Faire face aux maladies cardiaques : spécificités des patients adultes jeunes, de leurs proches et des patientes

Propositions d'interventions[1]

Jonathan JOURNIAC[1,2], Gilles MONTALESCOT[2], Aurélie UNTAS[1]

(1) Université Paris Cité, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, Boulogne-Billancourt, France

(2) Sorbonne Université, groupe ACTION, Hôpital la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), Institut de Cardiologie, Paris

Résumé : L'objectif de ce chapitre est de présenter la psychocardiologie, de faire le point sur la littérature concernant certaines populations sous-étudiées et d'envisager des pistes d'interventions. En effet, il existe des enjeux liés à l'identité, la santé mentale et l'adhésion thérapeutique des personnes ayant une maladie cardiaque. Des populations émergent avec des besoins spécifiques : les adultes jeunes (de 18 à 45-55 ans)[2], leurs proches et les femmes. Les adultes jeunes et les proches peinent à trouver leur place dans l'environnement hospitalier. De plus, la santé mentale des patients et de leurs proches est souvent similaire, celles des adultes jeunes moins bonne que d'autres populations cardiaques, et les femmes ont souvent une moins bonne santé mentale que les hommes. Des interventions sont nécessaires : dépistage systématique des difficultés de santé mentale et d'adhésion thérapeutique, intégration des proches dans les prises en charge, prise en compte des spécificités de ces sous-populations.

Mots-clés : psychocardiologie, adultes jeunes, santé mentale, proches, interventions

Abstract: The purpose of this chapter is to introduce psychocardiology, review the literature on some understudied populations and consider possible interventions. Indeed, there are issues related to identity, mental health and therapeutic adherence for people with heart disease. Some populations emerge with specific needs: young adults (18-45 years), their relatives and women. Young adults and their relatives struggle to find their place in a hospital environment. In addition, the mental health of patients and their relatives is often similar, young adults have poorer mental health than other cardiac populations, and women often have poorer mental health than men. Interventions are needed: systematic screening for

[1]Nous tenons à remercier Action Cœur pour la bourse de recherche qui a permis le financement de l'une des premières thèses de psychocardiologie en France.

[2]Nous avons fait le choix de ne pas aborder les enfants et les adolescents car cela nécessiterait de développer une partie à part entière qui nous semble trop en décalage avec l'ensemble de notre discours et qui a des implications très différentes en termes de prise en charge. De plus, enfants et adolescents sont déjà beaucoup étudiés en cardiologie.

mental health difficulties and therapeutic adherence, integration of relatives into care, taking into account the specificities of these sub-populations.

Keywords: psychocardiology, young adults, mental health, caregivers, interventions

1 Introduction

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans les pays industrialisés (Kaptein *et al.*, 2020). Parmi ces pathologies, les maladies cardiaques comprennent de nombreux troubles, aigus ou chroniques, souvent inconnus du grand public (Tableau 1, ci-dessous) : cardiopathies congénitales (*e.g.* foramen ovale perméable), inflammations (*e.g.* myocardites), maladies coronariennes (*e.g.* syndrome coronarien aigu), troubles du rythme (*e.g.*, fibrillation auriculaire), valvulopathies (*e.g.* insuffisance mitrale), insuffisance cardiaque.

Tableau 1. Les différents troubles cardiaques et leurs caractéristiques

Troubles	Caractéristiques
Cardiopathies congénitales	Malformations cardiaques qui se forment *in utero*.
Valvulopathies	Défaillances des valves cardiaques qui laissent passer trop ou pas assez de sang. Les valvulopathies peuvent être congénitales comme dégénératives.
Myocardite et péricardite	Inflammations dues à un virus ou à une bactérie. Ce sont généralement des troubles aigus.
Troubles du rythme et de la conduction	La conduction est la transmission de l'influx nerveux au sein du cœur. Les troubles du rythme et de la conduction peuvent se manifester par un ralentissement ou une accélération du rythme cardiaque, ou par des contractions irrégulières.
Pathologies coronariennes	Elles sont notamment dues à l'accumulation de graisse et de sucre dans les artères. Un caillot peut se former, réduire le débit sanguin et donner lieu à une angine de poitrine ou à un infarctus du myocarde.
Insuffisance cardiaque	Grave conséquence potentielle des maladies cardiaques, c'est la difficulté pour le cœur de mener à bien ses fonctions de remplissage des ventricules ou d'éjection du sang.

Dans l'ensemble, les chercheurs en psychocardiologie ont calqué les modèles médicaux pour produire leurs études et ont généralement proposé des recherches en fonction de la pathologie cardiaque des individus. C'est ainsi que l'on retrouve principalement des articles qui concernent les maladies coronariennes, l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies congénitales. L'infarctus du myocarde étant la pathologie la plus fréquente, c'est également la plus étudiée (Kaptein *et al.*, 2020).

Dans la littérature, la psychocardiologie est définie selon deux axes en particulier. Le premier, plutôt médical, s'intéresse aux facteurs de risque. Le second, plus psychosocial, aborde l'impact de ces pathologies sur la santé mentale des individus. En effet, les professionnels de santé ont conscience du rôle de nombreux facteurs de risque depuis la publication de conséquentes études de cohortes concernant les maladies coronariennes (Yusuf *et al.*, 2004). Au-delà des risques que représentent des facteurs en-

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

vironnementaux et médicaux, on peut établir que la personnalité, le stress, le trouble stress post-traumatique (TSPT), l'anxiété et la dépression sont des facteurs de risque cardiaque avérés (Houppe, 2015 ; Jacquet-Smailovic *et al.*, 2019).

Les relations entre facteurs de risque et maladie sont en réalité bidirectionnelles. En effet, ces facteurs de risque psychologiques sont également des conséquences potentielles des maladies cardiaques, qui peuvent engendrer des difficultés d'ajustement telles que des symptômes anxio-dépressifs et post-traumatiques, des difficultés à mettre en place les comportements de santé recommandés par le monde médical (*e.g.*, en ce qui concerne l'activité physique, l'alimentation ou l'arrêt du tabac) et provoquer des questionnements existentiels ou identitaires (Journiac *et al.*, 2020).

