

INTERVENTIONS IMPLIQUANT LE PARTENAIRE AMOUREUX AU SEIN DE LA READAPTATION CARDIAQUE : RECENSION DES ECRITS SCIENTIFIQUES ET ANALYSE CRITIQUE

Anaïs Morin-Turmel^{1,2}, Paul S. Greenman^{3,4} et Claude Bélanger^{1,2}

¹ Université du Québec à Montréal, ² Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes de Couple et sur les Abus Sexuels (CRIPCAS), ³ Université du Québec en Outaouais

⁴ Institut du Savoir Montfort, Ottawa Couple and Family Institute

La qualité de la relation conjugale fait partie des facteurs psychosociaux ayant un impact sur le développement et le pronostic des maladies cardiovasculaires (Greenman *et al.*, 2014). L'inclusion du partenaire amoureux au sein de la réadaptation cardiaque semble donc être une avenue prometteuse, puisque la conjointe ou le conjoint peut avoir une influence positive sur différents aspects (p. ex. partage du mode de vie, motivation, soutien, prise de décision, etc.) (Tulloch et Greenman, 2018). Cela permet également de combiner des stratégies de prévention secondaire pour le patient et des stratégies de prévention primaire pour le partenaire (Yates *et al.*, 2015). Cette recension vise à présenter les études ayant vérifié l'effet d'une intervention impliquant le partenaire amoureux dans le cadre de la réadaptation cardiaque, à évaluer l'apport de ces interventions sur la santé physique et psychologique des patients et des partenaires et à dresser un portrait critique des études recensées. Treize études ont été identifiées via les bases de données PsycINFO, PsycARTICLES et PubMed, ainsi qu'à travers d'autres recensions et une méta-analyse. Les résultats obtenus suggèrent un effet plutôt faible des interventions. Les résultats doivent, par ailleurs, être considérés en fonction des limites des études : petits échantillons homogènes, grande variabilité dans les interventions proposées, absence de thérapie conjugale reconnue, biais de sélection, temps de relance assez court, comparaison difficile entre les interventions et les soins de base. D'autres études seront nécessaires, afin d'offrir des données probantes aux professionnels de la santé.

See end of text for English abstract

Mots-clés : Maladies cardiovasculaires, réadaptation cardiaque, intervention conjugale, intervention impliquant le partenaire amoureux

Correspondance : Anaïs Morin-Turmel, Département de Psychologie, UQAM, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, 514-827-5557 anaïs.m-t@hotmail.com

Au Canada, les maladies cardiovasculaires représentent le deuxième type de maladies le plus mortel (Statistique Canada, 2019). L'impact des facteurs de risque comportementaux (p. ex., sédentarité, mauvaise alimentation) dans le développement et le pronostic de ces maladies est bien documenté (Go *et al.*, 2013). En conséquence, les patients en réadaptation cardiaque se font généralement offrir de l'information sur les saines habitudes de vie à adopter, en plus de la prise d'une médication. Il semble néanmoins que les patients aient de la difficulté à maintenir ces comportements et à adhérer à la médication à long terme (Randall *et al.*, 2009; Rouleau *et al.*, 2018). Il importe donc d'identifier des stratégies permettant d'améliorer l'adhésion aux traitements.

L'influence des facteurs de risque psychosociaux est également reconnue. L'absence de soutien social, par exemple, a été liée au développement et au pronostic des maladies cardiovasculaires (Greenman *et al.*, 2014). À l'inverse, la morbidité et la mortalité sont moindres chez les patients qui sont mariés (Manfredini *et al.*, 2017). Plus spécifiquement, c'est la qualité de la relation de couple qui a un impact sur la santé. En effet, les partenaires qui vivent de la détresse conjugale sont plus à risque de développer une maladie cardiaque (Greenman *et al.*, 2014).

À leur tour, les maladies cardiovasculaires peuvent entraîner différentes difficultés au sein du couple qui risquent d'hypothéquer le pronostic chez le conjoint qui a la maladie (Cameron *et al.*, 2017). Elles peuvent aussi avoir un impact important sur la santé psychologique des patients et de leur partenaire. Chez les patients, par exemple, le développement de symptômes d'anxiété et de dépression est fréquent dans l'année suivant le diagnostic. La présence de tels symptômes peut ensuite influencer négativement la progression de la maladie (Reid *et al.*, 2013).

L'inclusion du partenaire amoureux semble être une avenue prometteuse face aux facteurs de risque comportementaux et psychosociaux. D'abord, le partenaire peut avoir une influence positive sur différents aspects : partage du mode de vie, motivation, soutien social et émotionnel, prise de décision partagée et communication (Tulloch et Greenman, 2018). Par ailleurs, cela permet de combiner des stratégies de prévention secondaire (prévenir un second incident cardiaque) pour le patient et des stratégies de prévention primaire (prévenir le diagnostic d'une maladie cardiovasculaire ou un premier incident cardiaque) pour le partenaire (Yates *et al.*, 2015). L'implication du partenaire amoureux peut finalement améliorer la satisfaction conjugale, et de ce fait, avoir un impact sur la santé physique et psychologique des deux partenaires. Il est toutefois nécessaire que les professionnels de la santé puissent se baser sur les données probantes dans le choix des interventions à utiliser.

Objectifs

Trois objectifs ont été ciblés pour cette recension des écrits. D'abord, elle vise à présenter les études qui ont vérifié l'effet d'une intervention impliquant le partenaire amoureux dans le cadre de la réadaptation cardiaque. Deuxièmement, elle vise à décrire et évaluer l'apport de ces interventions sur la santé physique et psychologique des patients, et dans certains cas, des partenaires. Elle vise finalement à dresser un portrait critique des études recensées en détaillant leurs forces et leurs limites.

Méthode

La recension des articles scientifiques a été réalisée à l'hiver 2019. La sélection des études s'est faite selon les critères d'inclusion suivants : 1) articles rédigés au cours des 30 dernières années (1979 - 2019) en anglais et en français; 2) études expérimentales ou quasi expérimentales; 3) le partenaire amoureux est impliqué dans l'intervention et il prend part à au moins une rencontre avec le patient ayant la maladie cardiaque; 4) dans le cas des recherches visant la famille, au moins 75% des dyades sont formées du patient et de son partenaire amoureux; 5) présence d'un groupe contrôle qui reçoit les soins de base en centre hospitalier ou qui participe à l'intervention sans le partenaire amoureux. Au-delà de ces critères, le type de couple, le type d'intervention ainsi que les variables étudiées n'ont pas fait l'objet de critères d'exclusion.

La revue des écrits scientifiques s'est faite à travers les bases de données PsycINFO, PsycARTICLES et PubMed. Chacun des mots-clés « *cardiac disease* », « *cardiac disorder* », « *cardiovascular disease* », « *coronary heart disease* » et « *heart disease* » ont été utilisés avec les mots-clés « *couple therapy* » OU « *couple intervention* » OU « *marital therapy* ». Pour un diagramme illustrant le processus de sélection des études, voir la figure 1. Cette recherche a généré 11 263 titres. Après l'exclusion des doublons et la vérification des titres,

