve et/ou accord général qu'un traitement ou une procédure est bénéfique, utile et efficace (« le traitement (ou la procédure) est recommandé(e)/indiqué(e) »)
- II : Preuves contradictoires et/ou divergence d'opinions concernant l'utilité, l'efficacité d'un traitement ou d'une procédure
 - IIa : l'importance des preuves ou des opinions est en faveur d'une efficacité/utilité (« le traitement (ou la procédure) devrait être considéré(e) »)
 - IIb : l'utilité/l'efficacité est moins bien établie par les preuves ou consensus d'opinions (« le traitement (ou la procédure) pourrait être considéré(e) »)
- III : Preuve et/ou accord général qu'un traitement ou une procédure n'est pas utile/efficace, et dans certains cas, pourrait être nuisible (« le traitement (ou la procédure) n'est pas recommandé(e) »)

Niveau de preuve

- A : données issues de plusieurs essais cliniques randomisés ou méta-analyses
- B : données issues d'un seul essai clinique randomisé ou d'études non randomisées de forte puissance
- C : consensus d'opinions d'experts et/ou données issues d'études de faible puissance, d'études rétrospectives, de registres

B. Les différents types de propositions

Certaines de ces recommandations sont détaillées dans ce chapitre ainsi que des propositions ne faisant pas partie des recommandations de sociétés savantes mais régulièrement mises en avant dans la littérature et méritant d'être prises en considération.

1. Entretien psychiatrique préalable

Bien que l'évaluation psychiatrique du patient avant implantation fasse partie des recommandations, qu'elles soient basées sur une revue de la littérature (20) ou sur l'expérience d'une équipe (52), aucun outil spécifique ni aucun guide d'entretien standardisé n'a été retrouvé.

Compte tenu du manque de connaissances scientifiquement prouvées concernant les facteurs de risques psychosociaux présents avant l'implantation d'un DACM et leur impact en termes de morbi-mortalité, certains suggèrent d'utiliser les outils développés pour les évaluations sociales, psychologiques et psychiatriques des patients candidats à une transplantation cardiaque (53,54). Ces auteurs mettent en avant les similitudes entre patients éligibles à la transplantation cardiaque et ceux à qui l'implantation d'un DACM est proposée, a fortiori en pont à la transplantation. Outre le fait de devoir apprendre de nouvelles habitudes de vie et les précautions

d'utilisation du DACM, les patients doivent observer un traitement médicamenteux quotidien, respecter les règles hygiéno-diététiques et accepter un suivi médical rapproché. En l'absence de critères d'évaluation psychiatrique ou psychologique spécifiques à l'implantation d'un DACM, Eshelman et al. recommandent d'utiliser les critères actuellement utilisés pour l'évaluation psychosociale des patients candidats à la transplantation cardiaque pour les patients pour qui l'implantation d'un DACM peut être envisagée (53). Alors que les patients candidats à l'implantation d'un DACM en pont à la transplantation partagent des caractéristiques communes avec les patients en attente d'une transplantation cardiaque, des différences de caractéristiques (socio-démographiques telles qu'un âge plus avancé et cliniques telles que la sévérité de la maladie ou les comorbidités) sont constatées entre patients éligibles à l'implantation d'un DACM en thérapie définitive et les catégories de patients citées précédemment. Bruce et al. reprennent la proposition précédente tout insistant sur le fait que la priorité serait de développer les connaissances sur les facteurs de risque psychosociaux chez les patients avec un DACM en thérapie définitive (54).

L'objectif d'une telle évaluation est d'identifier les patients à risque de non observance du traitement avec pour conséquences l'augmentation du risque de survenues de complications et du décès du patient. Une première étude a évalué la validité de l'échelle d'évaluation de transplantation (TERS pour Transplant Evaluation Rating Scale) pour l'évaluation des patients avec un projet d'implantation d'un DACM. Les auteurs ont conclu à une validité interne du TERS qu'ils ont jugée correcte : les patients dans le « groupe à haut risque » ont connu des durées d'hospitalisations plus importantes après implantation du DACM mais n'ont pas connu d'augmentation significative du nombre de réhospitalisations ou de décès en comparaison aux groupes à « bas risque » et à « risque intermédiaire ». Cependant, ils déploraient la sensibilité du test à dépister les facteurs ou domaines psychologiques affectant la survie des patients (55).

2. Suivi psychologique

Le suivi psychologique doit concerner tout patient porteur d'un DACM demandeur.

Heilmann et al. ont étudié les besoins de psychothérapie de soutien des patients porteurs d'un DACM selon la chronicité de la pathologie. L'hypothèse des auteurs était que les patients inscrits sur liste de transplantation depuis plus de 30 jours (c'est-à-dire insuffisant cardiaque chronique et/ou dont l'implantation du DACM n'était pas réalisée en urgence) nécessiteraient moins de soutien psychothérapeutique car bénéficieraient d'un temps plus long, au préalable à l'implantation, pour se préparer et s'adapter. Les conclusions de cette étude sont que la présence d'un temps d'adaptation préalable à l'intervention, ainsi que la stratégie d'implantation du DACM (en pont à la transplantation ou en thérapie définitive) n'influencent pas le recours à une prise en charge psychothérapeutique après implantation du DACM. En revanche, la nécessité d'une psychothérapie de soutien dépendait de la durée des hospitalisations et de l'âge des patients. Les patients dont la durée d'hospitalisation se prolongeait (probablement en lien avec des complications) et les patients plus jeunes avaient besoin de plus de consultations psychologiques (27).

A chaque phase du parcours de soins, l'état émotionnel du sujet ainsi que les stratégies de coping devraient être évalués par l'équipe soignante et une évaluation psychologique devrait être demandée devant toute manifestation de symptômes évoquant un trouble de l'adaptation (43). L'état psychique du patient doit être particulièrement surveillé lors des épisodes de complications.

3. Soins palliatifs et directives anticipées

L'intégration d'une équipe de soins palliatifs est recommandée dès la phase pré-implantation du DACM. L'intérêt de l'intervention de professionnels du champ des soins palliatifs est, à cette phase, d'accompagner le patient dans sa réflexion et le processus de décision. Bien que ce processus soit personnel, une telle intervention permettrait d'apporter une guidance en ajustant les attentes du patient et aidant le patient à se fixer des objectifs réalistes et accessibles (56).

En plus des informations orales apportées par le cardiologue ou le chirurgien cardiaque concernant la proposition thérapeutique d'implantation d'un DACM, l'indication, les bénéfices et les risques, l'intervention, etc..., les patients sont souvent tentés de rechercher des informations via différents moyens (brochures,

sites internet de sociétés savantes ou du fabricant, forum de patients, etc...). Iacovetto et al. ont étudié la conformité, la qualité et l'utilité de différents supports destinés à apporter aux patients des informations sur les DACM. Le principal apport de cette étude est de souligner le fait que ces supports, quelle que soit leur forme, mettent tous en avant les bénéfices d'un DACM. La majorité de ces supports induisent le patient à accepter le DACM, sans alimenter sa réflexion. En effet, ils ne sont qu'un certain pourcentage à traiter des risques (56%), des changements de mode de vie (38%), à présenter le DACM comme une option thérapeutique et non une obligation (18%) et à évoquer les alternatives, comme par exemple les soins palliatifs (2%) (57). Le risque est alors que le patient sous-estime les risques et les contraintes d'une telle prise en charge.

Un des objectifs d'une consultation en soins palliatifs est donc d'apporter un point de vue complémentaire à toutes les informations lues ou entendues par le patient.

Un deuxième aspect de cette rencontre avec une équipe de soins palliatifs est l'« anticipation », y compris à un stade précoce de la prise en charge. Grâce à l'expertise des médecins de soins palliatifs, il s'agit de déterminer, avec le patient et ses proches, les directives anticipées concernant les soins reçus et notamment ses préférences en cas de complications spécifiques (32,56,58). Bien sûr, ces dispositions doivent être réévaluées, les préférences des patients pouvant évoluer au gré des complications ou des améliorations. L'objectif d'une gestion proactive est d'ouvrir la discussion entre le patient, ses proches et les équipes soignantes concernant des sujets qui ne sont pas faciles à aborder et de diminuer le niveau d'anxiété autour de ces problématiques en cas de complication.

Il semblerait important que ces propositions soient considérées également pour le cas des patients avec un DACM en attente d'une transplantation cardiaque. En effet, leurs trajectoires de soins restent imprévisibles tant au niveau de la survenue des complications que du délai d'attente d'un greffon et donc de la durée de vie avec le DACM.

4. Soutien familial

Une psychothérapie de soutien est également plébiscitée par les proches des patients. Le recours à une aide psychologique par les familles des patients porteurs d'un DACM est plus important pour les patients les plus jeunes (27).

Les études portant principalement sur le vécu des aidants familiaux retrouvent également un niveau élevé de stress évoluant tout au long du parcours de soins du patient. Deux méta-analyses publiées en 2016 résument toutes les données à ce sujet (59,60).

En phase précoce, les proches font également face au poids de la décision d'intervention chirurgicale qu'il considère comme une situation de « non choix » en l'absence d'alternative ou d'option offrant la possibilité de prolonger l'espérance de vie de leur malade. Ils affrontent ensuite, lors de l'intervention, la recrudescence anxieuse réactionnelle à la peur de la perte d'un être cher. Cette période est ensuite rapidement suivie d'un sentiment de soulagement lorsque l'intervention est un succès et que le proche reste hospitalisé, soigné par une équipe compétente.

A moyen terme, le retour à domicile est décrit comme une nouvelle situation anxiogène, le conjoint prenant conscience de la dépendance, de la fragilité du proche porteur du DACM, le comparant parfois à un « bébé », et de la responsabilité qu'il ressent. Les aidants semblent s'accorder sur les notions de sacrifice (vie sociale, emploi, santé) et d'isolement dont ils disent faire l'objet.

Sur le long terme, deux visions différentes sont décrites selon la stratégie d'implantation du DACM. Pour les proches du patient en attente d'une transplantation, l'acceptation semble plus facile car la période de vie avec un DACM n'est que transitoire. Dans le cas d'un patient porteur d'un DACM en thérapie définitive, pour l'aidant la fin de la prise en charge du patient avec un DACM signifie le décès du sujet. Le futur est marqué par l'incertitude et certains proches, à cette occasion, expriment leurs regrets vis-à-vis du consentement donné antérieurement.

Compte tenu d'un risque accru de survenue d'épisode dépressif et/ou de troubles anxieux chez les proches, et en particulier d'état de stress post-traumatique (25) , et de l'influence mutuelle de la qualité de vie de celle de l'aidant familial sur la qualité de vie du patient, la psychothérapie de soutien doit aussi concerner les

proches. Cet accompagnement devrait en particulier être proposé lors de l'implantation du DACM et du retour à domicile, qui sont identifiés comme les périodes les plus anxiogènes à vivre à tant qu'aidant (59).

C. Précautions concernant les traitements médicamenteux

1. Allongement de l'intervalle QT corrigé

Des précautions d'utilisation restent de mise concernant les médicaments psychotropes responsables d'un allongement de l'intervalle QT corrigé (QTc).

L'implantation d'un DACM n'est pas associée à un allongement du QTc au long cours. Une diminution significative de l'intervalle QTc à distance de l'implantation a même été retrouvée en comparaison à l'intervalle QTc avant prise en charge par une assistance circulatoire chez des patients insuffisants cardiaques (61,62). En revanche, un allongement du QTc a été mis en évidence durant la période post-opératoire immédiate (61,63).

Il s'agit donc d'une période à risque, où le psychiatre de liaison doit être particulièrement vigilant à lors de la prescription de traitements psychotropes.

L'allongement du QTc est un effet indésirable bien connu des antipsychotiques. La plupart des antipsychotiques sont responsables d'un allongement de l'intervalle QTc mais l'importance de cet allongement varie selon la molécule prescrite (64).

Concernant la prescription des antidépresseurs, les antidépresseurs tricycliques sont également responsables d'un allongement de l'intervalle QTc largement décrit dans la littérature (65).

Les études portant sur l'association entre antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et allongement du QTc se multiplient ces dernières années.

Les données actuelles confirment l'allongement du QTc dû à la prise de CITALOPRAM (66,67), il s'agit de l'antidépresseur ISRS associé aux prolongations les plus importantes de l'intervalle QTc en comparaison aux autres ISRS (68). Pour le

CITALOPRAM et l'ESCITALOPRAM, il existe un allongement du QTc dose-dépendant et jugé cliniquement significatif. Le CITALOPRAM et l'ESCITALOPRAM sont donc contre-indiqués chez les patients présentant un allongement acquis ou congénital de l'intervalle QT, en association avec d'autres médicaments pouvant entraîner un allongement du QT et l'ANSM recommande des précautions d'emploi chez les patients à risque de torsade de pointes tels que les patients insuffisants cardiaques (69,70).

En ce qui concerne les autres ISRS, il n'existe pas d'études puissantes ayant démontré formellement un lien entre un antidépresseur ISRS en particulier et allongement du QTc, notamment pour la FLUOXETINE, la SERTRALINE et la PAROXETINE (66). Pour la SERTRALINE, la FLUOXETINE et la FLUVOXAMINE, les risques d'allongement du QTc et de survenue de torsade de pointe sont essentiellement portés à notre connaissance par des rapports de cas (71). La prise quotidienne de PAROXETINE ne serait pas associée à un allongement du QTc (67).

L'utilisation de l'HYDROXYZINE (ATARAX®), à visée anxiolytique dans notre spécialité, est contre-indiquée dans cette population de patients en raison du risque d'allongement du QTc (72).

2. Traitements psychotropes de 1^{ère} intention

Aucune recommandation spécifique concernant la prise en charge médicamenteuse des complications psychiatriques des patients porteurs d'un DACM n'existe.

Dans le cadre de la mise en place d'un traitement pharmacologique d'un épisode dépressif caractérisé, les antidépresseurs ISRS doivent être envisagés en 1^{ère} intention, en particulier la SERTRALINE et la PAROXETINE (73). Cependant, leur utilisation est associée à un risque hémorragique accru, dont la localisation principale est digestive (74). Parallèlement, et en l'absence de prises quotidiennes d'antidépresseur ISRS, les patients porteurs d'un DACM ont un risque hémorragique augmenté, notamment au niveau gastro-intestinal, en raison de la prise d'un traitement anticoagulant indispensable et de l'effet du DACM à flux continu lui-même (75) dont la physiopathologie est multifactorielle : maladie de von Willebrand acquise,

altération de l'agrégation plaquettaire et modification de la vascularisation digestive à type d'angiodysplasies (76).

Pour le traitement médicamenteux de l'anxiété, l'utilisation ponctuelle des benzodiazépines semble être l'alternative à privilégier lorsque la prise en charge psychothérapeutique est insuffisamment efficace. En l'absence de contre-indication, les benzodiazépines sont bien tolérées et, en pratique, la diversité des molécules, les multiples posologies et les différentes voies d'administration en font une classe thérapeutique très maniable.

En cas de nécessité de mise en place d'un traitement de fond, les antidépresseurs ISRS sont également à prescrire en 1^{ère} intention, en prenant en compte les effets indésirables précédemment cités et les risques d'interactions médicamenteuses selon la molécule utilisée.

MATERIELS ET METHODES

I. Prises en charge actuelles au CHRU de Lille par l'équipe de psychiatrie de liaison

A. Ressources humaines : compositions de l'équipe de psychiatrie de liaison

L'unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison est composée d'un praticien hospitalier psychiatre responsable de l'unité fonctionnelle, 2 internes, 3 infirmiers représentant 2 équivalents temps plein (ETP) et 10 psychologues (10 ETP) dont une psychologue intervenant sur le pôle cardiologique à hauteur de 0,4 ETP.