Dans ce chapitre, une première partie sera consacrée à l'étude de l'impact psychologique des maladies cardiaques. Dans une deuxième partie, nous soulignerons les spécificités de certaines populations (adultes jeunes, patientes) puis nous dessinerons, dans une dernière partie, quelques principes interventionnels.

2 Pourquoi parler de "psychocardiologie" ?

2.1 Impacts généraux

Comme beaucoup de maladies somatiques chroniques, l'irruption d'une pathologie cardiaque est un coup de tonnerre dans la vie de l'individu. Le cœur est empreint d'un fort symbolisme dans nos esprits (Le Breton, 2008). Il est ou a été, suivant les époques, le symbole de l'amour, de l'âme, de la conscience morale, du courage, de l'identité, de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, de l'âme (Houppe, 2015). L'importance que revêt le cœur dans notre langage, nos expressions et notre esprit se traduit alors par un impact majeur sur notre psychisme et notre vie quotidienne quand cet organe vient à faire défaut.

Les sociétés savantes internationales de cardiologie prennent dorénavant en compte cet impact et recommandent de dépister et prendre en charge de nombreuses difficultés psychosociales : dépression, anxiété, stress, stress post-traumatique, manque de soutien social, isolement, troubles cognitifs et autres troubles mentaux chez les patients et leurs proches aidants (Ambrosetti *et al.*, 2020 ; Kitko *et al.*, 2020 ; Vaccarino *et al.*, 2019).

2.2 Impacts spécifiques des pathologies cardiaques sur la santé mentale des individus

Certains auteurs parlent de troubles spécifiques aux personnes faisant face à une maladie cardiaque. Après un infarctus du myocarde, de nombreux patients présenteraient une symptomatologie post-traumatique avec des points divergeant des critères du DSM-5 (*American Psychological Association*, 2013). Ce type d'état post-traumatique aurait notamment comme spécificité d'être orienté vers le futur, engendrant évitement et manifestations physiologiques d'anxiété liées à la pathologie. Cela serait en partie dû aux obligations de prises en charge médicale et la crainte qu'un autre événement cardiaque survienne ou que la maladie progresse (Jacquet-Smailovic & Tarquinio, 2020 ; Vilchinsky, 2017).

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Pour Jackson *et al.* (2018), les difficultés psychologiques que vivent les individus qui font face à une maladie cardiaque sont de l'ordre d'une détresse plus générale, mais bien spécifique aux pathologies cardiaques, et caractérisée par un mélange de symptômes dépressifs et anxieux, une dégradation de la qualité de vie, du stress, une peur de la mort. Pour aller plus loin, on fait référence au "blues" et à la "détresse" cardiaques. Le "blues cardiaque" serait un état transitoire, de deux mois maximum, qui comprend quatre composantes : socio-économique (inquiétudes vis-à-vis des finances et des représentations sociales liées à l'arrêt du travail), physiologique (modification de l'appétit, de la libido, perturbations du sommeil…), émotionnelle (avec l'irruption d'émotions comme la colère, la culpabilité, la surprise…) et cognitive (des difficultés de concentration et des moments de confusion pouvant apparaître). Au-delà de deux mois, la "détresse cardiaque" serait un état plus durable, chronique, que le "blues cardiaque". Il se manifeste par des aspects limitants liés aux croyances (perte de contrôle, difficultés avec l'équipe médicale), sociaux (situations d'isolement, d'exclusion…), émotionnels (craintes du futur, vis-à-vis de la famille, du travail…) et comportementaux (manifestations d'évitement, conséquences physiologiques de la maladie).

Bien que ces symptomatologies ne soient pas (encore) validées scientifiquement, leur existence permet d'alerter sur les difficultés que rencontrent les personnes faisant face à une maladie cardiaque. Néanmoins, la littérature scientifique en cardiologie a jusqu'à présent privilégié les études concernant les personnes âgées et les mineurs, au détriment d'autres populations, pourtant bien présentes, avec des enjeux spécifiques.

3 Les adultes jeunes, leurs proches et les patientes en cardiologie : des populations à part ?

Les maladies cardiaques et, en particulier, les maladies coronariennes, ont pendant longtemps été considérées comme touchant quasi uniquement des hommes de plus de 55 ans. Les dernières décennies ont vu la maladie s'étendre à d'autres populations, parmi lesquelles les adultes jeunes et les femmes. Le fait de les prendre en compte dans les prises en charge, ainsi que les proches des patients, fait dorénavant partie des recommandations des sociétés savantes européennes de cardiologie (Ambrosetti *et al.*, 2020).

3.1 Les adultes jeunes vivant avec une maladie cardiaque

En cardiologie, sont considérées comme adultes jeunes les personnes ayant entre 18 et 40, 45 ou 55 ans (Estève *et al.*, 2008 ; Shah *et al.*, 2016). L'âge limite des inclusions diffère suivant les études. Les cardiologues estiment que, physiologiquement, les femmes, protégées par leurs hormones, sont considérées comme jeunes jusqu'à 55 ans, les hommes jusqu'à 45 ans. En effet, les femmes qui présentent un infarctus du myocarde sont en moyenne sept à dix ans plus âgées que les hommes. Elles sont mieux protégées jusqu'à la ménopause.

Or, ces "adultes jeunes" pourraient représenter jusqu'à 23 % des patients hospitalisés ou suivis pour maladie coronarienne (Journiac *et al.*, 2020). Malgré cela, peu d'études leur sont consacrées. En effet, dans une revue systématique de la littérature que nous avons réalisée portant sur les adultes jeunes vivant avec une maladie cardiaque

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

(excluant les maladies congénitales), seuls 32 articles ont pu être inclus, et la plupart des études incluaient des individus ayant jusqu'à 55 ans (Journiac *et al.*, 2020).