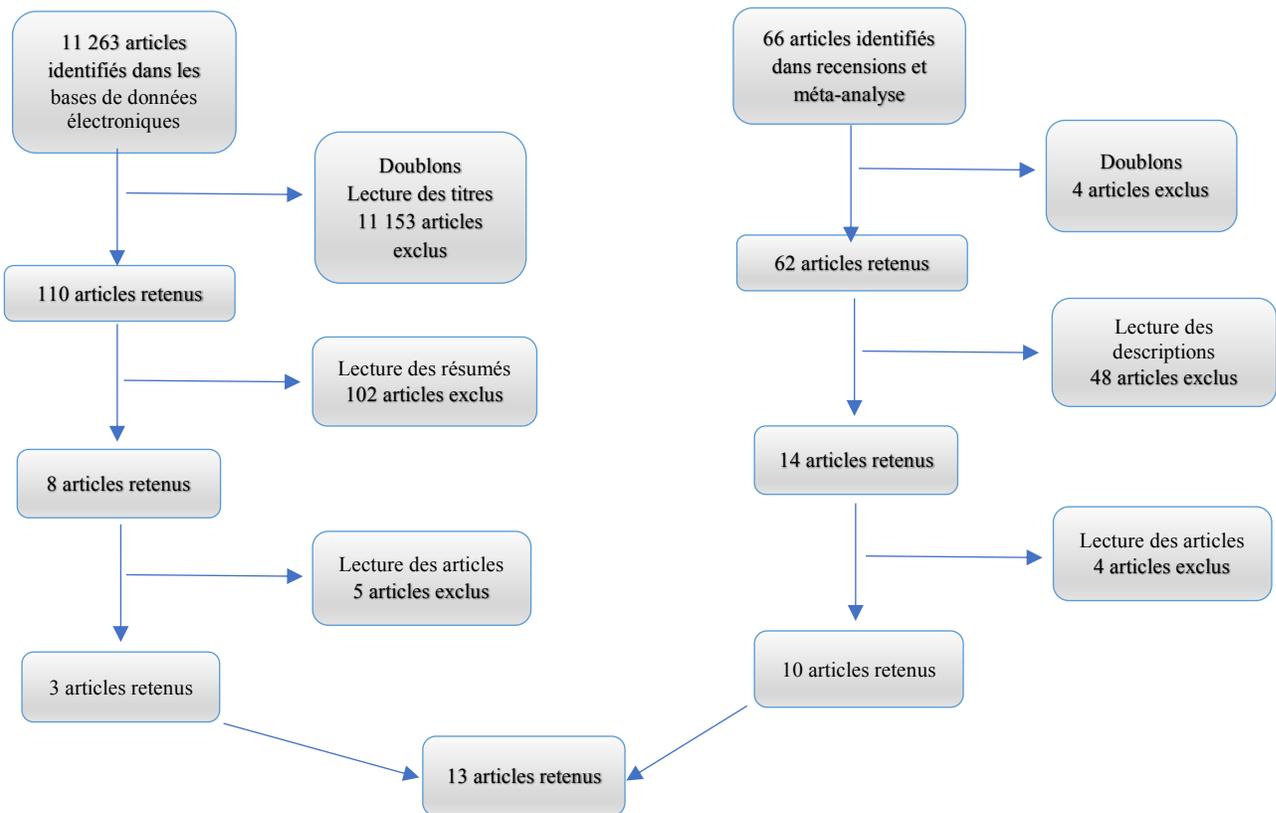
110 articles ont été retenus. La lecture des résumés a ensuite permis d'en retenir huit, puis la lecture complète de ces articles a permis d'identifier trois études qui ont été gardées pour la recension. Les études exclues l'ont été parce qu'elles n'étaient pas en lien avec le sujet du présent article ou parce qu'elles ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Des recensions systématiques (Reid *et al.*, 2013; Shields *et al.*, 2012; Whalley *et al.*, 2014) ainsi qu'une méta-analyse (Martire *et al.*, 2010) ont également été consultées manuellement. Dix études ont été identifiées dans ces articles. Au final, 13 études ont été retenues en fonction des critères d'inclusion présentés ci-haut. La plupart d'entre elles se sont penchées sur l'expérience des patients, mais certaines ont également évalué l'effet de l'intervention sur les partenaires. Selon les recherches, les variables à l'étude étaient de nature physiologique ou psychologique.

PRÉSENTATION DES ÉTUDES

Variables de santé physique. Trois études se sont penchées sur la modification des habitudes de vie et la condition physique. Sher et ses collègues (2014) ont tenté de déterminer si une intervention offerte aux patients et à leur partenaire amoureux au cours de la réadaptation cardiaque peut agir à titre d'agent de changement des habitudes de vie et influencer le maintien de celles-ci dans le temps. Quatre-vingts patients ont été séparés de façon aléatoire en deux groupes : patients et partenaires versus patients seuls. L'intervention consistait en 18 séances de groupe lors desquelles les participants recevaient de l'information et échangeaient sur la nutrition, l'activité physique et la médication. Dans la condition expérimentale, les couples ont aussi abordé les techniques de communication, la motivation et les problèmes relationnels. Les mesures ont été prises pré et post intervention, puis à 12 et 18 mois suivant le début des rencontres. Les résultats démontrent que les patients des deux groupes ont augmenté de façon significative leur niveau d'activité physique. Il semble toutefois que les patients de la condition expérimentale aient davantage augmenté leur niveau d'activité et qu'ils aient maintenu ce changement avec plus de succès dans le temps. L'intervention ne semble cependant pas avoir eu d'effet significatif sur l'alimentation et l'adhésion à la médication dans aucun des groupes. Les résultats suggèrent finalement une interaction entre le niveau de satisfaction conjugale pré intervention et le groupe. En effet, les patients qui ont rapporté un niveau élevé de satisfaction conjugale ont démontré une plus grande amélioration de leur niveau d'activité physique tout au long de l'intervention, et ce, peu importe le groupe. De plus, chez les patients ayant rapporté un niveau élevé de détresse conjugale, ceux du groupe contrôle n'ont pas maintenu leur progrès dans le temps, alors que les patients du groupe expérimental ont vu leur niveau d'activité physique augmenter (Sher *et al.*, 2014).

Figure 1

Diagramme de la sélection des études



Yates et ses collègues (2015) ont évalué l'impact d'un programme sur le niveau d'activité physique, la capacité physique et les comportements alimentaires des patients et de leurs conjoint(e)s. Trente-quatre patients ayant subi un pontage coronarien et leurs partenaires ont été randomisés dans le groupe expérimental (suivi en couple) et le groupe contrôle (suivi individuel). Le programme de trois mois consistait en des rencontres de groupe abordant différentes thématiques (p. ex., tabagisme, gestion du stress, habitudes de vie). Les patients des deux groupes ont également reçu un suivi composé de psychoéducation et d'un plan d'exercice personnalisé et ils avaient la possibilité de s'entraîner dans les installations des centres hospitaliers impliqués. Les partenaires du groupe expérimental ont bénéficié des mêmes interventions : rencontres de groupe en couple, suivi personnalisé, accès aux installations sportives. De leur côté, les partenaires du groupe contrôle ont été invités aux rencontres de groupe et ils ont eu accès aux installations d'entraînement. Les mesures ont été prises pré et post intervention, puis six mois après le début du programme. Les résultats suggèrent que les patients et les partenaires des deux groupes ont augmenté leur niveau d'activité physique entre le début et la fin du programme, mais ce niveau a diminué sous les recommandations nationales six mois après l'intervention. Les capacités physiques ont augmenté chez les patients des

deux groupes entre le début de l'intervention et la relance. L'alimentation semble s'être améliorée chez les patients et partenaires du groupe contrôle entre le début et la fin du programme, mais la tendance s'est inversée à six mois alors que les patients et partenaires du groupe expérimental ont démontré avoir de meilleures habitudes alimentaires. Les résultats suggèrent peu de différences entre les participants des deux groupes, possiblement parce que les partenaires du groupe contrôle pouvaient participer aux rencontres d'information et avaient accès aux installations d'entraînement (Yates *et al.*, 2015). Il est difficile de déterminer l'effet de l'intervention dans ce cas-ci.

