

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INTERVENTION CONJUGALE ET RÉADAPTATION CARDIAQUE :
RECENSIONS DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES ET ÉTUDE SUR LE PROCESSUS
THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANAÏS MORIN-TURMEL

JUILLET 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Il y a des années déjà que je visualise cet instant où, assise devant mon ordinateur, j'écris mes remerciements. Et voilà. C'est le moment!

Je tiens d'abord à remercier mes directeurs, qui m'ont guidée et accompagnée pendant toutes ces années. Paul, merci énormément d'avoir cru en moi dès le début. Mille mercis pour ton aide, ta patience, ton implication et ton ouverture. Merci pour le temps, les bons mots et les encouragements. Bien des étapes de vie plus tard, nous y voici enfin! Claude, merci énormément de m'avoir donné l'opportunité de faire le PhD. Merci pour le partage de votre grande expérience et merci pour le temps consacré à mon projet.

Merci à Catherine et Francis de m'avoir assistée dans certaines étapes de la recherche. Le temps et l'enthousiasme que vous y avez mis auront été une aide précieuse dans l'avancement de mon projet.

Merci à mes parents, France et Jean-Raymond, de m'avoir permis de faire ce que je veux dans la vie et d'avoir facilité ma route à tous les niveaux. Ce que je vis, c'est en grande partie grâce à vous. Merci pour votre confiance, votre amour et votre précieux soutien. Merci aussi à Jasmine pour tous les bons mots et les encouragements, tant dans mon parcours scolaire que dans ma vie personnelle. Je vous aime.

Merci à mon amoureux, Tommy, d'avoir été patient et soutenant au cours de ce (long) parcours. Merci pour ton aide et tes encouragements. Nous formons une belle équipe et j'en suis fière. Santé à toutes ces nouvelles étapes et ces nouveaux projets qui vont enfin pouvoir se concrétiser!

À mes beaux amis du doctorat, Isabelle, Claudia et Antoine, merci. Votre présence, vos encouragements, votre confiance ainsi que le partage de tous ces moments uniques m'ont apporté du réconfort et beaucoup de bonheur tout au long du doctorat. J'ai énormément de gratitude pour notre amitié qui va bien au-delà des murs de l'université. C'est un honneur pour moi de traverser toutes ces étapes de vie avec vous à mes côtés.

À mes belles amies, Julie et Émilie, rencontrées au baccalauréat en psychologie. Merci pour les périodes intensives d'étude. Mais surtout, merci pour tout le reste. J'ai toujours senti beaucoup de confiance et de bienveillance dans votre regard, ce qui m'a aidée à cheminer et à persévérer.

Merci finalement à tous ceux, amis, famille, superviseurs et collègues, qui ont été présents dans les dernières années et qui m'ont conseillée, écoutée, rassurée et encouragée. Parmi eux, une pensée spéciale pour l'amour, le soutien, les encouragements, les enseignements et la confiance reçus de Pamela, Sarah, Mathilde, Myra, Barbara, Alexandre et Louis-Francis.

Il y a des années déjà que je visualise cet instant où, assise devant mon ordinateur, j'écris mes remerciements. Et voilà, c'est fait. Je me sens choyée et reconnaissante.

Merci,

Anaïs

DÉDICACE

Cette recherche doctorale est dédiée à tous les couples qui vivent avec un cœur brisé.

Elle est également dédiée à la mémoire de Melody Matte, pour le précieux soutien qu'elle a apporté à l'un de ces couples.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xi
RÉSUMÉ	xii
ABSTRACT	1
CHAPITRE I Introduction générale.....	3
1.1 Les maladies cardiovasculaires.....	4
1.1.1 Définition	4
1.1.2 Prévalence et mortalité	4
1.1.3 Facteurs de risque et de protection	5
1.2 Liens entre les maladies cardiovasculaires et la relation de couple	7
1.2.1 Impacts des maladies cardiovasculaires sur le couple.....	7
1.2.2 Impacts de la relation conjugale sur les maladies cardiovasculaires.....	8
1.2.3 Liens entre les maladies cardiovasculaires et la santé psychologique	9
1.3 Interventions conjugales au sein de la réadaptation cardiaque.....	9
1.3.1 Pertinence des interventions conjugales	9
1.3.2 Efficacité des interventions conjugales	10
1.4 Thérapie de couples axée sur l'émotion (TCÉ).....	11
1.4.1 Historique de la TCÉ	11
1.4.2 Objectif de la TCÉ.....	12
1.4.3 Fondement théorique de la TCÉ.....	12
1.4.4 Stades et étapes de la TCÉ.....	17
1.4.5 Tango	19
1.4.6 Efficacité de la thérapie de couple axée sur l'émotion.....	20
1.4.7 Étude du processus thérapeutique	21
1.5 Analyse de tâche	22

1.6 Résumé de la problématique	23
1.7 Objectifs de la recherche doctorale.....	23
1.8 Méthode et approbation éthique	25
CHAPITRE II Interventions impliquant le partenaire amoureux au sein de la réadaptation cardiaque : recension des écrits scientifiques et analyse critique (article 1).....	27
2.1 Introduction	31
2.2 Objectifs	32
2.3 Méthode.....	33
2.4 Présentation des études.....	34
2.4.1 Variables de santé physique.....	34
2.4.2 Variables de santé psychologique	37
2.4.3 Variables de santé physique et psychologique.....	40
2.5 Portrait critique	45
2.5.1 Effet des interventions	45
2.5.2 Limites des études recensées.....	46
2.6 Discussion.....	50
2.6.1 Forces et limites de la recension	50
2.6.2 Conclusion	51
CHAPITRE III Efficacité de la thérapie de couple axée sur l'émotions : recension des écrits scientifiques et analyse critique (article 2)	62
3.1 Introduction	65
3.2 Objectifs de la recension	66
3.3 Fondements théoriques de la thérapie de couple axée sur l'émotion.....	66
3.3.1 Attachement et relation conjugale.....	66
3.3.2 Dynamiques interactionnelles	67
3.4 Stades et étapes de la thérapie de couple axée sur l'émotion.....	69
3.5 Méthode.....	71
3.5.1 Instruments.....	72
3.6 Résultats	73
3.6.1 Population générale	73

3.6.2 Clientèles spécifiques	74
3.7 Forces méthodologiques des études recensées	80
3.8 Limites méthodologiques, statistiques et conceptuelles des études recensées	81
3.9 Conclusion	83
CHAPITRE IV Thérapie de couple axée sur l'émotion : une étude sur le processus thérapeutique de couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiaque (article 3)	111
4.1 Introduction	114
4.1.1 Interventions conjugales au cours de la réadaptation cardiaque	114
4.1.2 Thérapie de couple axée sur l'émotion	115
4.2 Objectifs et hypothèses	119
4.3 Méthode	120
4.3.1 Participants	120
4.3.2 Instruments	121
4.3.3 Procédures	123
4.4 Résultats	126
4.4.1 Accords inter-juges	126
4.4.2 Tango	126
4.4.3 Niveau d'expérience émotionnelle	130
4.4.4 Qualité des interactions	135
4.4.5 Modèles théoriques-empiriques	141
4.5 Discussion	142
4.5.1 Objectifs et hypothèses	142
4.5.2 Ingrédients actifs	143
4.5.3 Forces et pertinence de l'étude	148
4.5.4 Limites de l'étude	149
4.5.5 Études futures	149
CHAPITRE V Discussion générale	155
5.1 Objectifs de la recherche doctorale	155
5.2 Présentation et intégration des résultats	156
5.2.1 Efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux au cours de la réadaptation cardiaque	156
5.3 Contributions de la recherche doctorale	169

5.3.1 Contribution des recensions des écrits.....	170
5.3.2 Contribution de l'étude sur le processus thérapeutique de la TCÉ	171
5.4 Limites de la recherche doctorale	172
5.5 Perspectives de recherches futures.....	173
5.6 Conclusion.....	176
 ANNEXE B Lettre confirmant la publication de l'article 2 à la Revue québécoise de psychologie	178
 ANNEXE C Lettre confirmant la soumission de l'article 3 au Bulletin de psychologie	179
 ANNEXE D Formulaire de consentement à la participation.....	180
 RÉFÉRENCES (Chapitres I et V).....	183

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Diagramme de la sélection des études.....	64
3.1 Diagramme de la sélection des études.....	105
4.1 Modèle théorique : couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré..	157
4.2 Modèle théorique : couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré	158
4.3 Modèle théorique-empirique : partenaire masculin du couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré	159
4.4 Modèle théorique-empirique : partenaire féminine du couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré	160
4.5 Modèle théorique-empirique : partenaire masculin du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré	161
4.6 Modèle théorique-empirique : partenaire féminine du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré	162

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Présentation des études	65
3.1 Présentation des études – population générale.....	106
3.2 Présentation des études – clientèles spécifiques	107
4.1 Étapes de l'analyse de tâches (phase de découverte)	163

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

TCÉ : Thérapie de couple axée sur l'émotion

EFT : Emotionally Focused Couple Therapy

OMS : Organisation mondiale de la santé

RÉSUMÉ

Cette thèse de doctorat porte sur l'utilisation d'une thérapie conjugale au cours de la réadaptation cardiaque. Ce type d'intervention trouve sa justification dans la prévalence des maladies cardiovasculaires, qui représentent la cause principale de mortalité dans le monde (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2020), ainsi que dans le lien entre la qualité de la relation de couple et le diagnostic d'une telle maladie (Tulloch et Greenman, 2018). La littérature scientifique offre néanmoins peu de données probantes aux professionnels de la santé qui souhaitent intervenir auprès des patients et de leurs partenaires, afin d'améliorer la qualité de leur relation.

Le premier objectif de cette recherche doctorale était donc de vérifier les données disponibles dans la littérature scientifique concernant l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes aux patients en réadaptation cardiaque. Une recension des écrits scientifiques a été réalisée à cet effet. Les résultats colligés témoignent de l'effet modéré des interventions évaluées. Une majorité d'auteurs n'ont effectivement pas pu dégager de différences entre les interventions testées et les soins de bases offerts dans les milieux hospitaliers. Par ailleurs, cette absence de résultats significatifs pourrait en partie être imputable aux limites qui ont été relevées dans les études recensées.

La thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) est une intervention conjugale reconnue, dont l'efficacité auprès d'une population en santé a été établie dans plusieurs études (Beasley et Ager, 2019). Le second objectif de cette recherche doctorale était donc de synthétiser les données présentes dans la littérature concernant son efficacité auprès de diverses clientèles et plus spécifiquement, auprès d'une population cardiaque. Une deuxième recension des écrits scientifiques a donc été réalisée à ce sujet. Les résultats obtenus démontrent que la TCÉ est efficace dans la diminution de la détresse conjugale chez les couples en santé, ainsi que chez des couples vivant diverses problématiques spécifiques. Aucune étude ne semble toutefois avoir vérifié l'impact de la TCÉ auprès des couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire.

En parallèle aux études d'efficacité, les études portant sur le processus thérapeutique permettent de mieux comprendre quelles sont les interventions thérapeutiques et les caractéristiques des clients qui peuvent contribuer au succès de l'intervention. Plusieurs

études sur le processus de la TCÉ ont été publiées, mais aucune d'entre elles ne porte spécifiquement sur le processus thérapeutique des couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire ni sur le premier stade de cette thérapie. Au cours du stade 1 de la TCÉ les partenaires sont amenés à développer une meilleure compréhension de leur rôle dans la dynamique d'interaction négative qu'ils partagent, afin de permettre l'affaiblissement de cette dynamique interactionnelle.

Le troisième objectif de cette recherche doctorale était donc de mieux comprendre le processus thérapeutique en jeu lors du premier stade de la TCÉ, lorsque cette dernière est dispensée auprès d'une population cardiaque. Une recherche exploratoire utilisant l'analyse de tâche (Greenberg, 2007) a été réalisée à cet effet. Deux couples ont été comparés : un couple pour qui la thérapie semble avoir contribué à l'amélioration de l'ajustement conjugal et un autre couple pour qui il n'y a pas eu d'amélioration. La présence des mouvements du « Tango », initiés par le thérapeute, a été vérifiée. Le « Tango » est une nouvelle conceptualisation des interventions thérapeutiques proposée par Johnson (2019). Il s'agit d'une séquence d'interventions composée de cinq mouvements ou étapes que le thérapeute utilise au cours des séances de TCÉ. Du côté des couples, l'intensité de l'expérience émotionnelle ainsi que la qualité des interactions entre les partenaires ont été étudiées. L'analyse exhaustive de séances de psychothérapie a permis de tester le processus hypothétique attendu, qui a été partiellement confirmé. Chez le thérapeute, les quatre premiers mouvements du « Tango » ont été initiés. Chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, le niveau d'expérience émotionnelle était plus élevé, alors que les interactions se sont avérées être plus hostiles. À l'inverse, chez le couple pour qui il n'y a pas eu d'amélioration, le niveau d'expérience émotionnelle était moindre, mais les interactions étaient davantage orientées vers le rapprochement. Des différences entre les partenaires de chaque couple ont finalement été observées.

D'autres études sur le processus permettront de vérifier les composantes observées dans notre recherche, afin d'établir un lien entre ces composantes et le succès thérapeutique. Par ailleurs, des études de nature quantitative permettront de confirmer l'efficacité de la TCÉ auprès d'une population cardiaque. L'ensemble de ces études permettra d'offrir de l'information valide aux professionnels de la santé et de soutenir adéquatement les patients en réadaptation cardiaque ainsi que leur partenaire.

Mots clés : Maladies cardiovasculaires, intervention conjugale, thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ), réadaptation cardiaque, processus thérapeutique

ABSTRACT

The subject of this doctoral thesis is the use of couple therapy during cardiac rehabilitation. This type of intervention finds its justification in the prevalence of cardiovascular disease, which represent the main cause of mortality in the world (World Health Organization (WHO), 2020), and in the link between the quality of the couple relationship and the diagnosis of these diseases (Tulloch & Greenman, 2018). There is, however, a lack of scientific data available in the literature for healthcare professionals who wish to intervene with the patients and their partners with the goal of improving their relationship.

The first objective of this doctoral research was therefore to verify the data available in the scientific literature concerning the effectiveness of conjugal interventions offered to patients during cardiac rehabilitation. A review of the scientific literature was carried out for this purpose. The results collected demonstrate the moderate effect of interventions evaluated on physical and psychological variables. A majority of authors were unable to identify differences between the interventions tested and the usual care offered in hospital settings. Furthermore, this absence of significant results could be partly due to several limitations in the reviewed studies.

Emotionally Focused Couple Therapy (EFT) is a recognized couple intervention. Its efficacy with healthy couples has been demonstrated in several studies (Beasley and Ager, 2019). The second objective of this doctoral research was to synthesize the data present in the literature concerning its effectiveness with various clienteles and more specifically, with couples facing cardiac disease. A second review of the scientific literature was carried out on this subject. The results obtained confirm that EFT is effective in reducing marital distress in healthy couples. The results of several studies also show the effectiveness of this intervention with distressed couples facing various difficulties. However, no study seems to have verified the impact of EFT on couples in which one of the partners has a cardiovascular disease.

In addition to the efficacy studies, therapeutic process studies provide a better understanding of the therapist interventions and client characteristics that can contribute to the success of the therapy. Several studies on the process of EFT have been published, but none of them address specifically the therapeutic process of couples in which one of the partners has cardiovascular disease, or the first stage of this

therapy. EFT stage 1 allows the establishment of a therapeutic alliance and promotes a better understanding, among partners, of their role in the negative dynamic that they share. The goal of this stage is to allow the weakening of this negative dynamic.

The third objective of this doctoral research was therefore to better understand the therapeutic process at play during the first stage of EFT with a cardiac population. Exploratory research using task analysis (Greenberg, 2007) was carried out for this purpose. Two couples were compared: a couple for whom therapy seems to have contributed to the improvement of marital adjustment and another couple for whom there was no improvement. The presence of the movements of the "Tango", initiated by the therapist, was verified. The "Tango" is a new conceptualization of therapeutic interventions proposed by Johnson (2019). It is a sequence of interventions made up of five movements or steps that the therapist uses during the EFT sessions. For the couples, the intensity of their emotional experience as well as the quality of their interactions were studied. The exhaustive analysis of psychotherapy sessions made it possible to test the expected hypothetical process, which was partially confirmed. The first four movements of the "Tango" were initiated by the therapist. In the couple for whom marital adjustment has improved, the level of emotional experience was higher, while their interactions were found to be more hostile. Conversely, in the couple for whom there was no improvement, the level of emotional experience was lower, but the interactions were more oriented towards closeness. Differences between the partners of each couple were finally observed.

Other therapeutic process studies will make it possible to verify the components observed in our research and to establish a link between these components and therapeutic success. In addition, quantitative studies may confirm the effectiveness of TCE in a heart population. All of these studies will provide valid information to healthcare professionals and provide adequate support to cardiac rehabilitation patients and their partners.

Keywords : Cardiovascular disease, marital intervention, Emotionally Focused Couple Therapy (EFT), cardiac rehabilitation, therapeutic process

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le modèle biopsychosocial de la santé conceptualise les problèmes de santé physique comme étant le résultat de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Brannon et Feist, 2007). Il existe donc selon cette modélisation un lien entre la santé physique et le bien-être psychologique et social des individus. Par ailleurs, la maladie, particulièrement la maladie chronique, a un impact important sur la qualité de vie des patients et de leur entourage (Shields *et al.*, 2012). À cet égard, il est nécessaire de considérer l'ensemble des sphères de vie du patient dans la compréhension et la mise en place de traitements pour ces maladies. Cette recherche doctorale traite plus spécifiquement de la problématique des maladies cardiovasculaires en lien avec le fonctionnement de la relation conjugale.

Ce chapitre présente le contexte théorique dans lequel s'inscrit la recherche. Les thématiques principales y sont définies, soit les maladies cardiovasculaires, le lien entre les maladies cardiovasculaires et la relation de couple, les interventions conjugales au sein de la réadaptation cardiaque ainsi que la thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ). Les dernières sections de l'introduction présentent le type d'analyse utilisé pour examiner le sujet à l'étude, un résumé de la problématique, les objectifs de la recherche doctorale, ainsi que la méthode utilisée pour répondre à ces objectifs.

1.1 Les maladies cardiovasculaires

1.1.1 Définition

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020) définit les maladies cardiovasculaires comme l'ensemble des maladies qui touchent le cœur et les vaisseaux sanguins. Cela comprend, entre autres, les cardiopathies coronariennes (infarctus), les maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral, AVC), les malformations cardiaques congénitales et les embolies pulmonaires. Les maladies cardiovasculaires font partie de la vaste famille des maladies chroniques, qui sont des troubles de longue durée dont l'évolution est généralement lente (OMS, 2020).

1.1.2 Prévalence et mortalité

Six pour cent des Canadiens de 20 ans et plus ont déclaré souffrir d'une maladie cardiovasculaire en 2014. Par ailleurs, le risque d'avoir une telle maladie augmente considérablement avec l'âge et un plus grand nombre de personnes ayant un faible revenu en sont atteintes (Agence de la santé publique du Canada, 2020).

Les maladies cardiovasculaires représentent la cause principale de mortalité dans le monde (OMS, 2020). Au Canada, les maladies cardiaques et les maladies cérébrovasculaires représentent respectivement le deuxième et le troisième type de maladies les plus mortelles dans la population après le cancer (Statistiques Canada, 2020). Le taux de mortalité augmente considérablement chez les hommes à partir de 45 ans et chez les femmes à partir de 55 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2020).

Les maladies cardiovasculaires représentent un fardeau économique important en matière de santé publique au Canada. Les coûts directs (soins de santé) et indirects (pertes de productivité liées au décès ou à l'incapacité) qui y sont associés les placent au second rang des maladies les plus coûteuses pour l'état canadien (Agence de la santé publique du Canada, 2020).

1.1.3 Facteurs de risque et de protection

Selon le modèle biopsychosocial, les facteurs d'ordre physiologique, psychologique et social contribuent à la santé des individus. Face à la santé cardiovasculaire, les trois dimensions de ce modèle peuvent donc être considérées dans la compréhension des facteurs de risque et de protection. D'abord, différents facteurs sont associés à la dimension physiologique, tels l'hérédité, le niveau de pression artérielle, la présence de graisse abdominale, etc. D'autres facteurs sont plutôt associés à la dimension psychologique, soit les comportements des individus (habitudes de vie) ainsi que la santé mentale. Finalement, la dimension sociale a aussi son rôle à jouer dans la santé cardiovasculaire. Le statut socio-économique, le soutien social disponible et la qualité de la relation de conjugale sont des exemples de facteurs sociaux de risque et de protection. Étant liées au sujet de la recherche doctorale, les dimensions psychologique et sociale, en lien avec les maladies cardiovasculaires, sont détaillées dans la présente section.

Facteurs comportementaux

L'impact des facteurs comportementaux sur le développement et le pronostic des maladies cardiovasculaires est bien décrit dans la littérature scientifique (Go *et al.*, 2013). La sédentarité, le tabagisme, la consommation abusive d'alcool et une mauvaise alimentation constituent des facteurs de risque importants liés à l'infarctus et à l'AVC. Ces facteurs de risque sont aussi associés au développement de problèmes de santé, tels que l'hypertension artérielle, le surpoids et l'obésité, l'hyperlipidémie ainsi que

l'hyperglycémie (fréquemment liée au diabète). Ces problèmes de santé deviennent eux-mêmes des facteurs de risque « intermédiaires », mettant les patients à haut risque d'avoir un infarctus, un AVC ou une autre complication cardiaque (OMS, 2020).

Facteurs psychosociaux

L'influence des facteurs de risque psychosociaux est également de plus en plus reconnue et documentée dans la littérature scientifique. Il semble, en effet, que les gens qui ont des relations familiales, amicales ou amoureuses dans lesquelles ils ressentent soutien et proximité vivent plus longtemps que ceux qui n'en ont pas (Dunkel Schetter, 2017). À l'inverse, le risque de développer une maladie cardiovasculaire est 30% plus grand chez les gens qui n'ont pas ou peu de réseau social (Valtorta *et al.*, 2016).

Comme le couple représente généralement la relation la plus importante chez les adultes (Dunkel Schetter, 2017), l'impact du statut conjugal est à considérer dans la détermination des facteurs de risque. En effet, une recension systématique récente suggère que le taux de mortalité des patients cardiaques est moindre chez ceux qui sont mariés (Manfredini *et al.*, 2017). De façon plus spécifique, la qualité de la relation de couple semble avoir un impact important sur la santé physique des conjoints. La qualité de la relation se définit par le niveau de soutien, d'affection, de proximité et de chaleur qu'une personne vit dans son couple (Smith et Baron, 2016). Ce n'est donc pas le simple fait d'être en couple qui protège des maladies cardiovasculaires, mais plutôt le sentiment de bien-être que les partenaires retirent de cette relation (Tulloch et Greenman, 2018). Les partenaires qui évoluent au sein d'une relation satisfaisante ont effectivement 3,2 fois plus de chance d'être en vie 15 ans après un pontage coronarien (King et Reis, 2012), alors que la perception de difficultés conjugales chez les patients est liée à une plus grande mortalité sur une période de dix ans, et ce, même en contrôlant certaines variables de santé physique (Eaker *et al.*, 2007).

1.2 Liens entre les maladies cardiovasculaires et la relation de couple

1.2.1 Impacts des maladies cardiovasculaires sur le couple

Les maladies cardiovasculaires ont un impact important sur la qualité de la relation de couple et peuvent entraîner des difficultés conjugales de tout ordre. Certaines études suggèrent qu'environ 30% des patients cardiaques rapportent vivre des conflits et de la détresse conjugale (Cameron *et al.*, 2017; Whisman *et al.*, 2008). Par ailleurs, un tel diagnostic n'affecte pas seulement l'individu qui a la maladie, mais aussi sa conjointe ou son conjoint. Les deux partenaires faisant face à la maladie voient leurs capacités d'adaptation sollicitées de façon importante, puisqu'ils peuvent vivre une modification forcée de leurs habitudes de vie, une diminution de leurs activités, des problèmes financiers, des difficultés sexuelles, des changements de rôles, l'affaiblissement de leur réseau social et de l'isolement (Tulloch et Greenman, 2018). Il apparaît également que le conjoint en santé qui vit de la détresse est parfois moins disponible et en conséquence, moins apte à appuyer son partenaire (Kowal *et al.*, 2003), ou alors il peut devenir anxieux et surprotecteur à l'égard de son conjoint malade (Lafontaine *et al.*, 2017).

Le lien d'attachement qui unit les partenaires peut également être influencé par ce diagnostic. Des études réalisées auprès de couples faisant face à la maladie chronique et participant à la TCÉ ont relevé un sentiment de solitude vécu par les partenaires au sein même de la relation (Greenman et Johnson, 2012; Kowal *et al.*, 2003). Les émotions négatives ressenties et les difficultés d'adaptation à la maladie peuvent engendrer une distance émotionnelle entre les deux partenaires ainsi qu'une diminution de l'intimité, affectant l'appui donné et reçu par les deux conjoints au sein de la relation. Même pour les couples dont l'attachement est sécurisant au départ, c'est-à-dire les couples qui décrivent leur relation amoureuse comme étant basée sur la confiance, le

lien d'attachement peut être fortement hypothéqué dans cette situation (Kowal *et al.*, 2003).

1.2.2 Impacts de la relation conjugale sur les maladies cardiovasculaires

Les problèmes conjugaux peuvent, à leur tour, influencer le développement et le pronostic des maladies cardiovasculaires (Greenman *et al.*, 2014). Une relation satisfaisante pour les deux partenaires semble avoir un impact sur les comportements du patient. Les attitudes et les comportements du partenaire en santé peuvent en effet augmenter la motivation du patient à adhérer au traitement et à modifier ses habitudes de vie à travers différents mécanismes, soit le partage du mode de vie, le soutien, et la prise de décision commune (Sher *et al.*, 2014). La relation de couple peut, par ailleurs, avoir une influence sur les émotions et les cognitions (perceptions, attributions) des deux partenaires et ainsi favoriser leurs capacités d'adaptation (Tulloch et Greenman, 2018).

La présence de conflits et de détresse conjugale a, à l'inverse, un effet négatif sur la santé des individus, en ce sens où elle peut affecter les systèmes immunitaire, endocrinien et cardiovasculaire (Tulloch et Greenman, 2018). Un lien significatif a, par exemple, été établi entre la qualité de la relation de couple et la réactivité cardiaque. En effet, une relation caractérisée par une faible satisfaction, de l'hostilité ainsi que des attitudes et comportements négatifs entre les partenaires entraînent une réactivité cardiaque plus élevée lors des conflits (Robles *et al.*, 2014). Certaines études ont également suggéré que la détresse conjugale peut avoir un impact délétère sur la pression artérielle (Birditt *et al.*, 2016), la sécrétion de cortisol (Ditzen *et al.*, 2008) ainsi que la calcification des artères (Smith *et al.*, 2011).

1.2.3 Liens entre les maladies cardiovasculaires et la santé psychologique

Les maladies cardiovasculaires peuvent également avoir un impact important sur la santé psychologique des deux conjoints (Greenman *et al.*, 2018). En effet, le fait de vivre un événement cardiaque augmente le risque de développer un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux chez le patient (Thombs *et al.*, 2006; Tully *et al.*, 2014). La présence de tels symptômes peut ensuite influencer négativement la progression de la maladie et le pronostic chez les partenaires qui présentent cette pathologie, ceux-ci étant dès lors plus à risque de vivre un second événement cardiaque ou de mourir de complications cardiaques (Reid *et al.*, 2013). Face à la maladie, l'autre partenaire devient lui aussi plus à risque de vivre des symptômes de dépression et d'anxiété, l'intensité de ces symptômes pouvant même excéder celle vécue par le patient (Randall *et al.*, 2009). Les symptômes d'anxiété et de dépression peuvent finalement avoir un impact négatif sur la qualité de la relation de couple, qui aura à son tour une influence délétère sur la maladie cardiovasculaire (Tulloch et Greenman, 2018). À cet égard, il apparaît utile de s'intéresser aux interventions qui peuvent aider les couples à s'adapter à la maladie et avoir un impact positif sur leur satisfaction conjugale.

1.3 Interventions conjugales au sein de la réadaptation cardiaque

1.3.1 Pertinence des interventions conjugales

Suite à un diagnostic de maladie cardiovasculaire ou à un incident cardiaque, les patients se font offrir de l'information sur les saines habitudes de vie à adopter, en plus d'avoir une médication à prendre (Shields *et al.*, 2012). Ces changements comportementaux doivent néanmoins être maintenus dans le temps, afin d'avoir un impact positif sur la santé (Sher *et al.*, 2014). Il semble cependant que les patients ont de la difficulté à maintenir ces comportements et à adhérer à la médication à long terme (Rouleau *et al.*, 2018). Le partenaire amoureux peut avoir une influence positive sur cette adhérence, en partageant le même mode de vie que le patient, en le motivant, en

lui procurant un support social et émotionnel, ainsi qu'en le soutenant dans certaines prises de décision (Sher *et al.*, 2014; Tulloch et Greenman, 2018). Par ailleurs, une intervention offerte au couple pourrait augmenter la satisfaction conjugale des patients et de leur partenaire, diminuer la présence de symptômes d'anxiété et de dépression et ainsi prévenir un pronostic négatif chez le conjoint qui a la maladie (Tulloch et Greenman, 2018). Finalement, il est reconnu que le fait de vivre avec quelqu'un qui a une maladie cardiovasculaire augmente la probabilité, chez le partenaire de vie, de développer les mêmes facteurs de risque et peut-être même éventuellement, la maladie (Aggarwal *et al.*, 2009). L'inclusion du conjoint dans une stratégie globale de traitement permettrait donc 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). À la lumière de ces informations, il semblerait pertinent de proposer des interventions conjugales aux deux partenaires au sein de la réadaptation cardiaque. La question de l'efficacité de ce type d'intervention auprès des personnes ayant vécu un problème cardiaque se pose cependant.

1.3.2 Efficacité des interventions conjugales

Plusieurs chercheurs ont évalué l'impact des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes au cours de la réadaptation cardiaque sur des variables de santé physique et psychologique, telles que le niveau d'exercice physique, l'alimentation, la présence de symptômes de dépression et d'anxiété ainsi que la satisfaction conjugale (p. ex. Jones et West, 1996; Lenz et Perkins, 2000; Sher *et al.*, 2014; Yates *et al.*, 2015). Différents types d'intervention ont été testés, la majorité d'entre elles misant principalement sur la psychoéducation, le soutien et l'apprentissage de certaines habiletés (Martire *et al.*, 2010). Les résultats obtenus dans ces études témoignent néanmoins d'un impact modéré des interventions proposées aux patients ayant un problème cardiaque et à leur partenaire (Martire *et al.*, 2010; Reid *et al.*, 2013). Il y a,

par ailleurs, une hétérogénéité importante entre les études quant à la durée de l'intervention, au professionnel responsable du suivi ainsi qu'au cadre conceptuel (Shields *et al.*, 2012).

Le deuxième chapitre de cette thèse s'inscrit dans cette perspective et présente une recension des écrits scientifiques portant sur l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes aux couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire. Par la suite, le troisième chapitre de la thèse présente une recension des écrits scientifiques portant sur les différentes études qui ont évalué l'efficacité de la TCÉ auprès de couples qui vivent de la détresse conjugale face à différentes problématiques.

1.4 Thérapie de couples axée sur l'émotion (TCÉ)

1.4.1 Historique de la TCÉ

La thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) a été présentée dans les années 1980 par Susan M. Johnson et Leslie Greenberg. Il s'agit d'une intervention conjugale brève de nature expérientielle et systémique. Elle vise à diminuer la détresse conjugale à travers l'expérience et la validation émotionnelles, plutôt que par la correction de déficits communicationnels ou l'apprentissage de stratégies de résolution de problèmes alternatives comme c'est le cas dans la thérapie cognitivo-comportementale de couple (Johnson, 2004, 2020).

Au fil des années, Johnson et Greenberg ont développé des approches distinctes. Les termes utilisés en anglais pour identifier chacune des interventions sont cependant assez semblables : « *Emotionally Focused Therapy* » pour Johnson (Johnson, 2004, 2020) et « *Emotion Focused Therapy* » pour Greenberg (Greenberg et Goldman, 2008). Leur conceptualisation des problématiques conjugales ainsi que leur démarche clinique sont toutefois différentes. C'est l'approche de Johnson qui a été préconisée dans cette

recherche doctorale. Deux aspects ont influencé ce choix. D'abord, il s'agit d'une intervention conjugale dont l'efficacité a été établie par plusieurs études de validation empirique (Beasley et Ager, 2019). Il s'agit, par ailleurs, d'une approche accordant une place prépondérante à la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) dans la compréhension des problèmes conjugaux. Cette théorie permet de bien conceptualiser les réactions parfois intenses et les différentes problématiques pouvant être vécues au sein des couples suite à un diagnostic de maladie cardiovasculaire chez l'un des partenaires (p. ex. anxiété, changements de rôle, difficultés sexuelles, indisponibilité affective, etc.; Kowal *et al.*, 2003 ; Lafontaine *et al.*, 2017; Tulloch et Greenman, 2018).

1.4.2 Objectif de la TCÉ

L'objectif de la TCÉ est de rétablir, et dans certains cas d'établir pour la première fois, un lien d'attachement sécurisant entre les partenaires par le biais d'une nouvelle dynamique d'interaction au sein du couple. Cela se fait par : 1) l'identification des émotions primaires (p. ex. la peur de perdre l'autre, la tristesse, la honte, la culpabilité) qui sont présentes en séances de thérapie de couple, 2) l'expression subséquente de ces émotions et des besoins socioaffectifs qui les sous-tendent (p. ex. la connexion émotionnelle, la tendresse), 3) la facilitation de réponses positives et rassurantes des partenaires face aux besoins émotionnels de l'autre et 4) l'intégration dans la relation des besoins de sécurité et d'appartenance.

1.4.3 Fondement théorique de la TCÉ

La TCÉ se base sur la théorie de l'attachement formulée par Bowlby en 1969. Ce dernier décrit l'attachement comme le lien qui se construit entre l'enfant et le parent dès les premiers mois de la vie, afin de maintenir la proximité entre eux dans les moments de besoin ou de danger (Bowlby, 1969). La qualité du lien d'attachement est déterminée par la capacité de l'enfant à se sentir en sécurité avec son parent, cette impression de sécurité lui permettant ensuite d'explorer son environnement sans

anxiété induite (Bartholomew et Horowitz, 1991). Selon Bowlby, les besoins d'attachement persistent « du berceau jusqu'à la tombe » (Bowlby, 1979, p. 129, traduction libre).

Dans la société actuelle, le partenaire amoureux a tendance à devenir la figure d'attachement principale chez les conjoints qui s'investissent dans une relation amoureuse (Guerrero et Zavattini, 2015). Comme les enfants, les adultes réagissent également de façon prévisible lors de la formation, du maintien et de la rupture du lien avec leur figure d'attachement. La théorie de l'attachement constitue donc un accès privilégié pour comprendre les réactions émotionnelles intenses engendrées par les difficultés vécues au sein du couple (Johnson, 2020).