Cette population serait une cible de choix pour réaliser des interventions psychosociales et comportementales. En effet, on jouit dans cet intervalle de temps de plus d'autonomie décisionnaire que durant l'enfance et l'adolescence, tout en n'ayant pas encore complètement ancré toutes nos habitudes de vie. Il serait donc particulièrement opportun de travailler avec ces personnes, qui pourraient ainsi être plus flexibles par nature, ce qui permettrait de limiter l'impact des maladies cardio-vasculaires dans la suite de leur existence.

Cela est d'autant plus important que la jeunesse serait associée à une moins bonne adhésion thérapeutique en cardiologie (Kripalani *et al.*, 2015 ; Krueger *et al.*, 2015). Si certains patients investissent positivement les suites de l'irruption de la maladie en en profitant pour adopter un mode de vie sain et en suivant les prescriptions médicales, pour d'autres cela est vécu comme un combat permanent et une perte d'indépendance symbolisée par les médicaments (Journiac *et al.*, 2020). De plus, selon nos observations cliniques, ce sont des personnes qui, pour la plupart, ne sont pas habituées à devoir gérer une maladie chronique avec les rendez-vous médicaux, la prise régulière de médicaments et l'adoption d'un mode de vie et d'un régime alimentaire adaptés. Ces changements, qui peuvent leur paraître plus compliqués, vont devoir être suivis sur une période de vie plus longue que pour des personnes plus âgées. Cela souligne l'enjeu et l'importance de la persistance dans l'adhésion thérapeutique de cette population.

Les adultes jeunes se sentent également en décalage avec les autres patients, plus âgés et plus nombreux, dans les services de cardiologie (Journiac *et al.*, 2020). Ils constatent qu'ils sont minoritaires et que même les soignants soulignent leur surprise de voir des patients si jeunes. Cela peut engendrer des questionnements existentiels et un fort sentiment d'injustice.

Ils font également face à des enjeux qui leur sont spécifiques. En effet, c'est lors de cette tranche de vie qu'ils construisent leur vie amoureuse et familiale et qu'ils débutent et développent leur carrière professionnelle. Il en résulte plus de difficultés financières, une qualité de vie amoindrie et un sentiment d'isolement plus fort que les personnes vivant avec une maladie cardiaque plus jeunes et plus âgées (Journiac *et al.*, 2020).

Enfin, les adultes jeunes seraient plus à même de rencontrer des difficultés en matière de santé mentale. La prévalence de leurs symptômes dépressifs oscille entre 21 et 48 % dans les études les plus robustes (elle est de 11 % au même âge selon le Baromètre santé 2017 de Léon *et al.*, 2018). Il y aurait également 30 % de prévalence de symptomatologie anxieuse. Quant au trouble stress post-traumatique, il n'a pas vraiment été évalué chez ces adultes jeunes. En cardiologie, suivant les outils, il oscille de 0 à 38 % avec une moyenne à 12 % en cardiologie (Journiac *et al.*, 2020 ; Vilchinsky, 2017). Un âge jeune représenterait un risque de voir se développer une symptomatologie post-traumatique après la pose d'un défibrillateur électrique ou après un événement cardiaque majeur (Jacquet-Smailovic *et al.*, 2021 ; Vilchinsky *et al.*, 2017). Ces données rendent compte de l'importance de prendre en charge la santé mentale de ces

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

patients, et ce d'autant plus qu'elle est reconnue comme étant liée à leur adhésion thérapeutique (Jacquet-Smailovic *et al.*, 2021 ; Vilchinsky *et al.*, 2017).

3.2 Les patientes en cardiologie[3]

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité féminine en France et dans le monde (Mounier-Véhier, 2019). Elles sont huit fois plus fatales aux femmes que le cancer du sein. Si l'accident vasculaire cérébral est le « premier tueur » féminin, l'insuffisance cardiaque et l'infarctus du myocarde arrivent en seconde position. Or, les femmes de moins de 54 ans sont de plus en plus nombreuses à développer l'une de ces pathologies, alors que les hommes sont de moins en moins nombreux. Leur pronostic est aussi moins bon que celui des hommes et leurs pathologies plus sévères (Mounier-Véhier, 2019).

Le diagnostic est plus compliqué pour les femmes que pour les hommes. Alors qu'un homme sur deux n'a aucun signe annonciateur d'un infarctus, les femmes sont 64 % à n'avoir aucun symptôme ou maladie préexistante à cet événement inaugural. Leurs symptômes peuvent être différents et ne pas être associés, dans l'imaginaire collectif, à un risque cardiaque. Il en résulte que, non seulement les femmes mettent plus de temps à alerter leur médecin (elles mettent en moyenne une heure de plus que les hommes à contacter les urgences), mais les professionnels de santé identifient également moins facilement une maladie cardiaque chez elles, surtout quand elles sont jeunes.

Pourtant, elles ont physiologiquement un cœur différent, plus petit, avec des artères plus fines ; elles sont plus sujettes au stress et à la maladie mentale. À tout ceci s'ajoutent de nombreux rôles sociaux à mener de front, à savoir celui de mères, d'amantes, de professionnelles et de « ménagères », ainsi que des comportements de santé qui peuvent considérablement leur nuire : 90 % des jeunes femmes qui font un infarctus sont fumeuses (Mounier-Véhier, 2019).

Dans notre revue systématique de la littérature, il est apparu que les femmes ayant une pathologie cardiaque étaient effectivement plus à risque de voir apparaître des symptômes dépressifs, d'avoir une mauvaise qualité de vie, ainsi que des difficultés psychologiques et physiques (Journiac *et al.*, 2020). Les résultats concernant l'anxiété sont en particulier contradictoires, les femmes ayant, selon les études, des niveaux d'anxiété similaires, supérieurs ou inférieurs aux hommes. Lorsque des symptômes anxieux sont présents, ils seraient dus à une crainte des stigmates de la maladie, des inquiétudes concernant l'accès à la parentalité et l'impossibilité, face à certaines pathologies, d'avoir une activité physique (Journiac *et al.*, 2020). On voit ainsi se dessiner l'importance du corps et de l'image du corps chez les femmes touchées par une maladie cardiaque. Ici aussi les différents rôles sociaux (vie professionnelle, maternité, gestion du logement…) contribueraient à ces différences de genre et non des raisons physiologiques ou biologiques (Pelletier *et al.*, 2016).