B. Modalités d'interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison

Au CHRU de Lille, l'unité de psychiatrie de liaison intervient lorsqu'un avis est demandé, à la demande des équipes, dans les différents services de l'hôpital. Elle intervient auprès des patients majeurs. Une équipe de pédopsychiatrie de liaison prend en charge les patients mineurs.

Les motifs de consultation sont variés : évaluation clinique à visée diagnostique (évaluation thymique, du risque suicidaire,...), évaluation thérapeutique (instauration ou ajustement d'un traitement psychotrope,...), prise en charge psychologique (psychothérapie de soutien,...), accompagnement des équipes dans la réflexion sur la prise en charge de certains patients.

Les demandes sont reçues par les infirmiers qui recueillent les informations nécessaires pour déterminer l'intervenant (médecin ou psychologue) et le délai de consultation.

En dehors de toute situation où un trouble psychiatrique est suspecté, l'équipe de psychiatrie de liaison intervient dans de rares situations, de manière systématique, dans un but de dépistage et de prévention :

- En neurologie : consultation systématique pré-stimulation cérébrale ;
- En cardiologie : consultation psychiatrique dans le cadre du bilan pré-transplantation cardiaque.

Les interventions dans ces situations nécessitent tout de même que l'unité de psychiatrie de liaison soit interpellée par le médecin ou l'équipe prenant en charge le patient. Ces consultations surviennent la plupart du temps, de manière programmée, au cours d'une hospitalisation de jour ou de semaine.

L'équipe ne dispose pas de bureau de consultation et n'assure pas de consultations en dehors de celles effectuées dans les unités. Les médecins et psychologues interviennent directement dans le service concerné, au lit du malade, avec le consentement du patient, en dehors des situations d'évaluation du risque suicidaire. Des transmissions orales sont faites auprès du médecin ou d'un infirmier de l'équipe à l'origine de la demande, des transmissions écrites sont faites dans le dossier médical du patient. Un courrier médical est adressé au médecin spécialiste référent ainsi qu'au médecin traitant.

Actuellement, concernant les patients porteurs d'un HeartMate, seulement 2 patients ont été rencontrés dans le cadre d'une demande d'avis psychiatrique (1 évaluation du risque suicidaire et 1 évaluation thymique).

Suite à notre 1^{ère} intervention dans le cadre de la prise en charge d'un patient suicidaire porteur d'un HeartMate, un seul patient a été rencontré, à la demande du cardiologue, dans le cadre d'un bilan pré-implantation, en l'absence de symptomatologie psychiatrique. Aucune autre demande de consultation psychiatrique dans le contexte d'un projet de mise en place d'une assistance circulatoire de longue durée n'a été reformulée par la suite.

Les vignettes cliniques précédemment décrites peuvent paraître exceptionnelles, mais l'assistance circulatoire mécanique comme traitement de l'insuffisance cardiaque est une activité qui tend à s'accroître. La gravité et la complexité des situations cliniques, même si elles restent rares, nécessitent que ces

situations soient anticipées, prévenues sinon prises en charge le plus précocement possible.

Du fait de nos expériences cliniques sur un intervalle de temps réduit, il nous semblait qu'une action de prévention par l'équipe de psychiatrie de liaison, en accord avec les différents médecins intervenants dans la prise en charge de ces patients (en cardiologie, réanimation, chirurgie), pouvait être mise en place.

Cette action prendra la forme de consultations psychiatriques systématiques, à différents temps du parcours de soin du patient.

II. Mise en place du dispositif de soins auprès des patients et des équipes concernées

L'élaboration de l'entretien psychiatrique, le choix des échelles d'évaluation et les différents moments d'évaluation ont été décidés après revue de littérature que nous avons citée précédemment et recueil de l'avis de médecins impliqués dans la prise en charge des patients porteurs d'un HeartMate.

L'intention de cette évaluation psychiatrique systématique est d'accompagner le patient en proposant une prise en charge psychiatrique adaptée si elle s'avère nécessaire mais en aucun cas d'exclure le patient dont l'indication d'implantation d'un DACM a été posée.

A. Mise en place du dispositif de soins auprès des patients

1. Evaluation psychiatrique avant implantation

Il s'agit d'un entretien individuel, semi-structuré, conduit par un psychiatre (docteur en psychiatrie ou interne en psychiatrie). Il a lieu à l'hôpital Cardiologique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille durant une hospitalisation ou suite à une consultation externe programmée dans le cadre du bilan pré-implantation. L'entretien est proposé au patient (il peut donc être refusé) et a plusieurs objectifs qui sont exposés au patient :

- Présenter l'équipe de psychiatrie de liaison afin que le patient puisse y faire appel par la suite en cas de nécessité à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une consultation externe ;
- Dépister les patients qui ne sont pas encore porteurs d'un DACM et qui présentent des comorbidités psychiatriques afin de proposer une prise en charge adaptée (soutien psychologique, suivi psychiatrique, traitement psychotrope en l'absence de contre-indication) ;
- Effectuer de la prévention auprès des patients afin de les informer des symptômes à surveiller et devant les amener à consulter.

1^{ère} partie : recueil des données anamnestiques

La 1^{ère} partie concerne le recueil des données de la biographie du patient, des antécédents psychiatriques et de son état clinique actuel :

- Age ;
- Situation familiale : statut marital, présence d'un étayage familial, attitude de la famille vis-à-vis de l'implantation du DACM et la qualité de leur soutien ;
- Situation professionnelle, activités extra-professionnelles ;
- Antécédents médico-chirurgicaux : notamment l'histoire médicale de la pathologie cardiaque (durée d'évolution, complications, éventuelles interventions chirurgicales) ;
- Recherche d'antécédent(s) psychiatrique(s) et leur éventuelle prise en charge ;
- Recherche d'antécédents de consommation de substances psychoactives telles que la nicotine, alcool, cocaïne, héroïne ou autres dérivés des opiacés, ... ;
- Traitements actuels, notamment psychotropes.

2^{ème} partie : entretien clinique

Cette partie de l'entretien psychiatrique consiste à l'évaluation clinique médicale du patient. Elle vise à rechercher toute symptomatologie psychiatrique, notamment en faveur d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux chez un patient insuffisant cardiaque et également un éventuel trouble stress post-traumatique en lien avec un choc électrique antérieur.

Les autres points abordés concernent l'évaluation de la compliance aux traitements et aux règles hygiéno-diététiques ainsi que l'évaluation des stratégies d'adaptation à l'occasion d'évènements de vie difficiles auxquels le sujet a déjà pu être confronté (deuil, divorce, licenciement, accident, diagnostic de la maladie,...).

Enfin, la projection du patient avec un DACM, ses attentes et ses appréhensions sont examinées à l'aide de questions ouvertes.

3^{ème} partie : passation d'auto-questionnaires

Cette partie consiste à la passation de questionnaires standardisés :

- l'échelle Hospital Anxiety and Depression (HADs) (Annexe 1) : il s'agit d'une auto-évaluation composée de 14 items divisés en 2 sous-échelles de 7 items chacune permettant le dépistage de l'anxiété et de la dépression. Chaque item est coté de 0 à 3, les scores pour chaque sous-échelle varient donc de 0 à 21. Les scores inférieurs ou égaux à 7 définissent l'absence de trouble, les scores allant de 8 à 10 inclus indiquent un cas probable et les scores supérieurs ou égal à 11 indiquent un cas certain (77). Il s'agit d'une échelle courte, acceptable pour les patients et rapide à compléter. De plus, cette échelle est particulièrement appropriée dans cette population de patients (78) car ne contient aucun item recherchant des symptômes somatiques qui pourraient être communs à l'anxiété et à l'IC tels que la tachycardie ou encore la dyspnée. De plus, les troubles anxieux et dépressifs représentent les troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvés dans cette population, il est donc important de les dépister et de les traiter.

- 36-Item Short Form Health Survey (SF 36) (Annexe 2) : il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation générique multidimensionnelle constituée de 36 items explorant 8 domaines liés à la santé : activité physique, limitations dues à l'activité physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, activités sociales, limitations dues à l'état psychique, santé psychique et un item évalue l'évolution de l'état de santé. Les scores s'étendent de 0 à 100 : un score de 0 témoigne d'une très mauvaise appréciation de la QDV alors qu'un score de 100 reflète une estimation la meilleure possible de sa QDV par le patient (79). Pour ce dispositif de soins, la forme « standard » est utilisée c'est-à-dire qu'on explore chaque domaine sur les 4 semaines qui ont précédé la passation du questionnaire. Il s'agit également d'une évaluation rapide nécessitant tout au plus une dizaine de minutes et acceptable pour les patients.

2. Entretiens psychiatriques après implantation

Un entretien psychiatrique semi-structuré est proposé au patient porteur d'un DACM à 1 mois et 3 mois après l'implantation du DACM afin de dépister toute apparition ou modification d'une symptomatologie psychiatrique :

- Recherche de symptômes en faveur d'un trouble thymique ou d'un trouble anxieux ;
- Dépistage des troubles du sommeil (et leurs causes : bruits de la machine, gêne par le DACM lui-même,...) ;
- Evaluation de l'étayage familial, du soutien et d'une éventuelle modification de la relation avec les proches.

S'ajoute également la passation de questionnaires afin d'évaluer les symptômes psychiatriques et la QDV du patient au moment de l'évaluation mais aussi leur évolution :

- Echelle HAD : dépistage des troubles anxieux et de la dépression
- SF 36 : évaluation de la QDV
- Questionnaire spécifique mesurant les préoccupations des patients vis-à-vis du DACM (Annexes 3 et 4) : il s'agit d'un questionnaire de 16 items qui explore les réactions et les sentiments des patients concernant le fait de vivre avec un DACM. Une 1^{ère} partie est constituée de 3 questions ouvertes à propos des effets positifs et des perturbations ou contrariétés liées au dispositif ainsi que les changements que le sujet souhaiterait apporter à son appareillage. Une 2^{ème} partie comprend 8 items évaluant la confiance que le sujet porte au dispositif, les appréhensions des complications (infection, accident vasculaire cérébral, troubles du sommeil), les gênes pouvant être causées par le DACM (qualité du sommeil, bruit, douleur). La 3^{ème} et dernière partie contient 5 questions fermées concernant l'amélioration du fonctionnement, l'amélioration des perspectives sur la vie, les choix concernant l'acceptation d'un DACM pour le conjoint, pour un enfant ou pour le patient lui-même (80).

B. Mise en place du dispositif de soins auprès des soignants

Cette consultation a été mise en place à partir du mois d'octobre 2015.

En cas de consultation au cours d'une hospitalisation, des transmissions orales à l'équipe prenant en charge le patient et écrites dans le dossier médical sont faites, ainsi qu'une proposition d'adaptation thérapeutique si un traitement psychotrope doit être modifié ou instauré.

En cas de consultation externe, principalement lorsque les patients sont revus 3 mois après l'implantation, les patients sont reçus dans un box de consultation à l'Institut Cœur Poumon du CHRU de Lille. Les notes prises sont conservées dans le dossier médical du patient archivé dans les locaux de l'unité de psychiatrie de liaison. En l'absence d'éléments urgents à transmettre, un courrier médical est adressé au médecin référent à l'issue des 3 entretiens.

RESULTATS

I. Mise en place du suivi

De novembre 2015 à août 2016, 5 patients ont bénéficié des entretiens psychiatriques dans le cadre de la mise en place de ce suivi systématique.

Au cours de cette même période, l'unité de psychiatrie de liaison a également été sollicitée pour trois autres patients en attente d'une implantation de HeartMate durant cette période : un patient adulte (pour qui l'implantation d'un DACM était discutée) décédé, un patient adulte qui a finalement bénéficié d'une transplantation cardiaque et un patient mineur qui a été rencontré par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison.

Tableau 5 : Demandes de suivi pour les patients concernés par un projet d'implantation de DACM entre novembre 2015 et août 2016

Patient	Sexe	Age	Statut marital	Statut professionnel	Degré d'urgence de l'implantation du DACM
1	M	61	Marié	Retraité	En « urgence »
2	F	61	Célibataire	En activité	En « urgence »
3	F	49	Mariée	En activité	En « semi-urgence »
4	F	51	Célibataire	Invalidité	Programmée
5	M	60	Marié	Invalidité	Programmée
6	M	68	NC	NC	En urgence (décès)
7	M	57	NC	NC	(transplantation cardiaque)
8	M	16	NC	NC	(mineur ayant bénéficié d'une évaluation pédopsychiatrique)
Légende : M : masculin ; F : féminin ; fond blanc : patients ayant bénéficié d'une consultation ou d'un suivi par l'équipe de psychiatrie de liaison ; fond gris : patients non rencontrés					

Tous les patients ayant un projet thérapeutique d'implantation d'un DACM ou ayant bénéficié d'une telle prise en charge (non programmée) ont accepté le suivi psychiatrique et donné leur consentement oral.

II. Dépistage de troubles psychiatriques au cours des entretiens

A. Entretien préalable

1. Temporalité et déroulement des entretiens

Tous les patients n'ont pas pu être rencontrés avant l'implantation.

Trois patients (patients 1, 2 et 3) ont bénéficié d'une implantation d'un HeartMate II après la prise en charge d'un état de choc cardiogénique et la mise en place d'une assistance circulatoire temporaire en urgence, de type ECMO.

Deux de ces patients (patients 1 et 2) n'étaient pas en mesure, du fait de leur état clinique, de répondre aux questions ni aux questionnaires. De ce fait, ces deux patients ont bénéficié d'un premier entretien psychiatrique une semaine après l'implantation du HeartMate. Une patiente (patient 3) a, elle, pu bénéficier d'un entretien psychiatrique préalable et était en mesure de renseigner les questionnaires.

Au total, trois patients ont pu bénéficier d'un entretien psychiatrique préalable à l'implantation du DACM.

Ces entretiens se sont déroulés en service d'hospitalisation conventionnelle, pour les patients dont l'intervention chirurgicale était programmée (patients 4 et 5), et au sein de l'unité de réanimation Chirurgie Cardiaque et Vasculaire, qu'ils aient été rencontrés avant (patient 3) ou après l'intervention (patients 1 et 2).

2. Recherche des antécédents psychiatriques

Pour les patients présentant des antécédents psychiatriques (patients 2 et 4), on constate que ceux-ci ne sont pas connus dans leur intégralité des équipes les prenant en charge. Les antécédents de dépendance ou autres troubles liés à des substances psychoactives, en particulier à l'alcool et au tabac, étaient connus. Les antécédents psychiatriques méconnus sont ceux qui sont anciens ainsi que les antécédents de tentative(s) de suicide, qui ne sont pas systématiquement recherchés.

Lors des échanges informels avec les équipes, il s'avère que certains antécédents psychiatriques étaient connus, tel qu'un antécédent d'épisode dépressif sans que le contexte ne soit su. Dans les situations où les antécédents psychiatriques étaient connus, ceux-ci n'apparaissaient pas dans les dossiers médicaux des patients, au même titre que les autres antécédents médicaux.

3. Dépistage des troubles psychiatriques

Avant implantation du DACM, les troubles psychiatriques dépistés étaient essentiellement un trouble anxieux ou un épisode dépressif, qu'il soit lié à une condition physique dégradée du fait de l'insuffisance cardiaque chronique ou d'une autre pathologie, ou encore à des facteurs extérieurs (familiaux, environnementaux,...).

Pour les 3 patients rencontrés avant l'implantation du DACM, les situations cliniques et les contextes d'intervention chirurgicale étaient très différents.