Types d'attachement

Ainsworth (1978) a identifié trois styles d'attachement chez les enfants. Il y a d'abord l'attachement sécurisant qui est le plus fréquent. L'enfant qui présente ce type d'attachement peut compter sur le fait que sa figure d'attachement va répondre à ses besoins. Il l'utilise comme une sécurité qui lui permet d'explorer son environnement et il n'hésite pas y revenir en cas de détresse, afin d'être consolé ou rassuré. De son côté, le parent qui représente ce type de figure d'attachement est sensible aux signes de détresse et répond aux besoins de l'enfant. Le deuxième style d'attachement est évitant. L'enfant ayant ce style est détaché de la figure d'attachement tant physiquement qu'émotionnellement et il ne se tourne pas vers elle lorsqu'il vit de la détresse. La figure d'attachement ne semble pas ici sensible aux besoins de l'enfant et n'est pas souvent disponible pour y répondre. Finalement, l'enfant qui présente le troisième style d'attachement, soit un attachement anxieux-ambivalent, a de la difficulté à explorer son environnement et il s'accroche au parent qui représente sa figure d'attachement lorsqu'il est en détresse. Il n'arrive toutefois pas à être rassuré et consolé par elle ou par lui. De son côté, la figure d'attachement répond de façon imprévisible aux besoins

de l'enfant (Ainsworth, 1978). Puisqu'il ne peut jamais prévoir la réponse de son parent, l'enfant qui présente un attachement anxieux-ambivalent vit de la détresse et de l'anxiété en lien avec sa peur d'être abandonné (Mikulincer et Shaver, 2016).

En se basant sur la continuité dans la façon d'être en relation tout au long de la vie, Hazan et Shaver (1987) ont trouvé que l'attachement des adultes en relation avec leur partenaire de vie se classifiait selon cette même typologie présentée par Ainsworth en 1978. Comme chez les enfants, on retrouve un attachement sécurisant chez la majorité des adultes. Ces derniers décrivent leur relation amoureuse comme étant basée sur la confiance, ils expriment l'importance d'accepter l'autre avec ses défauts et ils arrivent à le soutenir au besoin. Les partenaires qui ont un attachement évitant craignent plutôt l'intimité et évitent de s'investir lorsque leur conjoint(e) est en difficulté. Finalement, les partenaires qui présentent un attachement anxieux-ambivalent ressentent tant un désir intense d'union avec l'autre qu'une peur d'être abandonné (Mikulincer et Shaver, 2016; Shaver et Mikulincer, 2002).

Depuis la publication de la première étude portant sur les relations amoureuses chez l'adulte en lien avec le processus d'attachement (Hazan et Shaver, 1987), les résultats de plus de 500 études en psychologie sociale, psychologie de la personnalité, psychologie de la santé et psychologie clinique appuient la notion selon laquelle les partenaires ont tendance à s'installer dans une dynamique conjugale qui reflète leurs tentatives de satisfaire leurs besoins d'attachement primaires, tels que développés dans l'enfance (Zeifman et Hazan, 2016).

Attachement et dynamique conjugale

La théorie de l'attachement permet ainsi de comprendre les réactions émotionnelles intenses engendrées par les difficultés vécues dans la relation de couple. D'après la perspective de la TCE, les problèmes conjugaux chroniques émergent lorsque le besoin

d'attachement sécurisant n'est pas comblé, souvent en lien avec l'indisponibilité émotionnelle perçue chez l'autre conjoint. Cette indisponibilité peut se traduire par un détachement ou à l'inverse, par des critiques et des accusations. De telles situations entraînent généralement des émotions négatives chez le partenaire qui les subit (Johnson, 2020).

Afin de réguler les émotions négatives vécues lors des « ruptures de connexion émotionnelle », les conjoints utilisent des stratégies qui peuvent s'avérer inefficaces. Ces stratégies inefficaces se structurent habituellement autour de deux grandes catégories (Feeney et Karantzas, 2017). Il y a d'abord l'attachement hyperactif (poursuite) où l'individu devient anxieux et cherche à s'accrocher à son partenaire. Ces tentatives sont répétées; elles peuvent même devenir agressives et agressantes pour l'autre. La seconde stratégie implique un attachement hypoactif (retrait) où l'individu nie ses besoins d'attachement et se concentre sur autre chose (p. ex. sport, travail, sorties, etc.). Lorsque la détresse est partagée par les deux partenaires amoureux, ces stratégies peuvent être utilisées fréquemment et devenir une façon habituelle d'interagir face aux difficultés (Birnbaum *et al.*, 2006). Ces interactions peuvent prendre trois formes : 1) le patron demande-retrait où il y a poursuite par un des partenaires et retrait chez l'autre (un des partenaires cherche le contact et est critique alors que l'autre s'éloigne), 2) le patron demande-demande où il y a poursuite chez les deux partenaires (les deux partenaires cherchent à s'accrocher à l'autre et ils se critiquent) ou 3) le patron retrait-retrait où il y a retrait chez les deux partenaires (les partenaires s'éloignent l'un de l'autre et ne s'engagent pas). La dynamique interactionnelle la plus fréquente se traduit par une stratégie de poursuite chez la partenaire féminine et une stratégie de retrait chez le partenaire masculin au sein des couples hétérosexuels dont les membres s'identifient à ces genres (Johnson et Greenman, 2006).

Attachement et maladie physique

Il peut être particulièrement utile d'utiliser la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) dans le domaine de la psychologie de la santé, puisque le système d'attachement au sein de la relation de couple est activé dans les périodes de stress et de maladie. Certaines maladies ou caractéristiques spécifiques de la maladie (p. ex. la sévérité) peuvent, par ailleurs, affecter le lien d'attachement entre les partenaires et les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent (Schmidt *et al.*, 2002). À l'inverse, l'insatisfaction qui est ressentie par un partenaire face à ses besoins d'attachement peut contribuer de façon importante au développement de problèmes de santé mentale (Shaver et Mikulincer, 2014), ainsi qu'aux problèmes de santé physique (King et Reis, 2012; Sher *et al.*, 2014). La proximité et la disponibilité du conjoint ou de la conjointe peuvent ainsi diminuer les effets psychophysiologiques du stress (Barnett *et al.*, 2005). À cet égard, l'utilisation de la TCÉ auprès des couples dont un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire semble pertinente. En effet, certaines caractéristiques et conséquences de la maladie peuvent affecter le lien d'attachement entre les partenaires et les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent (Schmidt *et al.*, 2002). La TCÉ peut permettre le rétablissement d'un lien d'attachement plus sécurisant entre eux et ainsi favoriser l'amélioration de leur satisfaction conjugale. Un bon niveau de satisfaction conjugale peut, à son tour, améliorer la santé mentale des deux partenaires ainsi que la santé physique du partenaire ayant le diagnostic de maladie cardiovasculaire.

1.4.4 Stades et étapes de la TCÉ

La TCÉ est une intervention d'une durée variable de 8 à 25 rencontres. Elle se compose de trois stades qui se subdivisent à leur tour en neuf étapes (Johnson, 2004, 2020). Le premier stade comporte quatre étapes. Il vise la dé-escalade de la dynamique, c'est-à-dire la diminution de la sévérité de la dynamique d'interaction négative. Cela se fait par l'établissement de l'alliance thérapeutique (étape 1), par l'identification de la dynamique d'interaction et des positions prises par chacun des partenaires (étape 2), par la reconnaissance de leurs émotions primaires (p. ex. peur, peine, solitude, honte) à la base de cette dynamique (étape 3) et par la présentation de leur problème en termes de cycle d'interaction et de besoins d'attachement non comblés (étape 4). L'objectif est ici d'aider les partenaires à mieux comprendre leurs émotions et les réactions qu'elles entraînent. Par exemple, la peur de perdre son partenaire (émotion primaire) peut mener à un sentiment de frustration (émotion secondaire) qui peut, à son tour, mener à des critiques (réactions) face au désengagement du conjoint). Les conjoints sont ainsi amenés à voir leur dynamique d'interaction (p. ex. poursuite-retrait) comme étant la source de leurs difficultés. Ils en arrivent également à mieux comprendre leur rôle dans le développement et l'entretien du cycle et ils sont encouragés à s'allier contre cette dynamique. À la fin du stade un, bien que la dynamique d'interaction n'ait pas encore changé, on note un adoucissement dans les positions prises par chacun des partenaires. Le conjoint qui est en position de poursuite ressent toujours de la colère, mais il devient moins critique et il est soulagé de comprendre que l'autre se retire pour se protéger. De son côté, le conjoint en position de retrait s'exprime davantage et comprend que les critiques de son partenaire sont des tentatives non optimales pour se rapprocher (Johnson, 2020).

Le deuxième stade comporte trois étapes et vise la restructuration des interactions. Cela se fait d'abord par la reconnaissance et l'approfondissement des besoins d'attachement et des émotions primaires de la part de chacun des partenaires (étape 5), puis par

l'acceptation des nouvelles expressions de vulnérabilité et des besoins de son partenaire (étape 6) et finalement, par une demande directe formulée à l'autre quant à la façon de combler ses besoins d'attachement (étape 7). Dans une perspective expérientielle, l'objectif est d'amener les conjoints à ressentir leurs émotions en séance, afin de les exprimer et de mieux les réguler dans le contexte relationnel. De plus, à l'étape 6, la façon dont le partenaire répond à l'expression des besoins et à la vulnérabilité de sa conjointe ou de son conjoint est d'une importance primordiale. La réponse empathique aux besoins de réconfort et de réassurance aura pour effet d'encourager l'engagement émotionnel des deux partenaires et de favoriser la mise en place d'une nouvelle dynamique d'interaction (Johnson et Greenman, 2006). À la fin du stade deux, le partenaire en position de retrait devrait pouvoir s'exprimer davantage (réengagement émotionnel), alors que le partenaire qui est en position de poursuite deviendrait moins critique et se montrerait plus vulnérable (relâchement émotionnel; Johnson, 2020).

Finalement, le troisième stade comporte deux étapes. Il se centre sur la consolidation et l'intégration des acquis. Les problèmes vécus au sein du couple (p. ex. les finances, les tâches ménagères, les activités communes) sont abordés. Les partenaires tentent de leur apporter une solution (étape 8), en fonction de leur nouvelle capacité à exprimer leurs émotions et leurs besoins d'attachement. Cela leur permet de consolider la nouvelle dynamique d'interaction (étape 9) qui s'est établie entre eux (Johnson, 2020).

Selon le stade et l'étape, différentes techniques sont utilisées par le thérapeute. Certaines interventions favorisent l'exploration et l'intensification des émotions (p. ex. reflet, validation, interprétation empathique), alors que d'autres entraînent la restructuration des interactions (p. ex. mise en acte). Notons finalement que, bien que la démarche thérapeutique dans la TCÉ soit structurée, l'intervention du thérapeute reste flexible et il est indiqué de revisiter les différentes étapes au cours d'un même stade (Johnson, 2020).

1.4.5 Tango

Les trois stades et les neuf étapes de la TCÉ permettent de mieux comprendre le processus thérapeutique par lequel les clients passent pour restructurer leur dynamique d'interaction et rétablir un lien d'attachement sécurisant entre eux. Johnson (2004) compare la dynamique interactionnelle qui s'installe entre les partenaires à une danse. L'objectif du thérapeute est donc de guider et de chorégraphier une nouvelle danse entre les conjoints. Cela se fait à travers l'intensification de l'engagement émotionnel du couple, ainsi qu'à travers le développement d'interactions orientées vers le rapprochement.

Afin de mieux détailler le processus interventionnel du thérapeute, Johnson (2019) a récemment formulé une nouvelle conceptualisation, qu'elle nomme le « Tango ». Il s'agit d'une séquence spécifique d'interventions de base composée de cinq étapes ou « mouvements ». Il y a d'abord, le « reflet du processus » (*Mirroring Present Process*), mouvement au cours duquel la dynamique d'interaction négative entre les partenaires est identifiée, décrite et normalisée. Les émotions qui y sont associées sont également nommées. Le deuxième mouvement est « l'assemblage de l'affect et l'intensification émotionnelle » (*Affect Assembly and Deepening*). Le thérapeute s'intéresse ici au vécu émotionnel d'un des partenaires, afin d'identifier les émotions primaires (p. ex. la peur, la tristesse, la honte) et les besoins d'attachement qui y sont rattachés. Le troisième mouvement est celui de la « mise en acte » (*Choreographing Engaged Encounters*). Guidé par le thérapeute, le partenaire est encouragé à exprimer ce qu'il ressent directement à l'autre conjoint(e). Au cours du quatrième mouvement, soit le « traitement des nouveaux échanges » (*Processing the Encounter*), le partenaire qui s'est exprimé est invité à nommer ce que ça lui a fait vivre. Le partenaire qui était à l'écoute est ensuite questionné par rapport à ce qu'il ressent face au vécu de son(sa) conjoint(e). Le dernier mouvement, « l'intégration et la validation » (*Integrating and Validating*),

permet de faire un résumé du processus et de valider les émotions positives associées à cette nouvelle dynamique d'interaction (Johnson, 2019).

Selon Johnson (2019), cette séquence d'interventions est présente au cours des trois stades de la thérapie. Les cinq mouvements peuvent être initiés par le thérapeute au cours d'une même séance. Il peut aussi garder les partenaires dans un seul ou quelques-uns des mouvements à l'intérieur d'une séance (Johnson, 2019). Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a validé ou détaillé la présence de cette séquence de mouvements qu'est le « Tango » au sein de la TCE.

1.4.6 Efficacité de la thérapie de couple axée sur l'émotion

Les recherches ont démontré que la TCE est efficace auprès des couples qui sont en bonne santé physique. Des essais cliniques randomisés ont démontré qu'elle entraîne une augmentation de l'ajustement conjugal chez les couples qui y ont pris part et que cet ajustement se maintient et même s'améliore suite au traitement (voir Beasley et Ager, 2019 ainsi que Johnson *et al.*, 1999 pour des méta-analyses portant sur l'efficacité de la TCE). Son efficacité a aussi été démontrée auprès de couples faisant face à des problématiques spécifiques, comme la maladie d'un enfant (Cloutier *et al.*, 2002; Gordon Walker *et al.*, 1996), la dépression chez un partenaire (Denton *et al.*, 2012; Dessaulles *et al.*, 2003; Wittenborn *et al.*, 2018), la présence de traumatismes dans l'enfance chez la femme (Dalton *et al.*, 2013), ainsi que l'infertilité (Najafi *et al.*, 2015; Soleimani *et al.*, 2015). Par rapport à la maladie chronique, des données préliminaires positives ont été obtenues concernant l'utilisation de la TCE auprès de couples dont un des partenaires présente un cancer (Couture-Lalande *et al.*, 2007; McLean *et al.*, 2013; Naaman, 2008). Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a toutefois testé ce type d'intervention auprès de couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire.

Outre les études de validation, une autre avenue s'offre aux chercheurs s'intéressant à une intervention thérapeutique, soit les études sur le processus thérapeutique. En effet, l'analyse du processus dans un petit échantillon donne des indices sur les éléments qui contribuent à l'efficacité et permet d'adapter l'intervention à la population étudiée avant de procéder à une analyse de son efficacité. Selon le modèle du développement des interventions comportementales nommé ORBIT (Czajkowski *et al.*, 2015), il faut étudier et découvrir les spécificités d'une intervention avant de procéder à une étude d'efficacité de grande envergure.

1.4.7 Étude du processus thérapeutique

Plusieurs recherches sur le processus thérapeutique de la TCÉ ont été réalisées (p. ex. Johnson et Greenberg, 1988; Naaman *et al.*, 2005; Makinen et Johnson, 2006; Zuccarini *et al.*, 2012; Burgess Moser *et al.*, 2018). Ce type d'étude s'avère complémentaire aux études quantitatives, puisqu'il permet une amélioration de la pratique et un meilleur lien entre la théorie et la pratique clinique. Les recherches sur le processus thérapeutique tentent, en effet, de mieux comprendre ce qui se produit en séance de thérapie et d'identifier les ingrédients actifs (attitudes et opérations du thérapeute, caractéristiques du client, moments critiques) qui engendrent le succès thérapeutique (Greenman et Johnson, 2012).

La majorité de ces études ont porté sur les caractéristiques des clients (p. ex. Couture-Lalande *et al.*, 2007; Burgess Moser *et al.*, 2018). Quelques auteurs se sont aussi intéressés au processus du thérapeute, c'est-à-dire ses caractéristiques, ses attitudes et ses comportements ainsi que les interventions qu'il met en place (p. ex. Bradley et Furrow, 2004). De façon générale, l'ensemble de ces recherches se sont penchées sur le stade 2 de la TCÉ, plus spécifiquement sur le relâchement émotionnel (*softening*) qui survient à la fin de ce stade chez le partenaire en poursuite. Le relâchement a été lié au succès thérapeutique (Greenman et Johnson, 2012). Dalglish et ses collègues

(2015) ont, par exemple, observé que le relâchement se produit lorsque les deux partenaires arrivent à exprimer plus librement leurs émotions et leurs besoins d'attachement et qu'ils répondent de façon plus empathique à ceux de l'autre (Dalglish *et al.*, 2015).

Très peu d'auteurs se sont néanmoins penchés sur le processus thérapeutique du stade 1 de la TCÉ, soit le premier stade qui vise à établir l'alliance thérapeutique et à faciliter l'affaiblissement de la dynamique interactionnelle négative entre les partenaires. Les caractéristiques du thérapeute et des couples qui mènent à un meilleur ajustement conjugal dès le premier stade de la thérapie sont donc méconnues. Par ailleurs, le processus thérapeutique de la TCÉ spécifique aux couples faisant face à la maladie cardiaque n'a pas été étudié jusqu'à maintenant, et ce, dans aucun des trois stades de la thérapie.

1.5 Analyse de tâche

Élaborée par Greenberg (2007), l'analyse de tâche est une méthode qui permet d'étudier le processus de changement au cours de la psychothérapie. Au niveau clinique, ce type d'analyse et les résultats générés permettent aux thérapeutes de savoir quoi faire, quand le faire et comment le faire. Les auteurs s'intéressant au processus thérapeutique de la TCÉ ont fréquemment utilisé l'analyse de tâche dans leurs études (p. ex. Bradley et Furrow, 2004; Johnson *et al.*, 2001; Makinen et Johnson, 2006; Naaman, 2008; Zuccarini *et al.*, 2012). Cette méthode d'analyse comprend deux phases, soit la phase de découverte et la phase de validation. La première phase comporte sept étapes. D'abord, les chercheurs doivent spécifier la tâche à l'étude (étape 1), c'est-à-dire le processus spécifique qui sera analysé dans les séances de psychothérapie (Greenberg, 2007). La tâche correspond à une série d'interventions du thérapeute et de réponses des clients qui mènent ou non à la résolution d'une problématique spécifique ou au résultat attendu (Bradley et Furrow, 2004). Au cours de l'étape deux, les

connaissances cliniques et les principes théoriques associés à cette tâche sont ensuite rassemblés. À l'étape trois, un manuel spécifiant les étapes du processus étudié est utilisé ou créé. Le chercheur se base sur ces connaissances et sur le manuel, afin de créer un modèle théorique. Ce modèle présente, étape par étape, le processus hypothétique qui est envisagé (étape 4). La cinquième étape comprend l'analyse empirique d'exemples de la tâche présents dans les séances de psychothérapie choisies. La sixième étape consiste à comparer le modèle théorique initial avec ce qui se produit réellement en thérapie, puis à construire un modèle théorique-empirique. La septième et dernière étape de la phase de découverte permet de formuler une explication théorique du processus, tel qu'il a été observé. Ces explications pourront ensuite être vérifiées dans les études futures pour la deuxième phase de l'analyse de tâche qui vise à valider le modèle proposé (Greenberg, 2007).

1.6 Résumé de la problématique

L'état actuel de la littérature scientifique témoigne du manque d'interventions efficaces reconnues auprès des couples faisant face à la maladie cardiovasculaire. Bien que la TCÉ soit une intervention dont l'efficacité a été validée empiriquement, elle n'a pas été testée auprès de cette population. Finalement, le processus de thérapie conjugale auprès des couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire n'a pas encore été détaillé dans les écrits scientifiques. Par ailleurs, aucun auteur n'a vérifié la présence du « Tango » au cours des séances de TCÉ ou ne s'est intéressé au processus thérapeutique lors du stade 1 de la TCÉ, soit le stade visant l'affaiblissement de la dynamique interactionnelle négative entre les partenaires.

1.7 Objectifs de la recherche doctorale

En lien avec le manque d'informations disponibles dans la littérature scientifique, cette recherche doctorale vise à documenter l'utilisation d'une thérapie conjugale axée sur

les émotions dans le cadre de la réadaptation cardiaque. Trois objectifs principaux ont été formulés à cet effet. Le premier objectif était d'abord de documenter l'état actuel des données probantes concernant l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux auprès d'une population présentant une problématique cardiaque. Le second objectif visait de façon plus spécifique à détailler l'impact de la TCÉ auprès de clientèles diverses, dont les couples faisant face à la maladie cardiovasculaire. Le troisième objectif était finalement de mieux comprendre le processus thérapeutique des couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire au cours du stade 1 de la TCÉ.

Pour atteindre le premier objectif, une recension systématique des écrits scientifiques portant sur l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes aux couples en cardiologie a été réalisée. La recension vise à décrire l'impact de différents types d'intervention sur des variables de santé physique et psychologique chez les patients et dans certains cas, chez leurs partenaires amoureux.

Pour répondre au deuxième objectif, une recension systématique des écrits scientifiques traitant de l'efficacité de la TCÉ a été réalisée, dans le but de faire le point sur l'efficacité de la TCÉ auprès des couples en santé physique, ainsi qu'auprès de couples faisant face à diverses problématiques, telles que la maladie chronique d'un enfant, l'infertilité, la présence de symptômes de dépression chez l'un des partenaires, la présence de trauma dans l'enfance chez la femme et la maladie physique d'un des conjoints.

Pour atteindre le troisième objectif de cette recherche doctorale, une étude exploratoire sur le processus thérapeutique de la TCÉ en contexte de réadaptation cardiaque a été réalisée. Le but était de mieux comprendre les interventions thérapeutiques et les caractéristiques des couples faisant face à la maladie cardiovasculaire pouvant potentiellement favoriser le succès thérapeutique, et ce, dès le stade 1 de la TCÉ. Des

séances ont été analysées chez un couple pour qui la thérapie a permis l'amélioration de l'ajustement conjugal, ainsi que chez un couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré. L'analyse de tâche a été utilisée pour examiner les données. C'est dans la première phase de cette méthode, soit la phase de découverte, que s'est inscrite la recherche. Le but était donc de créer un modèle théorique-empirique détaillant le niveau d'expérience émotionnelle et la qualité des interactions des partenaires dans chacun des cinq mouvements initiés par le thérapeute au cours de la séquence d'interventions appelée « Tango ». L'intérêt lié à l'observation du « Tango » était de valider pour une première fois la présence de cette séquence d'intervention au cours du premier stade de la thérapie et ainsi de fournir aux thérapeutes de l'information plus détaillée sur la façon dont elle peut se déployer au cours du premier stade de la thérapie.

1.8 Méthode et approbation éthique

Les différentes méthodes utilisées dans le cadre de cette recherche doctorale sont décrites de façon plus spécifique dans chacun des articles, qui constituent les trois chapitres suivants. Ce projet a été approuvé par les comités éthiques de l'Hôpital Montfort d'Ottawa et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), Mme Morin-Turmel étant au départ étudiante dans le programme doctoral conjoint de l'UQO et de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), au moment où cette recherche a été mise sur pied.

Le prochain chapitre, soit le chapitre II, présente la recension des écrits scientifiques traitant de l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux au sein de la réadaptation cardiaque. Cet article a été accepté pour publication par la revue *Science et comportement* et est présentement sous presse. Le chapitre III présente ensuite la recension des écrits scientifiques portant sur l'efficacité de la TCÉ. Cet article a été publié par la *Revue québécoise de psychologie*. Le chapitre IV présente l'article traitant de l'étude exploratoire sur le processus thérapeutique au cours du stade 1 de la TCÉ

chez des couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire. Cet article a été soumis à la revue Bulletin de psychologie. Finalement, le chapitre V présente la discussion générale de cette recherche doctorale.

CHAPITRE II

INTERVENTIONS IMPLIQUANT LE PARTENAIRE AMOUREUX AU SEIN DE LA RÉADAPTATION CARDIAQUE : RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES ET ANALYSE CRITIQUE (ARTICLE 1)

Anaïs Morin-Turmel, PhD

Université du Québec à Montréal

Paul S. Greenman, PhD

Université du Québec en Outaouais

Claude Bélanger, PhD

Université du Québec à Montréal

Article publié par la Revue Science et Comportement

Résumé

La qualité de la relation de couple fait partie des facteurs psychosociaux qui ont 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 : partage du mode de vie, motivation, soutien social et émotionnel, prise de décision partagée et communication (Tulloch et Greenman, 2018). L'inclusion du partenaire amoureux 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 qui ont 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 finalement 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. Ces études ont testé différents types d'intervention où les conjoint(e)s prennent part à au moins une des rencontres offertes aux patients. Les résultats obtenus suggèrent un effet plutôt faible des interventions. Plusieurs chercheurs n'ont pu dégager de différence entre l'intervention et les soins de bases offerts. 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 bases. D'autres études seront nécessaires, afin d'offrir des données probantes aux professionnels de la santé.

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

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

2.1 Introduction

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.

2.2 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.

2.3 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.

[Insérer ici figure 1]

2.4 Présentation des études

2.4.1 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).

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.

2.4.2 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).

2.4.3 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 2 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 48h 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 bases 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).

Enfin, 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).

[Insérer ici tableau 1]

2.5 Portrait critique

2.5.1 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 ses collègues (1988), Hartford et ses collègues (2002), Jones et West (1996), Lenz et Perkins (2000), Liljeroos et ses collègues (2015), Song et ses collègues (2005), ainsi que celle de Yates et ses collègues (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.

2.5.2 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 ses collègues (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 ses collègues (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

Troisièmement, on dénote 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

Également, 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 ses collègues (2015), Sher et ses collègues (2014), Lenz et Perkins (2000) et Hartford et ses collègues (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 ses collègues (1991), Gortner et ses collègues (1988), Jones et West (1996), Sher et ses collègues (2014), Thompson et Meddis (1990a), Wadden (1983), Yates et ses collègues (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.

2.6 Discussion

2.6.1 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.

2.6.2 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.

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](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., ... 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>

- Organisation mondiale de la santé (2019, 18 janvier). *Maladies cardiovasculaires*.
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/
- 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 (5), p. 521-528. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000553>
- 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. et Schumacher. K. (2015a). 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.0000000000000127>
- Yates. B. C., Rowland, S., Mancuso, K., Kupzyk, K. A., Norman, J. F., Shurmur, S. et Tesina, K. (2015b). Reducing cardiovascular risk in spouses of cardiac patients: A randomized controlled trial. *Western Journal of Nursing Research*, 37, 85-102. <https://doi.org/10.1177/0193945914551390>

Figure 1

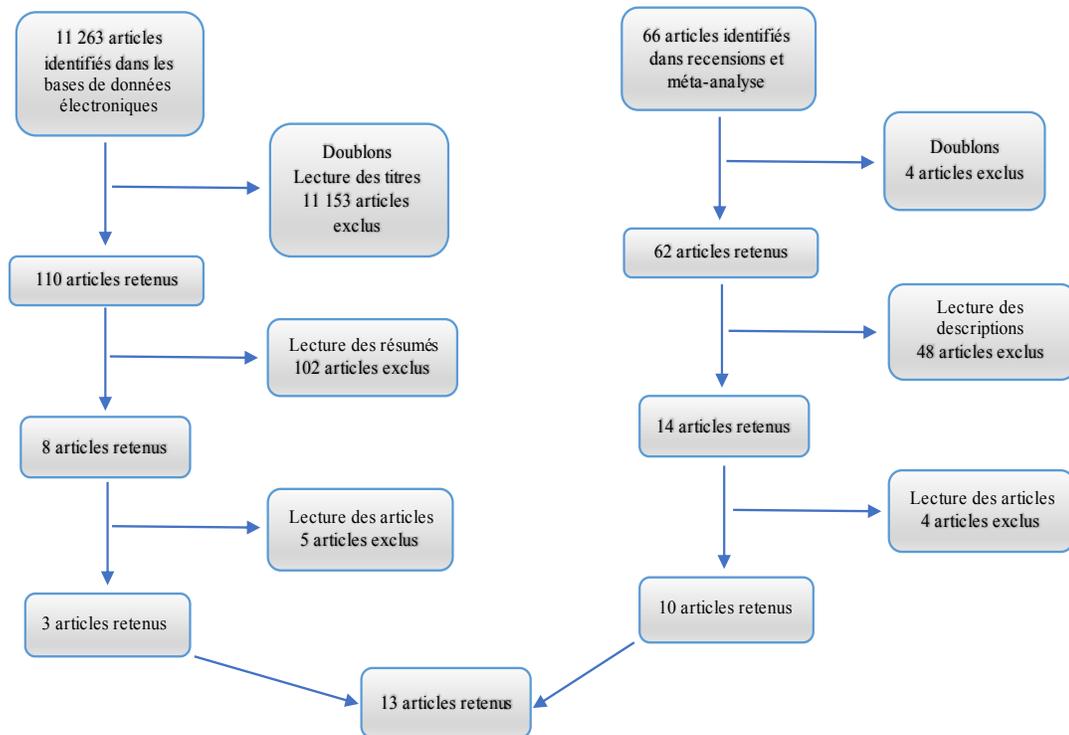


Figure 1. Diagramme de la sélection des études

Figure 2.1 Diagramme de la sélection des études

Tableau 1

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
Dracup, 1985	N = 58 patients, maladie coronarienne	Patients : -Estime de soi -Anxiété -Dépression -Hostilité	Expérimental : Programme de réadaptation de base + 10 rencontres en couple	Amélioration significative de l'estime de soi chez les patients participant de façon individuelle

		-Satisfaction conjugale	Expérimental : Programme de base + 10 rencontres individuelles Contrôle : programme de base seulement	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 éducationnelle 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

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 Gillis <i>et al.</i> , 1990	N = 67 couples Patients : 1 ^{ère} chirurgie cardiaque	Patients : Mesures de santé physique et psychologique Patients + partenaires : Ajustement familial et conjugal	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 Contrôle : Contenu éducatif sur la santé physique	Pas de différence significative entre les groupes, tant pour les patients que les partenaires
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

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

Tableau 2.1 Présentation des études

CHAPITRE III

EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE DE COUPLE AXÉE SUR L'ÉMOTIONS : RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES ET ANALYSE CRITIQUE (ARTICLE 2)

Anaïs Morin-Turmel, B. Sc.

Université du Québec à Montréal

Paul S. Greenman, PhD

Université du Québec en Outaouais

Claude Bélanger, PhD

Université du Québec à Montréal

Marie-France Lafontaine, PhD

Université d'Ottawa

Article publié par la Revue québécoise de psychologie

Résumé

Cette recension présente les résultats de 14 recherches portant sur l'efficacité de la thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ). Elle offre également un aperçu critique de ces études. Les résultats obtenus démontrent que la TCÉ est efficace dans la diminution de la détresse conjugale et que ses effets semblent se maintenir dans le temps. Il apparaît également qu'il s'agit d'une approche efficace auprès de couples en détresse vivant diverses problématiques spécifiques. Ces résultats doivent toutefois être considérés en fonction des limites des études (p. ex. petits échantillons homogènes, courts délais de relance, peu d'études comparatives).

Mots-clés : thérapie de couple axée sur l'émotion, thérapie conjugale, détresse conjugale, efficacité

Abstract

This review presents the results of 14 studies on the effectiveness of emotionally focused couple therapy (EFT). It also offers a critical overview of these studies. The results obtained demonstrate that EFT is effective in reducing marital distress and that its effects seem to be sustained over time. It also appears to be an effective approach for couples in distress living with various specific issues. These results, however, should be considered in relation to the limitations of the studies (eg, small homogeneous samples, short follow-up periods, few comparative studies).

Keywords: Emotionally Focused Couple Therapy, couple therapy, marital distress, efficacy

3.1 Introduction

La thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) est une intervention expérientielle et systémique développée au cours des années 1980 par Susan M. Johnson et Leslie Greenberg (Greenberg et Johnson, 1984, 1988). Il s'agit d'une thérapie brève visant à diminuer la détresse conjugale à travers l'expérience et la validation émotionnelles plutôt que par la correction de déficits communicationnels ou l'apprentissage de stratégies relationnelles alternatives (Johnson, 2004). L'objectif de la TCÉ est de rétablir - ou dans certains cas d'établir - un lien d'attachement sécurisant entre les partenaires. Ce but est atteint par l'identification des émotions primaires (p. ex. la peur, la tristesse, la honte, la culpabilité) présentes lors des échanges entre les partenaires, par l'expression de ces émotions et des besoins qui les sous-tendent (p. ex. besoin de connexion émotionnelle, de tendresse), ainsi que par la facilitation de réponses positives aux manifestations claires et directes de vulnérabilité et de besoins émotionnels.

Les chercheurs Johnson et Greenberg ont été les premiers à développer une thérapie de couple principalement axée sur les émotions. Or, depuis le début des années 2000, ces deux chercheurs ont adopté des orientations théoriques et cliniques distinctes et ils proposent des approches différentes dans la conceptualisation des problématiques dyadiques et dans la démarche clinique en thérapie de couple. Les noms de ces deux interventions sont cependant très semblables, ce qui pourrait porter à confusion. En effet, l'approche de Johnson se nomme dans la langue originale anglaise Emotionally Focused Therapy, alors que celle de Greenberg est nommée Emotion-Focused Therapy. La distinction se fait plus difficilement lorsque le terme est utilisé en français. Certains auteurs vont parler de « la thérapie de couple centrée sur les émotions » (Meneses *et al.*, 2015), alors que d'autres utilisent le terme « la thérapie de couple axée sur

l'émotion » (Couture-Lalande *et al.*, 2007; Lafontaine *et al.*, 2008), et ce, peu importe l'approche utilisée. Notre recension porte sur l'approche de Johnson (Emotionally Focused Therapy) qui accorde une place plus importante à l'attachement dans la compréhension de la problématique présentée par les partenaires, ainsi que dans la planification et l'implantation de l'intervention. Elle a également fait l'objet d'un grand nombre d'études de validation empirique (Beasley et Ager, 2019).

3.2 Objectifs de la recension

La présente recension des écrits scientifiques introduit d'abord les fondements théoriques de la TCÉ ainsi que les étapes de cette thérapie. Elle présente ensuite 14 études au cours desquelles les chercheurs ont testé l'efficacité de la TCÉ depuis son développement dans les années 1980, et ce, tant dans la population générale qu'au sein de populations vivant des problématiques spécifiques. Cette recension diffère des recensions existantes (p. ex. celle de Beasley et Ager, 2019 et celle de Wiebe et Johnson, 2016) par les critères d'inclusion et d'exclusion déterminés ainsi que par les objectifs. L'objectif premier de cette recension est d'offrir aux lecteurs une analyse critique des études sélectionnées, en présentant leurs forces ainsi que leurs limites méthodologiques, statistiques et conceptuelles. Un second objectif est d'élargir le spectre de la littérature scientifique en français sur le sujet. Il s'agit en effet de la première recension des études d'efficacité de la TCÉ à être rédigée dans cette langue.