Wadden (1983) a mesuré l'impact de la relaxation sur la pression artérielle ainsi que l'influence du partenaire amoureux sur la pratique des techniques de relaxation. Trente-six personnes souffrant d'hypertension modérée ont pris part à l'étude. Ils ont été séparés en trois groupes en fonction de leur médication, afin de contrôler l'effet possible de la prise d'un médicament. Les participants ont ensuite été randomisés selon le type d'intervention, soit la relaxation sans le partenaire ou la relaxation en couple. Le programme consistait en huit rencontres de groupe. Dans le cas de la condition expérimentale, les partenaires devaient participer à au moins cinq rencontres. Les participants devaient pratiquer la relaxation tous les jours

pour une période d'au moins 20 minutes. Les partenaires étaient encouragés à pratiquer à la maison avec le patient ou à rappeler à ce dernier de le faire. Des rencontres avec le thérapeute étaient prévues pour discuter des buts et problèmes rencontrés. Les mesures de pression artérielle ont été prises lors des rencontres un à trois (mesures de base), aux séances quatre à huit, puis aux relances d'un et cinq mois. Des questionnaires auto-rapportés sur l'anxiété et la personnalité ainsi qu'un formulaire hebdomadaire décrivant la pratique de la relaxation ont également été remplis par les patients. Les résultats suggèrent une différence significative entre les groupes pour le temps de pratique à la maison. Les patients accompagnés de leur conjoint(e) pratiquaient davantage que les participants qui faisaient les exercices seuls. Par rapport à la pression artérielle, il semble qu'elle ait diminué de façon significative pré et post traitement, tant pour la pression systolique que diastolique. Cette différence s'est maintenue dans le temps pour la pression diastolique qui a continué de diminuer entre la fin de l'intervention et la relance. Les résultats n'ont pas démontré de différence entre les groupes à ce sujet. Par ailleurs, aucune différence n'a été notée entre les participants avec ou sans médication. Les résultats suggèrent des évidences préliminaires liant la personnalité à l'effet de la relaxation. Il semble en effet que la pression artérielle ait moins diminué chez les gens se percevant comme compétitifs, acharnés et consciencieux (Wadden, 1983). Ces résultats suggèrent une évaluation plus approfondie de l'utilisation de stratégies comportementales, ainsi qu'un meilleur contrôle entourant l'implication du partenaire et l'impact des facteurs externes sur la pression artérielle.

Variables de santé psychologique. Quatre études se sont penchées sur l'ajustement psychologique des patients et de leur partenaire. D'abord, dans l'étude de Dracup (1985), 58 patients atteints d'une maladie coronarienne ont été séparés de façon aléatoire en trois groupes : 1) programme de réadaptation de base et rencontres en couple; 2) programme de réadaptation de base et rencontres individuelles; 3) programme de réadaptation de base seulement. Le programme de base incluait trois visites par semaine à l'hôpital, lors desquelles les patients faisaient de l'exercice physique et recevaient de l'information reliée aux maladies cardiovasculaires. L'intervention offerte en plus aux deux groupes expérimentaux consistait en dix rencontres hebdomadaires de groupe. Les participants y abordaient différents thèmes, tels l'anxiété, les changements de rôle, la gestion du stress, les relations sociales, la sexualité, la santé physique ainsi que la relaxation. Une des rencontres incluait également le témoignage d'un couple ayant déjà traversé la période de réadaptation cardiaque. Les mesures ont été prises pré intervention, puis à dix semaines et à six mois suivants le début du programme. Les analyses n'ont pas révélé de différence entre les groupes pour l'anxiété, l'hostilité et la dépression qui ont diminué chez tous les patients. En ce qui concerne la satisfaction conjugale, il n'y a pas eu de changement chez aucun des groupes. Finalement, les

résultats suggèrent une différence significative pour l'estime de soi. Le groupe de patients ayant participé de façon individuelle est celui qui a connu le plus de changements positifs à ce sujet. Selon la chercheuse, il est possible que cette situation soit liée à la nature des discussions lors des rencontres de groupe. Dans les groupes de patients seulement, il s'agissait d'échanges informatifs, alors que les discussions étaient davantage axées sur les émotions dans les rencontres en couple et initiées principalement les conjointes. Il est possible que cela ait mené les patients, en majorité des hommes, à vivre davantage d'émotions négatives (Dracup, 1985).

Hartford et ses collègues (2002) ont vérifié l'efficacité d'un suivi thérapeutique dans la diminution de l'anxiété chez des patients qui avaient subi un pontage coronarien et leur partenaire. Cent-trente-et-un couples ont été randomisés de façon aléatoire en deux groupes. Les couples du groupe contrôle ont reçu les soins de base qui n'incluaient pas de suivi systématique de la part du personnel médical. De leur côté, les couples du groupe expérimental ont été en contact avec une infirmière à sept reprises. Ces contacts téléphoniques suivaient un protocole établi en fonction des sujets abordés (p. ex., habitudes de vie, douleur, problèmes psychosociaux, médication, sommeil). Les participants recevaient également un numéro de téléphone leur permettant de joindre l'infirmière en tout temps. Le niveau d'anxiété des patients et des partenaires a été mesuré pré intervention, puis aux semaines quatre et huit suivant le départ de l'hôpital. Chez les patients, il n'y a pas eu de différence significative entre le niveau d'anxiété des deux groupes et ce niveau n'a pas non plus diminué de façon significative dans le temps. Chez les partenaires, il n'y a pas eu de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour le niveau d'anxiété; celui-ci a diminué dans le temps chez les deux groupes. Les résultats indiquent finalement que les patients ont toujours démontré un niveau plus élevé d'anxiété que leur partenaire (Hartford *et al.*, 2002).

Thompson et Meddis (1990) ont évalué l'impact d'un programme de counseling sur le niveau d'anxiété et de dépression d'hommes vivant un premier infarctus du myocarde et de leur conjointe. Cette intervention a eu lieu avant le départ de l'hôpital. Trois groupes expérimentaux ont été comparés à trois groupes contrôles. Chaque groupe comprenait 10 couples. Les participants des groupes contrôles ont reçu les soins de base habituellement offerts. En plus de ces soins, les couples des groupes expérimentaux ont pris part à quatre rencontres structurées de 30 minutes, lors desquelles ils ont pu partager leur vécu et recevoir de l'information sur les facteurs de risque de la maladie, ainsi que sur l'impact de l'infarctus sur la vie sexuelle et sociale, le travail et les loisirs. Des mesures d'anxiété et de dépression ont été prises entre 24 heures et 72 heures, puis à cinq jours, un mois, trois mois et six mois suivant l'admission à l'hôpital. Pour les patients, les résultats suggèrent une diminution significative de

l'anxiété à cinq jours chez les groupes expérimentaux, lorsque comparés aux contrôles. Cette tendance s'est maintenue à un, trois et six mois suivant l'admission à l'hôpital. Concernant la présence de symptômes de dépression, ils étaient significativement plus bas chez les groupes expérimentaux lors des premières mesures, mais cette différence n'était plus perceptible lors de la mesure à six mois, possiblement en lien avec l'effet du passage du temps. Pour les conjointes, les résultats suggèrent un niveau d'anxiété significativement plus faible dans les groupes expérimentaux. Aucune différence n'est ressortie entre les groupes par rapport aux symptômes dépressifs (Thompson et Meddis, 1990a, 1990b). Contrairement à l'étude d'Hartford (2002), l'anxiété s'est avérée ici plus élevée chez les conjointes que chez les patients, tant avant qu'après l'intervention.