Deux de ces patients ne présentaient ni trouble anxieux ni symptomatologie dépressive, malgré la présence d'une insuffisance cardiaque chronique sévère avec un retentissement fonctionnel important (patient 5) ou la brutalité d'installation des symptômes et la sévérité de ceux-ci dans le cadre d'un infarctus du myocarde (patient 3).

Dans le cadre d'une de ces évaluations préalables, aucun trouble psychiatrique ne pouvait être diagnostiqué avec certitude. Il s'agissait d'une patiente, ayant des antécédents psychiatriques, rencontrée la veille de l'intervention (patient 4). Les conditions pour la réalisation de l'entretien n'étaient pas optimales car il intervenait

après une annonce vécue comme déstabilisante pour la patiente (date d'intervention rapprochée) et il a été écourté par les préparations à cette intervention. La recrudescence anxieuse suscitée par cette nouvelle ainsi qu'un départ imminent au bloc rendaient l'entretien peu contributif pour le dépistage d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux préalable. La patiente était logorrhéique, présentait une labilité émotionnelle et verbalisait des angoisses de mort. La projection dans l'avenir avec un DACM n'a pas pu être explorée, ni l'apport de la rencontre avec un patient porteur d'un HeartMate. Un avis thérapeutique a été donné afin d'adapter le traitement anxiolytique de la patiente.

Concernant les patients rencontrés une semaine après l'implantation, les situations cliniques étaient également différentes.

Un patient avait en effet déjà bénéficié d'une proposition thérapeutique d'implantation d'un HeartMate en pont à la transplantation dans un contexte d'insuffisance cardiaque chronique évoluant inéluctablement vers le stade terminal (patient 1). Le patient avait jusqu'alors refusé cette prise en charge, estimant son état satisfaisant. Il existait probablement un déni de l'évolution naturelle de la maladie vers l'aggravation et il jugeait que rester dans son état, même s'il pouvait être qualifié de « médiocre », était toujours plus acceptable que l'intervention et les complications qui pouvaient en découler. La seule intervention qu'il avait acceptée était celle de la transplantation cardiaque, pour laquelle il était sur liste d'attente. Finalement, l'implantation du DACM fut réalisée après prise en charge en réanimation d'un état de choc cardiogénique.

L'entretien réalisé en réanimation, au lit du malade, 8 jours après l'implantation du DACM, n'a pas permis de recueillir les antécédents psychiatriques du patients ni de diagnostiquer un trouble psychiatrique. Le patient présentait un syndrome confusionnel, dans ce contexte post-opératoire, dont l'étiologie organique n'avait pas encore été déterminée. En revanche, un avis thérapeutique avait été donné afin d'adapter le traitement anxiolytique du patient à son état.

La 2^{ème} patiente rencontrée dans un contexte post-opératoire (patient 2) n'avait pas d'antécédent cardiologique connu. Elle avait également bénéficié de l'implantation d'un DACM après une prise en charge en réanimation après un état de

choc cardiogénique. Au 8^{ème} jour post-opératoire, un entretien au lit du malade a pu être réalisé.

On ne retrouvait pas de symptomatologie clinique en faveur d'un épisode dépressif majeur ou d'un trouble anxieux réactionnel au cours de l'entretien, malgré la succession rapide d'évènements inattendus (prise en charge réanimatoire, diagnostic de cardiomyopathie, intervention chirurgicale). En dépit de l'absence de toute préparation, l'acceptation du HM II semblait authentique. En revanche, les difficultés se portaient sur l'acceptation de la cardiomyopathie. Par ailleurs, une prise en charge addictologique avait été prévue en raison d'une dépendance à l'alcool, pour laquelle un sevrage avait été effectué en réanimation.

B. Entretien 1 mois après implantation

L'entretien 1 mois après l'implantation du DACM intervient à une période charnière pour la plupart des patients rencontrés : celle de la fin d'hospitalisation en service de cardiologie et du transfert en centre de réadaptation.

A cette échéance, 2 patients avaient déjà pu quitter l'hôpital pour un centre de réadaptation. Un patient n'a pas pu être recontacté pour la consultation à 1 mois (patient 5), l'autre patiente a pu être rencontrée en consultation psychiatrique, en ambulatoire, 6 semaines après l'implantation et après avoir effectué 3 semaines du programme de réadaptation cardiaque et profité de permissions au domicile (patient 3).

Lors de cette consultation, il n'existait aucune symptomatologie thymique ou anxieuse. Les scores de l'échelle HAD étaient bas (3/21 pour le score « anxiété » et 2/21 pour la composante « dépression »). La patiente avait expérimenté le déclenchement d'une alarme au cours d'une permission au domicile. Il n'existait aucun élément clinique en faveur d'un état de stress aigu. En revanche, elle rapportait une recrudescence anxieuse chez son mari, présent au moment du déclenchement de l'alarme, finalement rassuré après une consultation cardiologique.

Pour les 3 autres patients, l'entretien a eu lieu au cours de l'hospitalisation. Des complications, de diverses natures, étaient responsables de cette durée de séjour plus longue. Ces complications se sont accompagnées d'une tristesse de l'humeur

réactionnelle, mais aucun patient ne présentait de symptomatologie répondant aux critères d'un épisode dépressif caractérisé.

Pour deux patients (patients 1 et 4), une amélioration thymique récente était décrite, du fait d'une prise en charge efficace des complications post-opératoires, avec régression des douleurs et des autres signes fonctionnels et, surtout, récupération d'une certaine autonomie. Pour la 3^{ème} patiente dans cette circonstance (patient 2), il persistait une asthénie physique ainsi qu'un ralentissement idéique avec des troubles de concentration et des troubles mnésiques. Il existait une tristesse de l'humeur réactionnelle, sans idée suicidaire, anhédonie ou aboulie.

Dans ces trois situations, malgré la survenue de complications, l'approche d'un transfert en réadaptation s'accompagnait d'une projection positive dans l'avenir.

C. Entretien 3 mois après implantation

A cette période après l'implantation, 4 patients avaient terminé leur programme de réadaptation cardiaque et retrouvé leur domicile depuis 4 à 5 semaines (patients 1, 2, 3 et 5).

Ils ont été rencontrés en ambulatoire (après une consultation externe pour le remplacement du pansement du point de sortie de la ligne percutanée, pour les patients 2 et 5), au cours d'une hospitalisation programmée pour un bilan (patient 1) ou bénéficié d'un entretien téléphonique (patient 3).

Deux patients ne présentaient ni trouble thymique ni symptomatologie anxieuse (patients 2, 3 et 5).

Un patient était euthymique (le score de l'échelle HAD pour la dépression était passé de 12/21 au 1^{er} mois à 6/21 au 3^{ème} mois après implantation) ; en revanche, le score pour l'anxiété restait stable passant de 11 à 10/21. Cette anxiété se révélait par une tension interne et un fond anxieux permanent, il ne rapportait pas de ruminations anxieuses ou de difficultés en lien avec le HeartMate mais son discours était centré sur des lombalgies invalidantes (patient 1). Il n'y avait pas d'élément clinique en faveur d'un trouble panique, d'un trouble stress post-traumatique ni d'un trouble de l'adaptation en lien avec l'implantation du HeartMate. Cette anxiété semblait plutôt

être la composante anxieuse d'un syndrome douloureux chronique. Une orientation vers une prise en charge psychologique a été proposée au patient.

Une patiente a dû être réhospitalisée à plusieurs reprises en raison de complications, après un bref séjour en rééducation (patient 4).

Son état clinique a nécessité la mise en place d'une prise en charge psychiatrique par l'équipe de psychiatrie de liaison. La symptomatologie psychiatrique de cette patiente associait un fléchissement thymique avec une humeur labile et des ruminations anxieuses centrées sur les complications somatiques. Par la suite, dans un contexte de conflits familiaux, la patiente a présenté des troubles des conduites avec une opposition aux soins et des conduites de mises en danger (non-respect des règles hygiéno-diététiques, demandes de sortie contre avis médical, menace de passage à l'acte auto-agressif [« couper le fil du HeartMate »] dont elle niait toute intentionnalité suicidaire).

En entretien, la patiente n'exprimait pas d'idée suicidaire mais expliquait son attitude provocatrice afin de faire réagir ses proches vis-à-vis des difficultés qu'elle traversait. La patiente exprimait son impression de ne pas être entendue. Elle souhaitait de nouveau sortir contre avis médical, ne voulait pas que cette nouvelle hospitalisation se prolonge, contrairement à ses proches inquiets pour son état de santé. Les troubles des conduites et la verbalisation de menaces de passage à l'acte étaient alors présentés comme des moyens de communication, inadaptés.

L'hypothèse d'un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites était évoquée. Plus tard, une hospitalisation en Soins à la Demande d'un Tiers a été nécessaire devant des inquiétudes sur un risque élevé de passage à l'acte auto-agressif.

III. Evaluation de la perception du DACM par les patients

La perception du DACM était évaluée à chaque entretien par des questions ouvertes mais également par le questionnaire spécifique mesurant les aspects bénéfiques mais également les préoccupations du patient concernant son HeartMate.

A. Consentement et acceptation du DACM

Une fois de plus, la diversité des patients et des situations rencontrés nous permet de mieux appréhender ce processus d'acceptation, avec l'aide des données de la littérature.

On peut considérer que, dans certains cas, le consentement éclairé n'a pas pu être recueilli, du fait de l'altération de l'état de conscience et des capacités de réflexion du patient (patients 1 et 2).

Pour d'autres patients, la notion de consentement n'allait pas de pair avec celle du choix. Pour une patiente, il s'agissait d'une « évidence », le consentement était alors automatique (patient 3) alors que pour un autre, le consentement semblait se faire dans la résignation « je n'ai pas le choix, donc j'accepte » (patient 5).

L'acceptation du DACM était explorée par des questions ouvertes au cours de l'entretien mais également par l'item n°15 du questionnaire spécifique aux DACM (Annexe 4) : « Sachant ce que je sais, j'accepterais une nouvelle fois un dispositif d'assistance ».

Malgré l'absence de consentement éclairé (patients 1 et 2) et les complications vécues (patients 1, 2, 4 et 5), seul un patient considérait 1 mois après l'implantation qu'il n'accepterait pas le dispositif s'il devait de nouveau donner son consentement (patient 1). En revanche, à la même interrogation au 3^{ème} mois après l'implantation, les considérations du sujet avaient évolué vis-à-vis de l'implantation du HeartMate, sa réponse était « oui », témoignant de l'acceptation de l'implantation du DACM a posteriori.

B. Adaptation au DACM

L'implantation du DACM nécessitait de la part de chaque patient des ajustements personnels.

L'importance du rôle du conjoint dans le soutien et l'organisation était soulignée (patients 1, 3 et 5). Aucun patient n'a exprimé un sentiment d'abandon ou une impression de surprotection par l'entourage.

En l'absence d'entourage au domicile, l'implantation du DACM a nécessité une modification de l'environnement domestique (patient 2) : un déménagement en foyer-logement a permis à la patiente de bénéficier d'un étayage rassurant.

Les actes de la vie quotidienne, leur organisation voire leur ritualisation sont facilités par divers moyens :

- Education thérapeutique (patient 1) ;
- Rencontres avec d'autres patients (patient 3) ;
- Apprentissage des habitudes en centre de réadaptation, de la disposition de l'appareillage et reproduction de ces habitudes lors du retour à domicile (patient 5).

Les stratégies de coping utilisées par les patients étaient principalement centrées sur la résolution du problème.

Quelques stratégies de coping étaient centrées sur les émotions comme la réappréciation positive (patient 3) ou la recherche de soutien émotionnel (patient 2).

C. Bénéfices attendus ou perçus par les patients

Les bénéfices attendus étaient recherchés lors de l'entretien préalable ou lors des entretiens après implantation, en revanche les bénéfices perçus étaient rapportés par les patients lors des questions ouvertes aux entretiens à M1 et M3 ainsi qu'en répondant à la question 1 du questionnaire spécifique au DACM (Annexe 4) « qu'appréciez-vous le plus à propos du dispositif ? ».

Espérance de vie

Pour certains patients, l'attente principale vis-à-vis de l'implantation du HeartMate était la prolongation de leur espérance de vie (patients 1 et 4). Il ne s'agissait pas d'une attente mais d'un fait reconnu pour une patiente, répondant à la question 1 par « je suis en vie » (patient 2).

Qualité de vie

La mobilité et l'autonomie permises par l'utilisation de batteries pour le fonctionnement du DACM était une qualité appréciée par les patients (patients 1 et 3).

L'autre versant de l'amélioration de la qualité de vie, espéré puis vécu, était la régression des signes fonctionnels de l'insuffisance cardiaque (patient 5).

Objectif transplantation cardiaque

Pour la majorité des suivis, l'implantation du DACM avait été réalisée en pont à la transplantation. L'objectif pour certains patients restait la transplantation cardiaque et l'implantation du DACM était le moyen de l'atteindre : « pour arriver à la greffe dans de bonnes conditions » (patient 3), « je prends ça pour un dépannage » (patient 5), la transplantation étant perçue comme moins contraignante : « j'aimerais bien vivre normalement comme avant » (patient 5).

Fiabilité

La fiabilité du DACM était spontanément citée par une patiente (patient 3). Il s'agit de la seule patiente rencontrée, au cours de ces suivis, qui avait vécu un déclenchement d'alarme. Cette alarme s'était déclenchée au décours d'une lipothymie et avait été suivie par une consultation aux Urgences et Soins Intensifs Cardiologiques qui n'avait pas mis en évidence de complications. La patiente était finalement rassurée par cette expérience et accordait sa confiance au HeartMate.

D. Contraintes attendues ou perçues par les patients

Les contraintes perçues étaient abordées spontanément par les patients lors des entretiens après l'implantation, par la question 2 du questionnaire spécifique au DACM (Annexe 4) « qu'est-ce qui vous dérange ou vous gêne le plus à propos du dispositif » ainsi que par les items 4 à 11 de ce questionnaire qui évaluent précisément les préoccupations les plus fréquemment citées par les patients.

Le nombre de contraintes est limité et celles-ci peuvent être regroupées par thème.

Poids des batteries

Il s'agit de la contrainte la plus souvent citée (patients 1, 2, 3 et 5, au 1^{er} mois comme au 3^{ème} mois après implantation du HeartMate).

Chaque patient adoptait une façon de porter les batteries (une veste-étui permettant de porter une batterie de chaque côté du tronc ou un sac renforcé autorisant le sujet à transporter 2 batteries dans un seul contenant). Malgré l'existence de plusieurs possibilités pour porter les batteries, le poids restait une contrainte. En revanche, aucune symptomatologie psychiatrique n'a été rapportée ou ne pouvait être considérée en lien avec ce sujet.

Appréhension des complications

Certains patients mentionnaient des appréhensions concernant quelques complications spécifiques liées à la présence du DACM.

La crainte d'une infection était citée par une patiente ayant été confrontée à ce type de complication (patient 3) mais également par un patient n'ayant pas connu de complication infectieuse (patient 1). La prise de conscience du risque infectieux, pour les patients n'ayant pas été concernés par ce type de complication, peut être expliquée par l'éducation thérapeutique et notamment les mesures de précaution enseignées aux patients.

Une panne ou un dysfonctionnement du DACM étaient redoutés (patients 1 et 4). Ces propos faisaient écho aux angoisses de mort que les patients pouvaient parfois verbaliser mais également à la dépendance vis-à-vis de la « machine ».

Dans aucun des cas, ces sujets (infection, dysfonctionnement du DAM) n'ont fait l'objet de ruminations anxieuses.

Ligne percutanée

La présence de la ligne percutanée peut être à l'origine, pour certains patients, de troubles du sommeil, principalement lors de l'endormissement (patients 1 et 3). En effet, la position de la ligne percutanée entraîne des restrictions concernant les positions à adopter pour le coucher (le décubitus ventral est strictement interdit). Cependant, ce sujet est considéré comme une gêne plutôt qu'une contrainte, les patients s'y adaptant et modifiant leurs habitudes progressivement.