3.3 Fondements théoriques de la thérapie de couple axée sur l'émotion

3.3.1 Attachement et relation conjugale

La TCÉ se base sur la théorie de l'attachement formulée initialement par Bowlby en 1969. Cette théorie offre aux thérapeutes une carte de route intéressante pour

conceptualiser et pour intervenir au niveau de la relation amoureuse chez l'adulte. Le postulat principal de la théorie de l'attachement stipule la présence d'un besoin fondamental chez l'humain, soit celui de se sentir aimé et en sécurité émotionnelle et de percevoir la disponibilité affective des êtres chers, surtout dans les situations de stress ou de menace. Selon Bowlby, ce besoin persiste « du berceau au cercueil » (Bowlby, 1979, p. 129, traduction libre). En effet, les adultes – tout comme le font les enfants – réagissent de façon prévisible lors de la formation, du maintien et de la rupture des liens avec leurs figures d'attachement. Le partenaire amoureux ayant tendance à devenir la figure d'attachement principale chez les conjoints qui s'investissent dans une relation amoureuse (Guerriero et Zavattini, 2015), la théorie de l'attachement permet en conséquence de comprendre les réactions émotionnelles intenses engendrées par les difficultés vécues au sein du couple (Johnson, 2004, 2013, 2019). Dans cette perspective, les problèmes conjugaux chroniques émergent lorsque le besoin d'attachement sécurisant n'est pas comblé, soit parce que les partenaires perçoivent l'indisponibilité émotionnelle de l'autre, soit parce qu'ils sentent que le lien d'attachement qui les unit est menacé.

L'insatisfaction liée au besoin fondamental de se sentir proche émotionnellement d'une figure d'attachement entraîne généralement des émotions négatives comme la peur de perdre l'autre, la colère, le désespoir et éventuellement, le désengagement (Guerriero et Zavattini, 2015; Johnson, 2013; Zeifman et Hazan, 2016). L'insatisfaction par rapport aux besoins d'attachement peut également contribuer de façon importante aux problèmes de santé mentale (Shaver et Mikulincer, 2014) et physique (King et Reis, 2012; Schmidt *et al.*, 2002; Sher *et al.*, 2014).

3.3.2 Dynamiques interactionnelles

Depuis la publication de la première étude portant sur les relations amoureuses chez l'adulte en tant que processus d'attachement (Hazan et Shaver, 1987), les résultats de

plus de 500 études en psychologie sociale, psychologie de la personnalité, psychologie de la santé et psychologie clinique appuient la notion selon laquelle les partenaires ont tendance à s'installer dans une dynamique conjugale qui reflète leurs tentatives de satisfaire leurs besoins d'attachement primaires (Zeifman et Hazan, 2016). Afin de réguler les émotions négatives vécues lors des « ruptures de connexion émotionnelle » avec leur partenaire, les conjoints utilisent des stratégies qui peuvent s'avérer inefficaces. Ces dernières se structurent habituellement autour de deux grandes catégories, soit 1) l'hyperactivation des stratégies d'attachement (poursuite) où le conjoint devient anxieux et cherche à s'accrocher à son partenaire, en le critiquant et même parfois en devenant agressif, soit 2) la désactivation du système d'attachement (retrait) où le conjoint devient plus indépendant et s'éloigne de ses besoins d'attachement, ainsi que de la peine et de la peur qui accompagnent le lien insécurisant à l'autre. Cette stratégie implique l'évitement de la proximité émotionnelle avec son partenaire en se concentrant sur des activités en dehors du couple (p. ex. sport, travail, relations avec des amis) (Bartholomew et Horowitz, 1991; Mikulincer et Shaver, 2007; Shaver et Mikulincer, 2002). La dynamique d'interaction qui se crée alors entre les conjoints peut prendre l'une ou l'autre des trois formes suivantes: 1) poursuite chez un des partenaires et retrait chez l'autre (un des partenaires cherche le contact et est critique alors que l'autre partenaire s'éloigne), 2) poursuite chez les deux partenaires (les deux partenaires cherchent à s'accrocher à l'autre et ils se critiquent) ou 3) retrait chez les deux partenaires (les partenaires s'éloignent l'un de l'autre).

La dynamique interactionnelle la plus fréquemment rapportée se traduit par une stratégie d'approche/retrait caractérisée par un comportement de poursuite chez la femme et par un comportement de retrait chez l'homme (Gottman, 2011). La dynamique qui se crée alors entre les partenaires peut devenir la façon habituelle d'interagir face aux difficultés vécues dans le couple (Birnbaum *et al.*, 2006). L'objectif de la TCÉ est de restructurer cette dynamique d'interaction problématique, afin de rétablir un lien d'attachement sécurisant. En effet, les conjoints au sein d'une

relation intime où prévaut un mode d'attachement sécurisant rapportent, par exemple, pouvoir faire confiance à leur partenaire et rechercher du soutien auprès de lui/d'elle, principalement dans les situations où ils auront affectivement besoin de lui/d'elle (Couture-Lalande *et al.*, 2007).

3.4 Stades et étapes de la thérapie de couple axée sur l'émotion

La TCÉ est une intervention brève, d'une durée approximative de 8 à 25 rencontres. Elle se compose de trois stades qui se subdivisent à leur tour en neuf étapes (Johnson, 2004, 2019; Johnson et Greenman, 2006; Johnson et Whiffen, 1999; Lafontaine *et al.*, 2008). Le premier stade, la dé-escalade/désintensification de la dynamique, vise à diminuer la sévérité de la dynamique d'interaction. Cela se fait par l'établissement de l'alliance thérapeutique (étape 1), par l'identification de la dynamique d'interaction et des positions prises par chacun des partenaires (étape 2), par la reconnaissance de leurs émotions primaires (p. ex. peur, peine, solitude, honte) à la base de cette dynamique (étape 3) et par la présentation de leur problème en termes de cycle d'interaction plutôt qu'en termes d'erreurs commises par l'un ou l'autre des partenaires (étape 4). En effet, au cours de ce premier stade, les conjoints sont amenés à voir leur dynamique d'interaction (p. ex. poursuite-retrait) comme étant la source de leurs difficultés plutôt que de se blâmer l'un et l'autre. Ils en arrivent également à mieux comprendre leur rôle dans le développement et l'entretien du cycle. Ils sont encouragés à s'allier pour changer ce cycle que Johnson (2004) nomme une « danse ». À la fin du stade un, bien que la dynamique d'interaction n'ait pas encore changé, on note généralement un adoucissement dans les positions prises par chacun des partenaires. Le conjoint qui est en position de poursuite ressent toujours de la colère, mais il devient moins critique et il est soulagé de comprendre que l'autre se retire pour se protéger ou protéger la relation. De son côté, le conjoint en position de retrait peut s'exprimer davantage et comprendre

que les critiques de son partenaire peuvent être des tentatives non optimales pour se rapprocher.

Le deuxième stade vise à restructurer les interactions : reconnaître ses propres besoins d'attachement et ses émotions (étape 5), accepter de façon empathique les nouvelles expériences émotionnelles du partenaire (étape 6) et exprimer directement ses émotions et ses besoins à l'autre (étape 7). Dans une perspective expérientielle, la TCÉ ne vise pas seulement l'identification des émotions; l'objectif est d'amener les conjoints à ressentir leurs émotions, afin de les exprimer et de mieux les réguler. Par ailleurs, la simple expression des émotions reliées aux besoins d'attachement n'est pas suffisante. La manière dont le partenaire répond à l'expression des besoins et à la vulnérabilité de son conjoint (à l'étape 6) est d'une importance primordiale, au sens où la réponse empathique aux besoins de réconfort et de réassurance aura pour effet d'encourager l'engagement émotionnel des deux partenaires et de favoriser la mise en place d'une nouvelle dynamique d'interaction (Johnson et Greenman, 2006). Parce que les partenaires s'appuient l'un et l'autre dans leurs nouvelles expériences émotionnelles, l'engagement qui les unit s'en trouve approfondi. À la fin du stade deux, le partenaire en position de poursuite devient moins critique et se montre plus vulnérable (relâchement émotionnel) alors que le partenaire qui est en position de retrait s'exprime davantage (réengagement émotionnel).

Le troisième stade se centre finalement sur la consolidation et l'intégration des acquis. Les problèmes qui ont pu être soulevés antérieurement en thérapie (p. ex. l'éducation des enfants, les finances, les tâches ménagères) sont revisités et les partenaires tentent de leur apporter une solution (étape 8), tout en consolidant la nouvelle dynamique d'interaction empreinte de sécurité au niveau de l'attachement (étape 9). L'objectif de la TCÉ n'est pas seulement d'éliminer la détresse conjugale, mais surtout de permettre le maintien de l'engagement émotionnel entre les partenaires dans une perspective à long terme.

Selon le stade et l'étape, différentes techniques visant soit à explorer les émotions (p. ex. reflet, validation, interprétation empathique), soit à restructurer les interactions du couple (p. ex. mise en acte) sont utilisées par le thérapeute (pour plus de détails, voir Johnson, 2004). Notons finalement que, bien que la démarche thérapeutique soit structurée, l'intervention du thérapeute reste flexible et il est indiqué pour le thérapeute de revisiter les différentes étapes au cours d'un même stade (Johnson, 2004, 2019).

3.5 Méthode

La recension des articles sur l'efficacité de la TCE a été réalisée en janvier 2019 par la première auteure de la présente étude. Les critères d'inclusion ont été préalablement définis. Les études retenues devaient : 1) avoir un groupe contrôle auquel les participants étaient assignés de façon aléatoire, 2) mesurer la satisfaction conjugale, et 3) porter sur la différence du niveau de la satisfaction conjugale pré et post intervention. Par ailleurs, les articles devaient être rédigés en français ou en anglais. Il est cependant à noter que, en dépit de l'inclusion d'articles en français dans les critères, tous les articles retenus avaient été rédigés en anglais. Tous les types de recherches publiées (p. ex. articles, thèses de doctorat) répondant aux critères d'inclusion ont par ailleurs été considérés. Les bases de données «PubMed» et «PsycARTICLES» ont été consultées. Les mots « *Emotionally focused therapy* » ont été pairés avec les mots clés suivants : « *efficacy* », « *distressed couples* », « *randomized study* ». Cent vingt-sept articles sont ressortis de cette première sélection. En parallèle, des recensions des écrits scientifiques existantes ont également été consultées (Beasley et Ager, 2019; Byrne *et al.*, 2004; Johnson *et al.*, 1999; Rathgeber *et al.*, 2018; Wiebe et Johnson, 2016). De cette revue manuelle, 71 articles additionnels ont été identifiés. Après l'élimination des doublons, la lecture des titres et des résumés a permis d'identifier un total de 22 articles. Suite à une lecture approfondie de ces articles, 14 études ont été retenues en fonction des critères d'inclusion. Les études qui ont été exclues n'étaient pas en lien avec le

sujet du présent article, n'avaient pas de groupe contrôle auquel les participants étaient assignés de façon aléatoire ou n'avaient pas mesuré le niveau de satisfaction conjugale. Pour un diagramme illustrant le processus de sélection des études, voir la Figure 1.

3.5.1 Instruments

La majorité des études recensées ont utilisé l'Échelle d'ajustement dyadique (ÉAD, Spanier, 1976) pour mesurer la satisfaction conjugale. Ce questionnaire permet d'obtenir une cote d'ajustement global pour chacun des membres de la dyade (Baillargeon *et al.*, 1986). Il est composé de 32 items qui font référence à quatre composantes du fonctionnement du couple : degré d'accord entre les partenaires (consensus), fréquence de conflits et d'interactions négatives (satisfaction), fréquence d'activités communes (cohésion) et difficultés affectives et/ou sexuelles (expression affective) (Antoine *et al.*, 2008). L'instrument présente de bonnes qualités psychométriques, tant sur le plan de la validité que de la fidélité. La majorité des auteurs ont utilisé la version longue de l'échelle, soit celle de 32 items, et ont considéré le score global obtenu par les participants. Les auteurs de deux études ont néanmoins fait un choix différent en utilisant une version abrégée de l'ÉAD. McLean et ses collègues (2011) ont ainsi utilisé l'ÉAD révisée (14 items), alors que Wittenborn et ses collègues (2018) ont utilisé seulement la sous-échelle de la satisfaction dyadique de l'ÉAD (10 items).

Même si l'ÉAD constituait la mesure de l'ajustement dyadique la plus fréquemment utilisée, un groupe de chercheurs (Denton *et al.*, 2012) a utilisé un instrument de mesure de la satisfaction conjugale différent, soit l'Index de qualité du mariage (Norton, 1983). Il s'agit d'un questionnaire de six items qui a de bonnes qualités psychométriques, tant au niveau de la validité que de la fidélité (Norton, 1983; Schumm *et al.*, 1986).

[Insérer ici Figure 1]

3.6 Résultats

3.6.1 Population générale

Notre recension fait d'abord état de l'efficacité de la TCÉ dans l'amélioration de l'ajustement conjugal chez les partenaires amoureux provenant de la population générale. Dès les années 1980, des chercheurs dans ce domaine ont obtenu des résultats positifs à cet effet en comparant la TCÉ à une condition de liste d'attente ou à un autre type de thérapie conjugale. Ils ont effectué une première étude randomisée (Johnson et Greenberg, 1985a) dans laquelle ils ont comparé le niveau d'ajustement conjugal de couples ayant pris part à huit rencontres de TCÉ à celui de couples ayant participé à huit rencontres de thérapie comportementale axée sur la résolution de problèmes, ainsi qu'à celui de couples ayant été assignés à une condition de liste d'attente. Les couples des deux groupes de traitement ont vu leur niveau d'ajustement conjugal s'améliorer de façon significative, contrairement aux couples assignés à la liste d'attente. Les couples de la condition expérimentale TCÉ sont néanmoins ceux qui ont rapporté le niveau d'ajustement le plus élevé suite au traitement et lors d'une relance deux mois plus tard, suggérant ainsi le maintien des effets positifs de la TCÉ (Johnson et Greenberg, 1985a). Les couples ayant d'abord été assignés à la liste d'attente ont ensuite participé à huit rencontres de TCÉ (Johnson et Greenberg, 1985b). À nouveau, les résultats ont démontré une amélioration significative de l'ajustement conjugal suite à l'intervention et un maintien des résultats positifs dans le temps, soit deux mois suivant la thérapie.

Par la suite, James (1991) a comparé l'efficacité de 12 rencontres de TCÉ classique à huit rencontres de TCÉ auxquelles ont été ajoutées quatre séances d'entraînement aux habiletés de communication, ainsi qu'à une condition de liste d'attente. Les deux formes d'interventions se sont avérées supérieures à la condition de liste d'attente et toutes deux ont été efficaces dans l'augmentation du niveau d'ajustement conjugal.

Enfin, Denton et ses collègues (2000) ont comparé le niveau de satisfaction de couples ayant pris part à huit rencontres de TCÉ à celui de couples placés en liste d'attente. Leurs résultats ont démontré la supériorité de la TCÉ par rapport à la condition en liste d'attente dans l'augmentation de la satisfaction conjugale (Denton *et al.*, 2000). Voir le tableau 1 pour un résumé de ces études. Il est à noter que les données concernant la satisfaction conjugale ont été prioritaires. Les résultats indiqués dans ce tableau sont donc ceux obtenus à l'ÉAD (Spanier, 1976) ou à l'Index de qualité du mariage (Norton, 1983).

[Insérer ici tableau 1]

3.6.2 Clientèles spécifiques

Les écrits scientifiques démontrent que la TCÉ peut être bénéfique auprès de clientèles spécifiques à risque de vivre de la détresse conjugale. Des chercheurs ont entrepris des études cliniques randomisées, afin de tester cette approche auprès de parents d'enfants ayant une maladie chronique, de couples dont l'un des partenaires a subi de l'abus en enfance, de couples infertiles et de couples dont l'un des conjoints souffre d'un problème de santé physique ou mentale.

Une clientèle à risque de vivre de la détresse conjugale se retrouve donc chez les parents qui font face à la maladie chronique d'un enfant. Ces conjoints sont en effet plus à risque de vivre de la détresse conjugale ainsi que des conflits, à souffrir d'un manque d'intimité et à démontrer des problèmes de communication. Le système d'attachement au sein de la relation pourrait en outre être plus activé en raison de ce stress (Gordon Walker *et al.*, 1996). Les résultats des recherches faites auprès de cette population sont prometteurs. En effet, les données obtenues dans une étude comparant la participation à 10 séances de TCÉ à une condition de liste d'attente ont démontré une amélioration statistiquement et cliniquement significative de l'ajustement des

couples ayant pris part au traitement. Cette amélioration était présente suite aux rencontres de thérapie ainsi qu'à cinq mois après la fin de la thérapie (Gordon Walker *et al.*, 1996). Des mesures post-thérapie prises deux ans après la fin de l'intervention ont par ailleurs démontré que l'ajustement conjugal s'est maintenu dans le temps et qu'il a même augmenté chez certains de ces couples (Cloutier *et al.*, 2002).

Les couples dont l'un des partenaires a rapporté avoir subi des traumatismes en enfance, tels que des abus physiques, sexuels ou émotionnels, sont aussi plus à risque de vivre de la détresse conjugale (Dalton *et al.*, 2013). Les conséquences interpersonnelles de ce type d'abus sont variées : peur de l'intimité, problèmes sexuels, peur de l'abandon, difficulté à faire confiance, revictimisation, faible niveau de satisfaction conjugale, hypervigilance, plus de possibilités d'échec de la relation et de divorce (Classen *et al.*, 2001; Watson et Halford, 2010). Les données obtenues suggèrent que la TCE peut être efficace dans la diminution de la détresse chez ces couples. Ainsi, dans une étude randomisée, des couples dont la femme a été victime d'abus physiques ou sexuels dans l'enfance ont été assignés de façon aléatoire à 24 rencontres de TCE ou à une condition de liste d'attente. Les couples de la condition TCE ont rapporté une amélioration cliniquement et statistiquement significative de leur ajustement conjugal suite aux rencontres de thérapie, contrairement aux couples en liste d'attente (Dalton *et al.*, 2013).

La TCE semble également efficace pour les couples dont l'un des conjoints souffre d'un problème de santé physique. Dans le domaine de la psychologie de la santé, la théorie de l'attachement serait en mesure de prédire la vulnérabilité ou la résilience face à divers événements de vie stressants, puisque le système d'attachement est particulièrement activé dans les périodes de stress et de maladie (Schmidt *et al.*, 2002). En effet, les émotions négatives ressenties et les difficultés d'adaptation face au diagnostic peuvent engendrer une distance émotionnelle entre les partenaires ainsi qu'une diminution de l'intimité, affectant ainsi la capacité des conjoints de donner et de recevoir du support au sein de la relation, et ce, même pour les couples dont

l'attachement pourrait avoir été sécurisant au départ (Kowal *et al.*, 2003). Les chercheurs se sont aussi intéressés à l'utilisation de la TCÉ auprès de couples dont un des partenaires a reçu un diagnostic de cancer. McLean et ses collègues (2013) ont effectué une étude randomisée auprès de couples dont l'un des conjoints faisait face à un cancer métastatique. Ces couples ont été assignés de façon aléatoire à huit séances de TCÉ ou à des séances axées sur les soins psychosociaux de base usuels, c'est-à-dire des rencontres de psychoéducation individuelles ou en couple avec un professionnel de la santé. Les résultats démontrent que le niveau d'ajustement conjugal des partenaires ayant participé à la TCÉ a augmenté de façon significative suite au traitement et qu'il s'est maintenu trois mois après la fin de la thérapie, comparativement à celui des couples ayant reçu les soins de base habituels (McLean *et al.*, 2013). Des résultats positifs ont également été obtenus concernant l'application de la TCÉ auprès de couples dont la femme est atteinte d'un cancer du sein (Couture-Lalande *et al.*, 2007). Naaman (2008) a ainsi conduit un essai clinique randomisé auprès de couples dont la femme est atteinte d'un cancer du sein. Ces couples étaient assignés de façon aléatoire à la TCÉ ou à des rencontres de psychoéducation. Les résultats suggèrent que plus de la moitié des couples ayant participé aux 20 séances de TCÉ se sont améliorés de façon cliniquement significative quant à l'ajustement conjugal et à la qualité de vie, alors qu'aucun des couples ayant reçu la psychoéducation n'a démontré d'amélioration suite aux rencontres.

L'impact délétère de l'infertilité sur l'ajustement des couples a aussi été bien documenté. En effet, les couples font face à ce problème peuvent vivre une détresse psychologique importante, ce qui peut influencer leur qualité de vie en général et leur bien-être conjugal en particulier (Chachamovich *et al.*, 2010). Au niveau sexuel, des liens ont été postulés entre l'infertilité et la fréquence des relations sexuelles, la satisfaction sexuelle ainsi que la présence d'un trouble sexuel (Monga *et al.*, 2004). Soleimani et ses collègues (2015) ont mesuré l'ajustement conjugal, la satisfaction sexuelle et le niveau de qualité de vie chez 30 couples aux prises avec un problème

d'infertilité. Les participants ont été assignés de façon aléatoire entre le groupe contrôle et le groupe expérimental qui prenait part à dix séances de TCÉ. Les résultats suggèrent une amélioration significativement plus grande de l'ajustement conjugal et de la satisfaction sexuelle entre le début et la fin de l'intervention chez les couples ayant reçu la thérapie (Soleimani *et al.*, 2015).

Finalement, un champ d'études relativement nouveau vise à intégrer la thérapie conjugale dans le traitement de troubles de santé mentale, et ce, par le biais de l'amélioration de la relation de couple. De nombreux chercheurs se sont penchés sur les conséquences interpersonnelles et conjugales engendrées par la dépression majeure. Ces recherches soulignent l'existence d'un lien entre les symptômes dépressifs et la détresse conjugale (Bélangier *et al.*, 2017; Whisman et Bruce, 1999). Ce constat a mené des chercheurs à développer et à utiliser des traitements conjugaux auprès de couples dont l'un des partenaires a reçu un diagnostic de dépression majeure (Bélangier *et al.*, 2008). Bien que la majorité des interventions ciblées dans ce contexte aient été d'orientation cognitive et comportementale, l'efficacité de la TCÉ a aussi été évaluée auprès de cette clientèle.

Deux essais cliniques randomisés ont été réalisés, afin de comparer l'efficacité de la TCÉ à la pharmacothérapie et ainsi de documenter l'application possible de cette intervention dans la diminution des symptômes dépressifs. Dans les deux cas, les chercheurs se sont penchés sur l'expérience de femmes ayant reçu un diagnostic de dépression majeure. Denton et ses collègues (2012) ont comparé un groupe de femmes qui prenaient une médication psychotrope à un groupe de femmes qui recevaient cette même médication, mais qui participaient aussi à 15 rencontres de TCÉ avec leur conjoint. Les symptômes dépressifs ont diminué de façon significative dans les deux groupes de traitement. Cependant, les femmes du groupe TCÉ ont rapporté une amélioration significativement plus importante de leur satisfaction conjugale, amélioration qui a perduré dans le temps (Denton *et al.*, 2012). De leur côté, Dessaulles

et ses collègues (2003) ont comparé un groupe de femmes prenant un antidépresseur à un groupe de femmes non médicamentées prenant part à des rencontres de TCÉ avec leur conjoint pendant 16 semaines. Leurs résultats indiquent que les femmes ayant participé à la thérapie ont vu leur niveau d'ajustement conjugal augmenter de façon significative suite au traitement, amélioration qui s'est maintenue à la relance de six mois. Leurs résultats démontrent également que les symptômes dépressifs se sont atténués dans les deux groupes, c'est-à-dire chez les femmes prenant une médication, mais aussi chez celles ayant pris part aux rencontres de thérapie conjugale seulement. Par ailleurs, les femmes du groupe TCÉ ont vu leur état dépressif s'améliorer entre la fin de la thérapie et la relance à six mois, alors que les femmes ayant pris une médication n'ont pas obtenu de gains supplémentaires après l'arrêt du traitement (Dessaulles *et al.*, 2003).

Un groupe de chercheurs ont également comparé la TCÉ à d'autres types de thérapies conjugales dans le traitement de la dépression (Wittenborn *et al.*, 2018). Des couples vivant de la détresse conjugale, dont au moins un des partenaires présentait des symptômes de dépression de légers à modérés, ont été assignés de façon aléatoire à deux groupes. Les participants du groupe expérimental ont pris part à 15 rencontres de TCÉ. Les participants du groupe contrôle ont reçu un suivi en couple auprès d'un professionnel d'une autre approche (p. ex. comportementale et psychodynamique). Parmi les participants, sept femmes et 12 hommes présentaient des symptômes dépressifs. Dans cinq des 16 couples, les deux partenaires étaient déprimés. Les résultats de cette étude suggèrent que la satisfaction conjugale a augmenté de façon significative chez les couples ayant reçu la TCÉ, lorsque comparés aux couples ayant participé à un autre type de thérapie. Au niveau des symptômes dépressifs, les couples des deux groupes ont vu leur état s'améliorer de façon significative au cours du traitement. Par ailleurs, il semble que les symptômes dépressifs ont diminué davantage chez les hommes du groupe TCÉ. Les résultats de cette étude appuient l'utilité de la

TCÉ dans le traitement de la dépression et suggèrent qu'elle peut être efficace tant pour les hommes que pour les femmes (Wittenborn *et al.*, 2018).

L'efficacité de la TCÉ a aussi été vérifiée auprès d'une population présentant un autre type de problème de santé mentale, soit un trouble somatoforme. Dans une étude par Walsh (2002), seize couples ont été assignés de façon aléatoire entre un groupe de traitement dans lequel les participants ont pris part à huit séances de TCÉ et une condition de liste d'attente. Les résultats obtenus ne confirment pas l'impact de la thérapie auprès de cette population. En effet, les analyses n'ont pas fait ressortir d'effet significatif entre les groupes quant à l'amélioration de l'ajustement conjugal. Par ailleurs, il semble que la présence de symptômes ait augmenté de façon significative chez les conjoints ayant un trouble somatoforme et ayant participé au groupe de traitement TCÉ, possiblement parce qu'ils ont été amenés à parler des émotions sous-jacentes aux symptômes, ce qui a eu comme effet de les accentuer (Walsh, 2002). Comme il s'agit d'une population vivant une problématique complexe impliquant souvent des comorbidités (Leibbrand *et al.*, 1999b), d'autres études seront nécessaires afin de vérifier si la thérapie conjugale TCÉ est efficace auprès de couples dont l'un des partenaires présente un trouble somatoforme et, le cas échéant, pour adapter ce type d'intervention à cette population.

En résumé, les résultats d'une majorité d'études empiriques démontrent que la TCÉ permet l'augmentation du bien-être et l'ajustement conjugal chez les couples vivant des difficultés diverses et il semble que son impact positif se maintienne dans le temps (Lewandowski *et al.*, 2015; Snyder *et al.*, 2006, Wiebe et Johnson, 2016). Les données obtenues dans ces recherches démontrent en effet qu'il s'agit d'une intervention efficace dans la diminution de la détresse conjugale pour les couples faisant face à certaines problématiques spécifiques : maladie chronique d'un enfant, présence de traumatismes dans l'enfance chez la femme, maladie physique telle un cancer chez l'un des

conjoint, infertilité, dépression chez l'un des partenaires. Voir le tableau 2 pour un résumé de ces études.

[Insérer ici tableau 2]

3.7 Forces méthodologiques des études recensées

Le niveau de satisfaction conjugale comme mesure d'efficacité de la TCÉ a été évalué dans les 14 études recensées. La mesure d'une même variable parmi les études recensées permet une meilleure comparaison des résultats. Cette mesure a été effectuée à l'aide de l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976) dans 11 études, alors que Denton et ses collègues (2012) ont utilisé une autre mesure de la satisfaction conjugale, soit l'Index de qualité du mariage (Norton, 1983). Les qualités psychométriques de ces deux questionnaires auto-rapportés sont bien établies.

Les chercheurs des études citées ont également tous eu recours à un groupe contrôle auquel les participants ont été assignés de façon aléatoire, à l'exception de l'étude de Johnson et Greenberg (1985b) et de celle de Cloutier et ses collègues (2002) qui ont étudié des couples ayant préalablement participé à la TCÉ lors d'un essai clinique randomisé.

La présence d'un groupe contrôle dans ces études a permis de solidifier leur validité interne et d'exclure l'effet de certaines variables confondantes, tel le passage du temps (Kazdin, 2003). Par ailleurs, dans la majorité des études présentées, l'intégrité thérapeutique a été vérifiée. En effet, certaines séances de TCÉ étaient enregistrées puis vérifiées, afin d'assurer la conformité de l'intervention au protocole de traitement manualisé tel qu'utilisé. Seuls les auteurs d'une étude (Soleimani *et al.*, 2015) ne font pas mention d'une telle vérification de conformité dans leurs articles.

Lors de l'évaluation de l'efficacité d'une intervention, il est pertinent de vérifier s'il y a eu une amélioration cliniquement significative de la condition des participants. Pour ce faire, Jacobson et Truax (1991) suggèrent de comparer le score final des participants à un seuil normatif qui distingue la population fonctionnelle de la population dysfonctionnelle, puis de documenter leur passage d'un état de détresse à un état de mieux-être. Plusieurs des études recensées incluent ce type d'analyse (Cloutier *et al.*, 2002; Dalton *et al.*, 2013; Gordon Walker *et al.*, 1996; James, 1991; McLean *et al.*, 2013; Naaman, 2008). Ces chercheurs se sont intéressés à l'amélioration clinique des couples en utilisant la différence pré et post traitement du score des participants sur l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976). Le score final des couples a ainsi été comparé au seuil normatif de cet instrument et leur passage d'un état de détresse à un état de satisfaction conjugale post intervention a été mesuré. À travers les études recensées, une proportion nettement plus importante de couples ayant reçu la TCÉ ont vu leur niveau de satisfaction augmenter, contrairement aux couples des conditions contrôle. Les résultats obtenus à partir de ces différentes recherches démontrent donc qu'en plus d'entraîner une réduction statistiquement significative de la détresse conjugale, la TCÉ entraîne également une diminution cliniquement significative de cette détresse chez les couples.

Enfin, la recension des écrits scientifiques fait ressortir l'intérêt des chercheurs pour des clientèles spécifiques, et l'efficacité de la TCÉ a été à cet égard mesurée tant chez les couples de la population générale qu'auprès de couples vivant des problématiques particulières.

3.8 Limites méthodologiques, statistiques et conceptuelles des études recensées

Les résultats des différentes études d'efficacité portant sur la TCÉ doivent être interprétés en tenant compte de leurs limites. D'abord, certains éléments spécifiques

aux échantillons recrutés affectent la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. En outre, les essais cliniques cités ici ont tous de petits échantillons (N = 12 à 45). Ces échantillons sont plutôt homogènes, étant composés de couples hétérosexuels majoritairement caucasiens. Par ailleurs, dans trois de ces études (Dalton *et al.*, 2013; Denton *et al.*, 2012; Dessaulles *et al.*, 2003), les chercheurs se sont penchés sur l'expérience des femmes seulement dans l'application de la TCÉ et son impact (femmes ayant un diagnostic de dépression majeure ou ayant rapporté de l'abus en enfance). Une autre limite à la généralisation des résultats provient du fait que la majorité des couples inclus dans ces études présentent un niveau de détresse conjugale pré-intervention modéré. En effet, les couples dont au moins un des partenaires présentait un niveau de détresse entre 70 et 101 sur l'Échelle d'ajustement dyadique ont été sélectionnés. Par ailleurs, des couples dont le niveau d'ajustement était élevé, avec des scores pouvant aller jusqu'à 110, ont été inclus dans deux recherches (Cloutier *et al.*, 2002; Gordon Walker *et al.*, 1996). Ce critère d'inclusion ne nous permet donc pas de déterminer si le TCÉ est efficace auprès de couples qui vivent une détresse conjugale sévère.

Bien que la majorité de ces recherches aient inclus une mesure longitudinale afin de mesurer la pérennité des bénéfices suite aux interventions, le temps entre la fin du traitement et la prise de mesure à la relance est en général relativement court, soit entre deux et six mois. Bien que Cloutier et ses collègues (2002) aient obtenu des résultats positifs quant au maintien des effets de la TCÉ lors d'une mesure prise deux ans après la fin du traitement, l'état actuel de la recherche permet difficilement d'établir avec certitude l'impact à long terme de la TCÉ.

Finalement, peu d'études ont comparé l'impact de la TCÉ à celui d'autres types de thérapie conjugale. Les chercheurs qui l'ont fait (James, 1991; Johnson et Greenberg, 1985a; Wittenborn *et al.*, 2018) suggèrent qu'il s'agit d'une intervention efficace dans la diminution de la détresse conjugale. Toutefois, les résultats obtenus par les autres

types d'intervention sont également positifs. Le manque d'études comparant la TCÉ et d'autres types de thérapies de couple ne permet pas, à ce jour, de dégager les spécificités de la TCÉ, ni de valider si elle a un impact supérieur aux autres approches de thérapie conjugale.

En résumé, d'autres études seront nécessaires afin de valider les résultats obtenus quant à l'utilisation de la TCÉ face à des problématiques particulières. Il sera également nécessaire de diversifier les échantillons étudiés, afin de généraliser les résultats aux couples dont l'homme présente des difficultés spécifiques, aux couples présentant un niveau de détresse plus sévère, aux couples LGBTQ ainsi qu'aux couples d'origines ethniques diverses. Par ailleurs, d'autres recherches longitudinales, incluant plusieurs temps de mesure et des temps de relance dépassant un an, seront requises dans le but de mieux documenter l'impact à long terme de la TCÉ sur la diminution de la détresse conjugale. Finalement, des études comparatives devront être réalisées en vue de dégager l'impact de la TCÉ ainsi que ses spécificités face à d'autres types d'approches.

3.9 Conclusion

Il importe que les professionnels appelés à travailler auprès des couples puissent offrir des interventions qui se basent sur les données probantes. La présente recension des écrits montre que la thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) bénéficie de ce type d'appuis empiriques. Les écrits scientifiques suggèrent que la théorie de l'attachement peut offrir un cadre conceptuel efficace pour venir en aide aux couples en détresse. Les résultats des recherches ayant fait l'objet de cette recension tendent à démontrer la supériorité de la TCÉ face à une condition de liste d'attente dans la diminution de la détresse conjugale. Les résultats obtenus suggèrent également le maintien des acquis dans le temps et font ressortir l'impact positif de l'utilisation de la TCÉ auprès de couples vivant diverses problématiques. En prenant en compte les limitations des

études conduites à ce jour, les recherches futures pourront certainement venir bonifier et compléter les données existantes.