[3] La plupart des informations évoquées dans cette partie sont issues de la professeure Claire Mounier-Véhier, présidente de la Fédération française de cardiologie de 2015 à 2019, fondatrice d'un parcours de soins dédié aux femmes au CHU de Lille et cofondatrice de la fondation "Agir pour le cœur des femmes/Women's Cardiovascular Healthcare Foundation".

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

3.3 Les proches

Les proches des personnes qui font face à une pathologie cardio-vasculaire ont un rôle prépondérant à jouer dans la prévention et la gestion quotidienne de la maladie. Lorsque la littérature scientifique s'intéresse aux proches des patients cardiaques, elle parle en général de leur partenaire amoureux. Leur expérience est étroitement liée à celle de leur partenaire en termes d'issues émotionnelles, mentales et physiques (Bertoni *et al.*, 2015 ; Thomson *et al.*, 2013) avec des niveaux de détresse similaires, souvent plus élevés pour les proches (Randall *et al.*, 2009). Après un événement cardiaque, les proches doivent aussi changer leurs habitudes (accompagnement aux rendez-vous médicaux, rappel des prises de médicaments, adaptation alimentaire du foyer…). Ainsi, les sociétés savantes de cardiologie recommandent d'inclure les proches dans les prises en charge des patients (Ambrosetti *et al.*, 2020).

L'apparition des difficultés que peuvent vivre les femmes des personnes ayant fait un infarctus du myocarde remonte aux années 80. Depuis, la durée des hospitalisations n'a cessé d'être réduite, accentuant alors le rôle d'aidant des partenaires de vie, qui pourtant ne se sentent pas armés pour l'endosser parfaitement. Il en résulte un décalage entre leur responsabilité perçue et le manque de connaissances pour mener à bien cette mission (Andersson *et al.*, 2013).

Les données scientifiques disponibles concernent principalement l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque. Cette dernière étant une complication d'autres troubles cardio-vasculaires, les proches ont logiquement plus de difficultés face à cette pathologie, vécue comme un fardeau, et qui peut engendrer vingt-deux heures de soins hebdomadaires en moyenne (Ågren *et al.*, 2010 ; Kitko *et al.*, 2020). Cette situation d'aidance s'accompagne d'une forte détresse émotionnelle : les proches peuvent souffrir de troubles anxio-dépressifs et post-traumatiques et avoir des difficultés à mettre en place des stratégies de coping efficaces. Leurs besoins évoluent dans le temps, en fonction de la trajectoire de la maladie : soutien émotionnel, organisation, information, éducation… D'autant plus qu'eux-mêmes apportent des soutiens pratiques (organisation, accompagnement aux rendez-vous, aide à la prise de médicament) et émotionnels aux patients (Kitko *et al.*, 2020).

Malgré de forts besoins de la part des patients comme des proches, nous avons pu établir que les patients avaient du mal à accepter le soutien apporté par leurs proches, tout en reconnaissant en avoir particulièrement besoin, le préférant au soutien apporté en réadaptation (Journiac *et al.*, 2020). Cela est dû à la difficulté d'accepter une nouvelle forme de relation, fondée sur la dépendance, et aux désaccords quant à la gestion de la maladie. En effet, les patients peuvent se sentir surprotégés par leurs proches et empêchés par eux dans certaines activités. De plus, les proches poussent les patients à bien suivre les recommandations médicales que les patients ne souhaitent pas nécessairement adopter. Ces désaccords peuvent alors se traduire par plus d'anxiété, d'évitement et de conflits (Kitko *et al.*, 2015). Cela souligne les besoins de prises en charge communes des patients et des proches aidants afin de réduire l'incongruence entre les partenaires.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

4 Comment penser les interventions en psychocardiologie ?

Il n'existe pas assez de données concernant les adultes jeunes et les femmes pour en conclure avec certitude sur les directions à entreprendre. Nous proposons donc ici des éléments de réponse à partir de la littérature sur la psychocardiologie en général.

4.1 Besoins des patients et de leurs proches

Les proches ont de multiples influences sur les patients. Notamment, leur implication permet de réduire l'usage des services de santé, peut améliorer leur bien-être émotionnel et physique, et contribuer à améliorer leur qualité de vie (Kitko *et al.*, 2020). Ainsi, les interventions qui intègrent les patients et leurs proches seraient plus efficaces que celles n'incluant que les patients (Reid *et al.*, 2013). Les sociétés savantes de cardiologie recommandent justement d'impliquer les proches dans les prises en charge psychologiques et médicales (Ambrosetti *et al.*, 2020).