La longueur de cette ligne percutanée, jugée trop courte, était également rapportée comme une gêne pour l'habillage (patient 1).

Pour d'autres patients, c'est l'impossibilité de nager (patient 1) ou de prendre un bain (patient 4) qui est regrettée. Parfois, c'est l'existence-même de la ligne percutanée (et de tous les composants externes) qui est déplorée, par moments, selon les situations (patients 4 et 5), malgré une information préalable.

Visibilité du dispositif

Dernier thème abordé, il s'agit de la visibilité du DACM et du regard des autres (patients 2, 3 et 5). Cette contrainte avait été abordée et surmontée de diverses manières par les patients : création de vêtements adaptés, utilisation de certains types de vêtements, utilisation de la sacoche de transport qui semblait plus « anodine » (patients 2 et 5) ou explications systématiques à tous les proches afin d'anticiper d'éventuelles interrogations embarrassantes (patients 3 et 5). La peur d'un acte de malveillance (par exemple, vol de la sacoche contenant les batteries) avait été verbalisée par une patiente et avait été reliée au contexte d'insécurité post-attentat (patient 2).

Toutes ces contraintes ont été dépeintes par les patients au cours des entretiens au 1^{er} et/ou au 3^{ème} mois après l'implantation du DACM. Aucun patient rencontré avant l'implantation du HeartMate n'avait évoqué une quelconque difficulté supposée ou impact négatif imaginé de la présence du DACM dans leur vie quotidienne.

Il semblerait que le décalage entre les attentes et les projections du sujet avant l'intervention et les contraintes vécues après (qu'elles soient minimales ou qu'ils s'agissent de complications médicales somatiques) puissent, en partie, expliquer l'émergence d'une symptomatologie psychiatrique.

E. Evaluation de la qualité de vie

L'évaluation de l'évolution de la qualité de vie pour chaque patient a été limitée par le nombre de questionnaires manquants :

- Non remplis au préalable à l'implantation du fait d'un état clinique incompatible (patients 1 et 2) ;
- Non remplis après l'implantation : patient perdu de vue à M1 (patient 5) et état clinique incompatible en raison de complications (patient 4) ;

- Version standard utilisée non pertinente au vu de la situation clinique d'une patiente (patient 3) : cette version explore la qualité de vie au cours des 4 dernières semaines, or la patiente était hospitalisée depuis 2 semaines suite à un infarctus du myocarde mais sa qualité de vie 1 mois auparavant n'était pas impactée par son état clinique ;
- Refus d'une patiente de remplir le questionnaire à M1 (en raison de son état clinique : asthénie, trouble de concentration, troubles mnésiques) mais également à M3 (patient 2).

Pour 2 patients, nous disposons des questionnaires à M1 ainsi qu'à M3 (patients 1 et 3). Concernant le patient 1, les scores de qualité de vie au cours des 3 premiers mois sont restés bas et stables. Le score de santé physique était de 39/100 à M1 et de 32/100 à M3. Le score de santé mentale était de 37/100 à M1 et de 39/100 à M3. Concernant le patient 3, les scores de qualités de vie se sont modestement améliorés au cours des 3 premiers mois : le score de santé physique passait de 35 à 57/100, le score de santé mentale augmentait également de 35 à 57/100. Dans les 2 cas, l'amélioration modeste voire l'absence d'amélioration de la qualité de vie étaient spontanément attribuées à un épisode pathologique somatique intercurrent (lombalgies pour le patient 1, grippe pour le patient 3), sans lien direct avec le DACM.

Pour le dernier patient rencontré, nous disposons des questionnaires de qualité de vie avant l'implantation du DACM et 3 mois après l'intervention (patient 5). Ces questionnaires mettaient en évidence une nette amélioration de la qualité de vie, le score de santé physique passant de 33 à 90/100 et celui pour la santé mentale de 64 à 89/100.

IV. Synthèse des suivis

Le tableau 6 récapitule l'ensemble des suivis et des différents points abordés précédemment. Les observations détaillées et rédigées pour chaque patient sont ajoutées en Annexe 5.

Tableau 6 : tableau récapitulatif des prises en charge par l'unité de psychiatrie de liaison

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Caractéristiques socio-démographiques	Homme, 61 ans Retraité Marié	Femme, 61 ans En activité Séparée, étayage +	Femme, 49 ans En activité Mariée	Femme, 51 ans En invalidité Vit seule, étayage +	Homme, 60 ans En invalidité Marié
Antécédent(s) psychiatrique(s)	Aucun	EDC en 2004 Dépendance à l'alcool	Aucun	2 TS par IMV EDC (compiquant un deuil)	Aucun
Antécédent cardiologique	Cardiopathie ischémique (1998)	Aucun	Aucun	Cardiopathie restrictive (2009)	Cardiopathie ischémique (1995)
Observance thérapeutique	Observance du traitement ATCD de SCAM Refus du DACM	Non évaluable (absence de suivi ou de traitement au long cours)	Bonne compliance et observance des traitements	Compliance au traitement Inobservance des RHD	Bonne compliance et observance des traitements
Indication du DACM	En pont à la transplantation	En pont à la transplantation	En pont à la transplantation	En thérapie définitive	En attente d'une éligibilité à la TC
Implantation du DACM	En urgence Au décours d'un choc cardiogénique	En urgence Au décours d'un choc cardiogénique	En urgence	Programmée	Programmée
Complications post-opératoires	Oui, pancréatite	Oui, tamponnade	Non	Oui, multiples	Oui, insuffisance rénale aiguë, infection
Entretien préalable	Non 1 ^{ère} consultation à J8 : syndrome confusionnel	Non 1 ^{ère} consultation à J8 : absence de trouble psychiatrique	Oui Absence de trouble thymique ou anxieux	Oui, à J-1 Labilité émotionnelle, anxiété anticipatoire	Oui Absence de trouble thymique ou anxieux
Entretien M1	En hospitalisation Absence de trouble psychiatrique	En hospitalisation Absence de trouble psychiatrique	En ambulatoire Absence de trouble psychiatrique	En hospitalisation Amélioration thymique	NC
Entretien M3	En ambulatoire Trouble anxieux	En ambulatoire Absence de trouble psychiatrique	En ambulatoire Entretien téléphonique Absence de trouble psychiatrique	En hospitalisation Trouble de l'adaptation (perturbation mixte des émotions et des conduites)	En ambulatoire Absence de trouble psychiatrique

Rencontre avec patient porteur de DACM	Non	Non	Oui, après implantation du DACM	Oui	NC
Echelle HAD	A : 11/21 (M1), 10/21 (M3) D : 12/21 (M1), 6/21 (M3)	NR à M1 et M3 (refus)	A : 2/21 (avant), 3/21 (M1), 2/21 (M3) D : 1/21 (avant), 2/21 (M1), 1/21 (après)	NR à M1 (réponses incomplètes) et à M3 (état clinique incompatible)	A : 2/21 (avant), NR (M1), 5/21 (M3) D : 2/21 (avant), NR (M1), 3/21 (M3)
Scores de qualité de vie	SP : 39 (M1), 32 (M3) SM : 37 (M1), 39 (M3) Episode intercurrent de lombalgies	NR à M1 et M3 (refus)	SP : 35/100 (M1), 57/100 (M3) SM : 35/100 (M1), 57/100 (M3)	SP : 14/100 (M1) ; NR (M3) SM : 17/100 (M1) ; NR (M3)	SP : 33/100 (avant), NR (M1), 90/100 (M3) SM : 64/100 (avant), NR (M1), 95/100 (M3)
Aspects positifs du DACM selon le patient (perçus ou attendus)	Autonomie, mobilité, qualité de vie	« Je suis en vie. »	Fiabilité, autonomie « Pour arriver à la greffe dans de bonnes conditions »	« les améliorations possibles sur ma santé et ma vie »	Amélioration de la qualité de vie, « redevenir autonome »
Aspects négatifs du DACM selon le patient	Poids des batteries Gêne au niveau de la ligne percutanée et positionnement pour le sommeil	Poids des batteries Regard des autres Peur d'un acte de malveillance	Poids et taille des batteries Gêne pour le positionnement durant le sommeil	La présence de la ligne percutanée Crainte d'un dysfonctionnement et des alarmes	Poids des batteries Visibilité et contraintes des composants externes
Apports du suivi	Dépistage d'un trouble anxieux Orientation CMP Présentation et mise à disposition de l'équipe de psychiatrie de liaison	Présentation et mise à disposition de l'équipe de psychiatrie de liaison Informations sur le suivi addictologique (refusé par la patiente)	Présentation et mise à disposition de l'équipe de psychiatrie de liaison	Mise en place d'un suivi en CMP Nécessité de l'organisation d'une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie	Présentation et mise à disposition de l'équipe de psychiatrie de liaison
Difficultés rencontrées	Entretien préalable impossible (urgence)	Entretien préalable impossible (urgence)	Ressource matérielle manquante (bureau)	Aucune	« Perdu de vue » à M1
Légende : M1 : à 1 mois ; M3 : à 3 mois ; ATCD : antécédent ; SCAM : Sortie contre avis médical ; A : anxiété ; D : dépression ; SP : score de santé physique ; SM : score de santé mentale ; NR : non renseigné ; CMP : centre médico-psychologique ; EDC : épisode dépressif caractérisé ; TS : tentative de suicide ; IMV : intoxication médicamenteuse volontaire ; RHD : règles hygiéno-diététiques ; TC : transplantation cardiaque					

DISCUSSION

I. Points forts

L'objectif de cette thèse était d'évaluer l'intérêt de la mise en place d'un suivi psychiatrique systématique des patients porteurs d'un DACM au CHRU de Lille.

Au préalable, une revue de la littérature a été effectuée, portant sur les aspects psychologiques, les complications somatiques et psychiatriques de l'implantation d'une assistance circulatoire mécanique au long cours, leurs intrications et les recommandations de prises en charge. Les modalités de la mise en place de ce suivi psychiatrique ont été déterminées grâce à cette revue de littérature pour mettre en place un dispositif de soins pertinent et cohérent avec les problématiques psychiatriques posées par l'implantation d'un HeartMate II, telles que celles que nous avons rencontrées dans le cadre de notre activité clinique.

La mise en place de ce suivi visait à répondre à une problématique qui est celle des troubles psychiatriques présentés par les patients porteurs d'un DACM rencontrés en psychiatrie de liaison. Certes, actuellement, il s'agit d'une faible population mais qui se veut croissante et les troubles psychiatriques dans cette population peuvent être considérés comme fréquents au regard de la prévalence des troubles rapportés dans la littérature (27,28,33).

Ces situations peuvent mener à des situations complexes et d'une particulière gravité où l'anticipation et le travail multidisciplinaire sont indispensables.

Le nombre de patients porteurs d'un DACM rencontrés par l'équipe de psychiatrie de liaison, avant et au cours de la mise en place de ce suivi, peut paraître faible mais, d'après notre expérience, le nombre de patients pour lesquels un ou plusieurs avis psychiatriques ont été requis représente une proportion non négligeable (de l'ordre d'un patient sur 10 depuis 2014). Les motifs de ces demandes de consultations concernaient toujours une évaluation clinique en lien avec une problématique sévère : évaluation du risque suicidaire après une tentative de suicide

ou verbalisation d'idées suicidaires, évaluation thymique et de la capacité du patient à consentir dans un contexte de refus de soins et de complications somatiques.

Toutes ces prises en charge ont nécessité plusieurs consultations à différents temps du parcours de soins du patient ou la mise en place d'un suivi, des échanges et concertations avec les équipes soignantes. En revanche, à la différence des prises en charge habituelles de patients pour des motifs similaires en psychiatrie de liaison, le transfert de ces patients dans un service de psychiatrie était complexe à organiser et la surveillance du risque suicidaire était assurée par l'équipe soignante de l'unité conventionnelle de soins somatiques.

Malgré ce petit nombre de patients suivis, les situations cliniques rencontrées étaient très variées. De plus, nous avons été confrontées à des situations qui n'avaient pas été anticipées (implantation de DACM en urgence, implantation d'un DACM en urgence chez un patient qui avait auparavant refusé cette prise en charge jugeant son état stable et acceptable). Cette diversité permet d'appréhender plus largement la problématique et d'améliorer le suivi mis en place.

II. Limites et biais

La 1^{ère} limite est le nombre limité de patients rencontrés, ce qui ne permet pas de refléter toutes les situations. De ce fait, d'autres difficultés ou problématiques n'ont probablement pas encore émergé.

Concernant les demandes, dépendantes de l'implantation d'un DACM, leur répartition est aléatoire dans le temps et ne peut être entièrement prévisible du fait de la possibilité d'implantation dans des situations d'urgence. Dans le futur, il se peut que ces consultations, selon les périodes, puissent parfois être difficiles à réaliser en temps voulu, car il s'agit d'une activité supplémentaire à coupler avec les autres missions de l'unité de psychiatrie de liaison.

Une majorité des patients a bénéficié d'une implantation en urgence. Ces circonstances n'avaient pas été anticipées. Le dispositif, notamment l'entretien préalable, n'était pas entièrement adapté à ces situations.

L'absence de questionnaire explorant les mécanismes de défense et les stratégies de coping peut être relevée. Le choix de ne pas les utiliser a été fait car il fallait que l'entretien reste d'une durée acceptable par le patient, que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire, compatible avec son état clinique et proche de l'activité habituelle de l'équipe de psychiatrie de liaison.

Temporalité des consultations

L'entretien préalable reste idéal mais, en pratique, il n'a pas toujours été réalisable du fait de l'urgence de certaines situations cliniques. Les patients n'ont pas pu être rencontrés soit par faute de temps soit du fait de l'état clinique incompatible avec la réalisation d'un entretien.

L'entretien 1 mois après l'implantation pose deux interrogations. Premièrement, l'organisation d'un entretien d'évaluation à cette période peut être remise en cause car il s'agit d'une période de transition, à laquelle bien souvent les patients étaient sortants ou sortis de leur hospitalisation initiale. Les durées d'hospitalisation des patients rencontrés étaient de 4 à 5 semaines. Les données de la littérature à ce sujet sur une population de taille conséquente suggèrent que la durée médiane d'hospitalisation après implantation d'un DACM est de 20 jours (81). Les patients ont donc moins de disponibilité pour être rencontrés et une consultation psychiatrique systématique 4 semaines après l'intervention semble difficile à organiser. Deuxièmement, une évaluation trop précoce peut mettre en avant des difficultés au cours d'une période d'adaptation, sans pouvoir statuer sur le caractère pathologique de celles-ci, ou au contraire retrouver un patient, après prise en charge d'une complication par exemple, avec une amélioration thymique réactionnelle (transitoire) faussement rassurante.

Limites matérielles

D'une part, L'absence de bureau de consultations dédié à l'activité de psychiatrie de liaison est une contrainte à intégrer, il est donc impossible de programmer une consultation psychiatrique en externe, ce qui concerne en particulier les patients revus au 3^{ème} mois après implantation.

D'autre part, revoir les patients 1 mois et 3 mois après l'implantation du DACM nécessitait une démarche active (et chronophage) de notre part pour retrouver et contacter les patients, ce qui n'est pas le cas des prises en charge habituelles de

l'unité de psychiatrie de liaison. En effet, les interventions de l'équipe, y compris lorsqu'elles concernent des consultations de dépistage et de prévention, se font à la demande des équipes médicales prenant en charge le patient.