Par ailleurs, il est important de noter que les études sur l'efficacité de la TCÉ représentent une des voies possibles prises par les chercheurs pour évaluer et mieux comprendre son impact. Plusieurs études s'intéressent aussi au processus thérapeutique, c'est-à-dire qu'elles cherchent à identifier et à détailler les moments critiques de la TCÉ, les attitudes du thérapeute et les caractéristiques des clients qui sous-tendent le succès thérapeutique (voir Greenman et Johnson, 2012, ainsi que Wiebe et Johnson, 2016 pour plus de détails). À titre d'exemple, les résultats obtenus démontrent que le relâchement (softening) chez le conjoint en poursuite pendant le stade deux est lié à l'augmentation de la satisfaction conjugale au cours de la thérapie. Ce relâchement semble possible grâce à la capacité accrue des partenaires d'exprimer plus librement leurs émotions et leurs besoins d'attachement, ainsi que de répondre de manière empathique aux émotions et besoins de l'autre (Dalgleish *et al.*, 2015). La présence des recherches d'efficacité, combinées aux études sur le processus, permet une amélioration constante de la pratique de la TCÉ et un meilleur lien entre la théorie et la clinique.

Références

- Antoine, P., Christophe, V. et Nandrino, J-L. (2008). Échelle d'ajustement dyadique : intérêts cliniques d'une révision et validation d'une version abrégée. *L'Encéphale*, 34, 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.12.005>
- Baillargeon, J., Dubois, G. et Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 25-34. <https://doi.org/10.1037/h0079949>
- Beasley, C. C. et Ager, R. (2019). Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013>
- Bartholomew, K. et Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bélangier, C., El Baalbaki, G., Leduc, A. et Coyne, J. (2008). Couples et dépression: Évaluation et traitement. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (Dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 623-655). Presses de l'Université du Québec.
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O. et Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experiences, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 929-943. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.929>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : Volume I*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock.
- Byrne, M., Carr, A. et Clark, M. (2004). The efficacy of behavioral therapy and emotionally focused therapy for couple distress. *Contemporary Family Therapy*, 26, 361-387. <https://doi.org/10.1007/s10591-004-0642-9>

- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D. et Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *31*, 101-110. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.481337>
- Classen, C., Field, N. P., Koopman, C., Nevill-Manning, K. et Spiegel, D. (2001). Interpersonal problems and their relationship to sexual revictimization in women sexually abuse in childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*, 495-509. <https://doi.org/10.1177/0886260016006001>
- Cloutier, P. F., Manion, I., Gordon Walker, J. G. et Johnson, S., M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, *28*, 391-398. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x>
- Couture-Lalande, M.-E., Greenman, P. S., Naaman, S. et Johnson, S.M. (2007). La thérapie de couple axée sur l'émotion (EFT) pour traiter les couples dont la femme a le cancer du sein : Une étude exploratoire. *Psycho-Oncologie*, *1*, 257-264. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0048-7>
- Dagleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Lafontaine, M-F, Wiebe, S. A. et Tasca, G. A. (2015). Predicting change events in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, *41*, 276-291. <https://doi.org/10.1111/jmft.12077>
- Dalton, E. J., Greenman, P. S., Classen, C. C. et Johnson, S. M. (2013). Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: A randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy (EFT) for female survivors of childhood abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *2*, 209-221. <https://doi.org/10.1037/a0032772>
- Denton, W. H., Burleson, B. R., Clark, T. E., Rodriguez, C. P. et Hobbs, B. V. (2000). A randomized trial of emotion-focused therapy for couples in a training clinic. *Journal of Marital and Family Therapy*, *26*, 65-78. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00277.x>
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K. et Golden R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*, 23-38. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x>

- Dessaulles, A., Johnson, S. M. et Denton, W. H. (2003). Emotion-Focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.
<https://doi.org/1080/01926180390232266>
- Gordon Walker, J. G., Johnson, S., Manion, I. et Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1029-1036.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.1029>
- Gottman, J.M. (2011). *The science of trust: Emotional attunement for couples*. Guilford.
- Greenberg, L. et Johnson, S. M. (1984). Emotionally focused couples therapy: An integrated affective systemic approach. Dans N. S. Jacobson et A. S. Gurman (Dir.), *The clinical handbook of marital therapy* (pp. 253-276). Guilford Press.
- Greenberg, L. et Johnson, S. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Guilford Press.
- Greenman, P. S. et Johnson, S. M. (2012). Process Research on Emotionally Focused Therapy (EFT) for Couples: Linking Theory to Practice. *Family Practice*, 52, 46-61. <https://doi.org/10.1111/famp.12015>
- Guerriero, V. et Zavattini, G.C. (2015). Questioni d'amore : Teoria dell'attaccamento e relazioni sentimentali [Questions d'amour : Théorie de l'attachement et relations sentimentales]. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 2, 27-44.
<https://doi.org/11573/759913#.XR4yu5NKjVo>
- Halchuk, R. E., Makinen, J. A. et Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using Emotionally Focused Therapy: A three-year follow-up. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 9, 31-47.
<https://doi.org/10.1080/15332690903473069>
- Hazan, C. et Shaver, P. R. (1987). Love and work: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.2.270>

- Jacobson, N. S. et Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- James, P. S. (1991). Effects of a communication training component added to emotionally focused couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 263-275. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1991.tb00894.x>
- Johnson, S. (2013). *Love sense: The revolutionary new science of romantic relationships*. Brown and Co.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection (2e éd.)*. Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples and families*. Guilford Press.
- Johnson, S. M., Bradley, B., Furrow, J. L., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D. et Woolley, S. (2005). *Becoming an Emotionally Focused Couple Therapist: The Workbook*. Brunner /Routledge.
- Johnson, S. M. et Greenberg, L. S. (1985a). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.2.175>
- Johnson, S. M. et Greenberg, L. S. (1985b). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 313-31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.x>
- Johnson, S. M. et Greenman, P. S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 596-609. <https://doi.org/10.1002/jclp.20251>
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L.S. et Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenge. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67-79. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.67>

- Johnson, S. M. et Whiffen, V. E. (1999). Made to measure: Adapting emotionally focused couple therapy to partner's attachment styles. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 366-381. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.4.366>
- Kazdin, A. E. (2003). *Research Design in Clinical Psychology (4e éd.)*. Allyn and Bacon.
- Kowal, J., Johnson, S. M. et Lee, A. (2003) Chronic illness in couples: A case for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 299-310. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01208.x>
- King, B. K. et Reis, H. T. (2012). Marriage and long-term survival after coronary artery bypass grafting. *Health Psychology*, 31, 55-62. <https://doi.org/10.1037/a0025061>
- Lafontaine, M.F., Johnson-Douglas, S.M., Gingras, N. et Denton, W. (2008). Thérapie de couple axée sur l'émotion. Dans J. Wright, S. Sabourin et Y. Lussier (Dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple (pp. 277-312)*. Presse de l'Université du Québec.
- Leibbrand, R., Hiller, W. et Fichter, M. (1999b). Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on treatment outcome of somatoform disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 203-209. <https://doi.org/10360615>
- Lewandowski, G.W., Ozog, V. et Higgins, H. (2015). The science of improving relationships. Dans A. Rennolds (Dir.), *Psychology of interpersonal perception and relationships (pp. 1-36)*. Nova Science Publishers.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz S. E., Stein, M. et Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*, 63, 126-130. <https://doi.org/10.1054/j.uro.2004.11.015>
- McLean, L. M., Walton, T., Rodin, G., Esplen, M. J. et Jones, J. M. (2013). A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: Outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22, 28-38. <https://doi.org/10.1002/pon.2046>
- Meneses, C.W., Gingras, N., et Ragma, E. (2015). La psychothérapie de couple centrée sur les émotions. Dans U. Kramer et E. Ragma (Dir.), *La psychothérapie centrée sur les émotions (pp. 145-168)*. Elsevier.

- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2016). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and change (2e éd.)*. Guilford Press.
- Naaman, S. C. (2008). *Evaluation of the clinical efficacy of emotionally focused couples therapy on psychological adjustment and natural killer cell cytotoxicity in early breast cancer*. [thèse de doctorat, Université d'Ottawa]
- Najafi, M., Soleimani, A. A., Ahmadi, Kh., Javidi, N. et Hoseini Kamkar, E. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *Journal of Fertility and Sterility*, *9*, 238-246.
<https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4245>
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, *45*, 141-151.
<https://doi.org/10.2307/351302>
- Rathgeber, M., Bürkner, P-C., Schiller, E-M. et Holling, H. (2019). The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, *45*, 447-463.
<https://doi.org/10.1111/jmft.12336>
- Shaver, P., R. et Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, *4*, 133-161.
<https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wiethrich-Martone, O. et Strauss, B. (2002) Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*, 763-773. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00335-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00335-5)
- Sher, T., Braun, L., Domas, A., Bellg, A., Baucom, D. H. et Houle, T. (2014). The Partners for Life Program: A couples approach to cardiac risk reduction. *Family process*, *53*, 131-149. <https://doi.org/10.1111/famp.12061>
- Snyder, D. K., Castellani, A. M. et Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. Dans S. T. Fiske, A. E. Kazdin et D. L. Schacter (Dir.), *Annual review of psychology*, (vol 57, pp. 317-344). Annual Reviews.
- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, Kh., Javidi, N., Hoseini Kamkar, E. et Mahboubi, M. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples

therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *Journal of Fertility and Sterility*, 9, 393-402.
<https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4556>

Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>

Walsh, S. B. (2002). Emotion focused couples therapy as a treatment for somatoform disorders: An outcome study. *Dissertation Abstracts International*, 63.

Watson, B. et Halford, W. K. (2010). Classes of childhood sexual abuse and women's adult couple relationships. *Violence and Victims*, 25, 518-535.
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.4.518>

Wiebe, S. A. et Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55, 390-407.
<https://doi.org/10.1111/famp.12229>

Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, T. A., Lachmar, E. M., Mitchell, E., A. et Seedall, R. B. (2018). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change, *Journal of Marital and Family Therapy*, advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>

Whisman, M. A. et Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 674-678. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.674>

Zeifman, D. et Hazan, C. (2016). Pair bonds as attachments: Mounting evidence in support of Bowlby's hypothesis. Dans J. Cassidy et P.R. Shaver (Dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3e éd., p. 436-455)*. Guilford Press.

Figure 1

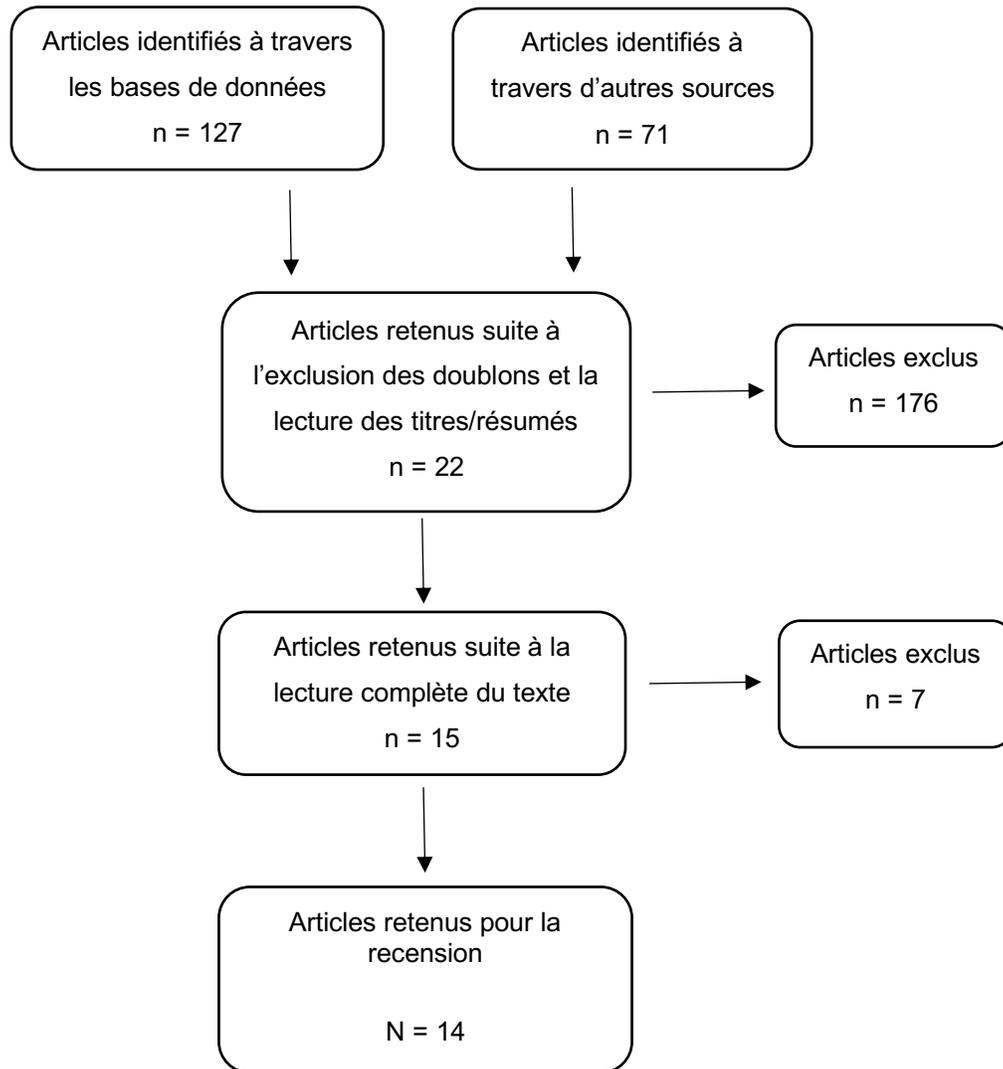


Figure 3.1 Diagramme de la sélection des études

Tableau 1

Auteurs	Échantillons	Intervention	Résultats
Johnson et Greenberg, 1985a	N = 45 couples vivant de la détresse conjugale, assignés de façon aléatoire aux 2 groupes expérimentaux (N = 15; N = 15) et au groupe contrôle (N = 15)	TCE : 8 séances de 60m Intervention cognitive-comportementale (résolution de problème) : 8 séances de 60m Contrôles : liste d'attente	Amélioration significative de l'ajustement conjugal chez les 2 groupes expérimentaux Amélioration significativement plus grande de l'ajustement conjugal chez le groupe TCE
Johnson et Greenberg, 1985b	N = 14 couples vivant de la détresse conjugale, préalablement assignés à la condition de liste d'attente	TCE : 8 séances de 75m Contrôles : scores obtenus suite à la condition de liste d'attente	Amélioration significative de l'ajustement conjugal
James, 1991	N = 42 couples assignés de façon aléatoire aux 2 groupes expérimentaux (N = 14; N = 14) et au groupe contrôle (N = 14)	TCE : 12 séances Autre intervention : 8 séances de TCE + 4 séances d'entraînement aux habiletés de communication Contrôles : liste d'attente	Amélioration cliniquement et statistiquement significative de l'ajustement conjugal des deux groupes expérimentaux Pas de différence significative entre les groupes expérimentaux
Denton <i>et al.</i> , 2000	N = 40 couples assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 22) et au groupe contrôle (N = 18)	TCE : 8 séances Contrôle : liste d'attente	Amélioration significativement plus grande de l'ajustement conjugal chez le groupe TCE

Tableau 3.1 Présentation des études – population générale

Tableau 2

Auteurs	Échantillons	Intervention	Résultats
Gordon Walker <i>et al.</i> , 1996	N = 32 couples ayant un enfant atteint d'une maladie chronique, assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 16) et au groupe contrôle (N = 16)	TCÉ : 10 séances de 90m Contrôles : liste d'attente	Amélioration cliniquement et statistiquement significative de l'ajustement conjugal suite aux rencontres de thérapie ainsi qu'à cinq mois suivant la thérapie chez les couples du groupe TCÉ
Cloutier <i>et al.</i> , 2002	N = 13 couples ayant un enfant atteint d'une maladie chronique. Ces couples faisaient partie des 16 couples du groupe expérimental TCÉ	Relance : 2 ans suite à la fin de la thérapie	Maintien ou amélioration de l'ajustement conjugal 2 ans post intervention
Dalton <i>et al.</i> , 2013	N = 22 couples dont la femme a vécu des abus intra-familiaux au cours de l'enfance, assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 12) et au groupe contrôle (N = 10)	TCÉ : 24 séances Contrôles : liste d'attente	Amélioration cliniquement et statistiquement significative de l'ajustement conjugal chez les couples du groupe TCÉ contrairement aux couples en attente

McLean <i>et al.</i> , 2013	N = 42 couples dont un des partenaires a un diagnostic de cancer métastatique assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 22) et au groupe contrôle (N = 20)	TCÉ : 8 séances Contrôles : séances de psychoéducation, seul ou en couple	Amélioration cliniquement et statistiquement significative de l'ajustement conjugal chez les couples du groupe TCÉ post traitement et à la relance de 3 mois
Naaman, 2008	N = 15 couples dont la femme est atteinte d'un cancer du sein, assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 12) et au groupe contrôle (N = 3)	TCÉ : 20 séances de 60m Contrôles : 20 rencontres de 45m de psychoéducation	Amélioration cliniquement significative de l'ajustement conjugal chez plus de la moitié des couples du groupe TCÉ, comparé aux couples du groupe contrôle
Soleimani <i>et al.</i> , 2015	N = 30 couples faisant face à l'infertilité assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 15) et au groupe contrôle (N = 15)	TCÉ : 10 séances de 2h Contrôles : liste d'attente	Amélioration significative de l'ajustement conjugal, de la satisfaction sexuelle et de la qualité de vie chez les couples du groupe TCÉ Différence significative entre les groupes concernant l'ajustement conjugal et la satisfaction sexuelle
Denton <i>et al.</i> , 2012	N = 24 femmes ayant un diagnostic de dépression majeure avec leur partenaire,	TCÉ + médication : 15 séances + 6 mois de médication (sertraline,	Diminution significative des symptômes dépressifs

	assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 12) et au groupe contrôle (N = 12)	escitalopram, venlafaxine ou bupropion Médication : sertraline, escitalopram, venlafaxine ou bupropion x6 mois	chez les femmes des deux groupes de traitement Amélioration significativement plus importante de la satisfaction conjugale chez les femmes du groupe TCÉ + médication Amélioration perdue dans le temps
Dessaulles <i>et al.</i> , 2003	N = 12 couples dont la femme a un diagnostic de dépression majeure, assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 7) et au groupe contrôle (N = 5)	TCÉ : 16 séances de 75m Médication : désipramine, trimipramine ou trazodone x16 semaines	Diminution significative des symptômes dépressifs chez les femmes des 2 groupes Diminution des symptômes dépressifs à la relance de 6 mois chez les femmes du groupe TCÉ seulement Amélioration significative de l'ajustement conjugal chez les femmes du groupe TCÉ
Wittenborn <i>et al.</i> , 2018	N = 16 couples dont un ou 2 partenaires ont des symptômes dépressifs légers à modérés, assignés de façon aléatoire au	TCÉ : 15 séances de 60m Contrôles : suivi en couple auprès d'un	Amélioration significative de la satisfaction conjugale chez les couples du groupe TCÉ, comparé

	<p>groupe expérimental (N = 10) et au groupe contrôle (N = 6)</p> <p>7 partenaires féminines avec des symptômes dépressifs</p> <p>12 partenaires masculins avec des symptômes dépressifs</p> <p>Dans 5 des couples les 2 partenaires présentent des symptômes dépressifs</p>	<p>professionnel (p. ex. travailleur social, psychologue, thérapeute familial) d'une autre approche</p>	<p>aux couples du groupe contrôle</p> <p>Diminution significative des symptômes dépressifs dans les deux groupes de traitement</p> <p>Diminution plus grande des symptômes dépressifs chez les partenaires masculins du groupe TCÉ</p>
Walsh, 2002	<p>N = 15 couples dont un des conjoints a un diagnostic de trouble somatoforme assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (N = 9) et au groupe contrôle (N = 6)</p>	<p>TCÉ : 8 séances de 60m</p> <p>Contrôles : liste d'attente</p>	<p>Pas de différence significative entre les groupes quant à l'amélioration l'ajustement conjugal</p> <p>Augmentation significative des symptômes chez les conjoints ayant un trouble somatoforme du groupe TCÉ</p>

Tableau 3.2 Présentation des études – clientèles spécifiques

CHAPITRE IV

THÉRAPIE DE COUPLE AXÉE SUR L'ÉMOTION : UNE ÉTUDE SUR LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE DE COUPLES DONT L'UN DES PARTENAIRES PRÉSENTE UNE MALADIE CARDIAQUE (ARTICLE 3)

Anaïs Morin-Turmel, B. Sc.

Université du Québec à Montréal

Paul S. Greenman, PhD

Université du Québec en Outaouais

Francis Morin, B. Sc.

Université du Québec en Outaouais

Claude Bélanger, PhD

Université du Québec à Montréal

Article soumis pour publication au Bulletin de psychologie

Résumé

Introduction : Les écrits scientifiques actuels font état d'un manque de données concernant l'efficacité et le processus thérapeutique des thérapies conjugales offertes aux couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'identifier certains ingrédients qui pourraient permettre l'amélioration de l'ajustement conjugal auprès de couples dont un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire, lors du stade 1 de la thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ).

Méthode : L'analyse de tâche (Greenberg, 2007) a été utilisée, afin de comparer le niveau d'expérience émotionnelle et la qualité des interactions au cours des cinq mouvements du « Tango » de la TCÉ (Johnson, 2019) chez un couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré et chez un couple pour qui il ne s'est pas amélioré.

Résultats : Les quatre premiers mouvements du « Tango » ont été initiés par le thérapeute. Chez le premier couple, ce sont les mouvements 1 et 2 qui ont été les plus présents. Le niveau d'expérience émotionnelle était plus élevé, mais les interactions étaient plus hostiles. À l'inverse, chez le second couple, ce sont les mouvements 3 et 4 qui ont été les plus observés. Le niveau d'expérience émotionnelle était moins profond, mais les interactions étaient davantage orientées vers le rapprochement.

Conclusion : Un modèle théorique-empirique a été élaboré suite aux observations réalisées.

Mots-clés : Thérapie de couple axée sur l'émotion, maladie cardiovasculaire, processus thérapeutique

Abstract

Introduction: There is a lack of data in the current scientific literature concerning the efficacy and the therapeutic process of couple therapies offered to couples in which of the partners has cardiovascular disease.

Objective: The objective of this study is to identify certain ingredients that could potentially lead to improvement in couple adjustment in a cardiac population in the first stage of Emotionally Focused Couple Therapy (EFT).

Method: Task analysis (Greenberg, 2007) was used to compare the level of emotional experience and the quality of the interactions through the five movements of the EFT “Tango” (Johnson, 2019) in a couple for whom dyadic adjustment improved and one for whom it did not.

Results: The first four movements of the “Tango” were initiated by the therapist. For the couple for whom dyadic adjustment improved, the first two movements were the most present. The level of emotional experience was higher, but the interactions were more hostile. On the other hand, in the couple for whom dyadic adjustment did not improve, the third and fourth movements were the most frequently observed. The partners demonstrated a lower level of emotional experience, but their interactions were more affiliative.

Conclusion: A rational-empirical model was developed following these observations.

Keywords: Emotionally Focused Couple Therapy, cardiovascular disease, therapeutic process

4.1 Introduction

L'impact des facteurs de risque et de protection psychosociaux dans le développement et la progression des maladies cardiovasculaires est de plus en plus documenté (Go *et al.*, 2013). Par exemple, l'absence de soutien social peut influencer le pronostic de ces maladies chroniques (Tulloch et Greenman, 2018). À l'inverse, la prévalence et le taux de mortalité sont moindres chez les patients qui sont mariés (Manfredini *et al.*, 2017). Les études soulignent plus précisément l'impact de la qualité de la relation de couple. Il semble, en effet, que les conjoints qui vivent des conflits et qui se sentent peu soutenus par leur partenaire sont plus à risque de développer une maladie cardiaque, alors que la satisfaction et le bien-être que les partenaires retirent de leur relation peuvent agir comme facteurs de protection contre cette maladie (Tulloch et Greenman, 2018).

Pour sa part, le diagnostic d'une maladie cardiovasculaire chez l'un des conjoints peut aussi avoir de nombreuses conséquences négatives pour les couples, sur le plan de la santé psychologique, de la sexualité, de la communication et de la satisfaction conjugale (Lafontaine *et al.*, 2017). Ces bouleversements peuvent, à leur tour, nuire à la santé physique des patients et de leurs partenaires (Cameron *et al.*, 2017; Reid *et al.*, 2013). À la lumière de ces informations, il semble concevable qu'une intervention conjugale puisse être utile dans les cas où l'un des partenaires développe un problème cardiaque.

4.1.1 Interventions conjugales au cours de la réadaptation cardiaque

Afin de soutenir les couples qui font face à un diagnostic de maladie cardiovasculaire, des chercheurs ont vérifié l'impact d'interventions impliquant le partenaire amoureux offertes au cours de la réadaptation cardiaque sur la santé physique et psychologique des patients et de leur partenaire. Certains chercheurs ont obtenu des résultats positifs

(p. ex. Broadbent *et al.*, 2009; Johnston *et al.*, 1999; Sher *et al.*, 2014), qui suggèrent une amélioration de la santé physique et psychologique des conjoints. Deux recensions récentes (Morin-Turmel *et al.*, 2021; Tulloch et Greenman, 2018) témoignent néanmoins de l'impact modéré des interventions évaluées. En effet, une majorité d'études n'ont pu confirmer de différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (p. ex. Liljeroos *et al.*, 2015; Song *et al.*, 2005; Yates *et al.*, 2015). Par ailleurs, les interventions recensées n'étaient pas des thérapies conjugales reconnues et la participation du conjoint n'était pas toujours exigée tout au long de l'intervention. Les données actuelles ne permettent donc pas de statuer de l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes au sein des programmes de réadaptation cardiaque.

Le lien entre la qualité de la relation conjugale et la santé cardiovasculaire étant bien documenté, il semble nécessaire de considérer les approches conjugales déjà validées empiriquement auprès de la population en santé et de mieux comprendre leurs impacts auprès d'une population faisant face à la maladie cardiovasculaire. La thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ) est une intervention qui est efficace auprès des couples en détresse qui sont en bonne santé physique (Beasley et Ager, 2019). Des études ont par ailleurs permis de démontrer que la TCÉ peut être utilisée auprès de couples où l'un des partenaires présente une maladie chronique (Couture-Lalande *et al.*, 2007; McLean *et al.*, 2013; Naaman, 2008).

4.1.2 Thérapie de couple axée sur l'émotion

La thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) est une intervention brève, de nature expérientielle et systémique (Johnson, 2020). Elle se base sur la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969), qui stipule que les besoins de se sentir en sécurité émotionnelle et de percevoir la disponibilité affective des êtres chers sont des besoins fondamentaux chez l'humain, surtout en période de stress. Face au manque de

connexion émotionnelle vécu au sein du couple, les partenaires peuvent utiliser des stratégies de poursuite ou de retrait qui s'avèrent souvent inefficaces (Gottman, 2011).

L'objectif principal de la TCÉ est de rétablir un lien d'attachement sécurisant entre les partenaires, en restructurant leur dynamique d'interaction problématique. Pour ce faire, le thérapeute guide les partenaires dans l'identification de leurs émotions primaires (p. ex. la peur, la tristesse, la honte), les amène à exprimer ces émotions et les aide à répondre de manière rassurante aux besoins émotionnels de l'autre, afin de créer une nouvelle dynamique d'interaction (Johnson, 2020). Face à un couple où l'un des partenaires présente une maladie chronique, le thérapeute cherche donc à valider l'expérience des deux partenaires par rapport à la situation particulière engendrée par ce problème de santé, en assurant un cadre sécurisant dans lequel les émotions peuvent être exprimées.

La TCÉ, tel que décrite et utilisée par Susan M. Johnson, se compose de trois stades, incluant un total de neuf étapes. La désescalade de la dynamique d'interaction constitue le premier stade et vise l'affaiblissement de la sévérité de cette dynamique. Le deuxième stade vise à restructurer les interactions, alors que le troisième stade se centre sur la consolidation et l'intégration des acquis (Johnson, 2020).

Tango

Pour Johnson (2019), deux axes d'intervention sont essentiels à travers les trois stades de la thérapie : 1) intensifier l'engagement émotionnel et 2) permettre le développement d'interactions orientées vers le rapprochement. Afin d'atteindre ces objectifs, elle soutient que les thérapeutes qui pratiquent la TCÉ utilisent une séquence spécifique d'interventions de base, qu'elle nomme le « Tango ». Johnson (2020) décrit la dynamique qui s'installe entre les partenaires comme une danse. L'objectif du thérapeute est donc de guider et de chorégraphier une nouvelle danse entre les conjoints.

Johnson (2019) définit cinq « mouvements » qui sont initiés par le thérapeute au sein de cette séquence d'interventions de base. Il y a d'abord, le « reflet du processus » au cours duquel la dynamique d'interaction négative entre les partenaires est identifiée, décrite et normalisée. Les émotions qui y sont associées sont également nommées. Le deuxième mouvement est « l'assemblage de l'affect et l'intensification émotionnelle ». On s'intéresse ici au vécu émotif d'un des partenaires, afin d'identifier les émotions primaires et les besoins d'attachement. L'objectif est d'aider la personne à mieux comprendre ses réactions. Le troisième mouvement est celui de la « mise en acte » d'un échange. Guidé par le thérapeute, le partenaire est encouragé à partager sa vulnérabilité en exprimant ce qu'il ressent directement à l'autre conjoint(e). Au cours du quatrième mouvement, soit le « traitement des nouveaux échanges », le partenaire qui s'est exprimé est invité à nommer ce que cela lui a fait vivre. Le partenaire qui était à l'écoute est ensuite questionné par rapport à ce qu'il ressent face au vécu de son(sa) conjoint(e). Le dernier mouvement, « l'intégration et la validation », permet de faire un résumé du processus et de valider les émotions positives associées à cette nouvelle dynamique d'interaction.

Selon Johnson (2019), cette séquence d'interventions regroupées sous l'appellation « Tango » est présente au cours des trois stades de la thérapie. Elle indique que le thérapeute peut initier les cinq mouvements au cours de la même séance ou à l'inverse, qu'il peut garder les partenaires dans un seul ou quelques-uns des mouvements à l'intérieur d'une séance. Johnson (2019) indique que ces mouvements sont présents dans toute démarche efficace associée à la thérapie axée sur l'émotion. Bien que basée sur ses recherches et son expérience clinique, la présence du « Tango » n'a pas encore été détaillée dans une étude.

Efficacité de la thérapie de couple axée sur l'émotion

Les résultats obtenus dans une majorité d'études empiriques démontrent que la TCÉ est efficace chez les couples en bonne santé physique qui vivent de la détresse conjugale (voir Beasley et Ager, 2019, pour une méta-analyse). Il s'agit, par ailleurs, d'une intervention efficace pour les couples faisant face à des problématiques spécifiques, comme la maladie d'un enfant (Cloutier *et al.*, 2002; Gordon Walker *et al.*, 1996), la dépression chez un partenaire (Denton *et al.*, 2012; Dessaulles *et al.*, 2003; Wittenborn *et al.*, 2018), la présence de traumatismes dans l'enfance chez la femme (Dalton *et al.*, 2013), ainsi que l'infertilité (Najafi *et al.*, 2015; Soleimani *et al.*, 2015). Des études ont également permis de démontrer que la TCÉ peut être utilisée auprès des couples faisant face à la maladie chronique. À cet égard, certains chercheurs se sont intéressés aux couples dont l'un des partenaires présentait un cancer (Couture-Lalande *et al.*, 2007; McLean *et al.*, 2013; Naaman, 2008). Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a cependant porté sur l'utilisation de la TCÉ auprès de couples dont l'un des partenaires présentait une maladie cardiovasculaire.

Processus thérapeutique

Les études sur le processus thérapeutique permettent de mieux comprendre quels sont les ingrédients actifs (attitudes du thérapeute, caractéristiques des clients, moments critiques) qui prédisent la réussite de la démarche thérapeutique (Greenman et Johnson, 2013). Plusieurs recherches sur le processus thérapeutique en jeu dans la TCÉ ont été réalisées. Les chercheurs de ces études se sont principalement penchés sur l'intensité de l'expérience émotionnelle des clients (Johnson et Greenberg, 1988; Burgess Moser *et al.*, 2018) ainsi que sur la résolution des blessures d'attachement (Naaman *et al.*, 2005; Zuccarini *et al.*, 2012). De façon plus spécifique, le relâchement (*softening*) qui survient lors du stade deux de la thérapie est un processus qui a été particulièrement analysé. Les résultats obtenus à ce sujet suggèrent que ce relâchement se produit grâce à la tendance, pour les deux partenaires, d'exprimer plus librement leurs émotions et

besoins d'attachement (p. ex. connexion émotionnelle, réassurance) et de répondre de façon plus empathique aux émotions et aux besoins de l'autre (Dalglish *et al.*, 2015).

Quoique le processus thérapeutique des clients ait été plus souvent étudié, certains chercheurs se sont penchés sur le processus lié au thérapeute. Par exemple, Bradley et Furrow (2004) ont identifié certaines interventions (p. ex. la validation, l'interprétation empathique) ainsi que certaines thématiques (p. ex. aider le partenaire critique à faire des demandes liées à ses besoins d'attachement) initiées par le thérapeute, qui semblent faciliter un adoucissement chez le conjoint critique.

Le processus thérapeutique en jeu au cours du stade 1 de la TCÉ reste peu étudié, bien qu'il s'agisse d'un stade déterminant pour la suite de la thérapie. C'est en effet lors de ce premier stade que l'alliance thérapeutique est créée et que les couples approfondissent leur compréhension de leur vécu émotif et de leur dynamique d'interaction (Johnson, 2020).

4.2 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de cette étude exploratoire était de participer au développement d'une meilleure compréhension du processus thérapeutique de la TCÉ chez les couples faisant face à la maladie cardiaque, en identifiant quels sont les opérations du thérapeute et les aspects du processus propres aux clients qui, lors du stade 1 de la thérapie, pourraient potentiellement permettre une amélioration de l'ajustement conjugal. De façon plus spécifique, les buts de l'étude étaient : 1) de vérifier la présence des cinq mouvements du « Tango » et d'identifier ceux qui sont prédominants au cours du premier stade de la TCÉ et 2) de détailler le niveau d'expérience émotionnelle et la qualité des interactions des clients(es) à travers ces mouvements.

Face à ces objectifs, deux modèles théoriques, soit un par couple, ont été créés en fonction des hypothèses de départ. Voir les figures 1 et 2 à ce sujet. Du côté du thérapeute, l'hypothèse était que ce dernier initierait les cinq mouvements du « Tango » au cours des séances, et ce, chez les deux couples. Du côté des clients, l'hypothèse était que le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré présenterait un niveau plus profond d'expérience émotionnelle lors des mouvements 1 (« reflet du processus ») et 2 (« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle ») et qu'ils auraient des interactions principalement orientées vers le rapprochement lors des mouvements 3 (« mise en acte »), 4 (« traitement des nouveaux échanges ») et 5 (« intégration et validation »). À l'inverse, pour le couple chez qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré, l'hypothèse émise était que le niveau d'expérience émotionnelle des partenaires serait plus faible lors des deux premiers mouvements et que leurs interactions seraient plus hostiles lors des trois derniers mouvements. Étant donné l'aspect exploratoire de l'étude, il était attendu que l'analyse du processus réel nous permettrait de préciser et d'adapter les modèles théoriques.