Il peut arriver qu'une chirurgie cardiaque engendre des complications graves ou un décès. Il semble nécessaire que les patients et leur famille reçoivent de l'information sur les choix qui s'offrent à eux. Song et ses collègues (2005) ont voulu tester une intervention conçue pour les patients qui allaient subir une chirurgie cardiaque et leur substitut (*surrogate*), c'est-à-dire un membre de la famille ou le partenaire amoureux. Ils se sont intéressés à l'impact d'une entrevue éducationnelle sur : 1) la congruence entre le patient et le substitut quant aux désirs du patient face aux soins possibles, 2) l'anxiété vécue par le patient et le substitut, 3) la prise de décision chez le patient et 4) la connaissance du patient et du substitut face aux traitements possibles. Trente-deux dyades ont participé à l'étude. Chez 75% de ces dyades, le substitut était le partenaire amoureux. Les participants ont été séparés de façon aléatoire en deux groupes. Les participants du groupe expérimental ont pris part à une entrevue qui visait à explorer les expériences et les idées préconçues par rapport à la maladie, ainsi qu'à faciliter une prise de décision basée sur de l'information pertinente. De leur côté, les participants du groupe contrôle ont reçu les soins de base, soit de l'information par écrit sur les décisions préalables à la chirurgie et la possibilité de rencontrer quelqu'un pouvant répondre à leurs questions. Les dyades du groupe expérimental ont démontré une plus grande congruence face aux soins que les dyades du groupe contrôle. Par rapport au niveau d'anxiété cependant, les résultats n'ont pas démontré de différence significative entre les deux groupes, tant chez les patients que chez leur substitut. Les patients du groupe expérimental ont toutefois rapporté se sentir mieux informés et plus confiants face à la prise de décision. Il n'y a finalement pas eu de différence significative entre les groupes pour ce qui est de la connaissance des traitements possibles chez les patients et leur substitut, possiblement parce que la rencontre offerte au groupe expérimental était axée davantage sur le vécu et les questions des participants (Song *et al.*, 2005).

Variables de santé physique et psychologique.

Finalement, six études ont porté tant sur la santé physique

que sur la santé psychologique. D'abord, Fridlund et ses collègues (1991) ont évalué un programme de réadaptation cardiaque offert aux patients ayant vécu un infarctus du myocarde et leur partenaire. Les participants ($N=116$) ont été séparés en deux groupes. Les patients du groupe contrôle ont reçu les soins de base, soit trois suivis éducatifs au cours des 12 mois suivant l'infarctus. En plus des soins de base, les participants du groupe expérimental ont pris part à des rencontres de groupe hebdomadaires avec leur partenaire pendant six mois. Différents thèmes y ont été abordés : relaxation, habitudes de vie, conséquences psychosociales de la maladie. Les résultats révèlent une différence significative entre les groupes sur le plan de la santé physique. En effet, les patients du groupe expérimental ont démontré un niveau de capacité physique significativement plus élevé que les patients du groupe contrôle six mois après l'infarctus et ils avaient vécu moins d'événements cardiaques à la relance de 12 mois. Concernant l'évaluation subjective, les patients du groupe expérimental ont également rapporté une amélioration significativement plus grande de leur condition physique. Par rapport à la santé psychologique, seule l'évaluation de la satisfaction de leur vie était significativement plus positive chez les patients du groupe expérimental six mois suivant l'infarctus. Il est à noter que les auteurs ont aussi observé l'influence de la catégorie d'appartenance (les femmes, les hommes plus jeunes et les hommes plus vieux) sur les résultats obtenus, puisqu'ils ne rapportaient pas les mêmes difficultés aux niveaux familial et professionnel (Fridlund *et al.*, 1991). Cela reflète la pertinence d'avoir des programmes adaptés aux besoins des patients, puisque les impacts de la maladie peuvent différer en fonction du genre et de l'âge.

Des chercheurs ont voulu déterminer l'impact d'une intervention offerte par le personnel infirmier sur les patients et leur famille pendant la réadaptation post chirurgie (Gillis *et al.*, 1990; Gortner *et al.*, 1988). Soixante-sept patients vivant une première chirurgie cardiaque et leur partenaire amoureux ont été séparés de façon aléatoire entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Les participants des deux groupes ont reçu du matériel éducatif par écrit ainsi qu'une présentation vidéo sur les facteurs de risque, le traitement et la réadaptation cardiaque. Les couples du groupe expérimental ont également pu visionner une vidéo traitant de santé mentale et ont eu une rencontre leur permettant d'aborder la gestion des conflits, de discuter de leurs craintes et d'être orientés vers les ressources existantes. À la suite du départ de l'hôpital, ils ont été contactés par un membre du personnel infirmier à six reprises. Ces appels visaient à transmettre de l'information, à assurer un soutien et permettaient aux patients et à leur conjoint(e) de poser des questions. Des mesures psychologiques (patients), médicales (patients) et familiales (patients et partenaires) ont été prises avant l'opération, puis à un, trois et six mois suivant la chirurgie. Les résultats n'ont pas démontré de différence significative entre les patients des deux groupes quant à la santé physique et psychologique. La majorité

des patients ont rapporté une réadaptation complète. Certaines caractéristiques des patients (âge, sexe, statut cardiaque pré opératoire) semblent néanmoins avoir eu un effet. Par exemple, les patients de plus de 70 ans ont rapporté un niveau d'hostilité et de dépression significativement plus faible que les patients de 50 ans et moins (Gortner *et al.*, 1988). Concernant les mesures d'ajustement familial et conjugal, les résultats n'ont pas démontré d'effet significatif relié à la participation au programme (Gillis *et al.*, 1990).

Lenz et Perkins (2000) ont évalué l'efficacité d'un programme de psychoéducation offert aux patients ayant subi un pontage coronarien ainsi qu'à un membre de la famille identifié comme la personne responsable des soins à la suite du départ de l'hôpital. Dans 78% des cas, cette personne était le partenaire amoureux. Trente-huit dyades ont été séparées en deux groupes de façon aléatoire. Les participants du groupe contrôle ont reçu les soins de base offerts, comprenant le visionnement d'une vidéo informative 48 heures avant de quitter l'hôpital, de l'information par écrit, la possibilité de poser des questions à un membre du personnel infirmier, puis au moins une visite à la maison (possibilité de quatre rencontres). L'intervention offerte au groupe expérimental s'est inspirée du programme proposé par Gortner et ses collègues (1988). Ces participants ont reçu les soins de base, en plus de recevoir une copie de la vidéo qu'ils pouvaient visionner à la maison. Chaque dyade a également été rencontrée par un membre du personnel infirmier avant le départ de l'hôpital, afin d'aborder l'ajustement émotionnel et physique du patient, le rôle de la famille dans la réadaptation et la gestion des problèmes interpersonnels. Les chercheurs ont par ailleurs contacté les participants par téléphone à neuf reprises sur une période de 12 semaines, afin de fournir de l'information adaptée aux différentes étapes de la réadaptation, d'encourager l'adoption d'un mode de vie sain et d'outiller les familles. De plus, quatre semaines après la chirurgie, les participants du groupe expérimental se sont rencontrés à l'hôpital et ont pu partager leur expérience. Les mesures ont été prises avant la chirurgie, puis trois ou quatre jours, deux semaines, quatre semaines, six semaines, puis 12 semaines après le pontage. Les résultats obtenus pour les patients révèlent certaines différences quant aux variables physiques. En effet, les participants du groupe expérimental ont rapporté davantage de symptômes et de complications physiques que les contrôles lors de la première prise de mesure postopératoire, avant le départ à la maison. Selon les chercheurs, cette différence ne devrait pas être attribuée à l'intervention, puisque le suivi téléphonique n'avait pas débuté. Par ailleurs, il n'y avait plus de différence entre les groupes aux temps de mesure subséquents. Par rapport aux variables émotionnelles, les résultats n'ont pas démontré de différence entre les groupes. Les symptômes dépressifs ont diminué de façon significative pour tous les patients. Les résultats sont semblables pour le niveau de santé fonctionnelle : il s'est amélioré dans le temps, mais il n'y a pas eu de différence

entre les groupes. Il ne semble pas non plus y avoir eu de différence entre les groupes au niveau de la satisfaction face aux soins reçus. Pour les membres de la famille, aucune différence n'est ressortie entre les groupes quant à l'auto-évaluation de leur condition physique et la présence de symptômes dépressifs qui a diminué dans le temps chez tous les partenaires (Lenz et Perkins, 2000).