Limites des ressources humaines

A moyens constants, il n'est pas possible de proposer une prise en charge psychologique systématique pour les patients porteurs d'un DACM. Le temps de consultations psychologiques en cardiologie est d'environ 0,4 ETP, temps déjà « saturé ». En revanche, la mise en place d'un suivi psychologique, durant l'hospitalisation, à la demande du patient ou sur indication de l'équipe soignante avec l'accord du patient, reste possible.

Ces constats, qu'ils soient positifs ou négatifs, ont été pris en compte afin d'ajuster la prise en charge aux impératifs cliniques, à la réalité de l'activité quotidienne de l'unité de psychiatrie de liaison et aux contraintes humaines et matérielles.

III. Propositions d'amélioration

Il semblerait que le décalage entre les attentes et les projections du sujet avant l'intervention et les contraintes vécues après (qu'elles soient minimales ou qu'ils s'agissent de complications médicales somatiques) puissent, en partie, expliquer l'émergence d'une symptomatologie psychiatrique.

L'entretien psychiatrique préalable (tout comme le développement des directives anticipées (56)) pourrait en partie pallier à cet ajustement de la projection du sujet et des représentations avec sa « future » vie avec un DACM.

Entretien préalable : définition des conditions

L'entretien préalable à l'implantation du DACM restera réalisé par un médecin (praticien hospitalier ou interne) de l'unité de psychiatrie de liaison.

Idéalement, cet entretien devrait se dérouler :

- En amont et à distance de l'intervention lorsque celle-ci est programmée pour éviter les états anxieux anticipatoires préopératoires qui ne permettent pas d'évaluer un trouble thymique ou anxieux préalable ;
- Si possible, après rencontre avec un patient porteur de HeartMate II afin que débute le travail d'élaboration autour de la projection dans l'avenir avec un HeartMate II et que les contraintes du DACM puissent être explorées.

Consultation à M1 : suppression

La consultation à M1 nous semble peu pertinente du point de vue du médecin (temporalité, patients peu disponibles) mais également des patients. A posteriori, les patients, qui ont été rencontrés 1 mois après l'implantation du HeartMate II et 3 mois après, décrivaient une évaluation trop précoce, dans une phase d'adaptation où ils n'avaient pas encore connu « la vie à l'extérieur » de l'hôpital. Le caractère systématique de cet entretien précoce n'a donc pas lieu d'être. Cependant, une vigilance accrue en cas de complication (à fortiori quand elles sont multiples) ou en cas d'antécédent psychiatrique doit être portée à ces patients.

Consultation à M3 : ajustements

La consultation après implantation pourrait se dérouler entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois, ce délai élargi pourrait permettre une consultation dans de meilleures conditions (par exemple au cours d'une hospitalisation de semaine). Les difficultés resteront, pour l'équipe de psychiatrie de liaison, d'être interpellée de manière anticipée et de disposer d'un bureau ou box de consultations disponible en cas de consultation d'un patient en ambulatoire.

Un dépistage systématique du trouble stress post-traumatique devra être réalisé.

Echelles d'auto-évaluations : suppression

L'utilisation systématique des échelles d'auto-évaluations lors des entretiens ne sera pas reconduite car peu pertinente dans notre activité quotidienne où l'évaluation clinique du patient reste déterminante afin de poser un diagnostic et d'adapter un traitement médicamenteux.

L'échelle SF-36 ne reflète pas les difficultés spécifiques rencontrées par les patients porteurs d'un HeartMate II. De plus, la qualité de vie pouvant être altérée par d'autres pathologies intercurrentes, il semble plus opportun d'inclure les items du questionnaire spécifique au DACM en tant que questions ouvertes au cours de l'entretien.

Cependant, il semble réalisable que l'échelle HAD puisse être remise aux patients lors des consultations externes par les médecins ou infirmiers de consultations en cas de facteurs de risques (complications somatiques), de modifications du comportement habituel (inobservance du traitement ou des règles hygiéno-diététiques, non-respect des règles de précautions entourant l'usage du DACM,...) ou de symptomatologie psychiatrique pouvant alerter les professionnels : tristesse de l'humeur, apparition ou aggravation de troubles du sommeil,... Son remplissage reste rapide et adapté à une activité de consultation et la cotation est aisée. Cette proposition semble pouvoir faire l'objet d'une formation, ou au moins d'une information, auprès des personnels concernés. L'objectif est de sensibiliser les personnels les plus souvent au contact de ces patients aux complications psychiatriques et à leur dépistage.

Transmissions

La communication avec les autres professionnels de santé est essentielle et fait partie intégrante de l'activité de psychiatrie de liaison, qu'elle se fasse par téléphone, au cours d'un échange informel dans une unité de soins ou lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Cette communication vise à faciliter la compréhension d'une situation, recréer ou consolider le lien entre le patient et l'équipe soignante conduite par le médecin référent (82). L'absence de cet « éclairage » peut conduire à une poursuite des détériorations de la relation médecin-malade ou entre une équipe soignante et le patient, avec pour résultante une perte de chance pour le patient et une mise en péril de sa prise en charge (83).

Par ailleurs, Schrader et al. ont étudié, au cours d'un essai contrôlé randomisé, l'effet d'un avis donné par un psychiatre de liaison au médecin traitant après une hospitalisation en raison d'une pathologie cardiaque. Cet avis était donné si un épisode dépressif caractérisé (EDC) était diagnostiqué au cours de l'hospitalisation et portait sur les conseils, prenant en compte la singularité du patient, pour « gérer » cet EDC. Il a été mis en évidence qu'une intervention, même minimale, facile et peu

onéreuse à mettre en place, telle qu'un entretien téléphonique au médecin traitant du patient permettait, à 1 an, de réduire significativement la proportion de sujet atteints d'une EDC modéré à sévère chez les patients présentant initialement un EDC « léger », comparativement au groupe contrôle de patients présentant initialement un EDC et n'ayant pas bénéficié de l'intervention (84).

Au cours d'une hospitalisation, les transmissions orales et écrites, décrivant l'état clinique et les préconisations de prises en charge, sont systématiquement faites à l'équipe soignante et au médecin référent. De même, un courrier médical est également envoyé au médecin ayant adressé le patient. Il semble qu'un avis téléphonique, ou à défaut un courrier médical, puisse être transmis au médecin traitant (ou au médecin du centre de réadaptation cardiaque) en cas de complication psychiatrique chez un patient porteur d'un HM II. L'organisation d'une prise en charge spécifique sur le CMP de secteur, si nécessaire, reste également de mise.

CONCLUSION

Sur les deux dernières années de son activité, l'équipe de psychiatrie de liaison a été interpellée, à plusieurs reprises, pour participer à la prise en charge de patients porteurs d'un DACM. Ces situations de complications psychiatriques liées à l'implantation d'un DACM (trouble de l'adaptation avec symptomatologies anxieuse, dépressive et/ou perturbation des conduites, tentative de suicide ou verbalisation d'idées suicidaires scénarisées par déconnexion de la ligne percutanée, etc...) sont souvent graves et complexes et soulèvent des questions éthiques. L'anticipation de ces problématiques est donc devenue une nécessité.

L'objectif de ce travail était d'évaluer les modalités et la faisabilité de la mise en place d'un suivi psychiatrique systématique par l'équipe de psychiatrie de liaison pour les patients porteurs d'un DACM, au CHRU de Lille. Cinq patients ont bénéficié de ce suivi entre novembre 2015 et août 2016.

En prenant en compte les recommandations et autres données issues de la littérature, l'expérience tirée de cette initiative mais également les contraintes matérielles et humaines que rencontrent l'équipe de psychiatrie de liaison, des consultations psychiatriques systématiques pourront être proposées aux patients pour qui l'implantation d'un DACM est envisagée. Une première consultation, réalisée par un médecin de l'équipe de psychiatrie de liaison, aura lieu au préalable à l'intervention. Ses objectifs sont d'évaluer les antécédents psychiatriques du patient, ses capacités d'adaptation et de rechercher un éventuel trouble psychiatrique. Dans les situations d'urgence, l'entretien psychiatrique pourra avoir lieu dès que l'état clinique du patient le permet. La deuxième consultation psychiatrique se déroulera 3 mois après l'implantation, afin de dépister tout trouble psychiatrique apparu ou aggravé après l'implantation du DACM, notamment les troubles de l'adaptation.

La finalité est donc de mettre en place un dispositif pérenne, pertinent, requérant peu de moyens et permettant, dans une logique de prévention secondaire,

de dépister précocement tout trouble psychiatrique chez les patients recevant un DACM au CHRU de Lille.

Avec la prise en charge psychologique actuellement proposée, la mise en place de ces consultations psychiatriques systématiques constitue l'élément central de la prise en charge de la santé mentale de ces patients.

D'autres interventions pourraient être suggérées afin de compléter cette action. La poursuite de nos investigations et de nos observations sur un nombre plus important de patients est capitale. Par ailleurs, une réflexion pourrait être menée sur la formation des soignants intervenant auprès de ces patients (notamment les infirmières de consultation rencontrant régulièrement les patients dans le cadre de la réfection du pansement abdominal). Que ce soit par le biais d'une rencontre avec l'équipe de psychiatrie de liaison ou d'un support d'informations écrites, cette formation porterait en priorité sur le dépistage des troubles thymiques, des idées suicidaires, des outils de dépistage à disposition et les ressources à disposition pour la prise en charge des troubles psychiatriques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collège National des Enseignants de Cardiologie. Insuffisance cardiaque de l'adulte. In: Cardiologie [Internet]. Elsevier / Masson; 2015. p. 239-56. (Les Référentiels des Collèges). Disponible sur: http://www.sfcardio.fr/sites/default/files/pdf/cardiologie_texte3.pdf
2. Aissaoui N. Assistances cardiaques : techniques et indications. Arch Mal Coeur Vaiss - Prat. juin 2014;2014(229):9-19.
3. Pousset F, Isnard R, Komajda M. Insuffisance cardiaque chronique. EMC - Traité de Médecine Akos. 2013;8(2):1-8.
4. Evaluation de l'assistance circulatoire mécanique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2008 p. 130. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_assistance_ventriculaire.pdf
5. MCO par diagnostic ou acte [Internet]. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation; Disponible sur: <http://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostic-et-actes>
6. Gibbon JH. The Development of the Heart-Lung Apparatus. Am J Surg. mai 1978;135:608-19.
7. Flecher E, Joudinaud T, Grinda J-M. Histoire de l'assistance circulatoire mécanique et du cœur artificiel. Ann Chir. oct 2006;131(8):473-8.
8. Barnard CN. The operation. A human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town. S Afr Med J. déc 1967;41(48):1271-4.
9. Cooley DA. The Total Artificial Heart as a Bridge to Cardiac Transplantation. Tex Heart Inst J. 2001;28(3):200-2.
10. DeVries WC, Anderson JL, Joyce LD, Anderson FL, Hammond EH, Jarvik RK, et al. Clinical use of the total artificial heart. N Engl J Med. févr 1984;310(5):273-8.
11. Stewart GC, Mehra MR. A history of devices as an alternative to heart transplantation. Heart Fail Clin. janv 2014;10(1 Suppl):S1-12.
12. Barker CF, Markmann JF. Historical Overview of Transplantation. Cold Spring Harb Perspect Med. avr 2013;3(4).
13. Subramaniam K. Mechanical circulatory support. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. juin 2015;29(2):203-27.

14. Grinstein J, Hofmann Bowman M, Fedson S. Ventricular Assist Devices in Advanced Heart Failure: Exploring the Technology's Current Utilization, Limitations and Future Directions. *J Cardiobiology*. sept 2014;S(1):1-7.
15. Wilson SR, Givertz MM, Stewart GC, Mudge Jr GH. Ventricular Assist Devices: The Challenges of Outpatient Management. *J Am Coll Cardiol*. oct 2009;54(18):1647-59.
16. Mode d'emploi du système d'assistance ventriculaire gauche HeartMate II. 2014.
17. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and, Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology., Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA), of the ESC. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J*. 2012;33:1787-1847.
18. Leprince P, Varnous S, Pavie A. Transplantation cardiaque et cardiopulmonaire. *EMC - Cardiol*. avr 2012;7(2):1-12.
19. Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, Heitjan DF, Stevenson LW, Dembitsky W, et al. Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. *N Engl J Med*. 15 nov 2001;345(20):1435-43.
20. The 2013 International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for mechanical circulatory support: Executive summary. *J Heart Lung Transplant Off Publ Int Soc Heart Transplant*. févr 2013;32(2):157-87.
21. Stulak JM, Davis ME, Haglund N, Dunlay S, Cowger J, Shah P, et al. Adverse events in contemporary continuous-flow left ventricular assist devices: A multi-institutional comparison shows significant differences. *J Thorac Cardiovasc Surg*. janv 2016;151(1):177-89.
22. Allen SJ, Sidebotham D. Postoperative care and complications after ventricular assist device implantation. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. juin 2012;26(2):231-46.
23. Yuan N, Arnaoutakis GJ, George TJ, Allen JG, Ju DG, Schaffer JM, et al. The Spectrum of Complications Following Left Ventricular Assist Device Placement. *J Card Surg*. sept 2012;27(5):630-8.
24. Kirklin JK, Naftel DC, Pagani FD, Kormos RL, Stevenson LW, Blume ED, et al. Seventh INTERMACS annual report: 15,000 patients and counting. *J Heart Lung Transplant Off Publ Int Soc Heart Transplant*. déc 2015;34(12):1495-504.
25. Bunzel B, Laederach-Hofmann K, Wieselthaler G, Roethy W, Wolner E. Mechanical circulatory support as a bridge to heart transplantation: what remains? Long-term emotional sequelae in patients and spouses. *J Heart Lung Transplant Off Publ Int Soc Heart Transplant*. avr 2007;26(4):384-9.
26. Reynard AK, Butler RS, McKee MG, Starling RC, Gorodeski EZ. Frequency of

- Depression and Anxiety Before and After Insertion of a Continuous Flow Left Ventricular Assist Device. *Am J Cardiol.* août 2014;114(3):433-40.
27. Heilmann C, Kuijpers N, Beyersdorf F, Trummer G, Berchtold-Herz M, Zeh W, et al. Does listing for heart transplant for longer than 30 days before ventricular assist device implantation influence utilization of psychotherapeutic support and outcome? *Eur J Cardiothorac Surg.* juin 2012;41(6):1371-6.
 28. Baba A, Hirata G, Yokoyama F, Kenmoku K, Tsuchiya M, Kyo S, et al. Psychiatric problems of heart transplant candidates with left ventricular assist devices. *J Artif Organs.* déc 2006;9(4):203-8.
 29. Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. *Quest Déconomie Santé [Internet].* oct 2013;191. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>
 30. Gordon RJ, Weinberg AD, Pagani FD, Slaughter MS, Pappas PS, Naka Y, et al. A Prospective, Multicenter Study of Ventricular Assist Device Infections. *Circulation.* févr 2013;127(6):691-702.
 31. Tigges-Limmer K, Schönbrodt M, Roefe D, Arusoglu L, Morshuis M, Gummert JF. Suicide after ventricular assist device implantation. *J Heart Lung Transplant Off Publ Int Soc Heart Transplant.* juin 2010;29(6):692-4.
 32. Bizouarn P, Michel M, Roussel J-C, Treilhaud M, Trochu J-N, Gueffet J-P, et al. Assistance ventriculaire gauche définitive et fin de vie: rôle de la médecine palliative. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* août 2013;12(4):192-200.
 33. Heilmann C, Kuijpers N, Beyersdorf F, Berchtold-Herz M, Trummer G, Stroh AL, et al. Supportive psychotherapy for patients with heart transplantation or ventricular assist devices. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.* avr 2011;39(4):e44-50.
 34. Dew MA, Kormos RL, Winowich S, Stanford EA, Carozza L, Borovetz HS, et al. Human factors issues in ventricular assist device recipients and their family caregivers. *ASAIO J.* mai 2000;46(3):367-73.
 35. Chapman E, Parameshwar J, Jenkins D, Large S, Tsui S. Psychosocial Issues for Patients with Ventricular Assist Devices: A Qualitative Pilot Study. *Am J Crit Care.* janv 2007;16(1):72-81.
 36. McIlvennan CK, Allen LA, Nowels C, Brieke A, Cleveland JC, Matlock DD. Decision Making for Destination Therapy Left Ventricular Assist Devices: « There was no choice » versus « I thought about it an awful lot ». *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* mai 2014;7(3):374-80.
 37. Bruce CR, Kostick KM, Delgado ED, Wilhelms LA, Volk RJ, Smith ML, et al. Reasons Why Eligible Candidates Decline Left Ventricular Assist Device