[Insérer ici figures 1 et 2]

4.3 Méthode

4.3.1 Participants

La population ciblée par la recherche était celle des couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire. Le recrutement s'est fait auprès des patients suivis dans deux hôpitaux ontariens. Les participants devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) ils devaient vivre ensemble depuis au moins un an, 2) au moins un des partenaires devait présenter un niveau d'ajustement conjugal entre 70 et 97 à l'Échelle d'ajustement dyadique (Dyadic Adjustment Scale; Spanier, 1976), 3) ils ne devaient pas participer à une autre thérapie de couple en même temps, 4) aucun des

deux conjoints ne devait présenter une déficience intellectuelle ou un trouble mental sévère et persistant pouvant nuire au travail thérapeutique, 5) ils devaient être tous deux dans un état physique qui leur permette de se déplacer pour les rendez-vous de thérapie conjugale.

4.3.2 Instruments

Échelle d'ajustement dyadique

Cet instrument a été utilisé dans la sélection des couples, afin de déterminer les mesures pré et post intervention du niveau d'ajustement conjugal des partenaires. Il s'agit de la version française du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) de Spanier (1976), traduite par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986). Cet instrument est fréquemment utilisé dans l'évaluation de la détresse et de l'ajustement conjugal (Bouchard *et al.*, 1991). Ce test permet d'obtenir une cote d'ajustement global pour chacun des membres de la dyade (Baillargeon *et al.*, 1986). Il est composé de 32 items qui font référence à quatre composantes du fonctionnement du couple : consensus, satisfaction, cohésion et expression affective (Antoine *et al.*, 2008). Les scores peuvent varier entre 0 et 151, le score de 98 étant considéré comme le seuil clinique de la détresse conjugale. Plus le score est élevé, plus l'ajustement conjugal est bon. Le score normatif de 114,8 est associé à un bon niveau de satisfaction conjugale. Finalement, une augmentation de dix points post intervention témoigne d'une amélioration cliniquement significative (Spanier, 1976). La version anglaise initiale de Spanier (1976) présente de bonnes qualités psychométriques, tant sur le plan de la validité que de la fidélité. La version française de 32 items a également démontré de bonnes qualités psychométriques (Baillargon *et al.*, 1986).

Échelle d'experiencing

Cet instrument a été utilisé pour mesurer le niveau d'expérience émotionnelle (*experiencing*) des partenaires. Ce sont les propos exprimés par l'individu qui sont utilisés pour la cotation. L'Échelle d'experiencing (*Experiencing Scale*; Klein *et al.*, 1969) est une échelle comportant sept niveaux d'intensité émotionnelle. Au premier niveau, le contenu exprimé est abstrait et impersonnel. Aux niveaux suivants, le contenu exprimé progresse graduellement vers des expériences internes de plus en plus définies, pour finalement en arriver à une compréhension approfondie des émotions vécues. Il s'agit d'un instrument d'observation des processus internes des clients qui a fait l'objet de nombreuses études et dont la validité est reconnue (Pascale-Leone et Yeryomenko, 2017). C'est la version anglophone de l'échelle qui a été utilisée, puisqu'il n'existe pas de version validée en français. La chercheuse principale et un assistant de recherche ont été formés à l'utilisation de cette échelle via le manuel de pratique (Klein *et al.*, 1969). Un bon accord interjuge a été établi entre eux (coefficient kappa = 0,70).

Grille d'analyse structurelle du comportement social

Cet instrument a permis de mesurer la qualité des interactions entre les partenaires. La version simplifiée de la Grille d'analyse structurelle du comportement social (*Structural Analysis of Social Behavior*; Benjamin, 1974) a été utilisée dans le cadre de cette étude. Il s'agit d'une grille à quatre cadrans (cadran 1 : autonomie avec rapprochement; cadran 2 : autonomie hostile; cadran 3 : influence hostile; cadran 4 : influence avec rapprochement). Cette grille permet de codifier les paroles ou les comportements d'un des partenaires en fonction de deux axes. L'axe vertical correspond au niveau d'interdépendance (autonomie - influence). L'axe horizontal correspond au niveau de rapprochement dans les interactions (rapprochement - hostilité). Les paroles et comportements émis sont également codifiés en fonction du centre d'intérêt, c'est-à-dire la personne vers qui le propos ou le comportement est dirigé. Il y a deux centres d'intérêt, soit l'autre ou soi (Makinen et Johnson, 2006). Le

partenaire dont les propos ou comportements sont codifiés dans le cadran 1, soit *autonomie avec rapprochement*, cherche à comprendre, à pardonner, à partager lorsqu'il s'adresse à l'autre ou plutôt à s'exprimer et s'affirmer lorsqu'il parle de lui. De son côté, le partenaire dont les propos ou comportements sont codifiés dans le cadran 2, soit *autonomie hostile*, peut rejeter ou ignorer l'autre alors qu'il se referme lorsque le centre d'intérêt est tourné vers lui. Celui ou celle dont les propos ou les comportements sont codifiés dans le cadran 3, *influence hostile*, va blâmer, rabaisser ou attaquer l'autre ou il va plutôt bouder, protester ou ruminer lorsque le centre d'intérêt est tourné vers lui. Finalement, le partenaire dont les propos ou comportements sont codifiés dans le cadran 4, soit *influence avec rapprochement*, cherche à prendre soin et à protéger l'autre ou alors à faire confiance à se fier à l'autre lorsque le centre d'intérêt est tourné vers lui. Il s'agit d'un instrument largement utilisé qui présente une bonne validité (Benjamin et al, 2006). C'est la version anglophone qui a été utilisée, puisqu'il n'existe pas de version validée en français. Ce sont ici les propos rapportés par les partenaires des deux couples qui ont été utilisés pour la cotation, puisque l'analyse a été effectuée via des enregistrements audio. La chercheuse principale et un assistant de recherche ont été formés à son utilisation via le manuel de pratique. Un bon accord interjuge a été obtenu (coefficient kappa pour le centre d'intérêt = 0,94; coefficient kappa pour les cadrans : 0,90).

4.3.3 Procédures

Deux couples ont été sélectionnés parmi un échantillon de dyades ayant pris part à un suivi en TCÉ dans le cadre d'un autre projet de recherche. Ces couples ont été choisis en fonction de leur score global sur l'Échelle d'ajustement dyadique post intervention, afin de pouvoir comparer un couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré et un pour qui il est resté faible. Dans les deux cas, ce sont les partenaires masculins qui avaient une maladie cardiaque. La mesure pré intervention du niveau d'ajustement conjugal a été prise environ quatre semaines avant le début de la thérapie et la mesure

post intervention a été réalisée lors de la dernière séance de psychothérapie. Les partenaires du couple pour qui l'ajustement a augmenté ont obtenu des scores indiquant un bon ajustement conjugal post intervention. Le partenaire est resté dans un niveau témoignant de l'absence de détresse conjugale (score pré = 120, score post = 109). C'est la partenaire qui est passée d'un ajustement conjugal moyen à un score indiquant la satisfaction conjugale (pré = 93, score post = 119). De leur côté, les partenaires du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré n'ont pas atteint un niveau indiquant la présence de satisfaction conjugale. Le partenaire est resté dans un niveau d'ajustement conjugal moyen (score pré = 91, score post = 92). Pour sa part, sa conjointe est restée dans des niveaux indiquant la présence de détresse conjugale (score pré = 78, score post = 68).

Les séances de psychothérapie ont eu lieu dans un milieu hospitalier. Le thérapeute qui a fait le suivi auprès deux couples est le deuxième auteur du présent article. Il s'agit d'un expert reconnu en TCÉ ainsi qu'un formateur accrédité pour enseigner et donner cette thérapie conjugale. Comme l'ont fait Bradley et Furrow (2004) dans leur étude sur le processus thérapeutique de la TCÉ, le jugement clinique du thérapeute a été considéré dans le choix des couples. Il a ainsi permis de confirmer la présence ou l'absence d'améliorations marquées chez ces deux couples.

Le choix des séances de thérapie faisant l'objet des analyses a été fait en fonction de la méthode d'exploration initiale utilisée par Bradley et Furrow (2004) dans leur étude. Le thérapeute a donc écouté l'enregistrement audio des séances de psychothérapie du stade 1 des deux couples. Il a ensuite choisi les trois meilleures séances pour chacun d'eux, soit celles où le niveau d'intensité émotionnelle semblait plus élevé et où il y avait des interactions entre les partenaires. Ces six séances ont ensuite été transcrites intégralement. La méthode d'analyse qui a été utilisée par la chercheuse principale est l'analyse de tâche qui est fréquemment utilisée dans les recherches sur le processus

thérapeutique de la TCÉ (p. ex. Bradley et Furrow, 2004; Makinen et Johnson, 2006; Naaman *et al.*, 2005).

Application de l'analyse de tâche

L'analyse de tâche permet d'étudier le processus de changement au cours de la psychothérapie. Élaborée par Greenberg en 2007, elle comprend deux phases, soit la phase de découverte et la phase de validation. La présente étude s'inscrit dans la phase de découverte et elle comprend sept étapes. Voir à cet égard le tableau 1. La tâche à l'étude a d'abord été identifiée (étape 1). Il s'agit du cheminement des couples à travers les cinq mouvements du « Tango » initiés par le thérapeute. Ensuite, les connaissances théoriques et cliniques de la chercheuse principale quant à l'évolution attendue des couples à travers les cinq mouvements du « Tango » lors du stade 1 de la TCÉ ont été explicitées et rassemblées (étape 2). Les deux manuels de Johnson (2019, 2020) ont aussi été utilisés, afin de détailler la tâche et de soutenir les connaissances de la chercheuse principale (étape 3). À partir de ces connaissances et de la théorie existante, deux modèles théoriques ont été élaborés, soit un par couple (étape 4). Ces modèles présentent les hypothèses de départ. Voir les figures 1 et 2 à ce sujet.

Par la suite, l'analyse empirique d'exemples de la tâche présents dans les séances de psychothérapie choisies a été réalisée (étape 5). La chercheuse principale a fait l'écoute de l'enregistrement audio des six séances et a lu leur transcription, afin de sélectionner un segment de dix minutes par séance (Burgess Moser *et al.*, 2018; LaRocque, 2014). Ces segments ont été choisis en fonction de la présence d'un marqueur de la tâche (étape 5 A). Le marqueur était une intervention du thérapeute qui initiait un des mouvements du « Tango » ou qui gardait les partenaires à l'intérieur d'un de ces mouvements. Ces segments ont ensuite été codifiés à l'aide de l'Échelle d'experiencing et de la Grille d'analyse structurelle du comportement social par la chercheuse

principale et un assistant de recherche, afin d'évaluer le niveau d'expérience émotionnelle et la qualité des interactions (étape 5 B).

Les deux modèles théoriques ont été comparés au processus réel observé dans les segments de thérapie. Cette comparaison a permis d'ajuster les modèles initiaux et de créer les modèles théoriques-empiriques (étape 6). Une explication concernant les différences observées a finalement été formulée (étape 7).

[Insérer ici tableau 1]

4.4 Résultats

4.4.1 Accords interjuges

La chercheure principale et un assistant de recherche ont codifié la transcription des six extraits de dix minutes (trois par couple) à l'aide de l'Échelle d'experiencing et de la Grille d'analyse structurelle du comportement social. Un bon accord interjuge a été établi entre eux. Pour le couple chez qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, les coefficients kappa obtenus étaient de 0,92 pour l'Échelle d'experiencing, ainsi que de 0,81 pour le centre d'intérêt (l'autre ou soi) de la Grille d'analyse structurelle du comportement social et 0,93 pour les cadrans de la Grille d'analyse structurelle du comportement social. Pour le couple chez qui il n'y a pas eu d'amélioration, les coefficients kappa étaient de 0,80 pour l'Échelle d'experiencing, ainsi que de 0,91 pour le centre d'intérêt et 0,86 pour les cadrans de la Grille d'analyse structurelle du comportement social.

4.4.2 Tango

Comme prévu dans les deux modèles théoriques, les différentes interventions du thérapeute ont permis de guider les partenaires à travers les mouvements du « Tango ». Toutefois, contrairement à ce qui était décrit dans ces modèles, les cinq mouvements du « Tango » n'étaient pas tous présents à l'intérieur des segments analysés. Au total, quatre des cinq mouvements ont pu être identifiés : « reflet du processus » (1), « assemblage de l'affect et intensification émotionnelle » (2), « mise en acte » (3) et « traitement des nouveaux échanges » (4).

Les modèles théoriques n'avaient pas prévu de différence entre les couples quant à la présence de certains mouvements du « Tango ». L'analyse des segments a néanmoins permis d'identifier certaines disparités. En effet, bien que les quatre premiers mouvements étaient présents chez les deux couples, ce sont les mouvements 1 et 2 qui ont prédominé chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré. En effet, les interventions du thérapeute semblent avoir contribué au développement d'une compréhension de la dynamique interactionnelle ainsi qu'à l'intensification du vécu émotif vers les émotions primaires chez ce couple, et ce, principalement chez la partenaire. Le premier extrait présente le « reflet du processus », alors que le thérapeute reflète et décrit plus en détail la dynamique dans laquelle le couple se trouve. L'extrait suivant illustre l'« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle ». Le thérapeute encourageait la cliente à détailler ses émotions et à les ressentir davantage en séance.

Extrait 1 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Mr : Et bien, je lui rappelle assez souvent qu'elle se répète. Elle prend le même argument de base pour attaquer et le répète et le répète et le répète.

Thérapeute (« reflet du processus ») : Donc vous passez beaucoup de temps, comme le font beaucoup d'autres couples, à dire à l'autre personne ce qu'elle fait de bien ou de

mal et pas autant de temps que ce que vous pourriez faire à parler de ce qui se passe pour vous. Vous savez, vous venez ici et je vous demande de faire ça. Je vous ralentis et vous demande : « À quoi ça ressemble pour vous ? Qu'est-ce qui se passe pour vous ? » Mais quand les couples sont pris dans ce piège, ce n'est pas ce qu'ils font, ils accusent ou se défendent.

Extrait 2 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Thérapeute : Vous ne recevez pas de signaux de sa part que vous pouvez compter sur lui, que vous n'êtes pas seule?

Mme : Non, les obligations sociales dans le travail... Lui, il ne va pas à la plupart des rencontres d'affaires. Très bien, très bien, je vais le faire. Mais les obligations familiales, eh bien, je dois prendre le contrôle de cela. Quand il y a des gens chez lui, il est très sociable et il joue à l'hôte, mais en dehors de ça, je, j'ai juste l'impression que je dois prendre les responsabilités et que je n'ai pas le droit de vieillir. Je vais avoir 75 ans et lui 85 ans et encore avoir à être celle qui se souvient de tout et savoir que ce sera toujours de ma faute.

Thérapeute (« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle ») : Beaucoup de tensions ici aussi pour vous, non, Julianne?

Mme : Oh, c'est incroyable.

Thérapeute (« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle ») : Beaucoup de stress.

Mme : C'est incroyablement frustrant. Je veux profiter de ma vie, ne pas avoir à créer une vie pour lui. Ça ne devrait pas être ça.

Thérapeute : Ok, qu'en est-il de créer une vie pour vous deux, ensemble?

Mme : C'était ça avant. Mais si ça veut dire que je prends simplement toute la charge, alors ce n'est pas une vie ensemble, c'est une vie où moi, je dois m'occuper de lui.

Thérapeute (« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle ») : Donc vous êtes seule aussi, isolée, par vous-même?

Mme : Je fais plein de choses. Je me fais des amis, je suis dans un club de lecture, je fais des choses...

Thérapeute (« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle ») : Non, mais quand je dis seule, vous savez, dans la relation, quand vous vous sentez coincés tous les deux.

Mme : Bien sûr que je le suis, bien sûr que je le suis.

Chez le couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré, ce sont les mouvements 3 et 4 qui ont été davantage observés. Il y a eu plus d'interactions entre eux, certaines d'entre elles étant initiées par les partenaires eux-mêmes et non par le thérapeute. Ce dernier a néanmoins réagi à ces interactions en les guidant dans le mouvement 4. L'extrait suivant présente une interaction initiée par la partenaire, où l'on peut voir le mouvement 3, soit la « mise en acte ». Le thérapeute s'est ensuite assuré de guider les partenaires dans le « traitement des nouveaux échanges ». Lorsque le couple a commencé à blaguer, il a questionné le partenaire et focalisé sur leur échange et les émotions associées.

Extrait 3 - Couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Mme (s'adressant à son conjoint - « mise en acte ») : Peux-tu me donner ta main? T'es mon meilleur ami. Ce serait vraiment difficile pour moi si quelque chose t'arrivait et que tu mourais. J'ai vraiment besoin que tu prennes soin de toi.

Mr : Je m'occupe de...

Thérapeute (« traitement des nouveaux échanges ») : Elle ne vous attaque pas. Pouvez-vous regarder son visage? Jetez un coup d'œil. Vous n'avez pas à parler, vous n'avez pas à dire quelque chose. Simplement la regarder. Elle vous tient la main, n'est-ce pas?

Mme : Sais-tu à quel point tu es important pour moi?

Mr : Oui.

Mme (« mise en acte ») : Il n'y a personne d'autre vers qui j'ai besoin d'aller. Il n'y a personne d'autre avec qui je veux être. J'ai besoin d'être avec toi et j'ai besoin que tu prennes soin de toi au mieux de tes capacités pour qu'on soit ensemble longtemps.

Thérapeute : Vous prenez un gros risque ici, Anna. Vous exprimez vraiment à Marc ce que vous vivez.

Mme : Es-tu d'accord avec ça? Est-ce que tu me crois?

Mr : Oui.

Mme : Je n'essaie pas de te renvoyer chez ta mère!

Mr : Ma mère est décédée; il faudrait que tu me tues!

Thérapeute (« traitement des nouveaux échanges ») : Et, Marc, comment cette expression particulière, ou ce qu'Anna vient de dire, comment cela vous fait-il sentir? Comment cela vous fait-il réagir à l'intérieur, quand elle vous prend la main et dit...

Mr : Je ne déteste pas ça, c'est un peu comme si parfois vous pensez oh, c'est ça dont elle a besoin. C'est un peu difficile à dire, mais c'est (inaudible). Elle est bonne pour moi, elle est (inaudible).

Thérapeute (« traitement des nouveaux échanges ») : Donc, vous dites que vous n'êtes pas habitué de l'entendre dire ça comme ça?

Mr : Non.

4.4.3 Niveau d'expérience émotionnelle

L'hypothèse selon laquelle le niveau d'expérience émotionnelle serait plus élevé chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré a été confirmée. L'analyse faite avec l'Échelle d'experiencing a permis d'observer les niveaux d'expérience émotionnelle allant de 2 à 4 (sur 7 niveaux) chez les partenaires. Le niveau 4 a été plus présent chez ce couple, en comparaison avec le couple pour qui l'ajustement ne s'est pas amélioré. Il a, par ailleurs, été majoritairement attribué à la partenaire (16 fois sur 17). En effet, elle a nommé plusieurs émotions primaires, telles que la colère, la tristesse et la peur. Elle a également été plus émotive en séance et a pleuré. Elle s'est finalement ouverte par rapport à des traumas passés.

L'extrait suivant illustre le niveau 4, alors que la cliente parlait de ce qu'elle ressent face à certains comportements de son conjoint qui ne prend pas soin de sa santé selon elle. Elle abordait le manque de sécurité ressenti dans la relation.

Extrait 4 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Mme (parlant à son conjoint) : Je t'entends, mais je ne sais pas si je peux y arriver. J'ai juste, j'ai dû travailler très dur au cours des dernières années, au Ghana et ici. J'ai dû construire le plus grand mur que j'ai pu pour trouver un endroit sûr en moi parce que je ne pouvais pas trouver ça avec toi. Donc, je suis, je pense, je ne sais pas (souple). J'essaie de te parler, j'essaie et je parle. Je dis des choses comme : « J'ai des « flashbacks », tout se mélange ». Je l'ai fait cette semaine. J'ai dit qu'une partie de ce que je ressens vient du fait que tu ne travailles pas. Mais ce n'est pas parce que tu ne travailles pas, ça n'a jamais été parce que tu ne travailles pas. C'est parce que tu ne te soucies pas de moi, que tu m'envoies au travail tous les jours, et que c'est ok pour toi. Woah!

Thérapeute : Quand les « flashbacks » commencent pour vous, c'est comme vous l'avez déjà dit par rapport au fait de boire, ça arrive, peu importe que ce soit une goutte ou une bouteille entière. Et vous dites : « Ce n'est pas toi, ce n'est pas à propos de toi qui ne travailles pas ». Vous ne l'accusez pas. Vous ne dites pas que s'il sort et va travailler, que tout ira bien. Vous dites que pour vous, ce sont des choses qui ont déclenché le sentiment de solitude. Vous ne vous sentez plus en sécurité, n'est-ce pas? Et donc la question que je vous pose, et je pense celle que David se pose aussi, est ok, quand cela arrive, quand vous ressentez cette peur et cette solitude, comment David peut-il faire un trou dans le mur ou peut-être même le traverser et être avec vous, afin que vous vous sentiez en sécurité, comme ce que vous viviez avec lui avant? Ce mur, vous avez mis beaucoup d'efforts à le construire, non? Mais ça vous garde en quelque sorte seule face au dragon. Nous pouvons tout à fait comprendre pourquoi il est là.

Mme : (souple)

Thérapeute : Prenez, respirez profondément. Ce n'est pas facile.

Mme : Je me sens tellement déchirée.

Thérapeute : Oui.

Mme (s'adressant à son conjoint) : Et, j'ai besoin que tu ne fasses pas des choses qui, qui créent des tensions dans nos vies. Ça n'a plus de sens pour moi. Si tu veux te tuer pour l'amour de Dieu, vas-y. Mais je ne veux pas regarder! (Pleurs)

De son côté, le partenaire s'est maintenu dans un discours plus rationnel, passant du niveau 2 au niveau 3. Il est arrivé par moments à nommer des émotions primaires (peur, tristesse), comme le démontre le court extrait suivant :

Extrait 5 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Thérapeute : Qu'est-ce qui se passe pour vous en ce moment?

Mr : Je me sens très triste.

Thérapeute : Ok, dites-lui cela, oui, c'est bien.

Mr (s'adressant à sa conjointe) : Ça me dérange vraiment que ça, euh, ça t'affecte si profondément.

De façon générale, il semble néanmoins avoir eu de la difficulté à élaborer sur son vécu émotif. L'extrait suivant illustre cette situation :

Extrait 6 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Mr : Eh bien, en partie ça a à voir avec obtenir un double sens émotionnel parce que ...

Thérapeute : Cela signifie que vous exprimez vous aussi certains sentiments, est-ce que c'est ce que vous voulez dire?

Mr : Eh bien, c'est, ça, c'est de s'impliquer dans la discussion à un niveau plus profond et plus complet. Je, je me rends compte que faire cela ne rend pas les choses plus faciles pour le moment, mais il me permet de comprendre, ah, vous savez, plus les causes profondes et euh... (S'adressant à sa femme) Juste pour dire que, comme pour Louis qui t'a fâchée, nous allons devoir changer cette formule un peu pour que nous puissions hum...

Thérapeute : Qu'est-ce que vous voulez dire, David? « Je veux savoir ce qui se passe au fond de toi, Julianne, je veux comprendre? »

Mr : Oui.

Thérapeute : « J'ai besoin de comprendre. » Dites-lui cela.

Mr (s'adressant à sa conjointe) : J'ai besoin, pour avoir une idée de peut-être ah, comment ça fait mal et pourquoi surtout. Tu arrivais avant à juste parler contre lui. Je veux dire qu'il est, c'est un mauvais patron, mais, tu sais, t'as mieux à faire. Cela ne t'affectait pas, et, et maintenant ça semble t'affecter. Même chose avec moi, je t'affecte, et avant ça ne semblait pas être le cas, donc, on n'avait pas besoin d'aller là. Euh, mais maintenant...

Toujours en accord avec l'hypothèse proposée, le couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré a démontré un niveau d'expérience émotionnelle moins profond. Les partenaires de ce couple ont été dans des niveaux d'intensité allant de 1 à 4, avec une majorité de 2 et de 3. Le niveau 4 était moins présent que chez l'autre couple. Dans ce cas-ci, ce niveau a davantage été attribué au partenaire masculin (7

fois sur 10), puisqu'il a exprimé certaines émotions primaires (p. ex. tristesse, peur) et semble avoir développé une compréhension plus détaillée de son expérience. Il a également été plus émotif en séance et a pleuré. Les deux extraits suivants présentent le niveau 4 chez ce partenaire. L'émotion associée à sa position de retrait dans la dynamique (la peur des conflits) a été nommée et il a décrit plus en détail son expérience.

Extrait 7 - Couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Mr : Mon plus gros problème c'est que, quand j'entends des gens crier, je recule et je m'en vais.

Thérapeute : Oui.

Mr : Ça me fait mal que je n'arrive juste pas à le prendre. Et c'est ce qui se passe avec Anna. Elle me crie dessus même quand elle a une voix monotone.

Thérapeute : Ok, donc, même quand elle ne crie pas, elle crie.

Mr : Oui. Elle est... parce que je sais que quand elle a cette voix, elle est fâchée, et au lieu d'élever le ton, elle a juste cette voix monotone. Et c'est un peu comme « Oh mon Dieu, nous y voilà! ». Je veux juste partir.

Thérapeute : Vous vous dites oh-oh!

Mr : Oui. Tu es nerveux et l'estomac se contracte et...

Thérapeute : Donc, quand vous sentez votre estomac se contracter et le oh-oh et la peur, qu'est-ce qui se passerait si vous faites ce que vous venez de faire ici? Au lieu de partir,

vous vous tournez vers Anna, vous restez présent comme vous venez de le faire maintenant et au cours des 25 dernières minutes?

Mr : Oui, mais maintenant, vous êtes là.

Thérapeute : C'est encore un peu difficile de penser en parler.

Mr : J'ai l'impression qu'elle a le pouvoir, que je ne l'ai pas.

Thérapeute : J'ai l'impression que vous vous sentez vraiment petit.

Mr : Oui.

Extrait 8 - Couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Mr : Je ne sais pas comment me défendre.

Mme : Et j'ai essayé de lui apprendre à se défendre, de l'encourager ou de lui donner les mots à utiliser. Mais vous savez, si j'avais vécu sa vie, je ne saurais pas me défendre non plus.

Thérapeute : Ok. C'est très important. Je veux que vous réalisiez ce qui vient de se passer. Ok, prenez une seconde.

Mr (qui pleure) : Je vais bien...

De son côté, sa conjointe s'est moins exprimée et elle s'est maintenue dans un discours plus rationnel. Bien qu'elle ait nommé certaines émotions primaires, telles que la peur de perdre son conjoint, elle n'était pas émotive lors des séances. L'élaboration et le niveau d'intensité émotionnels ont ainsi été plus faibles. Elle était, par ailleurs,

davantage tournée vers l'expérience et les émotions de son conjoint que sur son propre vécu émotif. L'extrait suivant illustre cette situation chez la partenaire. Elle parlait alors de sa peur, mais elle est restée dans le niveau 3 par rapport à l'intensité de l'expérience émotionnelle.

Extrait 9 - Couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Thérapeute : Ça peut arriver à tout moment (parlant de la crise cardiaque). C'est la vraie source de stress pour vous deux.

Mme : Oui, mais pas seulement cela. Je veux dire, on lui a dit que tout était ok, mais j'ai encore des questions comme « Qui avait raison? ». Le technicien avait-il raison, et le médecin? Vous comprenez ce que je veux dire? Comme si c'était... il est très difficile de... Je veux dire, on ne peut pas tout empêcher et on doit vivre notre vie, mais quand quelque chose comme ça arrive et que nous avons peur à nouveau, c'est presque comme si tout me revient.

Thérapeute : Parlez-en, Anna. Oui, pour vous, tout revient. Qu'est-ce que vous revivez lorsque vous pensez à votre expérience? Parce que vos expériences sont très différentes, hein, mais ça vous touche tous les deux.

Mme : Oui. Quand c'est arrivé, je me suis sentie en colère quand Marc m'en a parlé. J'ai eu peur pour lui. Je ne voulais pas qu'il rentre chez lui. Mais je me suis sentie en colère à cause de ce risque de 60% qui reste. Parce que, vous savez, si ce n'est pas 90%, ils n'aiment pas opérer parce qu'il y a des risques qu'un morceau se brise et puis, vous devez avoir un troisième « stent ».

4.4.4 Qualité des interactions

Par rapport à la qualité des interactions, mesurée par la Grille d'analyse structurelle du comportement social, c'est le cadran 1 (autonomie avec rapprochement) avec des propos centrés sur soi (2) qui a été le plus observé chez les deux couples, ce qui implique que les partenaires parlaient davantage de leurs propres expériences et émotions. L'hypothèse selon laquelle les interactions entre les partenaires seraient davantage orientées vers le rapprochement chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré n'a été pas confirmée. En effet, leurs interactions avaient un caractère plus hostile et ils ont exprimé davantage de reproches mutuels. En comparaison avec l'autre couple, une plus grande proportion de leurs propos (17 vs 6) a été codifiée dans le cadran 3 (autonomie hostile) et était centrée sur l'autre (1). C'est la partenaire qui a surtout semblé avoir de la difficulté à faire confiance aux propos de son conjoint. Elle était fréquemment en colère et blâmait son conjoint. Ses propos ont été codifiés dans le cadran 3 (autonomie hostile) et étaient centrés sur l'autre (1) à 13 reprises (sur 17). Voici deux extraits qui illustrent cette hostilité chez les partenaires. D'abord, le partenaire indiquait que sa conjointe ne le comprend pas et lui reprochait de se répéter dans ses critiques. Dans le deuxième extrait, sa conjointe lui reprochait de ne pas prendre soin de sa santé et de la laisser seule responsable dans la relation.

Extrait 10 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Mr : Je lui ai dit que je souffre, mais ça ne semble pas la déranger.

Thérapeute : Comment lui dites-vous? Est-ce que vous lui dites : « Je souffre vraiment, j'ai vraiment besoin de toi, j'ai vraiment peur. » ou quelque chose comme ça?

Mr : Je lui ai dit plusieurs fois : « Tu t'en prends à moi. ».

Thérapeute : C'est différent! Vous entendez la différence? Vous vous souvenez des niveaux? C'est un exercice cognitif. « Tu t'en prends à moi. » C'est peut-être ce qui

sort, n'est-ce pas? « Tu t'en prends à moi. » Ok. C'est ici. Contenu. Surface. Ce qui est ici, c'est que vous vous dites qu'elle s'en prend à vous. Et je vais continuer, dites-moi si ce n'est pas tout à fait juste. On dirait que ça fait mal.

Mr : Hum.

Thérapeute : Attaque. Donc, je ne sais pas, est-ce effrayant, sentir qu'une attaque s'en vient ou peut-être, c'est, c'est, déplaisant?

Mr : Eh bien, je lui rappelle souvent qu'elle se répète. Elle prend le même argument pour attaquer et le répète et le répète et le répète.

Extrait 11 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Mme : C'est, nous parlons de ces niveaux, mais vous me demandez d'aller quelque part où je ne suis pas certaine d'être en sécurité. Alors, pourquoi mettre ce temps et cette énergie et me mettre dans une position vulnérable pour me retrouver dans six mois encore avec cet énorme gâchis entre les mains.

Thérapeute : Seule. Je vais, qu'est-ce que vous dites, Julianne? « J'ai vraiment peur. » J'ai vraiment peur de quoi? Vous avez dit vulnérable? « Je vais me rendre vulnérable, je vais lui faire confiance, aller vers lui... »

Mme : Et puis il va se vautrer dans l'alcoolisme et tomber malade et je vais devoir jouer l'infirmière et je n'aurai pas de soutien émotionnel. Je dois être la gardienne et l'infirmière et la personne qui est responsable. Je ne veux pas être sa mère, je veux être sa femme! Mais si je dois ramasser après lui...

Par moments, le conjoint a tout de même cherché à s'ouvrir un peu plus au vécu de sa partenaire et à se rapprocher d'elle, surtout lorsqu'elle exprimait des émotions et

partageait des expériences difficiles. La majorité des propos codifiés dans les cadrans 1 (autonomie avec rapprochement) et 4 (influence avec rapprochement) et centrés sur l'autre (1) ont été dits par le client (7 fois sur 8). C'est à une seule occasion que les propos de sa conjointe ont été codifiés dans le cadran 4 (influence avec rapprochement) et qu'ils étaient centrés sur l'autre (1). Les deux extraits suivants illustrent des interactions orientées vers le rapprochement chez les partenaires. D'abord, le conjoint expliquait que sa conjointe cherche souvent à discuter, mais que c'est lui qui a de la difficulté à le faire. Dans le second extrait, sa conjointe indiquait être heureuse que son mari comprenne davantage ce qu'elle vit.

Extrait 12 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Mr : Il n'y a qu'une chose, je ne devrais pas dire qu'elle ne le fait pas, c'est juste que ce n'est pas régulier.

Thérapeute : Régulier, ok. C'est une correction importante et c'est aussi très encourageant.

Mr : Parce qu'elle va, ah, je n'aime pas utiliser ces termes, mais elle va craquer au point de vouloir parler et elle voudra exprimer ses préoccupations, euh. Je suis réceptif, je ne suis pas celui qui, euh, l'invite. C'est après avoir été frustrée, généralement après un conflit. Et c'est à ce moment qu'elle essaie de régler les choses qu'euh, elle va parler de ces choses. Et pour moi, ah, je veux dire que je ne suis pas opposé à ça, mais c'est une de ces choses où, euh, ce n'est pas, ce n'est pas un niveau de discussion avec lequel je suis à l'aise.

Thérapeute : C'est difficile.

Mr : Oui, parce que ça signifie alors que je dois euh, ah, eh bien, exprimer ce que je ressens et ce n'est pas une chose facile pour moi même avec, même avec ma femme.

Extrait 13 - Couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Thérapeute : Donc, quand vous ressentez cette vulnérabilité, vous dites « J'ai besoin que tu sois là. », n'est-ce pas? Pouvez-vous, pouvez-vous, peut-être, quand cela arrive, le demander à David, Julianne? Au lieu de, je sais que c'est difficile, c'est dur parce que vous êtes en colère aussi. Mais ce que j'entends, c'est « J'ai besoin, j'ai juste besoin de savoir que tu es là et que tu vas être là et que c'est sécuritaire et j'ai donc besoin que tu viennes avec moi derrière ce mur ». Pouvez-vous lui demander ça? Tout de suite?

Mme (s'adressant à son conjoint) : Je suis allée aussi loin que je peux aller, David, en ce moment. C'est juste que j'ai besoin de toi, je ne sais pas comment... Je ne peux plus maintenant.

Thérapeute : C'est super, c'est super, c'est très bien. J'ai besoin de toi, oui, oui.

Mme : Ugh! Vous savez, dès le début, quand on a commencé ça, je savais qu'on finirait ici. Tout ce processus, ça fait mal.

Thérapeute : Hum, hum.

Mme (s'adressant à son conjoint) : Je suis contente que tu comprennes enfin.