Il est possible de résumer les besoins de prises en charge des patients et des proches selon quatre aspects. Ils partagent des besoins liés à l'environnement hospitalier, considéré comme peu chaleureux et accueillant, dans lequel ils souhaitent trouver une sorte de "refuge" familial (Ågren *et al.*, 2009). Cela passe par la prise en compte des proches dans ces espaces en les considérant à la fois comme des personnes-ressources dans la prise en charge des patients, ce qui pourrait apporter une reconnaissance de leur statut d'aidant et qui favoriserait un sentiment d'appartenance à cet univers, et l'expression d'une préoccupation de leur bien-être par les professionnels de santé (Ågren *et al.*, 2009 ; Kitko *et al.*, 2020 ; Liljeroos *et al.*, 2014). Ils expriment également des besoins sociaux : ils aimeraient pouvoir échanger avec d'autres patients et d'autres proches au moyen, par exemple, de groupes de parole (Liljeroos *et al.*, 2014 ; Tulloch *et al.*, 2020). Ils font part de besoins relationnels en vue d'améliorer la communication au sein du couple. En effet, celle-ci peut être mise à mal par l'irruption et la gestion de la maladie. Faire intervenir une tierce personne peut leur être bénéfique (Tulloch *et al.*, 2020). Enfin, leurs besoins sont aussi d'ordre pratique et informationnel. Ils seraient plus importants que les besoins émotionnels (Randall *et al.*, 2009). En effet, être bien informé, avoir compris les enjeux et les principes d'une gestion quotidienne de la maladie permet de réduire le degré d'incertitude et de favoriser un sentiment de contrôle sur la situation (Moreland & Santacroce, 2018). Plus précisément, les dyades en cardiologie manifestent des besoins informationnels concernant la maladie, les traitements, les effets secondaires et les actions à entreprendre face aux difficultés. Si certaines personnes manquent de motivation pour suivre les recommandations médicales, d'autres ont du mal à intégrer l'ensemble des informations transmises à l'hôpital, dans un moment qui peut engendrer un « brouillard cognitif ». Il est ainsi important de répéter ces informations à différents moments (hospitalisation, sortie de l'hôpital, post-hospitalisation) pour les patients comme pour les proches (Tulloch *et al.*, 2020). Pour cela, il pourrait être bénéfique d'avoir accès à des professionnels de santé facilement, par téléphone par exemple, et de voir les informations être répétées afin qu'elles puissent être mémorisées plus facilement (Ågren *et al.*, 2009 ; Liljeroos *et al.*, 2014 ; Tulloch *et al.*, 2020). Cette question de la mémorisation est l'un des enjeux de l'adhésion thérapeutique.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

4.2 Principes interventionnels

Notre expérience clinique et notre analyse de la littérature scientifique nous invitent à proposer à la réflexion les axes d'intervention suivants, qui ont en grande partie été inspirés par les propositions de Albiston *et al.* (2014) et Broadbent *et al.* (2009). Cela consiste en 1) la mise à disposition de ressources adaptées aux spécificités des patients et de leurs proches, 2) la mise en place de sessions d'éducation et de planification sur mesure pour les personnes ayant des changements comportementaux à initier (*e.g.* prise de médicaments, activité physique, réduction du sel), 3) un dépistage systématique des difficultés de santé mentale et d'adhésion thérapeutique, 4) des prises en charge groupales ou individuelles en fonction de ce dépistage. Albiston *et al.* (2014) insistent sur l'importance d'inclure les proches et de répondre à leurs besoins à chaque étape. Nous les détaillons ci-dessous (Figure 1).

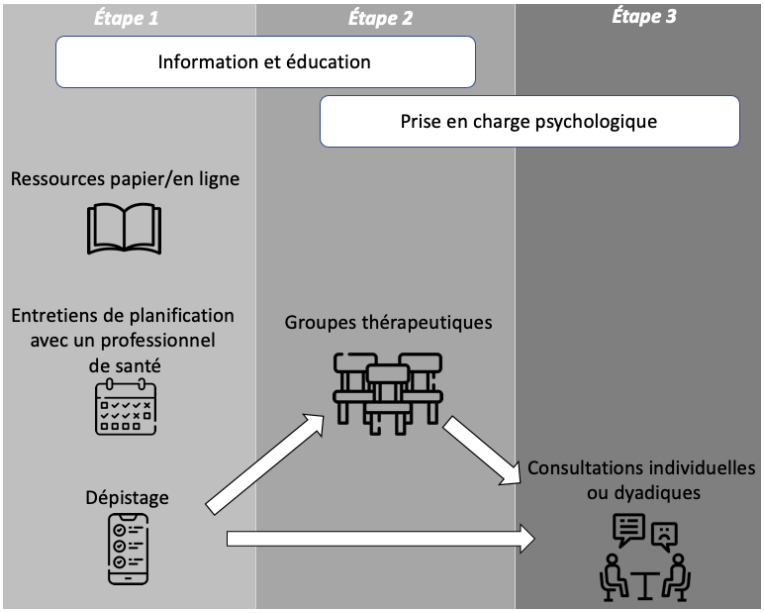


Fig. 1 : Proposition d'étapes de prise en charge psychosociale des patients et de leurs proches en cardiologie.

Il est important que ces interventions soient mises en place rapidement après le diagnostic et, en fonction des domaines abordés, qu'elles s'étalent entre six (quand elles sont purement psychologiques) et trente (quand elles incluent de l'activité physique adaptée) semaines environ (Albiston *et al.*, 2014 ; Rauch *et al.*, 2021). En effet, lorsque les prises en charge ont lieu en service de réhabilitation cardiaque et qu'elles incluent de l'activité physique adaptée, elles nécessitent plusieurs mois.

Tous les patients et leurs proches auraient ainsi accès, dans un premier temps, à des ressources papier ou en ligne et à des entretiens de planification pour répondre à leurs besoins d'éducation et d'information.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Il existe déjà, dans la plupart des services de cardiologie, des ressources papier et en ligne. Néanmoins, les patients semblent peu s'en saisir. Il serait intéressant d'envisager que ces outils puissent être déclinés en fonction du "sous-groupe" cardiaque auquel ces personnes appartiennent, avec des documents dédiés aux femmes et aux adultes jeunes, par exemple. On pourrait aussi imaginer des outils accessibles *via* une application sur Smartphone ou tablette, plus ludique que les documents existants. De plus, il est probable que ces ressources nécessitent un minimum d'accompagnement, lors d'une consultation par exemple, pour être pleinement appréhendées, notamment pour les patients les plus en difficulté.