- Placement. *J Card Fail.* oct 2015;21(10):835-9.
38. McIlvennan CK, Thompson JS, Matlock DD, Cleveland JC, Dunlay SM, LaRue SJ, et al. A Multicenter Trial of a Shared Decision Support Intervention for Patients and Their Caregivers Offered Destination Therapy for Advanced Heart Failure: DECIDE-LVAD: Rationale, Design, and Pilot Data. *J Cardiovasc Nurs.* mai 2016;
 39. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc Sci Med.* 1988;26(3):309-17.
 40. Abshire M, Prichard R, Cajita M, DiGiacomo M, Dennison Himmelfarb C. Adaptation and coping in patients living with an LVAD: A metasynthesis. *Heart Lung J Acute Crit Care.* juin 2016;
 41. Desriac V, Rouault P, Lelong B, Chabanne C, Jean M-A, Leguerrier A, et al. Le rôle de l'infirmière coordinatrice d'assistance circulatoire mécanique. *Soins.* avr 2013;58(774):46-9.
 42. Ottenberg AL, Cook KE, Topazian RJ, Mueller LA, Mueller PS, Swetz KM. Choices for Patients « Without a Choice » Interviews With Patients Who Received a Left Ventricular Assist Device as Destination Therapy. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* mai 2014;7(3):368-73.
 43. Casida JM, Marcuccilli L, Peters RM, Wright S. Lifestyle adjustments of adults with long-term implantable left ventricular assist devices: A phenomenologic inquiry. *Heart Lung J Acute Crit Care.* nov 2011;40(6):511-20.
 44. White-Williams C, Fazeli-Wheeler P, Myers S, Kirklin J, Pamboukian S, Naftel D, et al. HRQOL Improves from Before to 2 Years After MCS, Regardless of Implant Strategy: Analyses from INTERMACS. *J Heart Lung Transplant.* avr 2016;35(4):S25.
 45. Merle P, Maxhera B, Albert A, Ortmann P, Günter M, Lichtenberg A, et al. Sexual Concerns of Patients With Implantable Left Ventricular Assist Devices. *Artif Organs.* août 2015;39(8):664-9.
 46. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [Internet]. 1996. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
 47. Sandau KE, Hoglelund BA, Weaver CE, Boisjolie C, Feldman D. A conceptual definition of quality of life with a left ventricular assist device: Results from a qualitative study. *Heart Lung J Acute Crit Care.* janv 2014;43(1):32-40.
 48. Emin A, Rogers CA, Banner NR, on behalf of the Steering Group, UK Cardiothoracic Transplant Audit. Quality of life of advanced chronic heart failure: medical care, mechanical circulatory support and transplantation. *Eur J Cardiothorac Surg.* août 2016;50(2):269-73.
 49. Kirklin JK, Naftel DC, Stevenson LW, Kormos RL, Pagani FD, Miller MA, et al. INTERMACS Database for Durable Devices for Circulatory Support: First Annual

- Report. *J Heart Lung Transplant.* oct 2008;27(10):1065-72.
50. Wissman S, Naftel DC, Myers SL, Kirklin JK, Gelijns AC, Moskowitz AJ, et al. Health-Related Quality of Life Improves Dramatically From Pre-Implant to Post Implant (6 months) for Continuous Flow LVAD Patients in INTERMACS. *J Heart Lung Transplant.* avr 2015;34(4):S75-6.
 51. Grady KL, Fazeli PL, White-Williams C, Myers SL, Pamboukian SV, Naftel DC, et al. Implant Strategy Is Related to Health-Related Quality of Life at 2 Years After LVAD Implantation: An INTERMACS Analysis. *J Heart Lung Transplant.* avr 2016;35(4):S343-4.
 52. Petrucci RJ, Benish LA, Carrow BL, Prato L, Hankins SR, Eisen HJ, et al. Ethical considerations for ventricular assist device support: a 10-point model. *ASAIO J.* juill 2011;57(4):268-73.
 53. Eshelman AK, Mason S, Nemeh H, Williams C. LVAD destination therapy: applying what we know about psychiatric evaluation and management from cardiac failure and transplant - Springer. *Heart Fail Rev.* mars 2009;14(1):21-8.
 54. Bruce CR, Delgado E, Kostick K, Grogan S, Ashrith G, Trachtenberg B, et al. Ventricular Assist Devices: A Review of Psychosocial Risk Factors and Their Impact on Outcomes. *J Card Fail.* déc 2014;20(12):996-1003.
 55. Yost GL, Bhat G, Ibrahim KN, Karountzos AG, Chandrasekaran M, Mahoney E. Psychosocial Evaluation in Patients Undergoing Left Ventricular Assist Device Implantation Using the Transplant Evaluation Rating Scale. *Psychosomatics.* janv 2016;57(1):41-6.
 56. Luo N, Rogers JG, Dodson GC, Patel CB, Galanos AN, Milano CA, et al. Usefulness of Palliative Care to Complement the Management of Patients on Left Ventricular Assist Devices. *Am J Cardiol.* sept 2016;118(5):733-8.
 57. Iacovetto MC, Matlock DD, McIlvennan CK, Thompson JS, Bradley W, LaRue SJ, et al. Educational Resources for Patients Considering a Left Ventricular Assist Device A Cross-Sectional Review of Internet, Print, and Multimedia Materials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* nov 2014;7(6):905-11.
 58. Dudzinski DM. Ethics Guidelines for Destination Therapy. *Ann Thorac Surg.* avr 2006;81(4):1185-8.
 59. Magid M, Jones J, Allen LA, McIlvennan CK, Magid K, Thompson JS, et al. The Perceptions of Important Elements of Caregiving for a Left Ventricular Assist Device Patient: A Qualitative Meta-Synthesis. *J Cardiovasc Nurs.* mai 2016;31(3):215-25.
 60. Cicolini G, Cerratti F, Della Pelle C, Simonetti V. The Experience of Family Caregivers of Patients With a Left Ventricular Assist Device: An Integrative Review. *Prog Transplant Aliso Viejo Calif.* juin 2016;26(2):135-48.
 61. Harding JD, Piacentino V, Gaughan JP, Houser SR, Margulies KB.

- Electrophysiological alterations after mechanical circulatory support in patients with advanced cardiac failure. *Circulation*. sept 2001;104(11):1241-7.
62. Xydas S, Rosen RS, Ng C, Mercado M, Cohen J, DiTullio M, et al. Mechanical unloading leads to echocardiographic, electrocardiographic, neurohormonal, and histologic recovery. *J Heart Lung Transplant Off Publ Int Soc Heart Transplant*. janv 2006;25(1):7-15.
63. Harding JD, Piacentino V, Rothman S, Chambers S, Jessup M, Margulies KB. Prolonged repolarization after ventricular assist device support is associated with arrhythmias in humans with congestive heart failure. *J Card Fail*. avr 2005;11(3):227-32.
64. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 14 sept 2013;382(9896):951-62.
65. Vieweg WVR, Wood MA. Tricyclic Antidepressants, QT Interval Prolongation, and Torsade de Pointes. *Psychosomatics*. sept 2004;45(5):371-7.
66. Castro VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weilburg JB, et al. QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records. *BMJ*. janv 2013;346:f288.
67. Maljuric NM, Noordam R, Aarts N, Niemeijer MN, van den Berg ME, Hofman A, et al. Use of selective serotonin re-uptake inhibitors and the heart rate corrected QT interval in a real-life setting: the population-based Rotterdam Study. *Br J Clin Pharmacol*. oct 2015;80(4):698-705.
68. Beach SR, Kostis WJ, Celano CM, Januzzi JL, Ruskin JN, Noseworthy PA, et al. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitor-associated QTc prolongation. *J Clin Psychiatry*. mai 2014;75(5):e441-449.
69. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Citalopram : Allongement dose-dépendant de l'intervalle QT - Lettre aux professionnels de santé [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Citalopram-et-escitalopram-Allongement-dose-dependant-de-l-intervalle-QT-Lettre-aux-professionnels-de-sante-information-actualisee-le-9-12-2011>
70. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Escitalopram (Seroplex®) et allongement dose-dépendant de l'intervalle QT - Lettre aux professionnels de santé [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Escitalopram-Seroplex-R-et-allongement-dose-dependant-de-l-intervalle-QT-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
71. Funk KA, Bostwick JR. A Comparison of the Risk of QT Prolongation Among SSRIs. *Ann Pharmacother*. 1 oct 2013;47(10):1330-41.
72. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Hydroxyzine (Atarax et génériques) : nouvelles restrictions d'utilisation pour

- minimiser le risque d'allongement [QT] - Lettre aux professionnels de santé [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Hydroxyzine-Atarax-et-generiques-nouvelles-restrictions-d-utilisation-pour-minimiser-le-risque-d-allongement-QT-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
73. Tepy RM, Packard KA, White ND, Hilleman DE, DiNicolantonio JJ. Treatment of Depression in Patients with Concomitant Cardiac Disease. *Prog Cardiovasc Dis.* mars 2016;58(5):514-28.
 74. Laporte S, Chapelle C, Caillet P, Beyens M-N, Bellet F, Delavenne X, et al. Bleeding risk under selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants: A meta-analysis of observational studies. *Pharmacol Res* [Internet]. [cité 19 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043661816307769>
 75. Healy AH, McKellar SH, Drakos SG, Koliopoulou A, Stehlik J, Selzman CH. Physiologic effects of continuous-flow left ventricular assist devices. *J Surg Res.* mai 2016;202(2):363-71.
 76. Guha A, Eshelbrenner CL, Richards DM, Monsour HP. Gastrointestinal Bleeding After Continuous-flow Left Ventricular Device Implantation: Review of Pathophysiology and Management. *Methodist DeBakey Cardiovasc J.* janv 2015;11(1):24-7.
 77. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J Psychosom Res.* févr 2002;52(2):69-77.
 78. Easton K, Coventry P, Lovell K, Carter L-A, Deaton C. Prevalence and Measurement of Anxiety in Samples of Patients With Heart Failure: Meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs.* mai 2015;
 79. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. *J Clin Epidemiol.* nov 1998;51(11):1013-23.
 80. Pae Jr WE, Anderson JM, Blackstone EH, Borojevitz HS, Ciarkowski A, Copeland III JG, et al. Bethesda conference: conference for the design of clinical trials to study circulatory support devices for chronic heart failure. *Ann Thorac Surg.* oct 1998;66(4):1452-65.
 81. Cotts WG, McGee EC, Myers SL, Naftel DC, Young JB, Kirklin JK, et al. Predictors of hospital length of stay after implantation of a left ventricular assist device: An analysis of the INTERMACS registry. *J Heart Lung Transplant.* juill 2014;33(7):682-8.
 82. Leigh H, Streltzer J, éditeurs. The function of consultation-liaison psychiatry. In: *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry.* Springer International Publishing; 2015. p. 11-4.

83. Hyphantis TN, Arvanitakis KI. Physicians' « compliance with treatment » in the context of consultation-liaison psychiatry: The role of « triangle » relationships and projective identification. *Patient Prefer Adherence*. 2008;2:189-93.
84. Schrader G, Cheek F, Hordacre A-L, Marker J, Wade V. Effect of psychiatry liaison with general practitioners on depression severity in recently hospitalised cardiac patients: a randomised controlled trial. *Med J Aust*. mars 2005;182(6):272-6.

ANNEXES

Annexe 1 : Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs)

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

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

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

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

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

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

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

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

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

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

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

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

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

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

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

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

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

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

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

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

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

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

Annexe 2 : 36-Item Short Form Health Survey (SF 36)

SF36

Copyright IQOLA New England Medical Center Hospitals, INC - All rights reserved

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

*Cochez la case qui
correspond à votre choix*

- Excellente.....
- Très bonne
- Bonne
- Médiocre.....
- Mauvaise.....

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

*Cochez la case qui
correspond à votre choix*

- Bien meilleur que l'an dernier
- Plutôt meilleur
- A peu près pareil
- Plutôt moins bon
- Beaucoup moins bon.....

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si **vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel**

Cochez la case qui correspond à votre choix, une par ligne

Liste d'activités	oui, beaucoup limité(e)	oui, un peu limité(e)	non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Soulever et porter les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Monter un étage par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Marcher plus d'1 km à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Marcher une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours de ces **4 dernières semaines**, et en raison de votre **état physique***Cochez la case qui correspond à votre choix, une par ligne*

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours de ces **4 dernières semaines**, et en raison de votre **état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))*Cochez la case qui correspond à votre choix, une par ligne*

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Au cours de ces **4 dernières semaines** dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?*Cochez la case qui correspond à votre choix*

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement.....
- Beaucoup
- Enormément

7. Au cours de ces **4 dernières semaines**, quelle a été l'intensité de vos **douleurs physiques** ?

Cochez la case qui correspond à votre choix

- Nulle
- Très faible
- Faible
- Moyenne
- Grande
- Très grande

8. Au cours de ces **4 dernières semaines**, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Cochez la case qui correspond à votre choix

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) **au cours de ces 4 dernières semaines**. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. **Au cours de ces 4 dernières semaines**, y a-t-il eu des moments où :

Cochez la case qui correspond à votre choix, une par ligne

	en permanence	très souvent	souvent	quelquefois	rarement	jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	<input type="checkbox"/>					
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ?	<input type="checkbox"/>					
c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="checkbox"/>					
d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>					
e. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>					
f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>					

(Suite de la question 9)

	en permanence	très souvent	souvent	quelquefois	rarement	jamais
g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	<input type="checkbox"/>					
h. Vous vous êtes senti(e) heureux (se) ?	<input type="checkbox"/>					
i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>					

10. Au cours de ces **4 dernières semaines** y a-t-il eu des moments où votre **état de santé, physique ou émotionnel**, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Cochez la case qui correspond à votre choix

- En permanence.....
- Une bonne partie du temps
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

11. Indiquez, pour **chacune** des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

Cochez la case qui correspond à votre choix, une par ligne

	totale- ment vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totale- ment fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	<input type="checkbox"/>				
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	<input type="checkbox"/>				
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	<input type="checkbox"/>				
d. Je suis en excellente santé	<input type="checkbox"/>				

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux patients mesurant les préoccupations vis-à-vis du DACM (version originale)

Ann Thorac Surg
1998;66:1452-65

BETHESDA CONFERENCE REPORT 1465
CIRCULATORY SUPPORT DEVICES

St. Louis/Pittsburgh/Cleveland List

QUESTIONS SPECIFIC TO LVAS DEVICE (patient version)

THIS QUESTIONNAIRE EXPLORES YOUR REACTIONS AND FEELINGS ABOUT BEING SUPPORTED WITH A VENTRICULAR ASSIST DEVICE. PLEASE CIRCLE THE NUMBER WHICH BEST DESCRIBES YOUR FEELINGS.

1. What do you like best about the device?
2. What disturbs or bothers you the most while on the assist device?
3. If you could change anything on the assist device system what would it be?