Jones et West (1996) ont testé un programme sur un large échantillon de patients ayant fait un infarctus du myocarde. Ils ont comparé leur programme aux soins de bases habituellement offerts dans les milieux hospitaliers participants. Les patients ($N = 2328$) ont été séparés de façon aléatoire en deux groupes. Le programme offert aux participants du groupe expérimental consistait en sept rencontres hebdomadaires de deux heures données par un psychologue et des professionnels de la santé, à la suite du départ de l'hôpital. Les partenaires amoureux participaient aux deux premières séances. Les objectifs de ces rencontres étaient d'informer les patients par rapport à l'infarctus, son traitement et la période de réadaptation, de promouvoir un ajustement positif, de les aider à mieux gérer leur stress et de leur enseigner des techniques de relaxation. Les mesures ont été prises à six mois (entrevue structurée) et à 12 mois (bilan médical). Sur l'échantillon initial, 2158 personnes ont rempli la mesure à six mois et 2042 ont rempli la mesure à 12 mois. Malgré ce nombre important de participants, l'intervention n'a pas démontré d'effet sur les variables étudiées. En effet, les résultats ne suggèrent pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (Jones et West, 1996).

De leur côté, Johnston et ses collègues (1999) ont cherché à comparer l'efficacité d'un programme offert pendant l'hospitalisation à un programme « étendu », ainsi qu'aux soins de base offerts dans ce milieu hospitalier. Les chercheurs souhaitaient vérifier si l'intervention offerte à l'hôpital serait plus efficace que les soins de base offerts par le médecin traitant et tout aussi efficace que le programme long. Cent patients ayant fait un infarctus du myocarde ainsi que 72 partenaires ont été séparés de façon aléatoire entre le groupe contrôle et les deux groupes d'intervention. Les participants du groupe recevant l'intervention à l'hôpital ont bénéficié de cinq rencontres de psychoéducation et de soutien offertes par un membre du personnel infirmier. Les participants prenant part au programme « étendu » ont reçu les mêmes rencontres à l'hôpital en plus d'avoir droit à huit autres rencontres au cours des six semaines suivant leur départ de l'hôpital. Ces rencontres se sont faites en individuel et en couple, les partenaires étant présents lorsqu'ils le pouvaient. Les séances ont permis aux participants de recevoir de l'information sur l'infarctus du myocarde et son traitement, ainsi que sur l'impact émotionnel de la maladie, la gestion du stress et la période de réadaptation. Les thèmes étaient abordés en fonction des besoins des patients. Les mesures ont été prises au départ de l'hôpital, puis à deux, six et 12 mois suivant ce départ selon les instruments utilisés. Les résultats obtenus suggèrent un

effet significatif des deux interventions sur les variables mesurées, lorsque comparés au groupe contrôle, et ce, tant chez le patient que chez le partenaire. Toutefois, aucune différence significative n'est ressortie entre les participants des deux groupes d'intervention (Johnston *et al.*, 1999).

Finalement, Liljeroos et ses collègues (2015) se sont penchés sur l'impact à long terme d'une intervention psychoéducatrice offerte aux patients ayant fait un infarctus et à leur partenaire amoureux. Cent cinquante-cinq dyades ont été réparties de façon aléatoire entre le groupe contrôle et le groupe expérimental. Les participants du groupe contrôle ont reçu les soins de base,

incluant le suivi prodigué par le médecin traitant ainsi que de l'information. Les couples du groupe expérimental ont, en plus, pris part à trois rencontres de psychoéducation et de soutien. Ces rencontres ont eu lieu à deux, six et 12 semaines suivant le départ de l'hôpital. Ces séances ont permis aux participants de recevoir de l'information sur l'infarctus, de travailler la résolution de problème et d'être mieux outillés face à la détresse émotionnelle engendrée par la maladie. Des mesures de santé physique et psychologique ont été évaluées avant l'intervention, puis 24 mois après. Les résultats obtenus ne suggèrent pas de différence significative entre les groupes et ne permettent pas de dégager un effet significatif de l'intervention (Liljeroos *et al.*, 2015).

Tableau 1

Présentation des études

Auteurs	Échantillons	Variables	Intervention	Résultats
Sher <i>et al.</i> 2014	N = 80 patients, maladie coronarienne ou événement cardiaque	Patients : -Exercice physique -Alimentation -Adhésion à la médication -Satisfaction conjugale	Expérimental : 18 rencontres de groupe en couple (psychoéducation) + habiletés de communication, difficultés motivationnelles et relationnelles Contrôle : 18 rencontres de groupe (psychoéducation), patients seulement	Augmentation significative du niveau d'exercice dans les 2 groupes Pas d'amélioration au niveau de l'alimentation et de l'adhésion à la médication Interaction entre le niveau de satisfaction conjugale pré intervention et le groupe
Yates <i>et al.</i> 2015	N = 34 patients, pontage coronarien	Patients : -Capacités physiques Patients + partenaires : -Activité physique -Alimentation	Programme de 3 mois : -Psychoéducation en groupe -Suivi individuel -Accès aux installations d'entraînement Expérimental : Patients et partenaires Contrôle : Patients Partenaires : invités aux rencontres de groupe + accès aux installations	Patients : Capacités physiques augmentées chez les deux groupes Patients et partenaires : Pas de maintien du niveau d'activité physique recommandé dans le temps Amélioration au niveau des habitudes alimentaires Pas de différence entre les groupes
Wadden 1983	N = 36 patients, hypertension Séparés en fonction de la médication : -sans médication -diurétiques seulement -bêta bloqueurs avec ou sans diurétiques	Patients : -Pression artérielle -Temps de pratique	8 rencontres de groupe : entraînement aux techniques de relaxation Expérimental : Patients + partenaires (au moins 5 rencontres sur 8) Contrôle : Patients seulement	Diminution significative de la pression artérielle dans les 2 groupes Temps de pratique significativement plus grand dans le groupe expérimental

Auteurs	Échantillons	Variables	Intervention	Résultats
Dracup 1985	N = 58 patients, maladie coronarienne	Patients : -Estime de soi -Anxiété -Dépression -Hostilité -Satisfaction conjugale	Expérimental : Programme de réadaptation de base + 10 rencontres en couple Expérimental : Programme de base + 10 rencontres individuelles Contrôle : programme de base seulement	Amélioration significative de l'estime de soi chez les patients participant de façon individuelle Diminution de l'anxiété, des symptômes dépressifs et de l'hostilité chez les trois groupes Pas de changement pour le niveau de satisfaction conjugale
Hartford <i>et al.</i> 2002	N = 131 couples Patients : pontage coronarien	Patients + partenaires : -Anxiété	Expérimental : 7 contacts téléphoniques avec un membre du personnel infirmier Contrôle : Soins de base	Patients : pas de changement significatif, pas de différence entre les groupes Partenaires : diminution chez les deux groupes Anxiété plus élevée chez les patients que chez les partenaires
Thompson et Meddis, 1990a, 1990b	N = 60 couples Patients : infarctus 3 groupes expérimentaux 3 groupes contrôles	Patients + partenaires : -Anxiété -Symptômes dépressifs	Expérimental : Soins de base + 4 rencontres de psychoéducation et de soutien Contrôle : Soins de base	Patients : Diminution significative de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez les groupes expérimentaux Partenaires : Diminution significative de l'anxiété chez les groupes expérimentaux Pas de différence entre les groupes pour les symptômes dépressifs Anxiété plus élevée chez les partenaires que chez les patients
Song <i>et al.</i> 2005	N = 32 patients allant avoir une chirurgie cardiaque + substitut 75% des dyades = couples	Patients : -Prise de décision Patients + partenaires : -Congruence -Anxiété -Connaissance des traitements possibles	Expérimental : Entrevue éducative pré chirurgie pour le patient et le substitut Contrôle : Soins de base = Information écrite pré chirurgie	Plus grande congruence chez les dyades du groupe expérimental Pas de différence significative entre les deux groupes pour le niveau d'anxiété, tant chez les patients que chez les substituts Pas de différence significative entre les groupes pour le niveau de connaissance, tant chez les patients et les substituts