Thérapeute : Parce que quand il comprend, vous n'êtes plus seule avec ça.

Bien qu'elles étaient moins présentes chez le couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré, les analyses ont également permis d'observer certaines interactions hostiles. Leurs propos ont été codifiés à six reprises dans le cadran 3 (autonomie

hostile), avec l'autre (1) comme centre d'intérêt. Certains reproches ont été formulés de part et d'autre, mais c'est le partenaire qui s'est montré le plus méfiant et négatif face à certains propos de sa conjointe. L'extrait suivant illustre un moment où il doutait de la sincérité des propos de sa femme. Il lui reprochait aussi de lui dire quoi faire.

Extrait 14 - Couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Mr : Je le sais. C'est juste que maintenant, j'ai l'impression qu'elle l'a dit parce que vous êtes ici et que nous devons le dire. Parce qu'il n'a pas... J'ai l'impression que ce n'est pas, pas spontané. C'est un peu comme elle le dit quand nous nous chicanons et puis elle dit qu'elle a peur de me perdre, alors c'est différent.

Thérapeute : Donc, vous auriez besoin de plus de cela en dehors de ce contexte artificiel, ce qui vous aiderait vraiment à digérer ce qu'Anna dit.

Mr : Oui, parce que je sais à quel point elle se soucie de moi, à quel point je suis important.

Thérapeute : Oh, je pense que dans votre esprit, vous le savez. Je pense que vous le savez aussi dans votre esprit (s'adressant à Anna) quand il se retire, vous savez que Marc vous aime et qu'il est là.

Mr : Il y a beaucoup de choses que je ne peux pas dire parce que je n'ai pas l'impression qu'elle va s'en faire avec ça, ou elle va me dire comment y faire face et je ne suis pas... Je ne veux pas le faire de cette façon et je ne veux pas l'entendre, comme (inaudible-42:46). Elle continue de le faire.

Thérapeute : Donc, vous avez besoin qu'elle soit sur la même longueur d'onde que vous.

Mr : Oui.

La partenaire, de son côté, a blâmé son conjoint à deux reprises. Voici un extrait où elle lui reprochait sa mauvaise gestion du stress qui, selon elle, a mené à une crise cardiaque.

Extrait 15 - Couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Mme (parlant avec son conjoint) : Chaque fois que j'ai un problème, je ne peux m'empêcher de t'en parler. Ça sort comme floush!

Mr : Oui, tu me mets tout sur les épaules! Non, je plaisante. Mais pour moi, c'est vraiment difficile parfois parce que je ne sais pas s'ils ont raison ou tort et je me dis que tu as déjà beaucoup de problèmes. Et même si tu es un peu stressée parce que tu sais qu'il y a un problème, ton niveau de stress est faible parce que je n'ai jamais l'habitude de t'en dire beaucoup.

Mme : Et tu vois à quel point tu as été stressé? Tu as eu une crise cardiaque!

Néanmoins, contrairement à l'hypothèse de départ, les partenaires pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré ont eu plus d'interactions orientées vers le rapprochement que l'autre couple. Leurs propos centrés sur l'autre (1) ont été codifiés dans le cadran 1 (autonomie avec rapprochement) à huit reprises et le cadran 4 (influence avec rapprochement) à six reprises. Les partenaires se parlaient directement sans nécessairement répondre à une demande du thérapeute. Ils ont également eu des marques d'affection l'un pour l'autre et se sont dit qu'ils s'aimaient. C'est la partenaire qui a principalement amorcé ce partage et ce rapprochement, comme démontré dans le premier extrait. Elle reconfortait alors son conjoint et disait être fière de son processus.

Dans le deuxième extrait, le partenaire témoignait son soutien à sa conjointe en lui prenant la main.

Extrait 16 - Couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Thérapeute : Ok, c'est très important. Je veux que vous réalisiez ce qui vient de se passer. Ok, prenez une seconde.

Mr (qui pleure) : Je vais bien...

Thérapeute : Voici ce qui vient de se passer. Vous...

Mme : Pouvons-nous avoir un moment? Je t'aime (à son conjoint).

Mr : Je t'aime aussi. (Inaudible-57:24) quand tu es stressé, et puis tout à coup, tu t'écrases et commences à pleurer et puis tu te sens mieux. C'est ce que je ressens en ce moment.

Mme : C'est génial. Je suis vraiment fière de toi. Je peux avoir un câlin?

Mr : Pleures-tu?

Mme : Non. Non, je suis vraiment heureuse en fait. Je suis vraiment heureuse que tu aies compris ça.

Extrait 17 - Couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Mme : Alors qu'avant, j'aurais été comme bing, bing, bing, bing, là, ça ne m'atteint pas. Je ne m'attarde pas là-dessus, mais quand le prochain problème arrivera, ce sera à nouveau ce flot d'émotions.

Thérapeute : Flot d'émotions. Alors, quand vous parlez de ce flot d'émotions et qu'il vous prend la main, comment vous sentez-vous?

Mme : Oh, ça fait du bien parce qu'il n'aime pas montrer de l'affection en public.

4.4.5 Modèles empiriques-théoriques

L'observation du processus réel en séance de thérapie nous a permis de préciser les modèles théoriques initiaux, afin de créer les modèles théoriques-empiriques. Quatre des cinq mouvements du « Tango » ont été identifiés, soit le « reflet du processus » (mouvement 1), l'« assemblage de l'affect et l'intensification émotionnelle » (mouvement 2), la « mise en acte » (mouvement 3) et le « traitement des nouveaux échanges » (mouvement 4). L'analyse de l'expérience émotionnelle et de la qualité des interactions a également permis de mieux décrire ce qui se produit chez les couples en fonction du mouvement du « Tango » dans lequel il se trouve. Pour chacun des couples, les modèles théoriques-empiriques présentent donc les mouvements du « Tango » qui ont été identifiés, ainsi que les différences qui ont été observées entre les partenaires (femme versus homme).

Pour l'homme chez qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, le modèle théorique-empirique précise qu'il est resté à des niveaux d'expérience émotionnelle plus bas et que ses interactions ont varié entre le rapprochement et l'hostilité. Du côté de sa partenaire, le modèle théorique-empirique précise qu'elle a expérimenté un niveau d'intensité émotionnelle plus élevé et que ses interactions ont été principalement hostiles. Voir la figure 3 pour le modèle théorique du partenaire et la figure 4 pour celui de la partenaire du couple chez qui l'ajustement conjugal s'est amélioré. Pour l'homme chez qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré, le modèle théorique-empirique précise qu'il a expérimenté des niveaux d'intensité émotionnelle plus élevés et que ses interactions ont varié entre le rapprochement et l'hostilité. Chez sa conjointe, le modèle

théorique-empirique indique finalement qu'elle est restée à des niveaux d'expérience émotionnelle plus bas et que ses interactions ont été principalement orientées vers le rapprochement. Voir la figure 5 pour le modèle théorique du partenaire et la figure 6 pour celui de la partenaire du couple chez qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré.

[Insérer ici figures 3, 4, 5 et 6]

4.5 Discussion

4.5.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif général de l'étude a été atteint en ce sens où l'observation des séances de psychothérapie a permis de développer une meilleure compréhension du processus thérapeutique des couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire. Cette compréhension a été rendue possible en identifiant certains ingrédients qui pourraient contribuer à l'amélioration de l'ajustement conjugal chez cette population, et ce, dès le stade 1 de la TCÉ. Les hypothèses ont toutefois dû être modifiées en fonction de l'observation du processus réel et des précisions ont été apportées aux modèles élaborés. D'abord, contrairement à ce qui était décrit dans les modèles théoriques, ce ne sont pas les cinq mouvements du « Tango » qui ont pu être observés dans les segments étudiés. Des différences entre les couples ont également été observées quant à la prédominance de certains mouvements. Les mouvements 1 et 2 ont été davantage identifiés chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, alors que ce sont les mouvements 3 et 4 qui ont été plus souvent identifiés chez le couple pour qui l'ajustement ne s'est pas amélioré.

Ensuite, l'hypothèse concernant le niveau d'expérience émotionnelle a été confirmée, en ce sens où les niveaux étaient plus élevés chez le couple pour qui l'ajustement

conjugal s'est amélioré. Du côté de la qualité des interactions, l'hypothèse initiale n'a cependant pas été confirmée. Les interactions étaient plus hostiles chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré alors qu'elles étaient davantage orientées vers le rapprochement chez le couple pour qui l'ajustement ne s'est pas amélioré. Par ailleurs, certaines différences entre les partenaires ont été observées au sein des deux couples. Chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, la partenaire a démontré un niveau d'expérience émotionnelle plus élevé et ses interactions ont été majoritairement hostiles. Son conjoint est resté dans des niveaux plus faibles d'expérience émotionnelle et ses interactions ont varié entre le rapprochement et l'hostilité. Du côté du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré, c'est le partenaire qui a démontré un niveau d'expérience émotionnelle plus élevé, alors que sa conjointe s'est maintenue dans un niveau plus faible. Par rapport à leurs interactions, celles du partenaire ont varié entre le rapprochement et l'hostilité alors que celles de la partenaire ont principalement été orientées vers le rapprochement.

4.5.2 Ingrédients actifs

Tango

L'observation du processus thérapeutique a permis de confirmer la présence de plusieurs mouvements du « Tango », tels que Johnson les a décrits (2019). Le thérapeute est effectivement intervenu de façon à guider les partenaires dans la compréhension et l'élaboration de leur vécu (mouvements 1 et 2), puis dans le partage de leur ressenti et la compréhension du vécu de l'autre (mouvements 3 et 4). Au cours des deux premiers mouvements, le thérapeute a guidé les partenaires dans l'identification de leur dynamique d'interaction, ainsi que dans la compréhension et l'élaboration de leur vécu émotif (position dans la dynamique d'interaction, émotions primaires, besoins d'attachement). Les principales interventions du thérapeute observées dans les mouvements 1 et 2 étaient les suivantes : reflet, question évocatrice,

validation, intensification des émotions. Ensuite, au cours des mouvements 3 et 4, il a favorisé les échanges entre les partenaires, afin de permettre le partage de leur ressenti respectif et la compréhension du vécu de l'autre. Les interventions principalement observées ici étaient : le reflet des interactions, la restructuration des interactions, le recadrage, ainsi que le reflet et la validation des émotions.

Seul le cinquième mouvement n'a pas été observé dans les séances analysées. Comme l'indique Johnson (2019), le thérapeute peut utiliser seulement un ou quelques-uns des mouvements au cours d'une séance de thérapie. Il est donc possible qu'il n'ait pas cherché à initier le mouvement 5 au cours de ce premier stade de la TCÉ. En effet, lors de cette dernière étape du « Tango », le thérapeute résume le processus et valide les émotions positives associées aux nouvelles interactions. L'objectif du thérapeute au cours du stade 1 vise plutôt le développement d'une compréhension de la dynamique d'interaction déjà en place (Johnson, 2020). Ainsi, il est possible que les partenaires ne soient pas parvenus à restructurer complètement leurs échanges, limitant la possibilité pour le thérapeute de refléter les émotions positives associées à une nouvelle dynamique d'interaction. Il est finalement important de noter qu'un seul segment de dix minutes à l'intérieur de chacune des trois séances de thérapie a été analysé. Il est donc possible que le thérapeute ait initié le mouvement 5 auprès de ces deux couples à un autre moment au cours d'une des séances du stade 1.

En plus de l'absence d'un mouvement du « Tango », des différences entre les couples quant à la prédominance de certains mouvements ont également été observées. Chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, les mouvements 1 (« reflet du processus ») et 2 (« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle ») ont été plus présents, alors que ce sont les mouvements 3 (« mise en acte ») et 4 (« traitement des nouveaux échanges ») qui ont surtout été observés chez le couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré. Encore une fois, cela peut être expliqué par le stade de la TCÉ étudié. En effet, au cours du stade 1, les partenaires sont amenés

à développer une meilleure compréhension de leur vécu émotif et de leur rôle dans la dynamique d'interaction. Cela a été fait par le couple dont l'ajustement s'est amélioré - surtout chez la femme - à travers les mouvements 1 et 2 du « Tango ». À l'inverse, les partenaires du couple dont l'ajustement ne s'est pas amélioré se sont rendus à des mouvements plus avancés du « Tango » sans nécessairement élaborer sur leur vécu émotif en amont. Il est probable qu'ils aient eu plus de difficulté à reconnaître leurs émotions et leur position dans la dynamique ainsi qu'à se connecter à leur vécu émotif. Il est également possible que le thérapeute n'ait pas réussi à ralentir le processus et à accompagner les partenaires dans une élaboration plus approfondie de leur émotions, besoins et difficultés conjugales au cours des mouvements 1 et 2. Il est donc possible que ces deux situations aient eu un impact négatif sur le succès de la thérapie chez ce couple.

Intensité de l'expérience émotionnelle

La TCÉ est une approche expérientielle au cours de laquelle les partenaires sont amenés à nommer, mais aussi à ressentir leurs émotions en séance (Johnson, 2020). Le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré est celui dont les partenaires ont été dans des niveaux d'expérience émotionnelle plus élevés. Cette observation confirme les résultats obtenus par différents chercheurs (Johnson et Greenberg, 1988; Couture-Lalande *et al.*, 2007; Greenberg *et al.*, 1993), qui ont établi un lien entre l'intensité de l'expérience émotionnelle et le succès thérapeutique de la TCÉ. Des différences de genre ont néanmoins été observées au sein du couple et doivent être considérées. C'est en fait la partenaire qui a été dans des niveaux d'intensité plus élevés. Elle a nommé plus d'émotions primaires, s'est placée dans une position de vulnérabilité en partageant d'anciens traumas et elle a été émotive en rencontre. De son côté, le partenaire s'est majoritairement maintenu dans un discours rationnel, malgré les interventions du thérapeute visant à intensifier son vécu émotif. Chez le couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré, c'est l'inverse qui a été observé. Le partenaire a été plus

émotif en séance et a été dans des niveaux d'expérience émotionnelle un peu plus élevés que sa conjointe. Bien qu'elle ait nommé des émotions primaires, la partenaire n'a pas semblé ressentir ces émotions en séance. Les observations réalisées mettent en lumière un lien entre le niveau d'expérience émotionnelle chez la femme et l'amélioration de l'ajustement conjugal. D'autres études seront néanmoins nécessaires, afin d'explorer et de mieux comprendre cette relation.

Il est finalement à noter que les niveaux d'intensité émotionnelle 5, 6 et 7 de l'Échelle d'experiencing (Klein *et al.*, 1969) n'ont pas été observés chez aucun des deux couples. Ces niveaux témoignent d'une élaboration plus approfondie du vécu émotif et des réactions qui y sont associées, d'une capacité à intégrer ces apprentissages et finalement, d'une nouvelle perception de soi marquée par des changements ou de l'acceptation (Klein *et al.*, 1969). Le stade 1 de la TCÉ qui était à l'étude peut expliquer l'absence de ces trois niveaux. En effet, au cours de ce premier stade de la thérapie, les partenaires étaient encore dans leur position de retrait ou de poursuite. Ils étaient donc possiblement moins à l'aise de nommer leurs émotions primaires (p. ex. peur, honte) et leurs besoins d'attachement (p. ex. besoin de réassurance). De plus, il est probable qu'ils n'avaient pas encore développé une compréhension approfondie de leur vécu et de leurs difficultés, tel qu'il est possible de voir à un stade plus avancé de la thérapie.

Qualité des interactions dyadiques

Contrairement à ce qui était attendu, les partenaires du couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré ont eu davantage de propos hostiles que le couple pour qui l'ajustement ne s'est pas amélioré. Il semble que les partenaires de ce premier couple ont davantage été dans leur position de poursuite (chez la partenaire) et de retrait (chez le partenaire), tel qu'ils l'étaient dans leur vie quotidienne. Ils semblent avoir compris leur rôle dans la dynamique ainsi que son impact, avant de chercher à restructurer leurs interactions. À l'inverse, les partenaires du second couple avaient des interactions

d'avantage orientées vers le rapprochement. La partenaire, surtout, a semblé avoir de la difficulté à comprendre son rôle dans la dynamique et à percevoir cette dernière comme la source de leurs difficultés. Elle semblait plutôt percevoir la maladie de son conjoint comme la problématique principale. Son conjoint a indiqué qu'elle avait tendance à le critiquer, mais elle ne s'est pas placée dans cette position de poursuite en séance. Un des buts de la TCÉ étant de s'allier contre la dynamique d'interaction négative, il semble nécessaire pour les partenaires de bien comprendre leur rôle et l'impact de cette « danse » sur leur vécu respectif, afin de bénéficier de la thérapie.

Finalement, malgré le caractère plus hostile des interactions chez le couple pour qui l'ajustement s'est amélioré, il est important de souligner la présence d'un niveau d'ajustement plus élevé sur l'Échelle d'ajustement dyadique chez ce couple avant le début de la thérapie. Un niveau de satisfaction conjugale plus élevé dès le départ a pu faciliter les interventions du thérapeute à travers les étapes du « Tango » et permettre aux partenaires de s'ouvrir plus aisément dans les séances de thérapie.

Spécificités associées à la maladie cardiaque

Certaines thématiques ainsi que certaines émotions primaires liées plus spécifiquement à la maladie cardiaque ont été identifiées. En effet, les deux conjointes ont exprimé leurs craintes face à la possibilité que leurs conjoints meurent et ont reproché à leur partenaire de ne pas prendre soin de leur santé adéquatement. Dans ce cas-ci, la peur de perdre l'autre n'est pas associée à la peur de vivre une séparation, mais plutôt au décès possible du conjoint qui présente la maladie. Au niveau de la dynamique d'interaction, les reproches formulés par les deux conjointes peuvent être grandement influencés par cette peur et par le désir de vouloir « protéger » le conjoint malade. À cet égard, le thérapeute qui utilise la TCÉ peut aider les partenaires à prendre conscience de leur dynamique d'interaction négative et des émotions primaires qui la

sous-tendent au cours du stade 1 de la thérapie, et ce, à travers les différents mouvements du « Tango ».

4.5.3 Forces et pertinence de l'étude

Les résultats obtenus sont des apports importants aux écrits scientifiques de façon générale et plus spécifiquement, aux écrits scientifiques sur la TCÉ. Bien que cette thérapie a été choisie en raison du fait qu'elle a reçu de nombreuses validations empiriques chez les couples en bonne santé physique (Beasley et Ager, 2019), il s'agit à notre connaissance de la première recherche à étudier la TCÉ auprès de couples où l'un des partenaires présente des problèmes cardiaques. Sachant que la maladie cardiovasculaire peut nuire à la satisfaction conjugale et que la détresse conjugale peut, à son tour, influencer négativement le pronostic chez le conjoint atteint, il apparaît pertinent de l'utiliser et de la tester auprès de cette population. Deuxièmement, il s'agit de la première étude qui observe la présence des mouvements du « Tango » (Johnson, 2019) dans les séances de psychothérapie. Troisièmement, il s'agit d'une des premières études sur le processus à s'intéresser au stade 1 de la TCÉ. L'analyse des extraits et la comparaison des deux couples ont permis de commencer à documenter le processus thérapeutique des couples dont l'un des partenaires a une maladie cardiovasculaire, et ce, dès le début de la thérapie. Finalement, l'utilisation de l'analyse de tâche comme méthode d'analyse est reconnue dans le domaine. En effet, elle est utilisée par de nombreux chercheurs qui étudient le processus thérapeutique de la TCÉ (p. ex. Bradley et Furrow, 2004; Naaman *et al.*, 2005; Zuccarini *et al.*, 2012).

4.5.4 Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, l'échantillon est petit, limitant ainsi la généralisation des observations réalisées. Certaines caractéristiques des participants limitent également la possibilité de généraliser les résultats. Il s'agit de deux couples

hétérosexuels et caucasiens et dans les deux cas, c'est l'homme qui avait le diagnostic de maladie cardiovasculaire. Ensuite, bien que le thérapeute ait une grande expérience et qu'il ait appliqué la thérapie selon le manuel (Johnson, 2004, 2019, 2020), la conformité à ce manuel de traitement n'a pas été vérifiée par un juge externe. Par ailleurs, il est à noter que la chercheuse principale connaissait l'issue de la thérapie pour les deux couples avant de faire l'analyse des séances. La cotation a toutefois été effectuée avec un juge externe qui ne savait pas quel couple s'était amélioré ou non. Un bon accord interjuge a été obtenu entre eux, suggérant ainsi que les biais dans la cotation pouvaient être limités. Finalement, il est nécessaire de préciser que l'implication du thérapeute dans le choix des séances à l'étude, plutôt qu'un évaluateur externe qui aurait assumé cette responsabilité, a pu mener à un biais de sélection. Ceci étant dit, nous avons tenté de circonscrire ce biais en suivant une procédure adoptée par d'autres chercheurs dans le domaine (Bradley et Furrow, 2004).

4.5.5 Études futures

Une vérification des modèles théoriques-empiriques proposés dans cette étude constitue une des prochaines étapes. En effet, notre recherche s'inscrit dans la première phase de l'analyse de tâche, soit la phase de découverte. La deuxième phase de l'analyse de tâche est celle de la validation. En ce sens, d'autres études permettront de tester et de valider les quatre modèles théoriques-empiriques auprès d'échantillons de couples faisant face à la maladie cardiaque, afin de comparer des couples pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré suite à la TCÉ et des couples pour qui il n'y a pas eu d'amélioration. Par ailleurs, d'autres études sur le processus thérapeutique de la TCÉ seront nécessaires auprès d'échantillons plus larges, tant dans la phase de découverte que celle de la validation, pour mieux comprendre le lien entre le succès thérapeutique et le niveau d'expérience émotionnelle, la qualité des interactions ainsi que la présence de certaines étapes du « Tango » lors du stade 1.

L'évaluation de l'efficacité de la TCÉ auprès d'une population cardiaque constitue une autre avenue importante pour la recherche future. En effet, des études de nature quantitative incluant des échantillons plus diversifiés (couples plus jeunes, couples dont les membres s'identifient à la communauté LGBTQ+, couples dont la femme a un diagnostic de maladie cardiovasculaire) et un groupe contrôle permettront de mieux documenter l'efficacité de cette thérapie auprès des couples dont l'un des partenaires a une maladie cardiovasculaire.

Il importe finalement de souligner le lien entre le score pré intervention obtenu par les participants sur l'Échelle d'ajustement dyadique et l'issue de la thérapie. Le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré présentait un niveau d'ajustement conjugal plus élevé avant le début de la thérapie que le couple pour qui l'ajustement ne s'est pas amélioré. Le niveau de détresse conjugale présent avant l'intervention sera un facteur à considérer et à détailler dans les études sur le processus thérapeutique et dans les études d'efficacité de la TCÉ, et ce, tant chez les couples faisant face à la maladie chronique que chez les couples en bonne santé physique.

L'ensemble de ces études permettra d'offrir des données probantes aux professionnels de la santé. Sachant que la qualité de la relation de couple agit à titre de facteur de protection dans le développement et la progression d'une maladie cardiovasculaire (Tulloch et Greenman, 2018), il est nécessaire de soutenir adéquatement les patients en réadaptation cardiaque ainsi que leur partenaire.

Références

- Antoine, P., Christophe, V. et Nandrino, J-L. (2008). Échelle d'ajustement dyadique : intérêts cliniques d'une révision et validation d'une version abrégée. *L'Encéphale*, 34, 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.12.005>
- Baillargeon, J., Dubois, G. et Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 25-34. <https://doi.org/10.1037/h0079949>
- Beasley, C. C. et Ager, R. (2019). Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 16, 144-159. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013>
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425. <https://doi.org/10.1037/h0037024>
- Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C. et Critchfield, K. L. (2006). The use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) as an assessment tool. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 83-109. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.0022305.095337>
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Wright, J. et Boucher, C. (1991). La structure factorielle de la version française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 25, 4-11.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1*. Basic Books.
- Bradley, B. et Furrow, J. L. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment-by-moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 233-246. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01236.x>
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G. et Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.001>

- Burgess Moser, M., Johnson, S. Dalglish, T., Wiebe, S. et Tasca, G. A. (2018). The impact of blamer softening on romantic attachment in Emotionally Focused Couple Therapy, *Journal of Marital and Family Therapy*, 44, 640-654. <https://doi.org/10.1111/jmft.12284>
- 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>
- Cloutier, P. F., Manion, I., Gordon Walker, J. G. et Johnson, S., M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 391-398. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x>
- Couture-Lalande, M.-E., Greenman, P. S., Naaman, S. et Johnson, S.M. (2007). La thérapie de couple axée sur l'émotion (EFT) pour traiter les couples dont la femme a le cancer du sein : une étude exploratoire. *Psycho-Oncologie*, 1, 257-264. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0048-7>
- Dalglish, T. L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Lafontaine, M-F, Wiebe, S. A. et Tasca, G. A. (2015). Predicting change events in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41, 276-291. <https://doi.org/10.1111/jmft.12077>
- Dalton, E. J., Greenman, P. S., Classen, C. C. et Johnson, S. M. (2013). Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: A randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy (EFT) for female survivors of childhood abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2, 209-221. <https://doi.org/10.1037/a0032772>
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K. et Golden R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 23-38. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x>
- Dessaulles, A., Johnson, S. M. et Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353. <https://doi.org/1080/01926180390232266>

- 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., ... 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>
- Gordon Walker, J. G., Johnson, S., Manion, I. et Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1029-1036.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.1029>
- Gottman, J.M. (2011). *The science of trust: Emotional attunement for couples*. Guilford.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, *17*, 15-30.
<https://doi.org/10.1080/10503300600720390>
- Greenberg, L. S., Ford, C. L., Alden, L. S. et Johnson, S. M. (1993). In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 78–84. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.78>
- Greenman, P. S. et Johnson, S. M. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. *Family Practice*, *52*, 46-61. <https://doi.org/10.1111/famp.12015>
- Johnson, S. M. (2020). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection, 3^e édition*. Brunner-Routledge.
- Johnson, M. S. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples and families*. Guilford Press.
- 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>

- Johnson, S. M. et Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital Therapy*, 14, 175-183.
<https://doi.org/10.1111/j.7520606.1988.tb00733.x>
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P. et Kiesler, D. J. (1969). *The Experiencing Scale: A research and training manual (Vol. 1)*. Wisconsin Psychiatric Institute.
- Lafontaine, M.F., Greenman, P., Peloquin, C., Nouwen, A. et Bélanger, C. (2017). Fonctionnement conjugal et problèmes de santé : Diabète, douleur chronique et maladie coronarienne. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (Dir.), *Les fondements de la psychologie de couples (pp. 513- 546)*. Presses de l'Université du Québec.
- LaRocque, G. (2014). *La TCÉ auprès de couples dont un membre a une maladie cardiaque et de couples en bonne santé physique : une étude du processus thérapeutique* [essai doctoral, Université du Québec en Outaouais].
- 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>
- Makinen, J. A. et Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1055-1064.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1055>
- 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 Women's Health (Larchmt)*, 26, 624-632. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6103>
- McLean, L. M., Walton, T., Rodin, G., Esplen, M. J. et Jones, J. M. (2013). A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: Outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22, 28-38.
<https://doi.org/10.1002/pon.2046>
- Morin-Turmel, A., Greenman, P. S. et Bélanger, C. (2021). Efficacité des interventions conjugales au sein de la réadaptation cardiaque : recension des

écrits scientifiques et analyse critique. *Revue Science et Comportement*, 31, 49-62.

- Naaman, S. C. (2008). *Evaluation of the clinical efficacy of emotionally focused connect therapy on psychological adjustment and natural killer cell cytotoxicity in early breast cancer* [thèse de doctorat, Université d'Ottawa].
- Naaman, S., Pappas, J. D., Makinen, J. Zuccarini, D. et Johnson-Douglas, S. (2005). Treating attachment injured couples with emotionally focused therapy: A case study approach. *Psychiatry*, 68, 55-77.
<https://doi.org/10.1521/psyc.68.1.55.64183>
- Najafi, M., Soleimani, A. A., Ahmadi, Kh., Javidi, N. et Hoseini Kamkar, E. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *Journal of Fertility and Sterility*, 9, 238-246.
<https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4245>
- Pascale-Leone, A. et Yeryomenko, N. (2017). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27, 653-665.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- 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>
- 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>
- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, Kh., Javidi, N., Hoseini Kamkar, E. et Mahboubi, M. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *Journal of Fertility and Sterility*, 9, 393-402.
<https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4556>
- 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>

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>

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>

Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, T. A., Lachmar, E. M., Mitchell, E., A. et Seedall, R. B. (2018). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: outcomes and mechanisms of change, *Journal of Marital and Family Therapy*, advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>

Yates, B. C., Norman, J., Meza, J., Krogstrand, K. S., Harrington, S., Shurmur, S., Johnson, M. et Schumacher, K. (2015a). 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.0000000000000127>

Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dalgleish, T. L. et Makinen, J. A. (2012). Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. *Journal of Marital & Family Therapy*, 39, 148-162. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00287>.

Figure 1

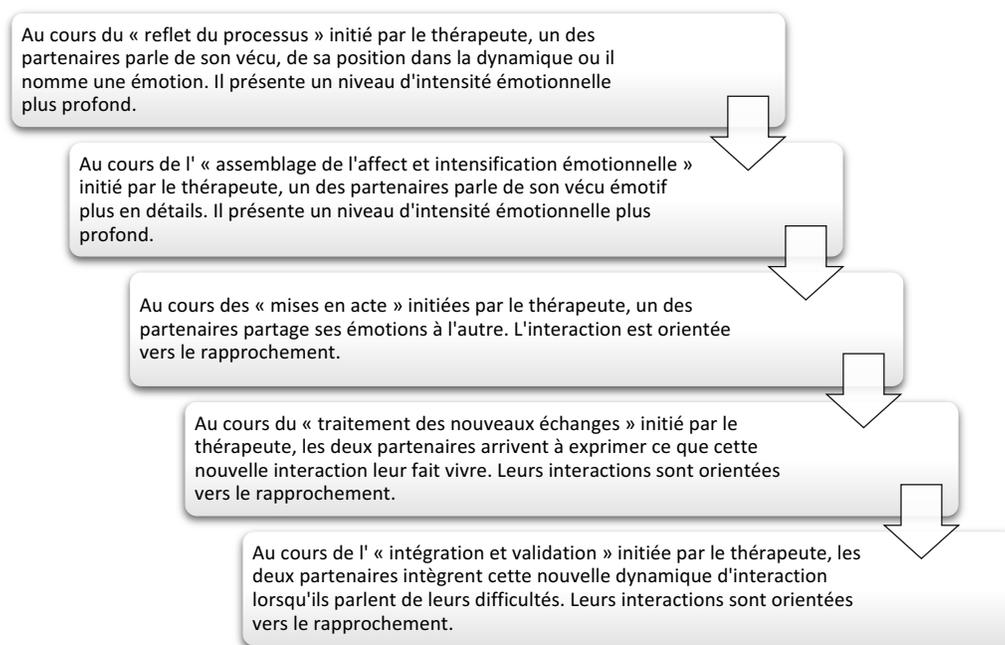


Figure 4.1 Modèle théorique : couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Figure 2

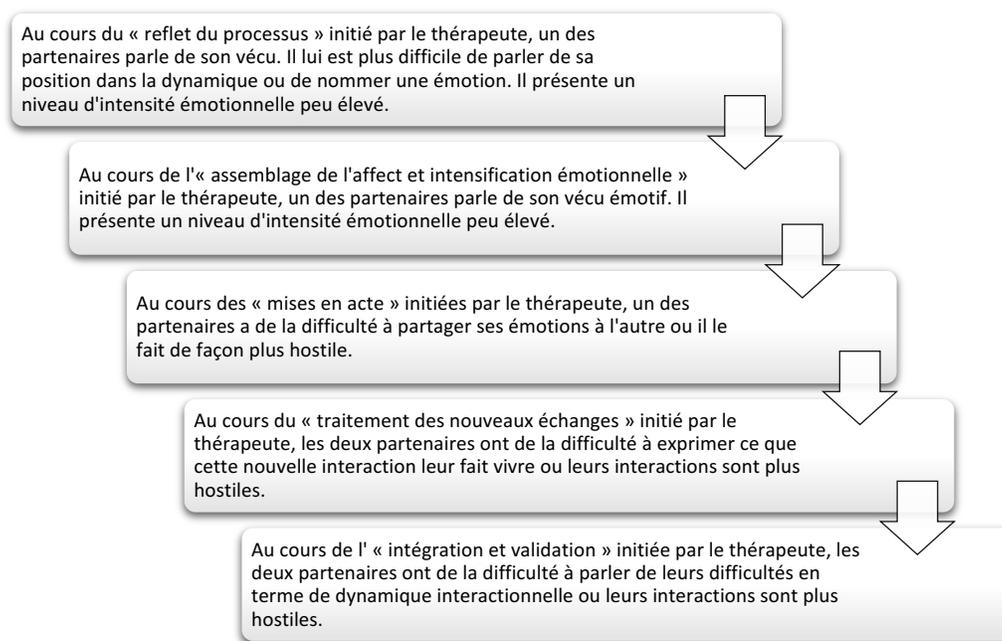


Figure 4.2 Modèle théorique : couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Figure 3

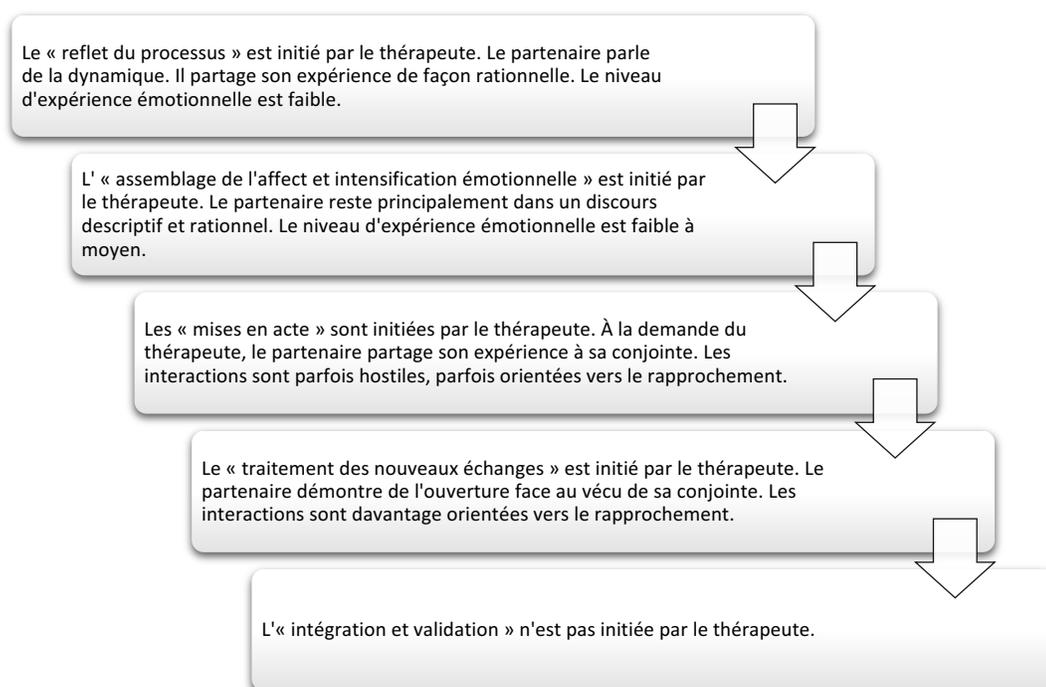


Figure 4.3 Modèle théorique-empirique : partenaire masculin du couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Figure 4