	<u>ALWAYS</u>	<u>VERY OFTEN</u>	<u>SOMETIMES</u>	<u>RARELY</u>	<u>NEVER</u>
4. I worry about the assist device breaking or malfunctioning.	1	2	3	4	5
5. The assist device noise bothers me when I am awake.	1	2	3	4	5
6. The assist device noise bothers me when I am trying to sleep.	1	2	3	4	5
7. I worry that I will have a stroke.	1	2	3	4	5
8. I worry that I will develop an infection.	1	2	3	4	5
9. I have pain or discomfort at the driveline exit site.	1	2	3	4	5
10. I have difficulty sleeping due to the position of the driveline exit site	1	2	3	4	5
11. I feel that I am treated as an experiment.	1	2	3	4	5

12. I feel that I can function better since the device support.	___ Yes	___ No
13. I would recommend an assist device to a spouse or friend if needed.	___ Yes	___ No
14. I would agree to an assist device for a son or daughter if needed.	___ Yes	___ No
15. Knowing what I know now, I would agree to the assist device again.	___ Yes	___ No
16. I have a brighter outlook on life since assist device support.	___ Yes	___ No

Fig 2. Measure of patients' device-specific concerns.

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux patients mesurant les préoccupations vis-à-vis du DACM (traduction)

QUESTIONS SPECIFIQUES AU DISPOSITIF D'ASSISTANCE CIRCULATOIRE MECANIQUE

CE QUESTIONNAIRE EXAMINE VOS REACTIONS ET SENTIMENTS CONCERNANT LE DISPOSITIF D'ASSISTANCE CIRCULATOIRE MECANIQUE. VEUILLEZ ENTOURER LE CHIFFRE QUI DECRIT LE MIEUX VOS SENTIMENTS.

1. Qu'appréciez-vous le plus à propos du dispositif ?
2. Qu'est-ce qui vous dérange ou vous gêne le plus à propos du dispositif ?
3. Si vous pouviez changer quelque chose au dispositif d'assistance, que changeriez-vous ?

	<u>TOUJOURS</u>	<u>TRES SOUVENT</u>	<u>PARFOIS</u>	<u>RAREMENT</u>	<u>JAMAIS</u>	
4. Je m'inquiète que mon dispositif d'assistance puisse se casser ou dysfonctionner	1	2	3	4	5	
5. Le bruit du dispositif me dérange quand je suis éveillé	1	2	3	4	5	
6. Le bruit du dispositif me dérange quand j'essaye de dormir	1	2	3	4	5	
7. Je crains d'avoir un accident vasculaire cérébral	1	2	3	4	5	
8. Je crains de développer une infection	1	2	3	4	5	
9. Je ressens des douleurs ou une gêne au niveau du site de sortie du câble	1	2	3	4	5	
10. J'ai des troubles du sommeil à cause de la position du site de sortie du câble	1	2	3	4	5	
11. J'ai l'impression d'être traité comme dans une expérience	1	2	3	4	5	
12. Je sens que je vais mieux depuis l'implantation du dispositif.					Oui	Non
13. Je recommanderais un dispositif d'assistance à mon conjoint ou à un ami s'il en avait besoin					Oui	Non
14. J'accepterais un dispositif d'assistance pour mon fils ou ma fille si cela s'avérait nécessaire					Oui	Non
15. Sachant ce que je sais, j'accepterais une nouvelle fois un dispositif d'assistance					Oui	Non
16. J'ai une meilleure perspective de vie depuis l'implantation du dispositif d'assistance.					Oui	Non

Annexe 5 : Description détaillée de chaque suivi

Patient 1

Présentation

Le 1^{er} patient rencontré dans le cadre de la mise en place de ce suivi est un homme, âgé de 61 ans.

L'histoire de la pathologie est cardiaque est ancienne, le patient étant atteint d'une cardiopathie ischémique évoluant depuis 1998. La transplantation cardiaque avait été évoquée, pour la 1^{ère} fois, en 2013. Un an plus tard, la consultation psychiatrique dans le cadre du bilan pré-transplantation cardiaque ne retrouvait pas d'antécédent psychiatrique ni d'élément en faveur d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux. En revanche, le patient apparaissait ambivalent vis-à-vis du projet de greffe, estimant que son état physique était stable et appréhendant les complications de l'intervention (notamment le décès).

L'inscription sur liste de greffe a finalement été réalisée. Cependant, en 2015, devant la poursuite de la dégradation de sa fonction cardiaque, l'implantation d'un DACM (HeartMate II) en pont à la transplantation est proposée au patient. De nouveau, le patient se montre ambivalent vis-à-vis des soins : il refuse l'implantation du DACM jugeant son état satisfaisant et sort contre avis médical dès que son état le lui permet alors qu'il est hospitalisé pour un nouvel épisode de décompensation cardiaque.

Fin octobre 2015, le patient présente un état de choc cardiogénique. Il est hospitalisé, une assistance circulatoire de type ECMO est mise en place puis un HeartMate est implanté 10 jours plus tard.

1^{er} entretien

Devant les circonstances d'implantation du DACM et l'état clinique du patient, un entretien psychiatrique préalable à l'intervention n'était pas envisageable.

Le 1^{er} entretien a eu lieu 1 semaine après l'intervention chirurgicale. L'entretien fut peu contributif concernant le recueil d'une symptomatologie psychiatrique en lien avec un éventuel trouble de l'adaptation. Le patient présentait un état confusionnel (désorientation temporo-spatiale, hallucinations visuelles partiellement critiquées, vécu persécutif des soins rapportés par les soignants) et cette situation semblait

anxiogène.

Une adaptation du traitement anxiolytique a été proposée.

2^{ème} entretien (M1)

Conformément aux prévisions, cet entretien s'est déroulé un mois après l'implantation du HM II. Il a eu lieu au cours de l'hospitalisation.

- Evaluation psychiatrique

La thymie était normale. Le sommeil et l'appétit étaient globalement conservés. Le patient ne rapportait pas ruminations anxieuses. On distinguait des traits de personnalité obsessionnelle : méticulosité, perfectionnisme voire une certaine rigidité. Il expliquait son refus initial de l'implantation du HM II par la peur de l'intervention, notamment de la douleur, et expliquait ne vouloir subir qu'une seule intervention, celle pour la transplantation cardiaque. La projection dans l'avenir était positive, le patient était en attente d'une admission en centre de réadaptation cardiaque. L'étayage familial était présent et soutenant. Aucune rencontre avec un autre patient porteur d'un HM II n'avait eu lieu.

- Evaluation de la qualité de vie

Aspects positifs

Le patient mettait en avant la mobilité permise par le DACM et l'autonomie que celui-ci lui permettait pour la réalisation des actes de la vie quotidienne. Il n'a pas été confronté aux alarmes et se disait confiant par rapport à ses capacités de réaction en cas d'alarme.

Aspects négatifs

Le patient décrit une gêne par le positionnement de la dérivation percutanée et la position en décubitus dorsal « imposée » par l'appareillage. La seule difficulté rapportée était celle de trouver une position pour dormir. Il se disait également gêné par le poids des batteries durant la journée. Il existait une appréhension concernant le risque de dysfonctionnement et le risque d'infection.

Bien que le patient se soit adapté sans difficulté apparente aux changements récents imposés par le HM II, à la question « sachant ce que je sais, j'accepterais une nouvelle fois un dispositif d'assistance » sa réponse était non. Il disait ne pas se sentir mieux depuis l'implantation du DACM et ne souhaitait encore qu'une seule intervention, la transplantation cardiaque.

3^{ème} entretien (M3)**• Evaluation psychiatrique**

L'état thymique du patient était normal, celui-ci décrivait quelques fluctuations sans effondrement thymique toutefois. Le patient rapportait également un fond anxieux permanent et des difficultés d'endormissement, non liées à des ruminations mais à des lombalgies. Le sommeil n'est plus perturbé par le positionnement de la ligne percutanée. L'appétit est conservé. Il n'y pas d'aboulie ni d'anhédonie. Le patient disait s'être adapté progressivement à l'appareillage, y compris pour réaliser les actes de la vie quotidiennes. En revanche, il jugeait sa qualité de vie altérée par une autre atteinte somatique (lombalgies). L'entourage du patient semblait s'ajuster à la situation. Le patient ne mentionnait pas de rencontre avec d'autres patients porteurs de HM II et n'en éprouvait pas le besoin.

• Evaluation de la qualité de vie**Aspects positifs**

Malgré une qualité de vie que le patient décrivait lui-même comme altérée (par les douleurs physiques), le patient disait aller globalement mieux depuis l'implantation du DACM. Le point le plus positif attribué à l'appareil était que celui-ci lui « permet de rester en vie normalement ».

Aspects négatifs

La longueur du câble entre l'orifice de sortie et le contrôleur (jugée trop courte) ainsi que le poids des batteries étaient gênants. Le fait de ne plus pouvoir aller à la piscine était également vécu comme une contrainte. Les inquiétudes concernant un éventuel dysfonctionnement ou la gêne par la ligne percutanée étaient moins présentes.

Questionnaires**• Echelle HAD :**

- score d'anxiété de 11/21 (M1) et 10/21 (M3)
- score pour la dimension dépressive de 12/21 (M1) et 6/21 (M3)

• SF-36 :

- score de santé physique de 39/100 (M1) et 32/100 (M3)
- score de santé mentale de 37/100 (M1) et 39/100 (M3)

Ces scores rapportant une altération de la qualité de vie sont, d'après le patient, plus le reflet de l'impact des lombalgies invalidantes dont le patient était

atteint que celui du DACM.

Apports du suivi psychiatrique et difficultés rencontrées

L'état clinique du patient à son admission et le caractère urgent de l'implantation du DACM n'ont pas permis de rencontrer le patient avant l'intervention et d'évaluer son état thymique et son niveau d'anxiété en préalable à l'intervention.

Le suivi a permis une mise en évidence d'une aggravation de la symptomatologie anxieuse. Ce trouble anxieux était dû à une autre affection médicale (tassements vertébraux) et non à l'implantation du DACM. Le patient n'a pas souhaité de prise en charge psychothérapeutique.

Patient 2

Présentation

Le patient 2 est une femme, âgée de 61 ans. Séparée, elle vivait avec son fils avant d'être hospitalisée.

Il s'agit d'une patiente dont la dégradation de la fonction cardiaque a été rapidement progressive, cette décompensation cardiaque a conduit à une 1^{ère} hospitalisation en cardiologie. Il n'y avait pas d'antécédent cardiologique connu mais rapportait des symptômes évocateurs d'une insuffisance cardiaque gauche (notamment une dyspnée d'effort et une asthénie) évoluant depuis plusieurs semaines, qu'elle avait minimisés et attribués à un surmenage professionnel. Du fait d'une décompensation sévère et rapide de la fonction cardiaque, une implantation de HeartMate a été décidée, en attente d'une transplantation.

Sur le plan psychiatrique, on retrouvait un antécédent d'épisode dépressif majeur 10 ans auparavant (dans un contexte de difficultés professionnelles et familiales), un tabagisme actif estimé à 20 paquets-années et une dépendance à l'alcool depuis une dizaine d'années (avec des consommations quotidiennes estimées à 6 US).

1^{er} entretien

La patiente a été rencontrée une semaine après l'implantation du HeartMate. Le discours était cohérent, il n'y avait pas de syndrome confusionnel. Lors de l'entretien, la patiente se disait euthymique mais décrivait un fléchissement thymique réactionnel à la perte d'autonomie, immédiatement après l'intervention. La reprise de la marche le jour même avait permis une réassurance, avec apaisement des ruminations anxieuses. Il existait des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement dans ce contexte de réanimation, jugés non invalidants par la patiente. Il existait une reprise progressive de l'appétit. L'acceptation du Heart-Mate semblait plus aisée que l'acceptation de la pathologie cardiaque, sujet que la patiente refusait d'aborder. Il existait une culpabilité concernant la « négligence » des symptômes (asthénie, dyspnée d'effort) dont elle souffrait et pour lesquels elle avait tardé à consulter. Concernant la dépendance à l'alcool, une rencontre avec l'équipe de liaison d'addictologie avait déjà eu lieu. La patiente décrivait des consommations à visée anxiolytique, le soir, mais semblait minimiser les quantités d'alcool consommées. La patiente avait accepté la mise en place d'un suivi

addictologique.

2^{ème} entretien (M1)

- Evaluation psychiatrique

Cet entretien a eu lieu 1 mois après l'implantation du DACM, et 3 semaines après la prise en charge d'une tamponnade. La patiente présentait un ralentissement idéique, des troubles mnésiques et de concentration. L'état thymique était fluctuant, sans tristesse pathologique de l'humeur ni idée suicidaire. Il persistait des ruminations anxieuses centrées sur la perte d'autonomie liée à l'hospitalisation et sa condition physique ainsi que des difficultés d'endormissement (traitées par ZOPICLONE 7,5 mg : 1 cp au coucher). L'appétit était conservé. La patiente parvenait mieux à évoquer la maladie. L'étayage familial était soutenant. La patiente se projetait positivement dans l'avenir à moyen et long termes.

- Evaluation de la qualité de vie

Aspects positifs

La patiente exprimait sa gratitude envers le DACM, avec la reconnaissance d'être encore en vie.

Aspects négatifs

La patiente décrivait une gêne par le poids des batteries. La visibilité du dispositif était ce dont elle se souciait le plus. Sa principale crainte était celle du regard des autres sur l'appareillage, avec notamment la crainte d'un acte de malveillance tel qu'un vol de la sacoche dans laquelle étaient rangées les batteries. La patiente n'avait pas été « confrontée » à ce type de difficultés, étant encore hospitalisée.

3^{ème} entretien (M3)

- Evaluation psychiatrique

Trois mois après l'implantation, la patiente avait effectué le programme de réadaptation et regagnait son domicile. La consultation a été réalisée en ambulatoire, alors qu'elle venait à l'hôpital pour la réfection du pansement autour de la ligne percutanée. Il n'y avait aucun élément clinique en faveur d'un trouble de l'humeur ni d'un trouble anxieux. Il ne persistait que des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement, sans qu'un lien avec la présence du HeartMate II n'ait pu être mis en évidence. Il n'y avait pas eu de reprise des consommations

d'alcool mais la patiente avait rapidement mis fin au suivi addictologique. L'adaptation des activités de la vie quotidienne à la présence du DACM semblait aisée. L'étayage familial était soutenant et la patiente restait très active, la crainte du regard des autres ne semblait pas avoir de retentissement. En revanche, la patiente avait changé d'environnement domestique, pour rejoindre un foyer logement afin d'être entourée (et de bénéficier d'une présence rassurante la nuit) tout en gardant son indépendance.

- Evaluation de la qualité de vie

- Aspects positifs

- La prolongation de son espérance de vie restait l'aspect positif majeur attribué par la patiente à l'implantation du DACM.

- Aspects négatifs

- Le poids et la visibilité des batteries étaient encore cités mais la patiente avait su s'adapter.

Questionnaires

Les questionnaires n'ont pas été remplis par la patiente avant l'implantation car il s'agit d'une implantation en urgence. Par la suite, la patiente n'a pas souhaité remplir les auto-questionnaires (seule ou avec un aide), mettant en avant ses troubles de concentration et l'absence de pertinence de remplir le questionnaire évaluant la qualité de vie (SF36) seulement 1 mois après l'implantation. Lors de la 3^{ème} consultation, elle a de nouveau refusé de remplir les questionnaires en évoquant des « difficultés ».

Apports du suivi psychiatrique et difficultés rencontrées

L'entretien préalable n'a pas pu être réalisé dans le contexte de l'implantation en urgence. Le suivi a permis une présentation et une mise à disposition de l'équipe de psychiatrie de liaison, ainsi qu'une information sur les symptômes à surveiller. Par ailleurs, la possibilité d'une reprise du suivi addictologique a été rappelée et proposée à la patiente.