Auteurs	Échantillons	Variables	Intervention	Résultats
Fridlund <i>et al.</i> 1991	N = 116 patients, infarctus	Patients : -Condition physique -Habitudes de vie -État psychologique -Satisfaction par rapport à la vie -Douleurs à la poitrine suivant un effort -Évaluation personnelle du niveau d'effort physique	Expérimental : Soins de base (3 suivis éducatifs sur une période de 12 mois) + rencontres hebdomadaires de psychoéducation en groupe x 6 mois avec le partenaire amoureux Contrôle : Soins de base (3 suivis éducatifs sur une période de 12 mois)	Santé physique : Amélioration significativement plus grande chez les patients du groupe expérimental Santé psychologique : Pas de différence significative entre les 2 groupes
Gortner <i>et al.</i> 1988	N = 67 couples	Patients : Mesures de santé physique et psychologique	Expérimental : Contenu éducatif sur la santé physique + vidéo éducative et 1 rencontre sur la santé psychologique + 6 rencontres téléphoniques avec un membre du personnel infirmier	Pas de différence significative entre les groupes, tant pour les patients que les partenaires
Gillis <i>et al.</i> 1990	Patients : 1 ^{ère} chirurgie cardiaque	Patients + partenaires : -Ajustement familial et conjugal	Contrôle : Contenu éducatif sur la santé physique	
Lenz et Perkins 2000	N = 38 dyades Patients : pontage coronarien Partenaire : conjoint ou personne responsable des soins 78% des dyades = couples	Patients : -Santé physique -Symptômes dépressifs -Niveau de santé fonctionnelle -Satisfaction vis-à-vis des soins reçus Partenaires : -Santé physique (auto-évaluation) -Symptômes dépressifs	Expérimental : Soins de base (contenu éducatif) + 1 rencontre avec un membre du personnel infirmier + 9 contacts téléphoniques avec les chercheurs (psychoéducation et soutien) Contrôle : Soins de base (contenu éducatif)	Pas de différence significative entre les groupes, tant pour les patients que les partenaires
Jones et West 1996	N = 2328 patients, infarctus	Patients : -Qualité de vie -Morbidity -Mortalité -Prise de la médication -Symptômes anxieux et dépressifs	Expérimental : 7 rencontres hebdomadaires (psychoéducation, gestion du stress, relaxation); les 2 premières rencontres incluent le partenaire. Contrôle : Soins de base	Pas de différence significative entre les 2 groupes

Auteurs	Échantillons	Variables	Intervention	Résultats
Johnston <i>et al.</i> 1999	N = 100 patients, infarctus + 72 partenaires	Patients + partenaires : -Connaissance de la maladie -Symptômes anxieux et dépressifs -Satisfaction avec les soins reçus Patients : -Limitations fonctionnelles	Expérimental : Soins de base (suivi par le médecin traitant) + 5 rencontres de psychoéducation et de soutien avec un membre du personnel infirmier Expérimental : Soins de base (suivi par le médecin traitant) + 5 rencontres de psychoéducation et de soutien + 8 rencontres en individuel ou en couple Contrôle : Soins de base (suivi par le médecin traitant)	Effet significatif des deux interventions, chez les patients et les partenaires lorsque comparés au groupe contrôle Pas de différence entre les 2 groupes expérimentaux
Liljeroos <i>et al.</i> 2015	N = 155 couples Patients : infarctus	Patients + partenaires : -Santé globale -Symptômes dépressifs -Perception de contrôle sur la maladie	Expérimental : Soins de base (suivi médical et contenu informatif) + 3 rencontres de psychoéducation et de soutien Contrôle : Soins de base (suivi médical et contenu informatif)	Pas d'effet significatif de l'intervention Pas de différence entre les 2 groupes

PORTRAIT CRITIQUE

Effet des interventions. Les chercheurs des études recensées se sont intéressés à l'effet d'une intervention offerte aux patients ayant une maladie cardiovasculaire et à leur partenaire. Les couples participants étaient comparés aux patients recevant l'intervention sans leur partenaire ou aux patients recevant les soins habituellement offerts en centre hospitalier. Les variables à l'étude étaient de nature physique (p. ex., maintien de bonnes habitudes de vie) et/ou de nature psychologique (p. ex., niveau d'anxiété). Les résultats obtenus dans ces 13 études témoignent d'une efficacité plutôt faible des interventions. Seules trois recherches ont rapporté des résultats positifs (Johnston *et al.*, 1999; Sher *et al.*, 2014; Thompson et Meddis, 1990), alors que deux d'entre elles (Fridlund *et al.*, 1991; Wadden, 1983) ont vu leurs hypothèses être partiellement confirmées. Les hypothèses de départ d'une majorité d'études n'ont pu être confirmées. En effet, les recherches de Dracup (1985), Gortner *et al.* (1988), Hartford *et al.* (2002), Jones et West (1996), Lenz et Perkins (2000), Liljeroos *et al.* (2015), Song *et al.* (2005), ainsi que celle de Yates *et al.* (2015) n'ont pu suggérer de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle, tant sur les variables de santé physique que de santé psychologique. En fonction de la littérature scientifique actuelle, il ne semble pas possible de confirmer l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes au cours de la réadaptation cardiaque.

LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

Types d'intervention. Deux aspects ont été contrôlés par les chercheurs, afin de limiter la variabilité inter-groupe et inter-étude. D'abord, tant les participants des

groupes expérimentaux que les participants des groupes contrôles étaient en couple. De plus, la majorité des auteurs se sont assurés qu'il n'y ait pas de différence marquée entre les groupes expérimentaux et contrôles sur des variables telles que le sexe, la sévérité de la maladie, l'âge, etc.

Cependant, d'autres aspects rendent difficile la comparaison des études et de leurs résultats. Premièrement, il y avait une grande hétérogénéité dans les interventions testées. En effet, certaines interventions n'incluaient le partenaire amoureux qu'une seule fois ou quelques fois dans le suivi. Cette implication était généralement déterminée dans le protocole de recherche, mais elle pouvait aussi être déterminée en fonction de l'intérêt du couple, comme c'est le cas dans l'étude de Johnston *et al.* (1999). Par ailleurs, plusieurs interventions proposaient des rencontres de groupe en couple, alors que pour d'autres il s'agissait d'un suivi en personne ou par téléphone. Certaines se concentraient sur l'aspect informatif, d'autres offraient un soutien psychologique, alors que d'autres proposaient l'apprentissage et la pratique de diverses techniques (relaxation, communication, résolution de problème). Peu d'interventions visaient un contenu directement lié à la vie de couple. La majorité des thématiques abordées se concentraient sur la maladie cardiaque (facteurs de risque, impacts de la maladie, traitements, habitudes de vie, etc.) et la gestion émotionnelle. Seules les études de Sher *et al.* (2014), Lenz et Perkins (2000) et Dracup (1985) ont abordé des thématiques propres à la vie de couple (communication, modification des rôles, gestion des conflits). Il est finalement important de noter que les interventions proposées ne s'appuyaient pas sur des modèles de compréhension ou des théories reconnues sur

le fonctionnement de couple (p. ex., attachement chez l'adulte) et qu'une seule étude a proposé une intervention menée, entre autres, par des psychologues (Jones et West, 1996).

Groupes contrôles. L'hétérogénéité importante dans les soins offerts aux groupes contrôles est un autre aspect qui rend difficile la comparaison des études. En effet, dans certains cas, les participants des groupes contrôles ont pris part à la même intervention que les participants du groupe expérimental, sans être accompagnés de leur partenaire amoureux, alors que d'autres ont reçu les soins de base offerts dans le milieu hospitalier participant. À ce sujet, il n'est pas toujours possible de savoir quelle était la nature des soins de base offerts et ces programmes différaient d'une étude à l'autre. Par ailleurs, dans les cas où ce programme de base était plus étoffé (p. ex., Dracup, 1985), il est possible que cela ait limité l'effet de l'intervention testée. En effet, le fait de recevoir de l'information et du soutien dans le cadre du programme de soins de base lors de la période de réadaptation a pu avoir un impact positif sur la santé physique et psychologique des participants, limitant ainsi la différence entre les résultats obtenus entre le groupe contrôle et expérimental.