Ainsi, un protocole d'entretiens avec des professionnels de santé pourrait répondre aux besoins d'éducation, d'information et de planification en dehors de l'hôpital des patients et de leurs proches. Certains auteurs proposent de systématiser les formats de prises en charge (Albiston *et al.*, 2014). Il est important que cela s'inscrive dans une logique de coconstruction et non-paternaliste de la relation soignant/soigné. Une bonne relation favoriserait l'adhésion thérapeutique (Unverzagt *et al.*, 2016). Cela consisterait à interroger patients et proches sur leurs ressentis et leur avis concernant la maladie et ses traitements, à ce que les patients établissent leurs propres objectifs (et non ceux de l'équipe soignante), à aider les patients à faire des liens entre leurs symptômes et leurs traitements, et à planifier avec eux leur mise en place à la sortie de l'hôpital. Cela pourrait prendre la forme de quatre sessions de trente minutes comme le proposent Broadbent *et al.* (2009) : la première informerait sur la maladie, ses symptômes et ses causes ; la deuxième serait dédiée à la planification des actions à mettre en place de retour à domicile ; la troisième consisterait à revoir ces notions avec le proche aidant en y intégrant son implication (et pourrait donc être supprimée s'il n'y a pas de proche aidant) ; et la dernière serait dédiée aux inquiétudes restantes quant au retour au domicile et face aux médicaments. C'est une forme d'éducation thérapeutique du patient et du proche sur mesure.

Ces interventions pourraient être réalisées par un membre de l'équipe soignante formé à l'entretien motivationnel. Avec plusieurs personnes formées dans l'équipe, chaque membre pourrait devenir "référent" d'un patient avec qui il pourrait échanger régulièrement, même à distance, par téléphone ou e-mail, en fonction des besoins des patients. Cette disponibilité fait partie des besoins exprimés par les dyades en cardiologie (Ågren *et al.*, 2009 ; Liljeroos *et al.*, 2014).

Toutefois, pris dans une perspective du tout médical, tout en ayant conscience des difficultés de santé mentale et d'adhésion thérapeutique des patients, les professionnels de santé manquent de moyens pour dépister et mettre en œuvre des prises en charge prenant en compte ces aspects. Ainsi, durant la première étape de mise à disposition des ressources et d'accompagnement éducatif par un professionnel de santé (*cf.* Figure 1), il nous semble important de dépister systématiquement ces problématiques chez les patients, à l'aide d'outils simple d'utilisation afin d'orienter le travail lors de cette étape et d'envisager les suivantes. Cela pourrait se faire au moyen de questionnaires auto-administrés, comme l'Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983 ; Razavi *et al.*, 1989) pour évaluer les symptômes anxio-dépressifs, et d'autres outils centrés sur l'adhésion thérapeutique comme ceux du cardiologue Xavier Girerd

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

(Girerd *et al.*, 2001, 2015) ou le Medicine Discussion Questions (Garavalia *et al.*, 2011). Il est d'ailleurs possible d'utiliser une seule question : "dans les sept derniers jours, combien de fois avez-vous manqué la prise de l'un de vos traitements cardiaques ?" pour avoir un indice sur l'adhésion médicamenteuse des individus, qui permettrait de prédire la mortalité et l'hospitalisation (Wu *et al.*, 2014). Ces outils ont l'avantage d'être gratuits. Dans une volonté de rapidité, d'allègement des contraintes pour le personnel hospitalier et de proposer un dépistage plus séduisant pour les adultes jeunes, ces questionnaires pourraient être disponibles en ligne, avec un accès par QR-code, et une cotation informatique réalisée et ajoutée automatiquement au dossier médical. Pour les personnes plus âgées et/ou moins à l'aise, ou ne possédant pas de téléphone, quelques tablettes ou des questionnaires papier pourraient être mis à disposition.

À l'issue de la première étape, en fonction des échanges avec le professionnel de santé et des résultats aux questionnaires, trois possibilités s'offriraient aux patients et à leurs proches. Si leur santé mentale est bonne et qu'il n'y a pas d'indice de difficultés à suivre les recommandations médicales, le parcours s'arrêterait là. Pour les patients et les proches avec plus de difficultés psychosociales, des groupes psychothérapeutiques animés par un psychologue pourraient être proposés. Enfin, les consultations individuelles ou dyadiques pourraient être proposées dans deux cas de figure : soit à l'issue des groupes thérapeutiques n'ayant pas eu assez d'impact positif, soit en remplacement de ceux-ci si la modalité de groupe n'est pas adaptée à ces personnes (personnalité, difficultés relationnelles, détresse élevée).

Ainsi, une prise en charge groupale pourrait être proposée aux patients et aux proches avec détresse émotionnelle et aux patients avec difficultés d'adhésion thérapeutique légères à modérées, par exemple. Des groupes thématiques pourraient être proposés, avec des ateliers féminins en non-mixité, sur les modèles que l'on retrouve parfois dans le milieu associatif ou comme le programme de l'université de Melbourne[4] (Murphy *et al.*, 2021), ou uniquement avec des adultes jeunes. Cela aurait le mérite de créer, pour les femmes, un espace de sécurité et de renforcer le sentiment d'appartenance des adultes jeunes et des femmes. Pour tous, ces groupes permettraient de rompre l'isolement.

Enfin, si après ces différentes étapes (sessions d'information, d'éducation et de planification sur mesure, accès aux ressources en ligne, groupes thérapeutiques) des problématiques liées à l'adhésion thérapeutique ou à la santé mentale persistaient, une prise en charge individuelle ou dyadique patient-proche par un psychologue de la santé serait pertinente. Elle varierait en fonction de son orientation théorique et de sa formation mais continuerait de cibler, comme les groupes psychothérapeutiques, des axes comportementaux, cognitifs et émotionnels.

Toutefois, il est important de relever que nous manquons de recul et de données scientifiques pour assurer l'efficacité de tels programmes. Il serait alors intéressant

[4]Ce programme a développé des ateliers de yoga dédiés uniquement aux femmes dans le cadre de leur réhabilitation cardiaque.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

d'essayer de les mettre en place, en tout ou partie, et d'évaluer leur pertinence dans le paysage hospitalier français.

5 Conclusion

Nous avons abordé dans ce chapitre les difficultés psychosociales et médicales rencontrées par les patients et leurs proches en cardiologie, avec une focalisation sur des sous-groupes cardiaques que sont les adultes jeunes, les proches et les femmes. La littérature médicale a établi que la jeunesse en cardiologie pouvait concerner des personnes jusqu'à 55 ans mais, d'un point de vue psychologique, cela est questionnant. Il est, en effet, difficile de considérer comme vraiment homogène une population qui est celle avec, d'un côté, des personnes qui construisent leur vie professionnelle et, de l'autre, des personnes sur le point d'être à la retraite. En d'autres termes, il serait intéressant de réduire cette notion d'adultes jeunes en cardiologie à une tranche d'âge qui permettrait plus de cohérence et d'homogénéité.