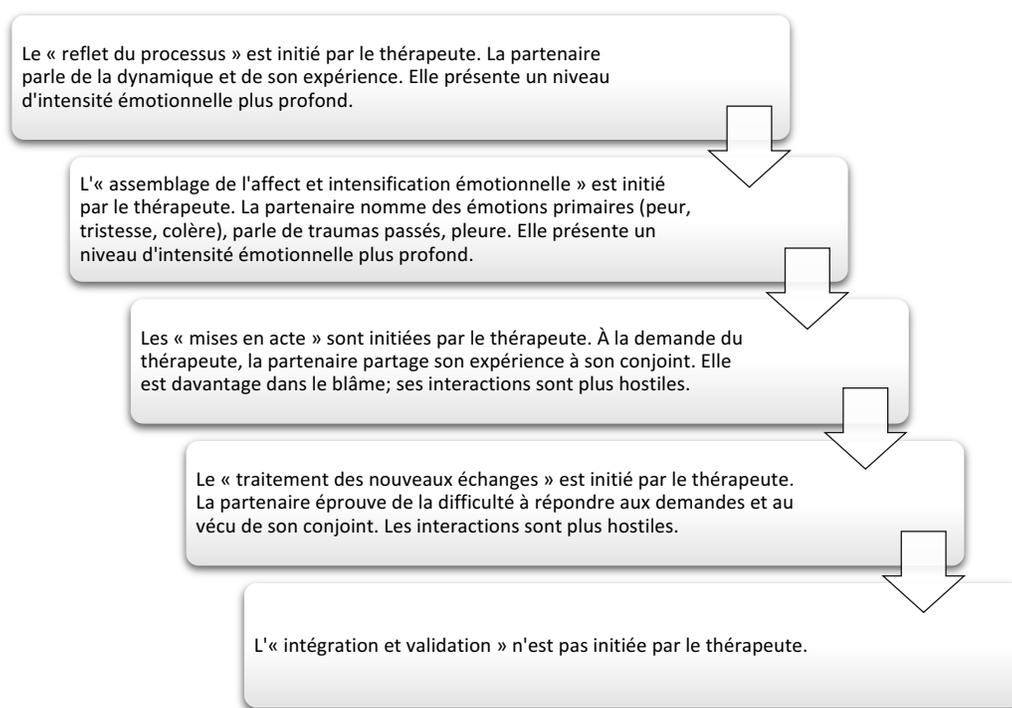


Figure 4.4 Modèle théorique-empirique : partenaire féminine du couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré

Figure 5

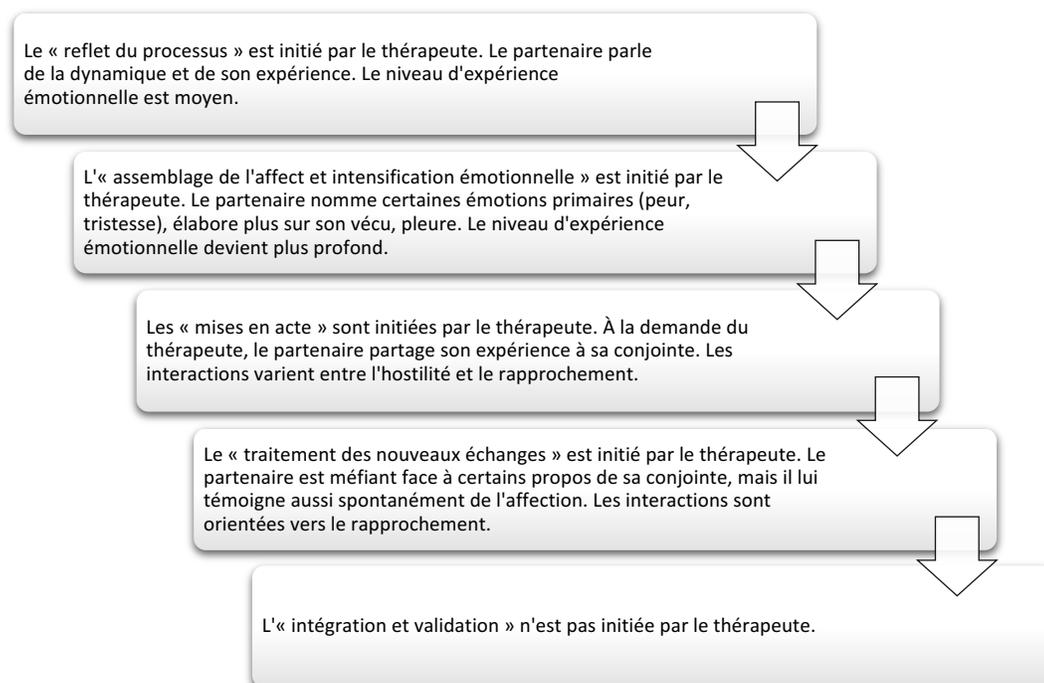


Figure 4.5 Modèle théorique-empirique : partenaire masculin du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Figure 6

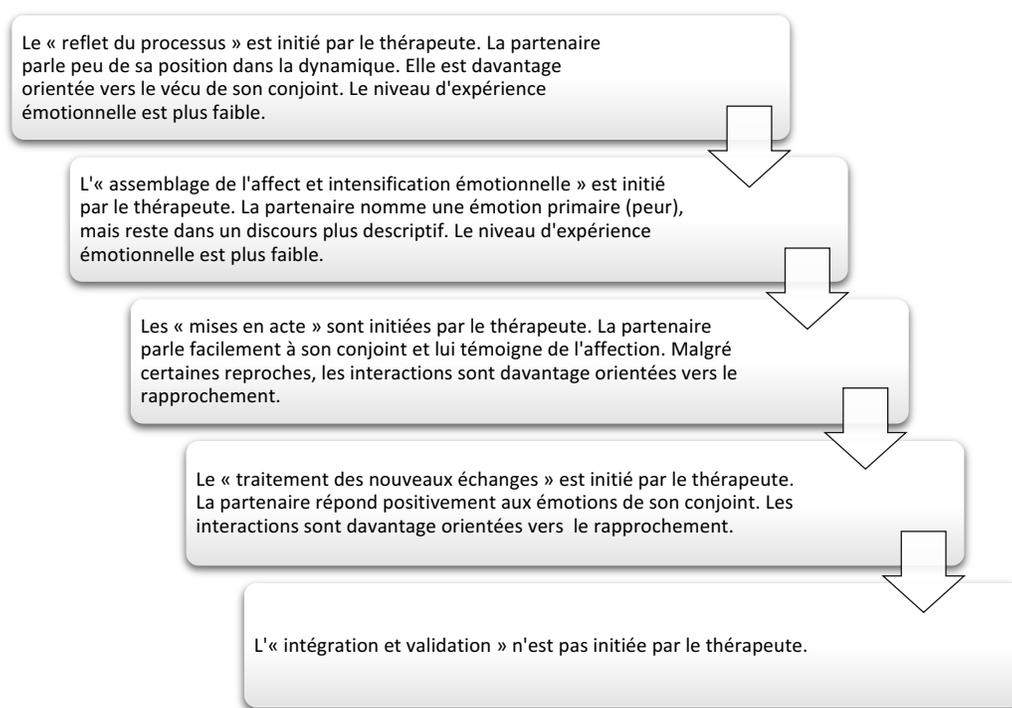


Figure 4.6 Modèle théorique-empirique : partenaire féminine du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré

Tableau 1

Étapes	Dans la présente étude
1. Spécifier la tâche	Passage des partenaires dans les mouvements du « Tango », guidés par les interventions du thérapeute.
2. Expliciter les connaissances théoriques/cliniques des chercheurs au sujet de la tâche	Connaissances théoriques et cliniques de la chercheure principale quant à la présence des mouvements du « Tango » lors du stade 1 de la TCÉ et l'évolution attendue des couples à travers ces mouvements.
3. Spécifier l'environnement de réalisation de la tâche	Manuels de la TCÉ (Johnson, 2004, 2019, 2020)
4. Construire un modèle théorique	Voir figures 1 et 2
5. Effectuer les analyses empiriques	<p>A. Identification des marqueurs, choix des segments, identification des mouvements du « Tango », observation de ce qui se passe en séance.</p> <p>B. Analyse du niveau d'intensité émotionnelle des partenaires et de leurs interactions à l'aide de l'Échelle d'experiencing et de la Grille d'analyse structurelle du comportement social.</p>
6. Synthétiser les modèles pour créer un modèle théorique-empirique	Voir figures 3, 4, 5 et 6
7. Expliquer le modèle t.-e. en proposant les processus cognitifs-affectifs permettant aux clients de passer d'une étape à l'autre du modèle	Voir les sections « Résultats » et « Discussion ».

Tableau 4.1 Étapes de l'analyse de tâche (phase de découverte)

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette recherche doctorale a porté sur l'utilisation d'une thérapie conjugale dans le cadre de la réadaptation cardiaque. Les maladies cardiovasculaires peuvent entraîner des difficultés importantes au sein des couples où l'un des partenaires en est atteint : modification forcée des habitudes de vie, perte de revenus, diminution des activités, difficultés sexuelles, affaiblissement du réseau social, symptômes d'anxiété et de dépression, détresse conjugale (Cameron *et al.*, 2017; Tulloch et Greenman, 2018). À l'inverse, la qualité de la relation amoureuse a une incidence sur la santé des partenaires. En effet, ceux qui évoluent au sein d'une relation conflictuelle, qui se sentent peu soutenus par leur conjoint et qui vivent de la détresse maritale sont plus à risque de développer une maladie cardiaque (Greenman *et al.*, 2014). Face au lien qui existe entre les maladies cardiovasculaires et la qualité de la relation de couple, il semble intéressant de proposer des interventions conjugales aux patients cardiaques et à leurs conjoint(e)s.

5.1 Objectifs de la recherche doctorale

Trois objectifs principaux ont été formulés dans le cadre de cette recherche doctorale. Le premier objectif était de documenter l'impact des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes au cours de la réadaptation cardiaque. Le second objectif était de synthétiser les données présentes dans la littérature concernant l'efficacité de la TCÉ auprès de clientèles diverses, dont les couples faisant face à la maladie

cardiovasculaire. Le troisième objectif était finalement d'observer et de détailler le processus thérapeutique de la TCÉ chez deux couples où l'un des partenaires avait une maladie cardiaque.

Afin de répondre aux deux premiers objectifs, deux recensions systématiques des écrits scientifiques ont été réalisées. Concernant le troisième objectif, une étude exploratoire sur le processus thérapeutique de la TCÉ a été menée, afin d'observer quelles étaient les interventions thérapeutiques et les caractéristiques des partenaires présentes au cours du premier stade de la thérapie, qui ont semblé contribuer à l'amélioration de l'ajustement conjugal chez un de ces couples.

5.2 Présentation et intégration des résultats

5.2.1 Efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux au cours de la réadaptation cardiaque

La première recension des écrits scientifiques réalisée dans le cadre de cette recherche doctorale décrit l'impact de différentes interventions impliquant le partenaire amoureux offertes au cours de la réadaptation cardiaque sur des variables de santé physique et psychologique chez les patients et dans certains cas, chez leurs partenaires. Treize essais cliniques randomisés ont été sélectionnés, puis analysés. Les résultats obtenus dans ces études font état de l'impact limité des interventions testées. En effet, dans la majorité des études recensées, les chercheurs n'ont pu relever de différences significatives entre les groupes expérimentaux et les groupes contrôles (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; Yates *et al.*, 2015).

Le terme « interventions impliquant le partenaire amoureux » a été préconisé par rapport à celui d'« intervention conjugale » dans la recension. Ceci tient compte de la variabilité importante entre les études quant à l'implication du partenaire. Ce dernier

était présent tout au long du suivi dans certains cas, mais plusieurs interventions n'ont inclus le partenaire qu'à quelques reprises seulement. Il importe également de souligner le manque de données concernant l'utilisation de thérapies conjugales validées empiriquement dans le contexte de la réadaptation cardiaque, puisque les interventions à l'étude étaient majoritairement axées sur la psychoéducation et le soutien. Les chercheurs ne semblent de ce fait ne pas avoir utilisé des théories de la relation reconnues (p. ex. théorie de l'attachement, théorie systémique) dans l'élaboration de leur intervention et le partenaire amoureux ne participait pas nécessairement à toutes les rencontres de façon systématique. Par ailleurs, la satisfaction conjugale n'a pas fréquemment été évaluée; seulement quatre études l'ont mesurée (Dracup, 1985; Gillis *et al.*, 1990; Gortner *et al.*, 1988; Sher *et al.*, 2014). Il s'agit d'une limite majeure, puisque la qualité de la relation de couple est un déterminant important dans le développement et le pronostic de la maladie cardiovasculaire (Greenman *et al.*, 2014). Il s'agit également d'un bon indicateur concernant le succès d'une thérapie de couple.

De plus, les résultats obtenus dans ces études peuvent difficilement être comparés entre eux et généralisés à l'ensemble des couples dont un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire. Il y a, en effet, une hétérogénéité inter-études importantes par rapport à divers aspects. Principalement, les interventions proposées varient d'une étude à l'autre, tant dans la formule (p. ex. rencontres de groupe, suivi téléphonique) que dans le contenu (p. ex. psychoéducation sur la maladie, soutien, enseignements de techniques de communication, relaxation). La variabilité dans les diagnostics et la sévérité de la maladie, ainsi que la petite taille et l'homogénéité des échantillons affectent aussi la possibilité de généraliser les résultats.

D'autres limites sont finalement à considérer dans l'interprétation des résultats. D'abord, les périodes de relance étaient assez courtes, généralement autour de six mois, ce qui empêche de connaître l'impact à long terme des interventions testées sur les variables de santé physique et psychologique évaluées. Par ailleurs, l'utilisation

fréquente de questionnaires auto-rapportés a pu influencer les résultats. En effet, la désirabilité sociale ainsi qu'une sur ou une sous-évaluation des difficultés chez certains participants ont pu avoir un impact sur les scores obtenus dans ces mesures. Dans le cadre d'une étude future réalisée auprès d'une population cardiaque, des mesures telles que le niveau de pression artérielle et la présence ou l'absence d'événement cardiaque pourraient permettre d'évaluer l'impact de l'intervention sur la santé physique du partenaire qui présente le diagnostic. Par rapport à la santé psychologique des deux partenaires, une entrevue structurée pourrait, de son côté, permettre de compléter l'utilisation de questionnaires auto-rapportés, afin de déterminer la présence de symptômes anxieux ou dépressifs. Finalement, concernant la qualité de la relation de couple, des grilles de cotation pourraient être utilisées. La Grille d'analyse structurelle du comportement social (Benjamin, 1974) utilisée dans l'étude du processus thérapeutique, par exemple, permettrait de mesurer la qualité des interactions au sein du couple.

Les résultats ainsi que les limites des études recensées ne permettent pas, pour le moment, de statuer de l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux au sein de la réadaptation cardiaque. Il est néanmoins important de souligner les résultats positifs obtenus dans certaines des études (p. ex. Fridlund *et al.*, 1991; Johnston *et al.*, 1999 Thompson et Meddis, 1990). En effet, il semble que certaines des interventions testées auprès des couples ont eu un impact dans la diminution des symptômes d'anxiété et l'amélioration des habitudes de vie. D'autres recensions et méta-analyses sur le sujet (p. ex. Martire *et al.*, 2010; Whalley *et al.*, 2012) ont également suggéré un impact positif des interventions impliquant le partenaire amoureux dans la diminution de la mortalité chez les patients, ainsi que dans la diminution des symptômes d'anxiété et de dépression chez les deux partenaires. À la lumière de ces informations, il semble donc primordial de poursuivre la recherche dans ce domaine, afin de déterminer le type d'intervention qui aura un impact positif sur

l'ajustement conjugal, la santé physique ainsi que la santé psychologique de ces couples.

5.2.2 Efficacité de la thérapie de couple axée sur l'émotion

La seconde recension des écrits scientifiques réalisée dans le cadre de cette recherche doctorale a présenté 14 études qui ont évalué l'efficacité de la TCÉ. Les données obtenues dans ces recherches démontrent qu'il s'agit d'une intervention efficace dans la diminution de la détresse conjugale, tant chez les couples en bonne santé physique (Denton *et al.*, 2000; James, 1991; Johnson et Greenberg, 1985a, 1985b), que chez les couples faisant face à certaines problématiques spécifiques : la maladie chronique d'un enfant (Cloutier *et al.*, 2002; Gordon Walker *et al.*, 1996), l'infertilité (Soleimani *et al.*, 2015), la dépression chez l'un des partenaires (Denton *et al.*, 2012; Dessaulles *et al.*, 2003; Wittenborn *et al.*, 2018), le diagnostic d'un trouble somatoforme (Walsh, 2002) et la présence de traumatismes dans l'enfance chez la femme (Dalton *et al.*, 2013). Des résultats positifs ont également été obtenus face à l'utilisation de la TCÉ auprès de couples où l'un des partenaires avait un cancer (McLean *et al.*, 2013; Naaman, 2008).

Les études présentent toutefois certaines limites qui doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. D'abord, tel que souligné dans la recension, il est difficile de généraliser les données obtenues à l'ensemble des couples. En effet, les échantillons étaient petits et homogènes. La majorité de ces couples présentait, de plus, un niveau modéré de détresse conjugale pré-intervention. En ce sens, il n'est pas possible pour le moment de déterminer l'efficacité de la TCÉ auprès des couples issus de minorités ethniques, des couples dont les membres s'identifient à la communauté LGBTQ+ et des couples présentant un niveau de détresse conjugale sévère. Les périodes de relance proposées étaient courtes, ce qui peut représenter une autre limite, puisque les résultats disponibles permettent difficilement de valider l'impact à long terme de la TCÉ sur le maintien de la satisfaction conjugale. Finalement, un manque d'études comparatives a

été constaté. En effet, seulement trois études sur 12 (James, 1991; Johnson et Greenberg, 1985a; Wittenborn *et al.*, 2018) ont comparé l'efficacité de la TCÉ à celle d'autres types d'intervention conjugale. Face à ce manque de données, il n'est pas possible de déterminer si cette intervention a un impact supérieur aux autres approches de thérapie conjugale.

Nonobstant ces limites, la TCÉ est une intervention conjugale qui a été validée empiriquement (Beasley et Ager, 2019). Un des objectifs de cette recension était donc de vérifier, plus spécifiquement, si la TCÉ est efficace auprès des couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire. Il appert néanmoins qu'aucune des études recensées n'a vérifié l'impact de la thérapie auprès de cette population. Face au manque de données souligné dans la recension précédente concernant l'utilisation d'une thérapie efficace et reconnue chez les couples en réadaptation cardiaque, il semble pertinent de tester la TCÉ auprès de cette population. Cette thérapie pourrait permettre le rétablissement du lien d'attachement entre les partenaires qui peut être fortement hypothéqué face à la maladie (Kowal *et al.*, 2003) et ainsi avoir un impact positif sur le bien-être des deux conjoint(e)s.

5.2.3 Processus thérapeutique de la thérapie de couple axée sur l'émotion

L'étude exploratoire sur le processus thérapeutique réalisée dans le cadre de cette recherche doctorale a porté sur le stade 1 de la TCÉ. Ce premier stade vise la dé-escalade de la dynamique conjugale dysfonctionnelle, c'est-à-dire la diminution de la sévérité de la dynamique d'interaction (p. ex. poursuite-retrait) entre les partenaires (Johnson, 2020). Ce stade a également été préconisé comme objet d'étude de la présente recherche, puisque très peu d'études sur le processus thérapeutique de la TCÉ s'y sont intéressées. C'est en effet le stade 2 de la TCÉ, qui vise la restructuration des interactions, qui a été le plus largement étudié (p. ex. Bradley et Furrow, 2004; Dalglish *et al.*, 2015; Zuccarini *et al.*, 2012). Il s'agit néanmoins d'un stade important,

puisque c'est au cours de ce premier stade que l'alliance thérapeutique est créée et que les couples approfondissent la compréhension de leur vécu (émotions, besoins d'attachement, rôle dans la dynamique; Johnson, 2020).

Du côté du thérapeute, l'étude s'est penchée sur la présence des mouvements du « Tango » (Johnson, 2019) dans les séances de thérapie, afin d'observer pour une première fois cette nouvelle conceptualisation clinique et d'en valider la présence au sein des séances. Le « Tango » est une séquence d'interventions comprenant cinq mouvements qui sont initiés par le thérapeute, afin d'aider les couples à identifier leur dynamique interactionnelle négative ainsi que les émotions qui y sont rattachées (mouvements 1 et 2) et ensuite, à restructurer cette dynamique d'interaction (mouvements 3, 4 et 5).

Du côté des clients, deux couples hétérosexuels ont été comparés : un pour qui la thérapie semble avoir permis l'augmentation de la satisfaction conjugale et un autre pour qui il n'y a pas eu d'amélioration. Dans les deux cas, c'est l'homme qui avait le diagnostic de maladie cardiovasculaire. Nous nous sommes intéressées au niveau d'expérience émotionnelle des partenaires, mesurée à l'aide de l'Échelle d'experiencing (*Experiencing Scale*; Klein *et al.*, 1969), ainsi qu'à la qualité des interactions entre les partenaires évaluée avec la Grille d'analyse structurelle du comportement social (*Structural Analysis of Social Behavior*; Benjamin, 1974). L'analyse de tâche a été utilisée comme méthode d'investigation. Les hypothèses proposées dans les modèles théoriques initiaux ont été partiellement confirmées par nos analyses. Les modèles théoriques-empiriques ont donc été ajustés en fonction de l'observation du processus réel observé en séances. Les prochaines sous-sections décrivent en détail les résultats obtenus.

Tango

L'observation du processus thérapeutique a permis d'identifier la présence de plusieurs mouvements du « Tango » (Johnson, 2019), initiés par le thérapeute au cours des séances analysées. Les mouvements 1 (« reflet du processus »), 2 (« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle »), 3 (« mise en acte ») et 4 (« traitement des nouveaux échanges ») ont effectivement été observés. Le thérapeute est effectivement intervenu de façon à guider les partenaires dans la compréhension et l'élaboration de leur vécu (mouvements 1 et 2), puis dans le partage de leur ressenti et la compréhension du vécu de l'autre (mouvements 3 et 4).

Le cinquième mouvement, soit le « traitement des nouveaux échanges », n'a pas été observé dans les segments à l'étude. Il est possible que le thérapeute n'ait pas cherché à initier le cinquième mouvement au cours du stade étudié, puisqu'il s'agit de la dernière série d'interventions du « Tango ». Au cours de ce mouvement, le thérapeute fait un résumé du processus et valide les émotions positives associées à une nouvelle dynamique d'interaction. L'objectif du thérapeute au cours du stade 1 vise plutôt le développement d'une compréhension de la dynamique d'interaction déjà en place (Johnson, 2020). Il est également possible qu'au cours de ce premier stade, les partenaires des deux couples ne soient pas arrivés à restructurer leurs interactions, limitant ainsi la possibilité de refléter et valider une nouvelle dynamique chez le thérapeute. À noter finalement qu'il est possible que le thérapeute ait initié ce mouvement à l'extérieur des segments de 10 minutes à l'étude dans la recherche.

Les observations réalisées quant à la présence des mouvements du « Tango » témoignent, par ailleurs, de différences entre les deux couples quant à la prédominance de certains mouvements. En effet, les mouvements 1 et 2 ont été plus présents chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré. À travers le mouvement 1 (« reflet du processus »), le thérapeute cherche à favoriser, chez les partenaires, le développement d'une meilleure compréhension de leur dynamique négative d'interaction. Il va ainsi refléter certains commentaires ou comportements des

partenaires (p. ex. critiques, indifférence) et les réactions que ceux-ci suscitent chez l'autre, afin de mettre en lumière leur position dans la dynamique (poursuite ou retrait). À travers le mouvement 2 (« assemblage de l'affect et intensification émotionnelle »), le thérapeute veut mener les partenaires vers un approfondissement des émotions primaires (p. ex. peur de perdre l'autre). Il tente alors de les aider à identifier et à ressentir les émotions à la base de ces commentaires ou de ces comportements. Cette compréhension semble s'être davantage développée chez le couple dont l'ajustement s'est amélioré. Les partenaires, surtout la conjointe, semblent avoir reconnu avec plus de facilité la dynamique d'interaction négative dans laquelle ils se trouvaient. À l'inverse, ce sont les mouvements 3 et 4 qui ont surtout été observés chez le couple pour qui il n'y a pas eu d'amélioration. Les partenaires du couple chez qui l'ajustement ne s'est pas amélioré semblent avoir eu plus de difficultés à ce niveau, bien que le thérapeute ait reflété leur dynamique et ait encouragé l'intensification de leur vécu émotif. Ces partenaires ont semblé initier davantage le mouvement 3 (« mise en acte ») de façon spontanée. Le thérapeute s'est ajusté en les guidant dans le mouvement 4 (« traitement des nouveaux échanges »). À ce sujet, il semble que les partenaires du second couple n'ont pas suffisamment approfondi la compréhension de leur vécu émotif et de leur rôle dans la dynamique en amont.

Face aux observations réalisées, il est probable que la prédominance des mouvements 1 et 2 ait une incidence positive sur l'amélioration de l'ajustement conjugal, puisque ces mouvements permettent de répondre aux objectifs du stade 1 de la TCÉ qui suggèrent l'importance de développer une meilleure compréhension du vécu émotif et de la dynamique interactionnelle (Johnson, 2020). En effet, bien que les quatre mouvements aient été présents chez les deux couples, il semble que la présence plus importante des deux premiers mouvements chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré ait mené à un approfondissement de la compréhension de leurs émotions et de leurs difficultés. À l'inverse, il semble que le couple chez qui il n'y a pas eu d'amélioration a moins cheminé à ce niveau. À cet effet, il est possible que le

thérapeute n'ait pu initier autant les mouvements 1 et 2 auprès de ce couple, puisque les partenaires (la partenaire qui n'est pas malade principalement) ont eu plus de difficulté à élaborer sur leurs émotions et à voir la dynamique d'interaction négative comme la source de leurs difficultés conjugales. Le thérapeute a pu se concentrer davantage sur les mouvements 3 et 4, puisque les partenaires échangeaient plus fréquemment entre eux. Malgré que ces deux mouvements aient permis la mise en place d'interactions positives, cela n'a pas semblé suffisant pour atteindre l'objectif du stade 1. En lien avec la nature expérientielle de la TCÉ et les objectifs visés par cette approche (restructuration de la dynamique d'interaction, rétablissement d'un lien d'attachement sécurisant entre les partenaires), cette situation semble avoir eu un impact négatif sur l'amélioration de leur ajustement conjugal. À noter que d'autres facteurs, tels qu'un manque de motivation ou d'aisance face à la thérapie, une alliance thérapeutique plus faible, des préoccupations plus prioritaires, ont aussi pu contribuer au maintien de la détresse conjugale.

Ces observations apparaissent pertinentes pour les thérapeutes conjugaux qui utilisent la TCÉ. D'abord, elles valident pour une première fois de façon empirique une conceptualisation théorique sous-jacente à la thérapie. Par ailleurs, elles suggèrent l'importance d'utiliser la séquence d'intervention du « Tango » au cours du stade 1, en favorisant une compréhension et un approfondissement du vécu chez les partenaires au cours des mouvements 1 et 2, puis en permettant la mise en place de nouveaux échanges lors des mouvements 3 et 4. Bien que ces observations doivent être reproduites lors de recherches ultérieures, il semble que les interventions mises en place ici par le thérapeute dès le premier stade de la thérapie aient pu avoir un impact sur l'amélioration de l'ajustement conjugal des couples.

Intensité de l'expérience émotionnelle

L'hypothèse de départ selon laquelle le niveau d'expérience émotionnelle serait plus élevé chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré a été confirmée. En effet, l'intensité de l'expérience émotionnelle était plus élevée chez ce couple, alors que les partenaires du couple pour qui il n'y a pas eu d'amélioration sont restés dans un niveau plus faible d'intensité. Cela a été déterminé par la présence plus importante du niveau 4 de l'Échelle d'experiencing (Klein *et al.*, 1969) chez le premier couple. Ce niveau a été attribué lorsque les partenaires parlaient de leur propre expérience en décrivant leurs émotions et leurs réactions et en faisant des associations entre leur vécu et certains événements. Ils semblaient ainsi avoir commencé à développer une meilleure compréhension de leurs difficultés qu'ils détaillaient de façon plus élaborée que lors du niveau 3 (Klein *et al.*, 1969). Les modèles théoriques initiaux ont néanmoins dû être ajustés, puisque des différences entre les partenaires ont été relevées à l'intérieur des deux couples. Du côté du couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, c'est la partenaire qui a expérimenté un niveau d'intensité émotionnelle plus élevé. Le niveau 4 lui a davantage été attribué, puisqu'elle a nommé plus d'émotions primaires. Son conjoint, quant à lui, est resté dans un discours plus rationnel. C'est l'inverse qui a été observé chez le couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré. C'est ici le partenaire qui a été plus émotif en séances et à qui le niveau 4 a été davantage attribué. De son côté, la partenaire a aussi partagé certaines émotions primaires, mais n'a pas semblé approfondir la compréhension de son propre vécu.

L'observation d'un niveau d'expérience émotionnelle plus élevé chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré fait écho à la nature expérientielle de la TCÉ. En effet, au cours de cette thérapie, les couples sont amenés à exprimer, mais aussi à ressentir leurs émotions en séances de thérapie. Cela confirme, par ailleurs, les résultats obtenus par différents auteurs (Burgess Moser *et al.*, 2012; Couture-Lalande *et al.*, 2007; Johnson et Greenberg, 1988) qui ont établi un lien entre l'intensité de l'expérience émotionnelle et le succès thérapeutique de la TCÉ. En effet, les résultats obtenus dans ces recherches sur le processus - et dans la présente recherche - suggèrent

une relation entre l'intensité de l'expérience émotionnelle (compréhension de son vécu, dévoilement de soi) et l'augmentation de la satisfaction conjugale (Greenman et Johnson, 2012). De plus, bien qu'ils s'agissent de données préliminaires et d'observations limitées, l'analyse du processus de ces deux couples suggère un lien entre le genre, le niveau d'expérience émotionnelle et l'amélioration de l'ajustement conjugal. En effet, il apparaît ici que l'intensité de l'expérience émotionnelle de la femme a pu avoir une influence sur le succès de la thérapie. D'autres études seront néanmoins nécessaires, d'abord afin de vérifier si ce lien existe réellement, puis si c'est le cas, afin de mieux comprendre la relation entre l'intensité de l'expérience émotionnelle chez un partenaire de sexe féminin et l'amélioration de l'ajustement conjugal. À noter aussi qu'au-delà du sexe, l'impact de la condition physique des partenaires pourra être détaillé dans de futures recherches. Chez les deux couples à l'étude ici, c'est l'homme qui avait le diagnostic de maladie cardiovasculaire. En ce sens, il sera pertinent de vérifier si le fait d'être en bonne santé physique peut jouer un rôle dans la relation entre l'intensité de l'expérience émotionnelle et l'amélioration de l'ajustement conjugal.

Qualité des interactions dyadiques

L'hypothèse énoncée au départ concernant la qualité des interactions indiquait que celles-ci seraient davantage orientées vers le rapprochement chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, alors qu'elles seraient plus hostiles chez le couple pour qui il n'y a pas eu d'amélioration. L'hypothèse n'a pas été confirmée, puisque c'est l'inverse qui a été observé. En effet, les interactions se sont avérées plus hostiles chez le premier couple, alors qu'elles étaient davantage orientées vers le rapprochement chez les partenaires du second couple. Cela a été déterminé en fonction du nombre plus élevé de reproches énoncés entre les partenaires du premier couple. Une plus grande proportion de leurs propos a été codifiée dans le cadran « autonomie hostile » de la Grille d'analyse structurelle du comportement social (Benjamin, 1974). De leur côté,

les partenaires du second couple ont échangé de façon plus spontanée et se sont témoignés de l'affection. Leurs propos ont été plus fréquemment codifiés dans les cadrans « autonomie avec rapprochement » et « influence avec rapprochement ».

Comme pour l'intensité de l'expérience émotionnelle, l'hypothèse de départ prévoyait des similitudes dans la nature des interactions chez les partenaires d'un même couple. Cependant, des différences entre les conjoints ont encore une fois été observées au sein des deux couples. En effet, chez le couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré, les interactions de la partenaire ont été plus hostiles, alors que celles de son conjoint ont varié entre le rapprochement et l'hostilité. Du côté du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré, les interactions de la partenaire ont été principalement orientées vers le rapprochement, alors que celles du partenaire ont aussi varié entre le rapprochement et l'hostilité. À cet égard, les partenaires du premier couple semblent avoir davantage recréé, en séances, leur dynamique d'interaction habituelle. La conjointe était fréquemment dans une position de poursuite, alors que le conjoint était principalement dans une position de retrait. Cette dynamique d'interaction est celle qui est le plus fréquemment observée chez les couples qui vivent de la détresse conjugale et c'est celle qui était présente chez les deux couples étudiés. Dans cette dynamique, le partenaire qui est en poursuite cherche le contact et est critique, alors que celui qui est en retrait s'éloigne et nie ses besoins d'attachement (Johnson et Greenman, 2006). Elle peut avoir pour effet de limiter la communication entre les partenaires, elle peut susciter des émotions primaires et peut fragiliser le lien d'attachement. De leur côté, les partenaires du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré semblent avoir peu expérimenté leur dynamique d'interaction habituelle en séance. La conjointe, surtout, n'a pas exprimé beaucoup de critiques, contrairement à la position de « poursuite » qui était illustrée lorsqu'ils parlaient de leurs conflits et de leur façon de communiquer en dehors des séances. En effet, les partenaires de ce couple ont indiqué qu'elle était fréquemment portée à faire des reproches à la maison. Il semble qu'ils ont

eu plus de difficulté à comprendre l'impact de leur dynamique interactionnelle négative et à reconnaître leur rôle dans celle-ci.

Les observations réalisées suggèrent l'importance, pour les partenaires, de mieux comprendre leur rôle dans la dynamique d'interaction lors du stade 1 de la TCÉ, afin d'être en mesure de restructurer cette dynamique lors du stade 2 et possiblement, d'avoir un meilleur ajustement conjugal suite à la thérapie. Elles témoignent aussi de l'importance pour les thérapeutes qui utilisent la TCÉ d'utiliser des interventions qui vont aider les partenaires à ressentir les émotions qui sont liées à leur dynamique interactionnelle au cours des rencontres de thérapie.