Variabilité dans les diagnostics. On dénote également une grande variabilité entre les études quant aux diagnostics de maladie cardiovasculaire et à la sévérité et la durée de la maladie chez les patients participants. Cela peut avoir influencé l'état physique et psychologique pré-intervention dans lequel se trouvait les patients et leur partenaire et ainsi avoir eu un impact sur la réadaptation.

Qualité de la relation de couple. Alors que les chercheurs présentés dans cette recension s'intéressaient à l'ajout du partenaire amoureux dans la réadaptation cardiaque, peu d'entre eux se sont intéressés à la satisfaction conjugale ou la qualité de la relation. Seuls Dracup (1985), Gillis *et al.* (1990), Gortner *et al.* (1988) et Sher *et al.* (2014) l'ont mesurée. Les résultats obtenus par Sher et ses collègues (2014), par exemple, suggèrent que le niveau de satisfaction conjugale peut influencer l'impact potentiel de l'intervention, dans ce cas-ci en ayant favorisé un plus grand niveau d'exercice physique. Il semble qu'il serait pertinent de considérer le niveau de satisfaction conjugale, puisqu'il s'agit d'un déterminant important dans le développement et le pronostic de la maladie ainsi que d'un facteur modérateur pouvant moduler l'effet d'une intervention chez les patients et leur partenaire.

Échantillons. À l'exception de l'étude Jones et West (1996; $N = 2328$), les essais cliniques cités ici avaient tous de petits échantillons ($N = 34$ à 172). Pour certaines des études présentées (Fridlund *et al.*, 1991; Gillis *et al.*, 1990; Gortner *et al.*, 1988; Hartford *et al.*, 2002; Lenz et Perkins, 2000; Liljeroos *et al.*, 2015; Sher *et al.*, 2014; Song *et al.*, 2005; Yates *et al.*, 2015), cette situation s'est avérée problématique. En effet, en raison d'une difficulté de recrutement ou d'un pourcentage important d'abandon,

ces chercheurs n'ont pu attendre la puissance statistique nécessaire. Cela a pu nuire à la possibilité d'obtenir des différences significatives entre les groupes.

À ce sujet, il est aussi important de noter que certains chercheurs ont eu de la difficulté à recruter. Par exemple, les taux de participation pour les études de Yates *et al.* (2015), Sher *et al.* (2014), Lenz et Perkins (2000) et Hartford (2002) étaient respectivement de 54%, 28%, 75% et 21%. Il est possible qu'une différence existe entre les couples ayant accepté et ceux ayant refusé de participer par rapport à leur satisfaction conjugale, leur motivation, et leur état physique et psychologique.

Par ailleurs, certains aspects de ces échantillons ont affecté la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. En général, ils étaient homogènes, étant composés de couples hétérosexuels majoritairement caucasiens. L'homme représentait principalement le patient et la femme, la conjointe. Des personnes de diverses origines ethniques, des couples LGBTQ+, ainsi que des femmes font eux aussi face à la maladie cardiovasculaire. Les résultats obtenus jusqu'à maintenant ne permettent pas de déterminer si les interventions proposées sont bien adaptées à leur réalité.

Instruments. Un autre point à considérer est l'utilisation de questionnaires auto-rapportés. Bien que ce type d'instruments soit utile, spécialement dans l'évaluation de la santé mentale, il importe d'interpréter les résultats obtenus avec prudence. En effet, il s'agit de mesures subjectives : il y a pu avoir de la désirabilité sociale ainsi qu'une sur ou une sous-évaluation des difficultés chez certains participants. Au niveau physique, des mesures plus objectives existent (p. ex., mesure de la pression artérielle, mortalité). Par rapport à la santé psychologique, une entrevue structurée faite par un professionnel formé peut aussi limiter la subjectivité. Certains auteurs ont utilisé ce type de mesure en combinaison avec des questionnaires auto-rapportés, soit Fridlund *et al.* (1991), Gortner *et al.* (1988), Jones et West (1996), Sher *et al.* (2014), Thompson et Meddis (1990a), Wadden (1983), Yates *et al.* (2015).

Études longitudinales. Bien que la majorité de ces recherches aient inclus une mesure longitudinale, le temps entre la fin du traitement et la prise de mesure à la relance était relativement court, en général autour de six mois. Une seule étude a fait une relance à 18 mois (Sher *et al.*, 2014) et une autre à 24 mois (Liljeroos *et al.*, 2015). Dans l'état actuel de la recherche, il n'est donc pas possible d'établir l'impact potentiel à long terme des interventions.

Discussion

Forces et limites de la recension. Cette recension a répondu aux trois objectifs de départ en présentant les études qui ont vérifié l'effet d'une intervention impliquant le partenaire amoureux dans le cadre de la réadaptation cardiaque, en mettant en lumière le succès limité des interventions évaluées auprès de cette population, ainsi

qu'en détaillant les limites des études recensées. Elle diffère des ouvrages existants par les critères d'inclusion et d'exclusion déterminés ainsi que par les objectifs retenus. En effet, seules les études expérimentales et quasi expérimentales ont été incluses. Par ailleurs, elle présente une analyse critique des études sélectionnées et traite, en détail, des limites de ces études. Elle permet finalement d'élargir la littérature scientifique en français.

Il faut néanmoins tenir compte de certaines limites inhérentes aux choix qui ont été effectués dans le cadre de la présente revue. D'abord, la décision de sélectionner seulement les études expérimentales et quasi expérimentales visait à inclure des recherches dont la méthodologie était plus solide. Néanmoins, ce critère a pu empêcher l'inclusion de recherches qualitatives ou d'études sans groupe contrôle traitant de ce sujet. De plus, les articles rédigés dans des langues autres que le français et l'anglais n'ont pas été retenus, limitant ainsi l'accès à certaines études. En ce sens, il est possible que des recherches ayant testé des interventions conjugales reconnues et ayant obtenu des résultats positifs n'aient pas été sélectionnées.

Conclusion

L'ensemble des résultats obtenus quant à l'amélioration de la santé physique et psychologique des patients et de leur partenaire témoigne d'un succès assez faible. Les données actuelles ne permettent donc pas de statuer avec certitude de l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux dans la réadaptation cardiaque.

Le lien entre la qualité conjugale et la santé cardiovasculaire étant bien documenté, il semble nécessaire de développer des interventions impliquant le partenaire amoureux qui pourront être incluses dans la réadaptation cardiaque, tant dans le but d'améliorer la santé physique (p. ex., adhésion aux recommandations, pronostic) que la santé psychologique et le fonctionnement (p. ex., symptômes anxieux, ajustement conjugal) des patient(e)s et de leur conjoint(e).

De nouvelles études seront nécessaires, afin de combler les lacunes des recherches actuelles et d'identifier les interventions qui sont efficaces. Il sera pertinent d'utiliser des approches conjugales déjà validées empiriquement auprès de la population en santé et de les tester auprès des couples faisant face à la maladie cardiovasculaire. Certains chercheurs ont déjà amorcé un travail en ce sens. Par exemple, Tulloch et ses collègues (2020) ont obtenu des résultats prometteurs en utilisant une intervention basée sur la théorie de l'attachement auprès des patients et de leur partenaire. Il sera finalement utile de faire des études de processus, afin de dégager les ingrédients actifs et de déterminer quels sont les effets spécifiques de l'implication du partenaire amoureux et ainsi d'adapter les interventions proposées aux couples dans le cadre de la réadaptation cardiaque.