Patient 3

Présentation

La patiente 3 est une femme, âgée de 49 ans. Elle est mariée, mère de 2 enfants ayant quitté le domicile familial. Elle exerçait une activité professionnelle avant l'hospitalisation.

Elle n'a pas d'antécédent psychiatrique.

L'histoire actuelle de la maladie débute par un infarctus du myocarde diagnostiqué tardivement du fait d'une symptomatologie atypique chez une patiente sans antécédent cardiologique. Une assistance circulatoire de type ECMO a dû être mise en place. Inscrite sur liste de greffe en urgence, elle n'a malheureusement pas pu bénéficier d'un greffon. Une implantation d'un HeartMate II a donc été décidée, en attente d'une transplantation.

1^{er} entretien

Le 1^{er} entretien psychiatrique s'est déroulé alors que la patiente était hospitalisée depuis 15 jours dans l'unité de réanimation chirurgie cardio-vasculaire. L'évaluation psychiatrique a pu se dérouler avant l'implantation du HMII. La patiente avait un discours cohérent, il n'y avait pas d'élément confusionnel ni de ralentissement idéique. L'état thymique était normal et stable. Il n'y avait pas de symptomatologie anxieuse décrite ou observée. Le sommeil était conservé. La patiente rapportait seulement une asthénie physique. La patiente semble avoir bien compris les options thérapeutiques et verbalise facilement autour de la maladie, de la transplantation ou de l'implantation d'un HMII. Elle bénéficie d'un entourage (familial et amical) est très soutenant.

2^{ème} entretien (M1)

- Evaluation psychiatrique

La 2^{ème} consultation a eu lieu 6 semaines après implantation. Les suites opératoires de la patiente ont été simples et le transfert en centre de réadaptation a eu lieu 4 semaines après l'implantation du HM II. La consultation a donc eu lieu au décours de soins ambulatoires. Il n'y a pas de trouble thymique ni de trouble anxieux. La patiente ne présentait pas d'état de stress aigu malgré la survenue d'une alarme s'étant déclenché au décours d'un malaise survenu alors que la patiente était en permission.

- Evaluation de la qualité de vie

- Aspects positifs

Les qualités ou les bénéfices du HM II mis en avant par la patiente étaient sa fiabilité et son autonomie, faisant référence respectivement à la capacité du DACM à alerter en cas de problème et à la liberté de se déplacer avec les batteries. D'autre part, elle était consciente de l'importance du HMII « pour arriver à la greffe dans de bonnes conditions ».

- Aspects négatifs

Initialement, la patiente rapportait une gêne par la ligne percutanée pour le positionnement lors de l'endormissement. En revanche, le poids et la taille des batteries restait des caractéristiques qui pouvaient rendre parfois le quotidien inconfortable.

3^{ème} entretien (M3)

- Evaluation psychiatrique

La patiente a de nouveau été rencontrée 3 mois après l'implantation pour la remise des questionnaires mais l'entretien s'est déroulé par téléphone, faute de bureau de consultations disponible. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un trouble psychiatrique. Le retour au domicile avait été suivi d'une adaptation plus rapide. La patiente évoquait l'importance d'avoir rencontré, au centre de réadaptation, d'autres patients porteurs ou anciennement porteurs d'un HM II afin d'échanger sur les aspects pratiques de la gestion de l'appareil dans la vie quotidienne. Elle exprimait sa volonté de rencontrer, à son tour, d'autres patients à qui cette prise en charge était proposée afin de leur expliquer son expérience. La projection dans l'avenir était positive et adaptée face à l'incertitude de la durée d'attente d'un greffon compatible.

- Evaluation de la qualité de vie

- Aspects positifs

L'autonomie permise par les batteries était un réel avantage pour la patiente. Par ailleurs, la position pour le sommeil n'était plus perturbée par la présence de la ligne percutanée.

- Aspects négatifs

En revanche, le poids des batteries à porter (précisément cité par la patiente « 2,210 kg ») et la taille restaient des inconvénients sans être non plus source de difficultés au quotidien.

Questionnaires

- Echelle HAD :
 - Score d'anxiété de 2/21 (avant implantation), 3/21 (M1) puis 2/21 (M3)
 - Score pour la dimension dépressive de 1/21 (avant implantation), 2/21 (M1) et 1/21 (M3)
- SF 36 :
 - Score de santé physique de 35/100 (M1), s'améliorant à 57/100 (M3)
 - Score de santé mentale de 35/100 (M1), s'améliorant à 57/100 (M3)
 - Non rempli avant l'implantation du fait de la situation clinique de la patiente (questionnaire non adapté à la situation et trop long à remplir)

Apports du suivi psychiatrique et difficultés rencontrées

Ces 3 consultations ont permis, comme pour les autres patients, la présentation et la mise à disposition de l'équipe de psychiatrie de liaison. Sur le plan organisationnel, deux difficultés ont été rencontrées. Pour l'entretien 1 mois après intervention chirurgicale, la rencontre a dû être différée 6 semaines après au lieu de 4 semaines car la patiente était sortie précocement (par rapport aux 1^{ers} patients évalués) et les disponibilités étaient moindres pour fixer une consultation. L'entretien à M3 a été réalisé par téléphone faute de ressources matérielles (absence de bureau disponible).

Patient 4

Présentation

La patiente 4 est une femme, âgée de 51 ans. Elle vit seule et est mère de 3 enfants. Sa situation conjugale est imprécise, en revanche elle bénéficie d'un étayage familial. Sur le plan professionnel, elle est en invalidité depuis plusieurs années.

L'histoire de la maladie est ancienne. La patiente est atteinte d'une cardiomyopathie restrictive post-chimiothérapie. Il existe une contre-indication à la transplantation cardiaque. Devant l'évolution de son insuffisance cardiaque, l'implantation d'un HeartMate II, sans urgence, est proposée à la patiente.

Dans ses antécédents psychiatriques, on retrouve 2 tentatives de suicide par intoxications médicamenteuses volontaires (30 ans auparavant, dans un contexte de ruptures sentimentales à chaque fois). Elle a également présenté un épisode dépressif majeur à l'âge de 28 ans, dans un contexte de deuil.

1^{er} entretien

La patiente a été rencontrée la veille de l'intervention, la date d'intervention avait dû être avancée et la patiente en avait été informée depuis peu selon ses dires. Il existait une labilité émotionnelle et une logorrhée anxieuse. La patiente verbalisait des angoisses de mort dans ce contexte pré-opératoire. Elle avait déjà rencontré un patient porteur d'un HM II mais la projection dans l'avenir par la patiente avec un HM II n'a pas pu être évoquée, l'entretien ayant été interrompu par les soins nécessaires avant l'opération chirurgicale.

2^{ème} entretien (M1)

- Evaluation psychiatrique

Cette 2^{ème} consultation a eu lieu durant l'hospitalisation, 5 semaines après l'implantation du DACM. Une complication à l'origine d'un syndrome confusionnel quelques jours plus tôt ne permettait pas l'évaluation de la patiente exactement 1 mois après l'intervention.

La patiente était calme et coopérante. Le discours était cohérent, les éléments confusionnels avaient disparus. Il persistait une asthénie et des troubles de concentration. Elle décrivait une amélioration thymique depuis la reprise chirurgicale ayant permis la prise en charge de la complication et une amélioration globale de

son état clinique. Le discours était teinté d'optimisme et la présence de son entourage familial était décrite comme un facteur protecteur. Il n'y avait pas d'aboulie ni d'anhédonie. La projection dans l'avenir était positive, un transfert pour la poursuite des soins et la réhabilitation cardiaque était prévu. La patiente exprimait la difficulté à accepter cette situation de dépendance vis-à-vis de l'équipe soignante et espérait récupérer son autonomie le plus rapidement possible. En revanche, la patiente restait peu observante des règles hygiéno-diététiques conseillées.

- Evaluation de la qualité de vie

- Aspects positifs

- La patiente ne décrivait pas de bénéfices perçus mais espérés : « les améliorations possibles sur ma santé et ma vie ».

- Aspects négatifs

- Les aspects négatifs décrits par la patiente étaient des éléments connus avant l'intervention mais qu'elle n'avait pas anticipé tels que la présence de la ligne percutanée qu'elle décrivait comme gênante ainsi que l'interdiction de prendre un bain.

3^{ème} entretien (M3)

L'entretien prévu au 3^{ème} mois après l'implantation n'a pas eu lieu selon les modalités initialement définies. En raison de la survenue de complications somatiques, la patiente a dû être réhospitalisée à plusieurs reprises en cardiologie. A chaque fois, elle a demandé sa sortie contre-avis médical et c'est dans ce contexte qu'une prise en charge habituelle par l'équipe de psychiatrie de liaison a débuté. En effet, plusieurs avis psychiatriques ont été demandés pour évaluation thymique devant des demandes de sorties contre avis médical répétitives et le défaut de compliance aux soins proposés.

Questionnaires

- Echelle HAD : non remplie avant implantation et 3 mois après du fait d'un état clinique incompatible, réponses incomplètes à M1
- SF 36 :
 - Score de santé physique à 14/100 et score de santé mentale à 17/100 à M1
 - Questionnaire non complété avant implantation et 3 mois après car l'état

clinique de la patiente était incompatible

Apports du suivi psychiatrique et difficultés rencontrées

Les conditions de l'entretien initial (survenu la veille de l'intervention) ont limité l'évaluation psychiatrique. Malgré cela, la rencontre précoce avec cette patiente a permis de mettre en place d'une alliance thérapeutique. L'organisation d'un relais du suivi psychiatrique sur le centre médico-psychologique de secteur a été nécessaire. Par la suite, la patiente a été hospitalisée en soins à la demande d'un tiers, après un passage aux urgences où elle avait été adressée par sa famille, rapportant des propos suicidaires.

Patient 5

Présentation

Le patient 5 est un homme âgé de 60 ans, vivant avec son épouse. Il est en invalidité depuis plusieurs années.

Ses antécédents cardiologiques sont marqués par une cardiopathie ischémique évoluant depuis une vingtaine d'années, compliquée de troubles du rythme. Devant l'évolution progressive et défavorable de la maladie, l'implantation du DACM était évoquée depuis plusieurs mois.

On ne retrouve pas d'antécédent psychiatrique.

1^{er} entretien

Le 1^{er} entretien psychiatrique a pu se dérouler dans de bonnes conditions, 1 semaine avant l'implantation du HM II, au cours d'une hospitalisation. Il n'y avait pas d'élément clinique en faveur d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux. Le patient décrivait de bonnes capacités d'adaptation et une observance thérapeutique correcte. La projection dans l'avenir était positive.

2^{ème} entretien (M1)

Cet entretien n'a pas pu être réalisé. Le patient est sorti 1 mois après l'implantation du DACM et l'organisation d'une consultation psychiatrique en ambulatoire dans ces délais n'a pas été possible.

3^{ème} entretien (M3)

- Evaluation psychiatrique

Le patient était implanté du HM II depuis 3 mois et l'entretien psychiatrique s'est déroulé en ambulatoire, le patient avait regagné son domicile depuis 1 mois après une prise en charge de 4 semaines en centre de réadaptation. L'état thymique était normal et stable. Il n'y avait pas de symptomatologie anxieuse. Il avait vécu le déclenchement d'une alarme du HM II, lié à une erreur de manipulation des batteries. Il n'y avait pas de symptomatologie psychiatrique réactionnelle. Le sommeil n'était pas perturbé, l'appétit était conservé. La projection dans l'avenir était positive mais le patient espérait que la présence du HM II ne soit que transitoire : « j'aimerais bien vivre normalement comme avant, je prends ça pour un dépannage ».

- Evaluation de la qualité de vie

- Aspects positifs

- Le patient reconnaissait l'amélioration de la qualité de vie (régression des symptômes) grâce à l'implantation du DACM et donc la possibilité de « redevenir autonome ».

- Aspects négatifs

- Le poids des batteries était cité comme une gêne. D'autre part, la visibilité et les contraintes imposées par les composants externes étaient initialement source de questionnement, notamment concernant le regard des autres.

Questionnaires

- Echelle HAD :

- Score d'anxiété coté à 2/21 (avant implantation) et à 5/21 (M3)
 - Score pour la dimension dépressive coté à 2/21 (avant implantation) et à 3/21 (M3)

- SF 36 :

- Score de santé physique de 33/100 (avant implantation), s'améliorant à 90/100 (M3)
 - Score de santé mentale de 64/100 (avant implantation), s'améliorant à 95/100 (M3)

Apports du suivi psychiatrique et difficultés rencontrées

Ces consultations ont permis d'informer le patient qu'il pouvait solliciter un entretien psychologique ou psychiatrique auprès de l'équipe de psychiatrie de liaison si besoin.

L'entretien à M1 n'a pas été réalisé du fait du transfert du patient en centre de réadaptation à cette échéance.

AUTEUR : Nom : CZYRKA

Prénom : Alexandra

Date de Soutenance : Mercredi 16 novembre 2016

Titre de la Thèse : Patients sous assistance circulatoire mécanique de longue durée : intérêt d'une prise en charge psychiatrique systématique ? Réflexion autour du suivi de plusieurs patients par l'équipe de psychiatrie de liaison au CHRU de Lille

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : psychiatrie de liaison, dispositif d'assistance circulatoire mécanique, psychopathologie, soins centrés sur le patient, prévention secondaire

Résumé :

Contexte : L'utilisation des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) lourds a permis une amélioration considérable de la survie et, en général, de la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques. L'implantation d'un DACM peut être compliquée par des troubles psychiatriques. Le développement de l'emploi des DACM place la psychiatrie de liaison, ainsi que les équipes soignantes de cardiologie, face à des situations complexes, et parfois graves.

Méthode : Une revue de la littérature portant sur les troubles psychiatriques présentés par les patients porteurs d'un DACM et les recommandations de prises en charge psychiatriques a été réalisée et a permis l'élaboration d'un plan d'intervention par l'équipe de psychiatrie de liaison au CHRU de Lille. L'objectif de ce travail était d'évaluer la nécessité et la faisabilité de la mise en place d'un suivi psychiatrique systématique pour ces patients.

Résultats : Entre novembre 2015 et août 2016, 5 patients concernés par l'implantation d'un DACM ont bénéficié du suivi psychiatrique consistant en une consultation psychiatrique préalable puis 1 mois et 3 mois après l'intervention. Ces entretiens ont mis en évidence un trouble anxieux et un trouble de l'adaptation pour deux patients. La mise en place d'un suivi psychiatrique et d'une hospitalisation a été nécessaire pour un patient. Les situations d'implantation en urgence n'avaient pas été anticipées, une consultation psychiatrique a été organisée pour deux patients, dès que leur état le permettait. En raison de contraintes humaines et matérielles, sur 15 entretiens, une consultation n'a pas pu être réalisée, un entretien a dû être différé et un autre a été réalisé par téléphone.

Conclusion : Une prise en charge psychiatrique systématique par l'équipe de psychiatrie de liaison semble pouvoir être mise en place pour les patients bénéficiant de l'implantation d'un DACM au CHRU de Lille. Afin de proposer une prise en charge pertinente et répondant aux recommandations, tout en intégrant les contraintes matérielles et humaines, ce suivi consiste en un entretien préalable et une consultation psychiatrique 3 mois après implantation du DACM.

Composition du Jury :

Président : Pr Guillaume VAIVA

Asseseurs : Pr Olivier COTTENCIN, Pr Nicolas LAMBLIN, Dr Céline GOEMINNE-BOULE

Directrice de thèse : Dr Alexandra VAILLANT