Les spécificités féminines sont de plus en plus étudiées. Les enjeux autour de cette population sont nombreux, car il s'agit d'améliorer les prises en charge médicale et psychosociale tout en leur garantissant des espaces de sécurité. Quant aux proches, bien que les sociétés savantes de cardiologie recommandent de les inclure, et bien qu'ils souffrent eux aussi, indirectement, des impacts des maladies somatiques, ils restent bien souvent les grands oubliés et n'accèdent que rarement à une prise en charge adaptée.

Ainsi, nous ne pouvons qu'encourager le développement des études en psychocardiologie, en prenant en compte les spécificités des différentes populations qui font face à une maladie cardiaque, et la mise en place d'évaluation d'interventions afin de relever les défis des patients, de leurs proches et des soignants.

Bibliographie

Ågren, S., Evangelista, L., & Strömberg, A. (2010). Do Partners of Patients with Chronic Heart Failure Experience Caregiver Burden ? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(4), 254-262. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.03.001

Ågren, S., Frisman, G. H., Berg, S., Svedjeholm, R., & Strömberg, A. (2009). Addressing spouses' unique needs after cardiac surgery when recovery is complicated by heart failure. *Heart & Lung*, 38(4), 284-291. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.10.002

Albiston, M. S., Osborne, M., White, N., & Horne, K. E. (2014). Improving a cardiac psychology service by listening to and involving carers. *Division of Clinical Psychology – Scotland Review*, 11, 18-23.

Ambrosetti, M., Abreu, A., Corrà, U., Davos, C. H., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M. C., Pedretti, R. F., Schmid, J.-P., Vigorito, C., Voller, H., Wilhelm, M., Piepoli, M. F., Bjarnason-Wehrens, B., Berger, T., Cohen-Solal, A., Cornelissen, V., Dendale, P., Doehner, W., … Zwisler, A.-D. O. (2020). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation : From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 204748732091337. https://doi.org/10.1177/2047487320913379

American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5* (5e éd.). American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053

Andersson, E. K., Borglin, G., Sjöström-Strand, A., & Willman, A. (2013). Standing alone when life takes an unexpected turn : Being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 864-871. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Bertoni, A., Donato, S., Graffigna, G., Barello, S., & Parise, M. (2015). Engaged patients, engaged partnerships : Singles and partners dealing with an acute cardiac event. *Psychology, Health & Medicine*, 20(5), 505-517. https://doi.org/10.1080/13548506.2014.969746

Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients : A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(1), 17-23. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.001

Estève, J.-B., Collet, J.-P., & Montalescot, G. (2008). *La maladie coronaire du sujet jeune*. 20, 6. https://doi.org/10.1684/stv.2008.0322

Garavalia, L., Garavalia, B., Spertus, J. A., & Decker, C. (2011). Medication discussion questions (MedDQ) : Developing a guide to facilitate patient-clinician communication about heart medications. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), E12-E19. https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181efea94

Girerd, X., Hanon, O., Anagnostopoulos, K., Ciupek, C., & Mourad, J. J. (2001). Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *La Presse médicale (1983)*, 30(21), 1044-1048.

Girerd, X., Villeneuve, F., Deleste, F., Giral, P., & Rosenbaum, D. (2015). Mise au point et évaluation de l'ExSel Test pour dépister une consommation excessive de sel chez les patients hypertendus. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 64(3), 124-127. https://doi.org/10.1016/j.ancard.2015.04.020

Houppe, J.-P. (2015). *Prendre soin de son cœur. Introduction à la psychocardiologie*. Dunod.

Jackson, A. C., Murphy, B. M., Thompson, D. R., Ski, C. F., Alvarenga, M. E., Le Grande, M. R., Amerena, J., Higgins, R. O., & Barton, D. A. (2018). What is cardiac distress and how should we measure it ? *British Journal of Cardiac Nursing*, 13(6), 286-293. https://doi.org/10.12968/bjca.2018.13.6.286

Jacquet-Smailovic, M., & Tarquinio, C. (2020). Intérêt et limites du concept de trouble de stress post-traumatique appliqué aux formes aiguës de cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) : Une réflexion épistémologique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(5), 530-534. https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.006

Jacquet-Smailovic, M., Tarquinio, C., Alla, F., Denis, I., Kirche, A., Tarquinio, C., & Brennstuhl, M. (2021). Posttraumatic Stress Disorder Following Myocardial Infarction : A Systematic Review. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 190-199. https://doi.org/10.1002/jts.22591

Jacquet-Smailovic, M., Tarquinio, C., & Houppe, J.-P. (2019). Traumatismes psychiques, trouble de stress posttraumatique et syndrome coronarien aigu : Une synthèse des données de la littérature. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100123. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100123

Journiac, J., Vioulac, C., Jacob, A., Escarnot, C., & Untas, A. (2020). What Do We Know About Young Adult Cardiac Patients' Experience ? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 1119. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01119

Kaptein, A. A., van der Meer, P. B., Florijn, B. W., Hilt, A. D., Murray, M., & Schalij, M. J. (2020). Heart in art : Cardiovascular diseases in novels, films, and paintings. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 15(1). https://doi.org/10.1186/s13010-020-0086-3

Kitko, L. A., Hupcey, J. E., Pinto, C., & Palese, M. (2015). Patient and caregiver incongruence in advanced heart failure. *Clinical Nursing Research*, 24(4), 388-400. https://doi.org/10.1177/1054773814523777

Kitko, L., McIlvennan, C. K., Bidwell, J. T., Dionne-Odom, J. N., Dunlay, S. M., Lewis, L. M., Meadows, G., Sattler, E. L. P., Schulz, R., Strömberg, A., & On behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing ; Council on Quality of Care and Outcomes Research ; Council on Clinical Cardiology ; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. (2020). Family Caregiving for Individuals With Heart Failure : A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 141(22). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000768

