



Cliniques universitaires Saint-Luc

Education Cœur
et vaisseaux

Visiteurs/Patients



www.educationcoeur.be

Evolution de la qualité de vie des patients ayant suivi un programme de réadaptation cardiaque

Delrez Ph., Brohet Ch., Dutrannois J., Canon L., Riou J-M., Van Caenegem O.

5^e FORUM EUROPÉEN 15 - 17 Mars 2012
COEUR, EXERCICE & PRÉVENTION
PARIS - Pullman Rive Gauche



Delrez Philippe
Coordinateur Education Cœur et vaisseaux
Pathologies cardiovasculaires Intensives



CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Dans le cadre de cette étude, nous avons voulu nous centrer sur

- **La qualité de vie**
considérée comme un indicateur de santé important dans les événements cardiaques aigus, pontage coronarien
- **La personnalité de Type-D** pour « distress »
s'intéressant à l'inhibition sociale et l'affectivité négative
- **Le lieu de contrôle** des patients cardiaques



Question de recherche

Quelle est l'évolution de la qualité de vie des patients cardiaques ayant suivi un programme de réadaptation cardiaque?



Réalisation d'un questionnaire contenant 3 échelles

- **Echelle Macnew**

évalue la qualité de vie des patients ayant une athérosclérose coronarienne ischémique *au point de vue physique, affectif et social*.

Résultat: *Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est bonne*

- **Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)**

Echelle objective qui permet de déterminer “le lieu de contrôle” du patient.



Réalisation d'un questionnaire contenant 3 échelles

- **Echelle DS14 (*Type D pour Distress*)**

Mesure le degré d'affectivité négative

Tendance à éprouver des émotions négatives (irritabilité, mélancolie, inquiétude)

Mesure le degré d'inhibition sociale

Tendance à ne pas partager ses émotions avec les autres, à cause de leur crainte de rejet ou de la désapprobation à essayer de maintenir les autres à distance.

Cette dépendance aux regards autres exprime un défaut d'estime de soi.

Résultat:

Les individus dont le score atteint 10 points ou plus pour les 2 dimensions sont classés comme de Type D



Les conséquences du Type D

*DS14: Standard assesment of Negative affectivity, Social inhibition, and Type D Personality.
Johan Denollet, PhD in Psychosomatic Medicine 67:89-97 (2005)*

Les patients de Type D sont à risque accru de résultats négatifs sur la santé

- Augmentation du risque **de mortalité et de morbidité**, même après un traitement invasif avec un stent à élution médicamenteuse.
- Augmentation du risque de **stress post-traumatique** et d'épuisement vital
- Augmentation du risque d'**hyperréactivité physiologique**
- Augmentation du risque d'**activation du système immunitaire**
- Augmentation du risque de **réponse inadéquate au traitement** des maladies cardiaques



Les conséquences du Type D

*DS14: Standard assesment of Negative affectivity, Social inhibition, and Type D Personality.
Johan Denollet, PhD in Psychosomatic Medicine 67:89-97 (2005)*

- Augmentation du risque de **développement de cancer**
- Augmentation du risque d'**arrêt cardiaque soudain**
- Augmentation du risque d'**apparition précoce de la maladie coronarienne** chez les hommes

La combinaison de Type D et plus jeune âge désigne un **mauvais pronostic dans les maladies coronariennes**.

Enfin, les patients de Type D sont à **risque de dépression, d'anxiété** et d'irritabilité, et de faibles niveaux d'estime de soi, le bien-être, et l'affect positif.

Prévalence Type D:

21% dans population générale

28% chez coronariens

53% chez les hypertendus



Méthodologie

Période de l'étude: Octobre 2007 à Février 2009

Choix de la pathologie:

Patients cardiaques (angor traité par angioplastie, stent, post IDM, post pontage coronarien)

Choix des centres:

- **Maison St-Luc de Roscoff , Centre Perharidy, France**

Les patients fréquentes le centre en **interne** :

21 jours renouvelable une fois par an

- **Cliniques Universitaires St-Luc, Bruxelles, Belgique**

Les patients fréquentes le centre en **externe** :

2 à 5 séances par semaine durant 45 séances



Procédure d'évaluation

En phase ambulatoire, les questionnaires ont été complétés à 3 reprises en Belgique :

1. *en début* de réadaptation cardiaque,
2. *en fin* de réadaptation cardiaque
3. *3 mois après* la fin de la réadaptation cardiaque.