Abstract

The quality of the romantic relationship is one of the psychosocial factors that has an impact on the development and prognosis of cardiovascular disease (Greenman *et al.*, 2014). The inclusion of the romantic partner in cardiac rehabilitation seems to be promising since the spouse can have a positive influence on different aspects: lifestyle, motivation, social and emotional support, decision-making, and communication (Tulloch & Greenman, 2018). The inclusion of the romantic partner can also help to combine secondary prevention strategies for the patient and primary prevention strategies for the spouse (Yates *et al.*, 2015). This review aims to present studies that have verified the impact of an intervention involving the partner in a cardiac rehabilitation setting, to evaluate the effects of these interventions on the physical and psychological health of patients and partners and finally, to present the limits of these studies. Thirteen studies were identified through PsycINFO, PsycARTICLES, and PubMed, as well as through other reviews and a meta-analysis. The identified studies were different interventions for patients with cardiac disease in which the romantic partner took part in at least one session. The results suggest a moderate impact. The majority of researchers did not find a difference between the intervention and usual care. The results are considered according to the limits of the studies: small homogeneous samples, variability in the proposed interventions, absence of a recognized couple therapy, selection bias, short follow-up, and difficult comparison between interventions and usual care. More studies will be needed to provide meaningful evidence to health care professionals.

Keywords : Cardiovascular disease, cardiac rehabilitation, couple intervention, intervention involving the romantic partner

Références

- Aggarwal, B., Liao, M., Christian, A. et Mosca, L. (2009). Influence of caregiving on lifestyle and psychosocial risk factors among family members of patients hospitalized with cardiovascular disease. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 93-98. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0852-1>
- Cameron, J., Thompson, D. R., Szer, D., Greig, J. et Ski, C. F. (2017). Dyadic incongruence in chronic heart failure: Implications for patient and carer psychological health and self-care. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4804-4812. <https://doi.org/10.1111/jocn.13836>
- Dracup, K. (1985). A controlled trial of couples group counseling in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 5, 436-442.
- Fridlund, B., Högstedt, B., Lidell, E. et Larsson, P. A. (1991). Recovery after myocardial infarction: Effects of a caring rehabilitation program. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 5, 23-32. <https://doi.org/10.1111/j1471-6712.1991.tb00078.x>
- Gillis, C.L., Neuhaus, J. M. et Hauck, W. W. (1990). Improving family functioning after cardiac surgery: A randomized trial. *Heart and Lung*, 19, 648-654.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. D., Bravata,

- D. M., Ford, E. S., Fox, C. S., Franco, S., Fullerton, H. J., Gillespie, C., Hailpern, S. M., Heit, J. A., Howard, V. J., Huffman, M. D., Kissela, B. M., Kittner, S. J., Lackland, D. T. et Turner, M. B. (2013). Heart disease and stroke statistics – 2013 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *127*, 6-245. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31828124ad>
- Gortner, S. R., Gillis, C. L., Shinn, J. A., Sparacino, P. A., Rankin, S., Leavitt, M., Price, M. et Hudes, M. (1988). Improving recovery following cardiac surgery: A randomized clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, *13*, 649-661. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01459.x>
- Greenman, P. S., Tassé V. et Tulloch, H. (2014). Straight to the heart: Romantic relationships, Attachment, and the management of cardiac disease. Dans A. Rennolds (dir.), *Psychology of Perception and Interpersonal Relationships* (pp.157-174). Nova Science Publishers.
- Hartford, K., Wong, C. et Zakaria, D. (2002). Randomized controlled trial of a telephone intervention by nurses to provide information and support to patients and their partners after elective coronary artery bypass graft surgery: Effects of anxiety. *Heart and Lung*, *31*, 199-206. <https://doi.org/10.1067/mhl.2002.122942>
- Johnston, M., Foulkes, J., Johnston, D.W., Pollard, B. et Gudmundsdottir, H. (1999). Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counseling and rehabilitation: A controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 225-233. <https://doi.org/0033-3174/99/6102-0225>
- Jones, D. A. et West, R. R. (1996). Psychological rehabilitation after myocardial infarction: Multicenter randomized controlled trial. *British Medical Journal*, *313*, 1517-1521. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7071.1517>
- Liljeroos, M., Agren, S., Jaarsma, T., Arestedt, K. et Strömberg, A. (2015). Long term follow-up after a randomized integrated educational and psychosocial intervention in patient-partner dyads affected by heart failure. *PLOS ONE*, *10*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138058>
- Lenz, E. R. et Perkins, S. (2000). Coronary artery bypass graft surgery patients and their family member caregivers: Outcomes of a family-focused staged psychoeducational intervention. *Applied Nursing Research*, *13*, 142-150. <https://doi.org/10.1053/apnr.2000.7655>
- Manfredini, R., De Giorgi, A., Tiseo, R., Boari, B., Cappadona, R., Salmi, R., Gallerani, M., Signagni, F., Manfredini, F., Mikhailidis, D., P. et Fabbian, F. (2017). Marital status, cardiovascular diseases, and cardiovascular risk factors: A review of the evidence. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, *26*, 624-632. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6103>
- Martire, L. M., Schulz, R., Helgeson, V. S., Small, B. J. et Saghafi, E. M. (2010). Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*, 325-342. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9216-2>
- Randall, G., Molloy, G. J. et Steptoe, A. (2009). The impact of an acute cardiac event on the partners of patient: A systematic review. *Health Psychology Review*, *3*, 1-84. <https://doi.org/10.1080/17437190902984919>
- Reid, J., Ski, C. F. et Thompson, D. R. (2013). Psychological interventions for patients with coronary heart disease and their partners: a systematic review. *PLoS One*, *8*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073459>
- Rouleau, C. R., King-Shier, K. M., Tomfohr-Madsen, L. M., Bacon, S. L., Aggarwal, S., Arena, R. et Campbell, T. S. (2018). The evaluation of a brief motivational intervention to promote intention to participate in cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *Patient Education Counseling*, *101*, 1914-1923. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.015>
- Sher, T., Braun, L., Domas, A., Bellg, A., Baucom, D. H. et Houle, T. T. (2014). The Partner For Life Program: A couple approach to cardiac risk reduction. *Family Process*, *53*, 131-149. <https://doi.org/10.1111/famp.12061>
- Shields, C. G., Finley, M. A., Chawla, N. et Meadors, P. (2012). Couple and family interventions in health problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*, 265-280. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00269.x>
- Song, M-K., Kirchhoff, K. T., Douglas, J., Ward, S. et Hammes, B. (2005). A randomized, controlled trial to improve advance care planning among patients undergoing cardiac surgery. *Medical Care*, *43*, 1049-1053. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000178192.10283.b4>
- Statistique Canada (2019, 18 janvier). Les dix principales causes de décès, 2013. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310039401>
- Thompson, D. R. et Meddis, R. A. (1990a). A prospective evaluation of in-hospital counselling for first time myocardial infarction men. *Journal of Psychosomatic Research*, *34*, 237-248. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(90\)90080-N](https://doi.org/10.1016/0022-3999(90)90080-N)
- Thompson, D. R. et Meddis, R. A. (1990b). Wive's responses to counselling early after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, *34*, 249-258. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(90\)90081-E](https://doi.org/10.1016/0022-3999(90)90081-E)
- Tulloch, H. E. et Greenman, P. S. (2018). In sickness and in health: relationship quality and cardiovascular risk and management. *Current Opinion in Cardiology*, *33*, 521-528. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000553>
- Tulloch, H., Johnson, S., Demidenko, N., Clyde, M., Bouchard, K. et Greenman, P. S. (2020). An attachment-based intervention for patients with cardiovascular disease and their partners; A proof-of-concept study. *Health Psychology*, Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0001034>

- Wadden, T. A. (1983). Predicting treatment response to relaxation therapy for essential hypertension. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *171*, 11, 683-689. <https://doi.org/10.1097/00005053-198311000.00007>
- Whalley, B., Thompson, D. R. et Taylor, R. S. (2014). Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *International of Behavioral Medecine*, *21*, 109-121. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9282.x>
- Yates, B. C., Norman, J., Meza, J., Krogstrand, K. S., Harrington, S., Shurmur, S., Johnson, M. etSchumacher. K. (2015). Effects of Partners Together in Health intervention on physical activity and healthy eating behaviors: A pilot study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *30*, 109-120. <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000127>