Enfin, il est possible que d'autres variables, non étudiées ici, aient pu contribuer à l'amélioration de l'ajustement conjugal chez un de ces deux couples. En plus de la prédominance des mouvements 1 et 2 du « Tango », de l'intensité émotionnelle plus élevée en séances et de la compréhension par les partenaires de leur dynamique d'interaction négative, leur motivation à s'engager dans une thérapie, ainsi que la qualité de leur alliance thérapeutique ont pu avoir une influence.

Spécificités associées à la maladie cardiaque

Certaines thématiques liées plus spécifiquement à la maladie cardiaque ont été identifiées dans l'analyse des séances de psychothérapie. Chez les deux couples étudiés ici, ce sont les hommes qui présentaient le diagnostic. Le partenaire du couple pour qui l'ajustement conjugal ne s'est pas amélioré s'est exprimé au sujet d'un rendez-vous médical difficile et il a nommé avoir des inquiétudes face à sa santé. Les observations réalisées ont, par ailleurs, principalement permis de souligner l'impact important de cette maladie chez les partenaires amoureux, tel que décrit dans la littérature scientifique (Kowal *et al.*, 2003; Lafontaine *et al.*, 2017; Tulloch et Greenman, 2018). En effet, les deux conjointes ont exprimé leurs craintes face à la possibilité que leurs

maris vivent un second événement cardiaque et elles ont indiqué avoir peur qu'ils en meurent. Elles ont également, toutes deux, reproché à leurs conjoints de ne pas prendre soin de leur santé adéquatement. La partenaire du couple pour qui l'ajustement conjugal s'est amélioré a blâmé son conjoint par rapport à sa consommation d'alcool, alors que la partenaire du couple pour qui il n'y a pas eu d'amélioration a reproché à son mari de ne pas réguler son stress, ce qui a, selon elle, mené au premier infarctus.

Les observations réalisées dans le cadre de cette étude sont importantes, puisqu'elle précise certains aspects liés spécifiquement au processus des couples dont un des partenaires a une maladie cardiaque. Dans ce cas-ci, la peur de perdre l'autre (une émotion primaire qui peut être liée à de la détresse conjugale et à un lien d'attachement fragilisé (Johnson, 2013; Zeifman et Hazan, 2016)) n'est pas associée à la peur de vivre une séparation du couple, mais plutôt au décès possible du conjoint qui présente la maladie. Du côté de la dynamique d'interaction négative, les reproches formulés par les partenaires en poursuite (ici les deux conjointes) peuvent être grandement influencés par cette peur et par le désir de vouloir « protéger » le conjoint malade. À cet égard, puisque le thérapeute qui utilise la TCÉ aide les partenaires à prendre conscience de leur dynamique interactionnelle négative et des émotions qui la sous-tendent, cette approche semble indiquée pour les couples dont un des partenaires a une maladie cardiaque.

5.3 Contributions de la recherche doctorale

La démarche entreprise a répondu aux objectifs de départ, qui étaient de vérifier l'efficacité des interventions conjugales offertes au cours de la réadaptation cardiaque et plus spécifiquement, l'efficacité de la TCÉ, en plus de détailler le processus thérapeutique de cette thérapie conjugale chez des couples dont un des partenaires avait une maladie cardiaque. En ce sens, cette recherche doctorale a permis de mieux connaître l'état des connaissances actuelles face au sujet à l'étude, c'est-à-dire

l'utilisation d'une thérapie conjugale axée sur l'émotion dans le cadre de la réadaptation cardiaque.

5.3.1 Contribution des recensions des écrits

D'abord, la recension des écrits concernant l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes au cours de la réadaptation cardiaque a mis en lumière le succès limité des interventions et a souligné le manque de données probantes concernant l'utilisation d'une thérapie conjugale validée auprès des patients cardiaques et de leur conjoint(e). Ensuite, la recension traitant de l'efficacité de la TCÉ a permis de confirmer l'efficacité de cette thérapie chez des couples faisant face à diverses problématiques, dont les couples faisant face à un cancer, mais elle a également fait état de l'absence d'études l'ayant testée chez les couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiovasculaire. Les deux recensions des écrits scientifiques ont donc permis de souligner le manque de données probantes dans la littérature scientifique actuelle quant à la façon de soutenir les couples faisant face à la maladie cardiaque d'un des partenaires.

Bien qu'il existe certaines méta-analyses et recensions sur les interventions conjugales en réadaptation cardiaque (p. ex. Martire *et al.*, 2010; Reid *et al.*, 2013; Whalley *et al.*, 2014), ainsi que sur l'efficacité de la TCÉ (p. ex. Beasley et Ager, 2019; Wiebe et Johnson, 2016), les deux recensions réalisées dans le cadre de la recherche doctorale diffèrent des écrits existants par les critères d'inclusion et d'exclusion déterminés ainsi que par les objectifs déterminés. En effet, seules les études expérimentales et quasi-expérimentales ont été incluses. Par ailleurs, les deux recensions présentent toutes deux une analyse critique des études sélectionnées et traitent, en détail, des limites de ces études. Les deux recensions permettent également d'élargir la littérature scientifique en français, puisqu'elles représentent les premiers articles de références sur ces deux sujets précis à être rédigés dans cette langue.

5.3.2 Contribution de l'étude sur le processus thérapeutique de la TCÉ

L'étude exploratoire sur le processus thérapeutique de la TCÉ chez des couples faisant face à la maladie cardiaque représente une contribution importante aux plans scientifique et clinique. Les observations réalisées contribuent, selon nous, aux connaissances empiriques actuelles en lien avec la TCÉ.

Les observations réalisées par rapport à l'intensité de l'expérience émotionnelle confirment, d'abord, le lien suggéré par d'autres auteurs, soit le lien entre un niveau d'intensité plus élevé et l'amélioration de l'ajustement conjugal. Il s'agit d'une information pertinente pour les thérapeutes qui utilisent cette approche, à savoir qu'il importe de guider les partenaires dans une élaboration de leur vécu émotif en séances.

Ensuite, en ce qui a trait aux contributions spécifiques de cette recherche, il s'agit d'une des premières études à s'être penchée sur le processus du thérapeute et des clients lors du stade 1 de la TCÉ. Il s'agit également de la première recherche qui a observé et confirmé la présence de certains mouvements du « Tango » (Johnson, 2019) dans un contexte de psychothérapie. Les observations réalisées dans le cadre de cette étude suggèrent donc l'impact positif de la TCÉ, en fonction de certaines opérations du thérapeute et de certaines caractéristiques des clients présentes lors du stade 1 de la thérapie. En effet, les données obtenues témoignent de l'influence probable de la prédominance des deux premiers mouvements du « Tango », de l'intensité de l'expérience émotionnelle plus élevée, ainsi que de la présence de la dynamique interactionnelle en séances sur l'amélioration de l'ajustement conjugal des partenaires.

Il s'agit finalement de la première étude sur le processus thérapeutique de la TCÉ chez des couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire. À cet égard, nous croyons que les observations réalisées en lien avec certaines thématiques spécifiques

(peur de mourir, peur que son conjoint décède, blâme et surprotection de la part du conjoint en santé) sont des ajouts majeurs à la littérature scientifique sur le sujet. Au plan clinique, elles peuvent, par ailleurs, être utiles aux professionnels de la santé de façon générale (médecins, personnel infirmier, intervenants psychosociaux) et plus particulièrement aux thérapeutes qui souhaiteraient utiliser la TCE auprès de cette population. En effet, les données proposées peuvent sensibiliser les cliniciens à la présence de thèmes, d'émotions et de réactions spécifiques à ces couples et peuvent les guider dans leur évaluation et leurs interventions.

5.4 Limites de la recherche doctorale

Les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche doctorale doivent être interprétés en fonction de certaines limites. D'abord, en ce qui a trait aux deux recensions des écrits scientifiques, certains des critères d'inclusion et d'exclusion déterminés ont pu avoir un impact sur le choix et le nombre d'études recensées. 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 témoin 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 probable que certaines recherches ayant testé des interventions conjugales reconnues et ayant obtenu des résultats positifs n'aient pas été sélectionnées.

Ensuite, il est important de noter que les observations faites dans le cadre de l'étude sur le processus thérapeutique sont des données préliminaires qui devront être vérifiées et reproduites. De plus, l'échantillon utilisé était limité à deux couples et ces derniers étaient homogènes (couples hétérosexuels et caucasiens au sein desquels l'homme était le patient). Ceci limite la possibilité de généraliser les observations faites dans les séances de TCE à l'ensemble des couples dont un des partenaires a une maladie

cardiovasculaire. Par ailleurs, bien que le thérapeute qui a fait la thérapie avec les deux couples utilise la TCÉ dans sa pratique clinique, la conformité aux manuels de traitement (Johnson, 2004, 2019, 2020) n'a pu être vérifiée par un observateur externe. Il n'est donc pas possible de statuer que l'intégrité thérapeutique a été respectée. Finalement, nous avons suivi la procédure adoptée par d'autres chercheurs dans le domaine (Bradley et Furrow, 2004) dans le choix des séances à l'étude. Celles-ci ont été sélectionnées en fonction des observations du thérapeute quant au niveau d'intensité émotionnelle et à la présence d'interactions entre les partenaires et non en fonction d'une mesure objective. À cet égard, il est possible que certains biais aient influencé le thérapeute dans la sélection des séances de thérapie.

5.5 Perspectives de recherches futures

D'abord, des études évaluant l'efficacité de la TCÉ auprès des couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire seront nécessaires. En effet, des études quantitatives comparant des couples participant à la TCÉ à des couples recevant les soins de bases permettront de contrôler et de valider l'impact positif de cette thérapie au cours de la réadaptation cardiaque. Il sera également pertinent de diversifier les échantillons étudiés, afin de généraliser les résultats aux couples dont la femme a une maladie cardiovasculaire, aux couples dont les membres s'identifient à la communauté LGBTQ+ ainsi qu'aux couples d'origines ethniques diverses (qui peuvent, dans certains cas, être grandement touchés par les problématiques cardiaques) et de pouvoir adapter la thérapie à leur réalité.

De plus, des recherches longitudinales, avec des temps de relance dépassant un an, seront requises dans le but de mieux documenter l'impact à long terme de la TCÉ sur l'ajustement conjugal et la santé des partenaires ayant une maladie cardiovasculaire. En effet, les patients qui vivent de la détresse psychologique sont plus à risque de mourir d'un second incident cardiaque (Shields *et al.*, 2012). Par ailleurs, la détresse

conjugale peut affecter les systèmes immunitaire, endocrinien et cardiovasculaire et ainsi, nuire au pronostic (Tulloch et Greenman, 2018). Dans une perspective de recherches futures sur l'efficacité de la TCÉ auprès des couples en réadaptation cardiaque, il sera donc primordial de déterminer si la thérapie a un impact positif dans la diminution de la détresse conjugale et si son effet perdure dans le temps.

Il sera également nécessaire de réaliser d'autres études sur le processus thérapeutique de la TCÉ auprès de cette population, afin d'en dégager les ingrédients actifs et de déterminer quels sont les impacts spécifiques de l'implication du partenaire amoureux. Ces études permettront de mieux comprendre le processus du thérapeute, des patients et des partenaires et ainsi d'adapter la thérapie offerte aux couples dans le cadre de la réadaptation cardiaque.

Notre étude exploratoire sur le processus thérapeutique de la TCÉ chez des couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire s'inscrit dans la première phase de l'analyse de tâche, soit la phase de découverte. Une deuxième phase a été proposée par Greenberg (2007). Il s'agit de la phase de validation, qui vise à valider les modèles théoriques-empiriques proposés lors de la phase 1, puis à confirmer (ou infirmer) le lien entre le processus observé et les résultats attendus (Greenberg, 2007). Les études réalisées dans le cadre de la phase de validation permettront donc de vérifier nos modèles théoriques-empiriques et les composantes proposées et possiblement, d'établir une relation entre ces composantes et l'amélioration de l'ajustement conjugal. Trois aspects principaux sont ressortis dans les modèles théoriques-empiriques finaux de l'étude comme étant possiblement liés au succès de la TCÉ chez un des couples, soit la prédominance des mouvements 1 et 2 du « Tango », un niveau d'expérience émotionnelle plus élevée, des interactions reflétant la dynamique négative d'interaction. En lien avec les principes et objectifs de la TCÉ et ce qui a été observé dans l'étude, il apparaît que les couples doivent prendre conscience de leur dynamique d'interaction négative dès le stade 1 de la thérapie, afin que les partenaires comprennent mieux leurs

réactions respectives et s'ouvrent davantage à la perspective de l'autre. Il semble, par ailleurs, que le fait d'identifier et de ressentir les émotions primaires en séances peut être thérapeutique. D'autres facteurs peuvent néanmoins contribuer au succès thérapeutique, tel que la qualité de l'alliance thérapeutique et la motivation à entreprendre une thérapie. Ces aspects pourront certainement être observés dans le cadre d'autres études sur le processus thérapeutique de la TCÉ. Par ailleurs, dans le cas des couples faisant face à un diagnostic de maladie cardiovasculaire, il sera pertinent de vérifier si le fait d'explorer certaines thématiques spécifiques (mort, maladie, changement de rôles, difficultés sexuelles, habitudes de vie, surprotection de la part du partenaire en santé) et d'exprimer les émotions qui y sont associées peut avoir un impact positif sur l'ajustement conjugal de ces couples.

Finalement, il est possible que certains couples maintiennent un bon niveau d'ajustement conjugal, malgré le diagnostic d'une maladie cardiovasculaire chez l'un des partenaires. Il pourrait être bénéfique pour ces couples de recevoir, à titre préventif, de l'information plus détaillée sur les difficultés et émotions pouvant découler de leur réalité et sur les ressources disponibles. Une rencontre incluse dans la réadaptation cardiaque et offerte par un membre du personnel hospitalier permettrait de normaliser ce que les deux partenaires peuvent expérimenter et mieux les préparer aux diverses difficultés pouvant être vécues au sein de leur couple dans ce contexte.

Un suivi en psychothérapie serait plutôt à envisager pour les couples vivant de la détresse conjugale, et ce, que la détresse soit liée à la maladie cardiovasculaire ou non. En effet, peu importe la source des difficultés conjugales, celles-ci peuvent avoir un impact délétère sur la santé globale des deux partenaires et plus spécifiquement, sur la santé cardiovasculaire du partenaire qui présente la maladie. À cet effet, il est probable que des thérapies reconnues comme la TCÉ puissent être efficaces, bien que des études d'efficacité soient nécessaires. Les études sur le processus thérapeutique vont, par ailleurs, être fort utiles pour identifier les ingrédients actifs liés à la thérapie, au

thérapeute et aux couples qui mènent à l'amélioration de l'ajustement conjugal. Cela permettra aux cliniciens de proposer un suivi mieux adapté à cette population.

5.6 Conclusion

L'objectif général de cette recherche doctorale, qui était de documenter l'impact de la thérapie axée sur l'émotion auprès de couples en réadaptation cardiaque, a été atteint. D'abord, le manque de données probantes dans la littérature scientifique actuelle concernant l'efficacité des interventions conjugales, et plus spécifiquement, concernant l'efficacité de la TCE auprès des couples dont un partenaire a une maladie cardiovasculaire a été mis en évidence à travers les deux recensions des écrits scientifiques. Ensuite, des données préliminaires ont été obtenues par rapport au processus thérapeutique du thérapeute et des couples au cours du stade 1 de la TCE. Certaines opérations du thérapeute ainsi que certaines caractéristiques des couples ont été liées à l'amélioration de l'ajustement conjugal. Les observations réalisées témoignent de l'importance de susciter des émotions primaires en séances de thérapie et de favoriser l'établissement d'une dynamique d'interaction favorable au maintien d'un lien d'attachement sécurisant entre les partenaires, d'autant plus que ce lien peut être fortement ébranlé par la maladie cardiaque (Kowal *et al.*, 2003; Lafontaine *et al.*, 2017).

Par ailleurs, sachant que la qualité de la relation amoureuse agit à titre de facteur de protection dans le développement et la progression d'une maladie cardiovasculaire (Tulloch et Greenman, 2018), il semble pertinent de chercher à soutenir adéquatement les couples dont l'un des partenaires en est atteint. À cet égard, il est souhaitable que les recherches futures étudient le lien entre l'approfondissement du vécu émotif des partenaires, la restructuration de la dynamique d'interaction et la satisfaction conjugale. Nous espérons que les données rapportées dans cette thèse puissent inspirer d'autres chercheurs à poursuivre dans cette voie.

ANNEXE A

LETTRE CONFIRMANT L'ACCEPTATION DE L'ARTICLE 1 À LA REVUE
SCIENCE ET COMPORTEMENT



REVUE SCIENCE ET COMPORTEMENT

Chère Mme Morin-Turmel,

Suite à la lecture de votre article révisé et du texte présentant les modifications apportées, il me fait plaisir de vous confirmer l'acceptation de votre article pour le prochain numéro de *Science et Comportement*.

Nous sommes à procéder à la mise en page de notre numéro, nous vous ferons parvenir une version “finale” pour approbation dans les prochaines semaines et ce, avant la publication en ligne de notre 3^e numéro,

Recevez toutes mes félicitations,

Bien à vous,

Pascale

Pascale Brillon, Ph.D.

Professeure, Département de Psychologie, UQAM

Laboratoire *Trauma et Résilience* : <https://labopascalebrillon.uqam.ca>

Rédactrice en chef, revue Science et Comportement

ANNEXE B

LETTRE CONFIRMANT LA PUBLICATION DE L'ARTICLE 2 À LA REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE



RQP Préparation des numéros

Lun 2021-01-04

Bonjour,

Je vous fais parvenir la version finale de votre article publié en ligne (volume 41, numéro 3).

Espérant le tout à votre convenance, je vous souhaite une bonne journée.

Manon Normandin

Secrétaire, Revue québécoise de psychologie

ANNEXE C

LETTRE CONFIRMANT LA SOUMISSION DE L'ARTICLE 3 AU BULLETIN DE PSYCHOLOGIE

Soumission article

Anaïs Morin-Turmel anais.m-t@hotmail.com Lun 2021-05-10

À : bulletin@bulletindepsychologie.net <bulletin@bulletindepsychologie.net>

1 pièces jointes (124 ko) Processus thérapeutique TCÉ.docx;

Madame, Monsieur,

Nous soumettons aujourd'hui au Bulletin de Psychologie notre article intitulé « Thérapie de couple axée sur l'émotion : une étude sur le processus thérapeutique de couples dont l'un des partenaires présente une maladie cardiaque ». Le manuscrit se trouve en pièce jointe du présent courriel. Un exemplaire papier du manuscrit ainsi que la lettre de transfert de droit de copie et le formulaire pour la correspondance dûment remplis et signés vous sont acheminés par voie postale.

En espérant le tout conforme. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, de nos salutations les plus sincères.

Anaïs Morin-Turmel

Candidate au doctorat en psychologie

Université du Québec à Montréal

ANNEXE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION

RENSEIGNEMENTS SUR LA RECHERCHE

Objectifs de la recherche

Nous vous invitons à prendre part à cette recherche qui vise à évaluer l'impact de la thérapie de couple axée sur l'émotion sur divers aspects de la vie des couples dont un des partenaires a une maladie cardiovasculaire. Votre participation permettra l'avancement des connaissances. Les résultats de la recherche permettront, en effet, aux chercheurs et aux cliniciens de mieux comprendre et d'aider les couples qui font face à la maladie cardiovasculaire. Ils permettront aussi de valider une intervention psychologique qui vise à améliorer la satisfaction conjugale, la satisfaction sexuelle ainsi que le lien d'attachement.

Participation à la recherche

Dans le cadre de ce projet, nous vous demanderons de participer à 15 séances de thérapie de couple axée sur l'émotion avec un thérapeute expert dans ce domaine. Nous vous inviterons également à remplir des questionnaires à trois reprises, soit de deux à dix semaines environ avant la thérapie, à la mi-intervention et une semaine suite à la thérapie. Ces questionnaires touchent à des aspects de votre relation de couple : satisfaction conjugale, satisfaction sexuelle, attachement. Ils prennent environ 30 minutes à compléter. La coordonnatrice et évaluatrice du projet sera avec vous lors de ces rencontres afin de répondre à vos questions. Nous vous demanderons finalement de répondre à quelques questions tous les jours à la maison. Ces questions devront être répondues de façon individuelle par chacun de vous. La complétion de ces questions devrait s'effectuer en 5 ou 10 minutes.

Confidentialité

Vos réponses aux questionnaires et les informations recueillies lors des séances de thérapie seront confidentielles. Le Dr. Greenman, votre thérapeute, ainsi qu'Anaïs Morin-Turmel, coordonnatrice et évaluatrice, seront les seules personnes à avoir accès à ces données. Tous les documents contenant des informations personnelles seront conservés dans un classeur verrouillé à la Clinique de diabète et de santé cardiovasculaire. Les questionnaires utilisés dans ce projet ne feront pas partie de votre dossier médical. Vous pouvez, à n'importe quel moment, décider de ne pas remplir les questionnaires et continuer à bénéficier du traitement. La participation aux séances de psychothérapie ne nécessite pas la participation à la recherche.

Avantages et inconvénients reliés à la participation

La complétion des questionnaires peut engendrer des émotions négatives, puisqu'ils abordent certaines difficultés conjugales. D'un autre côté, la réflexion personnelle qui en résulte aide les gens à mieux comprendre ces difficultés. Si vous ressentez de l'inconfort alors que vous répondez aux questionnaires, nous vous invitons à en parler à l'évaluatrice qui sera sur place avec vous. La participation aux séances de thérapie peut également entraîner des émotions négatives ainsi qu'un inconfort, puisque des sujets difficiles sont abordés. Encore une fois, nous vous invitons à discuter de cet inconfort avec votre thérapeute. Par ailleurs, la participation à une psychothérapie de couple vous offre la possibilité d'apprendre à gérer ces émotions négatives et de travailler sur des aspects problématiques de votre relation de couple. Finalement, le protocole employé dans cette étude exige un délai de quelques semaines entre l'évaluation initiale et le début de la thérapie. Si votre détresse est trop importante lors de ce délai, vous pouvez contacter la coordonnatrice du projet. Il sera alors possible de débiter la psychothérapie plus rapidement; le traitement est offert sans que la participation au projet de recherche ne soit exigée.

Droit de retrait

Votre consentement à participer à l'étude est complètement volontaire. Vous êtes entièrement libre de vous retirer à n'importe quel moment pendant l'étude, sans pénalité. Ce retrait peut se faire de façon verbale, sans qu'un préavis ne soit exigé. Votre décision de participer ou de ne pas participer à cette étude n'aura aucun impact sur la qualité ou la durée des services psychologiques reçus. Si vous avez des questions sur le projet, vous pouvez contacter Mlle Anaïs Morin-Turmel par téléphone au (514) 827-5557 ou par courriel à l'adresse suivante : anais.m-t@hotmail.com. Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant vos droits en tant que participants à la

recherche, vous pouvez contacter Monsieur André Durivage, président du Comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais, au (819) 595-3900.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Nous déclarons avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à nos questions et comprendre les buts, les avantages et les inconvénients de cette recherche. Nous comprenons également que toutes les informations amassées à notre sujet dans le cadre de cette étude seront complètement confidentielles et que nous sommes libres de nous retirer à n'importe quel moment, sans qu'il n'y ait de répercussions. Il y a deux copies de ce formulaire : une pour nous et une pour les chercheurs.

Nom du participant : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du participant : _____

Signature : _____

Date : _____

RÉFÉRENCES (CHAPITRES I ET V)

- Agence de la santé publique du Canada (2020, 28 février). *État de santé des Canadiens 2016 : Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique – Dans quelles mesures sommes-nous en mauvaise santé? Maladies cardiovasculaires*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2016-etat-sante-canadiens/page-17-quelle-mesure-sommes-nous-mauvaise-sante-maladies-cardiovasculaire.html>
- Agence de la santé publique du Canada (2020, 28 février). *Maladies cardiovasculaires*. <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/chronic-diseases/cardiovascular-diseases/>
- Ainsworth M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- 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>
- Barnett, R. C., Steptoe, A. et Gareis, K. C. (2015). Marital-role quality and stress-related psychobiological indicators. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 36-43. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3001_5
- Beasley, C. C. et Ager, R. (2019). Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013>
- Birditt, K. S., Newton, N. J., Cranford, J. A. et Ryan, L. H. (2016). Stress and negative relationship quality among older couples: implications for blood pressure. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71, 775–785. <https://doi.org/0.1093/geronb/gbv023>

- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O. et Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex : Attachment orientations, sexual experiences, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *91*, 929-943. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.929>
- Bradley, B. et Furrow, J. L. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment-by-moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, *30*, 233-246. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01236.x>
- Brannon, L. et Feist, J. (2007). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Thomson Wadsworth.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (Vol 1)*. Basic Books Dunkel.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock.
- Burgess Moser, M., Johnson, S. Dalglish, T., Wiebe, S. et Tasca, G. A. (2018). The impact of blamer softening on romantic attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, *44*, 640-654. <https://doi.org/10.1111/jmft.12284>
- 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>
- Cloutier, P. F., Manion, I., Gordon Walker, J. G. et Johnson, S., M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, *28*, 391-398. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x>
- Couture-Lalande, M.-E., Greenman, P. S., Naaman, S. et Johnson, S.M. (2007). La thérapie de couple axée sur l'émotion (EFT) pour traiter les couples dont la femme a le cancer du sein : Une étude exploratoire. *Psycho-Oncologie*, *1*, 257-264. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0048-7>
- Czajkowski, S. M., Powell, L. H., Adler, N., Naar-King, S., Reynolds, K. D., Hunter, C. M., Laraia, B., Olster, D. H., Perna, F. M., Peterson, J. C., Epel, E., Boyington, J. E. et Charlson, M. E. (2015). From ideas to efficacy: The

- ORBIT model for developing behavioral treatments for chronic diseases. *Health Psychology, 34*, 971-982. <https://doi.org/10.1037/hea0000161>
- Dalgleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Lafontaine, M-F, Wiebe, S. A. et Tasca, G. A. (2015). Predicting change events in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 41*, 276-291. <https://doi.org/10.1111/jmft.12077>
- Dalton, E. J., Greenman, P. S., Classen, C. C. et Johnson, S. M. (2013). Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: A randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy (EFT) for female survivors of childhood abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 2*, 209-221. <https://doi.org/10.1037/a0032772>
- Denton, W. H., Burlison, B. R., Clark, T. E., Rodriguez, C. P. et Hobbs, B. V. (2000). A Randomized trial of emotion-focused therapy for couples in a training clinic. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 65-78. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00277.x>
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K. et Golden R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*, 23-38. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x>
- Dessaulles, A., Johnson, S. M. et Denton, W. H. (2003). Emotion-Focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy, 31*, 345-353. <https://doi.org/1080/01926180390232266>
- Ditzen, B., Hoppmann, C. et Klumb, P. (2008). Positive couple interactions and daily cortisol: on the stress-protecting role of intimacy. *Psychosomatic Medicine, 70*, 883-889. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318185c4fc>
- Dracup, K. (1985). A controlled trial of couples group counseling in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 5*, 436-442.
- Dunkel Schetter, C. (2017). Moving research on health and close relationships forward – A challenge and an obligation: Introduction to the special issue. *American Psychologist, 72*, 511-516. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000158>

- Eaker, E. D., Sullivan, L. M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R. B., Sr. et Benjamin, E. J. (2007). Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medecine*, *69*, 509-513. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180f62357>
- 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., ... 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>
- Goldman, A. et Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 962-969. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.962>
- Gordon Walker, J. G., Johnson, S., Manion, I. et Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1029-1036. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.1029>
- 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>
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, *17*, 15-30. <https://doi.org/10.1080/10503300600720390>

- Greenberg, L. S., Ford, C. L., Alden, L. S. et Johnson, S. M. (1993). In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 78–84. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.78>
- Greenberg, L. S. et Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotions, love, and power*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11750.000>
- Greenman, P. S. et Johnson, S. M. (2012). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice, *Family Practice, 52*, 46-61. <https://doi.org/10.1111/famp.12015>
- 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.
- Greenman, P. S., Viau, P., Morin, F., Lapointe-Campagna, M-È., Grenier, J., Chomienne, M-H. et Jbilou, J. (2018). Of sound heart and mine: A scoping review of risk and protective factors for symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in people with heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing, 33*, 16-28. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000508>
- Guerriero, V. et Zavattini, G.C. (2015). Questioni d'amore : Teoria dell'attaccamento e relazioni sentimentali [Questions d'amour : Théorie de l'attachement et relations sentimentales]. *Attaccamento e Sistemi Complessi, 2*, 27-44. <https://doi.org/11573/759913#.XR4yu5NKjVo>
- 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>
- Hazan, C. et Shaver, P. R. (1987). Love and work: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.2.270>
- Institut de cardiologie de Montréal (2020, 28 février). *Hypertension artérielle*. <https://www.icm-mhi.org/fr/hypertension-artérielle>

- James, P. S. (1991). Effects of a communication training component added to emotionally focused couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 263-275. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1991.tb00894.x>
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating Connection (2^e éd.)*. Brunner-Routledge.
- Johnson, S. (2013). *Love sense: The revolutionary new science of romantic relationships*. Brown and Co.
- Johnson, S. M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples and families*. Guilford Press
- Johnson, S. M. (2020). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating Connection (3^e éd.)*. Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. et Greenberg, L. S. (1985a). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.2.175>
- Johnson, S. M. et Greenberg, L. S. (1985b). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 313-31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.x>
- Johnson, S. M. et Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital Therapy*, 14, 175-183. <https://doi.org/10.1111/j.7520606.1988.tb00733.x>
- Johnson, S. M. et Greenman, P. S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 596-609. <https://doi.org/10.1002/jclp.20251>
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L.S. et Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenge. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67-79. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.67>
- 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>
- Johnson, S. M., Makinen, J. A. et Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: a new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 145-155.
<https://doi.org.10.1111/j.1752-0606.2001.tb01152.x>
- 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>
- King, B. K. et Reis, H. T. (2012). Marriage and long-term survival after coronary artery bypass grafting. *Health Psychology*, 31, 55-62.
<https://doi.org/10.1037/a0025061>
- Kowal, J., Johnson, S. M. et Lee, A. (2003) Chronic illness in couples: A case for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 299-310. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01208.x>
- Lafontaine, M.F., Greenman, P., Peloquin, C., Nouwen, A. et Bélanger, C. (2017). Fonctionnement conjugal et problèmes de santé : Diabète, douleur chronique et maladie coronarienne. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (dir.), *Les fondements de la psychologie de couples* (pp. 513-546). Presses de l'Université du Québec.
- Lafontaine, M.F., Johnson-Douglas, S.M., Gingras, N. et Denton, W. (2008). Thérapie de couple axée sur l'émotion. Dans J. Wright, S. Sabourin, et Y. Lussier (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 277-312). Presse de l'Université du Québec.
- 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/0.1371/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>

- Makinen, J. A. et Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1055-1064. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1055>
- 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 Women's Health (Larchmt), 26*, 624-632. <http://dx.doi: 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>
- McLean, L. M., Walton, T., Rodin, G., Esplen, M. J. et Jones, J. M. (2013). A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: Outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology, 22*, 28-38. <https://doi.org/10.1002/pon.2046>
- Meneses, C.W., Gingras, N. et Ragma, E. (2015). La psychothérapie de couple centrée sur les émotions. Dans U. Kramer et E. Ragama (dir.), *La psychothérapie centrée sur les émotions (pp. 145-168)*. Elsevier.
- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry, 18*, 139-156. <https://doi.org/10.1080/10478400701512646>
- Naaman, S. C. (2008). *Evaluation of the clinical efficacy of emotionally focused couples therapy on psychological adjustment and natural killer cell cytotoxicity in early breast cancer*. [thèse de doctorat, Université d'Ottawa].
- Najafi, M., Soleimani, A. A., Ahmadi, Kh., Javidi, N. et Hoseini Kamkar, E. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *Journal of Fertility and Sterility, 9*, 238-246. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4245>

- Organisation mondiale de la santé (2020, 28 février). *Centre des médias, maladies cardiovasculaires*.
[https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organisation mondiale de la santé (2020, 28 février). *Maladies cardiovasculaires*.
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/
- Organisation mondiale de la santé (2020, 29 février). *Maladies chroniques*.
https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- 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(9). <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>
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M. et McGinn M., M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140, 140-187. <https://doi.org/10.1037/a0031859>
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wiethrich-Martone, O. et Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 763-773. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00335-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00335-5)
- Shaver, P., R. et Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133-161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
- Shaver, P. R. et Mikulincer, M. (2014). Attachment bonds in romantic relationships. Dans M. Mikulincer et P. R. Shaver (dir.), *The Herzliya series on personality and social psychology. Mechanisms of social connection: From brain to*

- group (p. 273-290). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14250-016>
- 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>
- Sher, T., Braun, L., Domas, A., Bellg, A., Baucom, D. H. et Houle, T. (2014). The Partners for Life Program: A couples approach to cardiac risk reduction. *Family process*, 53, 131-149. <https://doi.org/10.1111/famp.12061>
- Smith, T. W. et Baron, C. E. (2016). Marital discord in the later years. Dans J. Bookwala (dir.), *Couple relationships in the middle and later years: their nature, complexity, and role in health and illness* (pp. 37-56). American Psychological Association.
- Smith, T. W., Uchino, B. N., Florsheim, P., Berg, C. A., Butner, J., Hawkins, M., Henry, N. J. M., Beveridge, R. M., Pearce, G., Hopkins, P. N. et Yoon, H.-C. (2011). Affiliation and control during marital disagreement, history of divorce, and asymptomatic coronary artery calcification in older couples. *Psychosomatic Medicine*, 73, 350-357. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31821188ca>
- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, Kh., Javidi, N., Hoseini Kamkar, E. et Mahboubi, M. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *Journal of Fertility and Sterility*, 9, 393-402. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4556>
- 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 (2020, 15 mai). *Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310039401>
- Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., Fauerbach, J. A., Bush, D. E. et Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of

- depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 30-38. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x>
- Thompson, D. R. et Meddis, R. A. (1990). 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)
- 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>
- Tully, P. J., Cosh, S. M. et Baumeister, H. (2014). The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 439-448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S. M., Ronzi, S. et Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risks factor for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart (British Cardiac Society)*, 102, p. 1009-1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- Wadden, T. A. (1983). Predicting treatment response to relaxation therapy for essential hypertension. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 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 Medicine*, 21, 109-121. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9282.x>
- Whisman, M. A., Beach, S. R. et Snyder, D. K. (2008). Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 745-755. 10.1037/0022-006X.76.5.745

- Wiebe, S. A. et Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55, 390-407. <https://doi.org/10.1111/famp.12229>
- Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, T. A., Lachmar, E. M., Mitchell, E., A. et Seedall, R. B. (2018). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>
- Yates, B. C., Norman, J., Meza, J., Krogstrand, K. S., Harrington, S., Shurmur, S., Johnson, M. et Schumacher, 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.0000000000000127>
- Zeifman, D. et Hazan, C. (2016). Pair bonds as attachments: Mounting evidence in support of Bowlby's hypothesis. Dans J. Cassidy et P.R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3e éd., p. 436-455)*. Guilford Press.
- Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dalgleish, T. L. et Makinen, J. A. (2012). Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. *Journal of Marital & Family Therapy*, 39, 148-162. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00287.x>