En phase hospitalière, les questionnaires ont été complétés à 2 reprises en France, en début et en fin de réadaptation cardiaque.

Les patients ont répondu de manière **volontaire**.



Détail de l'échantillon (1)

Total N = 170	Belgique (N=64)	France (N=106)
Sexe: Homme/Femme	83% / 17 %	90% / 10%
Age : moyenne – écart-type Le plus jeune / le plus âgé	59,3 ans / 10,62 36 ans / 80 ans	59,8 ans / 11 34 ans / 82 ans
<u>Etat Civil :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Mariés • Célibataires • divorcés • cohabitants • veufs / veuves • séparé. 	69 % 8 % 8 % 8 % 5 % 3 %	69 % 7 % 7 % 8 % 7 % 3 %
<u>Niveau d'études maximal :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • primaire • Secondaire inférieur • Secondaire supérieur • d'études supérieurs non universitaires • universitaires 	5 % 20% 23% 27% 25 %	25 % 26 % 29 % 13 % 8 %



Détail de l'échantillon (2)

Total N = 170	Belgique (N=64)	France (N=106)
<u>Au point de vue social</u> : abstention	3,75 %	4,24 %
<ul style="list-style-type: none"> • Activité professionnelle • Arrêt maladie • Demasseur d'emploi • Salarié • Indépendant • Pensionné 	69 % 28 % 0,69 % 40 % 19 % 38 %	66 % 29 % 2,12% 40 % 19 % 49 %
<u>Pathologies cardiaques</u> :		
MI (78) / CABG (54) Autres (18 différentes pathologies cardiaques) Opération Valve (20)	45 % / 43 % 7%	50 % / 27 % 3 % 20 %
<u>Facteurs de risques cardiovasculaires:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Hypercholestérolémie • Hypertension artérielle • BMI > à 25 • Tabac • Antécédents familiaux • Diabète • Sédentarité 	N°1 69 % N°2 55 % N°3 49 % 49 % N°4 31 % 18 % 13 %	N°2 50 % N°4 29 % N°1 67 % N°3 40 % 29 % 14 % 24 %

Pour les patients français, il n'y a pas eu de contrôle réalisé, les facteurs de risques cardiovasculaires ont été complétés selon la bonne foi du patient. Il est donc difficile d'en tirer des conclusions objectives.



Résultats

Ensemble des patients

	<i>General Population</i>	before	after	p-value
DS14	Negative affectivity 6,3	8.69	7.27	0.105
DS14	Social inhibition 10,2	9.50	8.94	0.566
MacNew	Emotional score	5.13	5.64	0.01
MacNew	Physical score	4.96	5.78	<0.01
MacNew	Social score	5.03	5.82	<0.01

MHLC	before	<u>Interprétation</u>	after	<u>Interprétation</u>	p-value
Facteur interne	22,9	1° 0,64	23,11	1° 0,64	0,767
Facteur Chance	17,37	4° 0,48	17,93	4° 0,50	0,454
Médecins	11,45	3° 0,64	10,97	3° 0,63	0,900
Autres personnes	11,75	2° 0,65	11,33	2° 0,64	0,645

** p value : c'est la différence statistique entre les 2 groupes étudiés, il y a une différence significative lorsque $p < 0,05$



Résultats Population Roscoff

	<i>General Population</i>	before	after	p-value
DS14	Negative affectivity 6,3	8,29	6.4	0.062
DS14	Social inhibition 10,2	9.21	7.91	0.223
MacNew	Emotional score	5.11	5.81	0.01
MacNew	Physical score	4.85	5.76	<0.01
MacNew	Social score	4.92	5.76	<0.01

MHLC	before	<u>Interprétation</u>	after	<u>Interprétation</u>	p-value
Facteur interne	23,43	1° 0,63	23,88	1° 0,62	0,890
Facteur Chance	17,2	4° 0,48	18,18	4° 0,49	0,802
Médecins	10,69	3° 0,66	10,97	3° 0,65	0,785
Autres personnes	11,34	2° 0,66	11,33	2° 0,65	0,666

** p value : c'est la différence statistique entre les 2 groupes étudiés, il y a une différence significative lorsque $p < 0,05$