Kripalani, S., Goggins, K., Nwosu, S., Schildcrout, J., Mixon, A. S., McNaughton, C., McDougald Scott, A. M., & Wallston, K. A. (2015). Medication nonadherence before hospitalization for acute cardiac events. *Journal of Health Communication*, 20(Suppl 2), 34-42. https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1080331

Krueger, K., Botermann, L., Schorr, S. G., Griese-Mammen, N., Laufs, U., & Schulz, M. (2015). Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure : A systematic literature review. *International Journal of Cardiology*, 184, 728-735. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.042

Léon, C., Chan Chee, C., du Roscoät, E., le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018 ;(32-33) :637-44. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Liljeroos, M., Ågren, S., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2014). Perceived caring needs in patient–partner dyads affected by heart failure : A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2928-2938. https://doi.org/10.1111/jocn.12588

Moreland, P., & Santacroce, S. J. (2018). Illness Uncertainty and Posttraumatic Stress in Young Adults With Congenital Heart Disease : *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(4), 356-362. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000471

Murphy, B. M., Zaman, S., Tucker, K., Alvarenga, M., Morrison-Jack, J., Higgins, R., Grande, M. L., Nasis, A., & Jackson, A. C. (2021). Enhancing the appeal of cardiac rehabilitation for women : Development and pilot testing of a women-only yoga cardiac rehabilitation programme. *EUROPEAN JOURNAL OF CARDIOVASCULAR NURSING*, 20(7). https://findanexpert.unimelb.edu.au/scholarlywork/1508172-enhancing-the-appeal-of-cardiac-rehabilitation-for-women--development-and-pilot-testing-of-a-women-only-yoga-cardiac-rehabilitation-programme

Pelletier, R., Khan, N. A., Cox, J., Daskalopoulou, S. S., Eisenberg, M. J., Bacon, S. L., Lavoie, K. L., Daskupta, K., Rabi, D., Humphries, K. H., Norris, C. M., Thanassoulis, G., Behlouli, H., Pilote, L., & GENESIS-PRAXY Investigators. (2016). Sex *versus* gender-related characteristics : Which predicts outcome after acute coronary syndrome in the young ? *Journal of the American College of Cardiology*, 67(2), 127-135. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.067

Rauch, B., Salzwedel, A., Bjarnason-Wehrens, B., Albus, C., Meng, K., Schmid, J.-P., Benzer, W., Hackbusch, M., Jensen, K., Schwaab, B., Altenberger, J., Benjamin, N., Bestehorn, K., Bongarth, C., Dörr, G., Eichler, S., Einwang, H.-P., Falk, J., Glatz, J., … on behalf of the Cardiac Rehabilitation Guideline Group. (2021). Cardiac Rehabilitation in German Speaking Countries of Europe—Evidence-Based Guidelines from Germany, Austria and Switzerland LLKardReha-DACH—Part 1. *Journal of Clinical Medicine*, 10(10), 2192. https://doi.org/10.3390/jcm10102192

Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version franc aise du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée*. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Reid, J., Ski, C. F., & 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

Shah, R. V., Murthy, V. L., Colangelo, L. A., Reis, J., Venkatesh, B. A., Sharma, R., Abbasi, S. A., Goff, D. C., Carr, J. J., Rana, J. S., Terry, J. G., Bouchard, C., Sarzynski, M. A., Eisman, A., Neilan, T., Das, S., Jerosch-Herold, M., Lewis, C. E., Carnethon, M., … Lima, J. A. C. (2016). Association of Fitness in Young Adulthood With Survival and Cardiovascular Risk : The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *JAMA Internal Medicine*, 176(1), 87-95. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.6309

Thomson, P., Niven, C. A., Peck, D. F., & Eaves, J. (2013). Patients' and partners' health-related quality of life before and 4 months after coronary artery bypass grafting surgery. *BMC Nursing*, 12(1). https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-16

Tulloch, H., Bouchard, K., Clyde, M. J., Madrazo, L., Demidenko, N., Johnson, S., & Greenman, P. (2020). Learning a new way of living together : A qualitative study exploring the relationship changes and intervention needs of patients with cardiovascular disease and their partners. *BMJ Open*, 10(5), e032948. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032948

Unverzagt, S., Meyer, G., Mittmann, S., Samos, F.-A., Unverzagt, M., & Prondzinsky, R. (2016). Improving Treatment Adherence in Heart Failure. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(25), 423-430. https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0423

Vaccarino, V., Badimon, L., Bremner, J. D., Cenko, E., Cubedo, J., Dorobantu, M., Duncker, D. J., Koller, A., Manfrini, O., Milicic, D., Padro, T., Pries, A. R., Quyyumi, A. A., Tousoulis, D., Trifunovic, D., Vasiljevic, Z., de Wit, C., Bugiardini, R., ESC Scientific Document Group Reviewers, … Carneiro, A. V. (2019). Depression and coronary heart disease : 2018 ESC position paper of the working group of coronary pathophysiology and microcirculation developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. *European Heart Journal*. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy913

Vilchinsky, N. (2017). Unrecognized, Undiagnosed, and Untreated : Cardiac-Disease-Induced PTSD among Patients' Partners. *Frontiers in Psychology*, 8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01265

Vilchinsky, N., Ginzburg, K., Fait, K., & Foa, E. B. (July 1, 2017a). Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD) : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55 (Supplement C), 92-106. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.009

Wu, L.-S., Lin, Y.-S., Lin, C.-P., Chu, P.-H., Tang, C.-H., Hung, S.-T., Hwa, H.-L., & Luo, S.-F. (2014). Major Adverse Cardiovascular Events and Mortality in Systemic Lupus Erythematosus Patients After

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Successful Delivery : A Population-based Study. *The American Journal of the Medical Sciences*, 347(1), 42-49. https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e318278707f

Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : Case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937-952. psyh. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789