Résultats Population belge

	<i>General Population</i>	before	after	p-value
DS14	Negative affectivity 6,3	9.3	9.1	0.920
DS14	Social inhibition 10,2	9.7	9.9	0.936
MacNew	Emotional score	5.15	5.43	0.197
MacNew	Physical score	5.11	5.80	0.09
MacNew	Social score	5.2	5.89	0.07

MHLC	before	<u>Interprétation</u>	after	<u>Interprétation</u>	p-value
Facteur interne	23.43	1° 0,65	23,88	1° 0,66	0,697
Facteur Chance	17,19	4° 0,48	18,18	4° 0,50	0,43
Médecins	10,69	3° 0,59	10,97	3° 0,61	0,741
Autres personnes	11,34	2° 0,63	11,33	2° 0,63	0,99

** p value : c'est la différence statistique entre les 2 groupes étudiés, il y a une différence significative lorsque $p < 0,05$



Comparaison de la qualité de vie (MacNew) entre deux types de prise en charge

		N	Moyenne des différences	P-Value
Différence score émotionnel	Réadaptation ambulatoire (Belge)	28	0,18	0,00
	Réadaptation en hospitalisation (France)	33	1,04	
Différence score physique	Réadaptation ambulatoire (Belge)	24	0,65	0,62
	Réadaptation en hospitalisation (France)	32	0,80	
Différence score social	Réadaptation ambulatoire (Belge)	27	0,09	0,02
	Réadaptation en hospitalisation (France)	34	0,66	



Comparaison de la qualité de vie (MacNew) entre deux types de prise en charge

En comparant les moyennes des scores entre la fin et le début du programme de réadaptation, **qu'il y a une différence significative entre les scores émotionnel et social dans le du modèle français.**

D'autre part, on observe qu'il n'y a **pas de différence significative** au point de vue du **score physique** entre les deux modèles,

Ce qui veut dire que le type de réadaptation n'influence que de façon limitée le score physique du patient.

(nous ne perdons pas de vue que ces données restent subjectives !)



Résultats 3 mois post réadaptation population belge

		Right after	3 months after	p-value
DS14	Negative affectivity	9.1	9.9	0.519
DS14	Social inhibition	9.9	10.4	0.925
MacNew	Emotional score	5.43	5.44	0.292
MacNew	Physical score	5.8	 5.66	0.009
MacNew	Social score	5.38	 5.87	0.004

DS14 -> pas de différences dans les scores 3 mois après la réadaptation
Tendance vers plus d'inhibition sociale et d'affectivité négative après la réadaptation cardiaque mais sans signification statistique. **Pas de Type D**

MacNew -> le **score social** du questionnaire est encore améliorés
le score **physique est légèrement diminué**



Discussion

- À la période de l'évènement cardiaque, les **informations offertes lors de l'hospitalisation sont en partie oubliées** et le patient est à la recherche d'un soutien social (Henrichon, 2001).
- A permis d'**évaluer l'impact** du programme sur la qualité de vie de la personne.
- Amélioration significative du score émotionnel (pvalue = 0.01), physique (pvalue < à 0.01), et social (pvalue < à 0.01)
=> amélioration qualité de vie.
- **Les patients en réadaptation cardiaque croient dans le contrôle de leur santé** par leur propre comportement et le comportement d'autres personnes.



Conclusion

- Il n'y a pas **d'avantage de « Type D »** dans cette population de patients cardiaques que dans la population générale.
- Nous n'avons pas pu montrer cela avec une réduction de **l'inhibition sociale et de l'affectivité négative**, en dépit d'une *tendance positive* après la réadaptation, il n'y a *pas d'évolution significative*.
- On peut également observer que la **qualité de vie** après les événements cardiaques aigus **est statistiquement améliorée** par la réadaptation cardiaque



Conclusion

- En comparant les moyennes des différences des scores de Macnew , le modèle de réadaptation cardiaque « en hospitalisation » (**modèle français**) apporterait un mieux être plus marqué au point de vue émotionnel et social.
- Il aurait été **intéressant de pouvoir évaluer** la qualité de vie des **patients français 3 mois après la fin** de leur réadaptation cardiaque.
- Au vu des résultats belges, il serait intéressant d'**introduire** dans le programme de réadaptation cardiaque, **quelques modules d'éducation pour la santé**.



En réadaptation cardiaque



Titres des séminaires proposés

1. La prévention des **facteurs de risques**
2. La **diététique** chez le patient coronarien
3. La **sexualité** chez le patient coronarien
4. Le **tabac** - la gestion du **stress**
5. Les **médicaments** du patient coronarien

Objectif:

Que le patient puisse acquérir une certaine autonomie pour tenter de conserver ou d'améliorer le gain acquis tout au long de la réadaptation cardiaque.



« Education Cœur et vaisseaux »

www.educationcoeur.be

Leitmotiv: « *L'information au cœur de notre attention...* »

Cliniques universitaires Saint-Luc

Accueil | Qui sommes-nous ? | Contactez-nous | Médécins | Téléphones utiles | Professionnels

DCV
Département
Cardiovasculaire

Cliniques universitaires Saint-Luc

Education Cœur et vaisseaux

Visiteurs/Patients

Home > DOCTEUR, J'AI MAL DANS LA POITRINE > TRAITEMENT CHIRURGICAL >> SE FAIRE OPERER AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Les facteurs intervenant dans la maladie cardiaque

Docteur, j'ai mal dans la poitrine

Etre coronarien : symptômes qui mènent à consulter

Quels examens à réaliser ?

Traitement médical

Les médicaments du cœur
Coronarographie/Stent
Conseils/Aspects pratiques
Comment se remettre d'un problème cardiaque

Traitement chirurgical

Consultation pré-interventionnelle
Types d'intervention

Se faire opérer du cœur

Conseils/Aspects pratiques après opération
Comment se remettre d'un problème cardiaque

J'ai un problème de valve cardiaque

Quand le cœur est fatigué

Assistance cardiaque et Transplantation

Troubles du rythme

J'ai un problème d'artère

J'ai une maladie cardiaque congénitale

Comment se remettre d'un problème cardiaque ?

Documents utiles/Lexique

La recherche médicale

Se faire opérer du cœur aux cliniques universitaires Saint-Luc

Au bloc opératoire

Avant la salle d'opération. Assurez-vous que vous avez ôté votre prothèse dentaire, vos bijoux, y compris votre alliance, votre maquillage, vernis à ongles, et que vous portez votre bracelet nominatif au poignet. Les objets personnels seront enfermés dans votre armoire, la clef sera remise à l'infirmière. Veillez à ne pas garder d'objets de valeur lors de votre hospitalisation (perle, vol...) Vous allez revêtir une blouse spécifique pour la salle d'opération.

Après avoir reçu votre prémédication, vous serez transporté dans votre lit en salle d'opération (étage -2) par un brancardier. (suite...)

Aux soins intensifs

Après une intervention cardiaque: Exemples: pontages coronaires, reconstructions ou remplacements valvulaires,...

Admis au sein du service immédiatement après l'intervention vous serez inconscient car toujours sous l'effet des médicaments de l'anesthésie (sédatifs et anti-douleurs). (suite...)

En unité d'hospitalisation

Suite à une mise au point chez votre cardiologue, vous avez été discuté au staff de médecine chirurgie et il a été décidé de vous faire bénéficier d'une intervention en chirurgie cardiaque. La coordinatrice du service vous a contacté pour vous faire part de la date opératoire mais également des examens qui resteraient à réaliser. (suite...)



REMERCIEMENTS

- *Les patients qui ont participés à l'étude*
 - *Dr O. Van Caeneghem, Pr. Ch. Brohet, Mr J. Dutrannois,*
 - *Mme L. Canon, service qualité*
 - *Mr J-M Riou, Maison Saint-Luc, Centre de Perharidy*
 - *Aux équipes de réadaptation cardiaque de St-Luc et Roscoff*
 - *Au Pr. L. Jacquet, pathologies cardiovasculaires intensives*
 - *Au soutien du département Infirmier M.Hubinon et J.Durbecq et du département cardiovasculaire des Clin. Univ. St-Luc.*
- Pr.Ph.Noirhomme*

Du fond du cœur, merci...



CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



Cliniques universitaires Saint-Luc

Education Cœur
et vaisseaux

Visiteurs/Patients



www.educationcoeur.be

Un tout grand merci de votre attention!



CONTACT

Delrez Philippe

Cliniques universitaires Saint-Luc

Département Cardiovasculaire

Pathologies Cardiovasculaires Intensives (CVI1)

Av. Hippocrate, 10 / 27

1200 Bruxelles

Belgique

philippe.delrez@uclouvain.be

www.educationcoeur.be

