

Université du Québec en Outaouais

Quelle est la relation entre l'attachement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez les patients souffrant de maladies cardiaques?

Par

Vanessa Tassé

Essai

Présenté

Comme exigence partielle

Du doctorat en psychologie clinique (D.Psy)

22 mai 2019

Composition du jury

Quelle est la relation entre l'attachement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez les patients souffrant de maladies cardiaques?

Par
Vanessa Tassé

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Paul Samuel Greenman, Ph. D., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Isabelle Green Demers, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Annie Bérubé, Ph. D., examinatrice interne et présidente du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Tavis Campbell, Ph.D., examinateur externe, Département de psychologie, Université de de Calgary.

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de thèse, Paul Greenman, professeur au Département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais qui m'a accompagné durant ce long parcours et qui a toujours cru en moi. Il a fait de mon parcours un moment mémorable de ma vie en plus d'avoir été un professeur dédié et impliqué.

Je remercie également à Heather Tulloch, psychologue et chercheure à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, avec qui j'ai eu l'occasion de recruter 201 participants en plus de recevoir une formation inestimable sur le plan de la recherche. Merci aux professeurs au Département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais et aux superviseurs à l'extérieur de l'Université qui ont contribué à ma formation. Un merci spécial à Dr Jean Grenier et Dre Joannise, mon cheminement aurait été bien différent sans eux. Je remercie également Isabelle Green-Dermers, Annie Bérubé et Tavis Campbell d'avoir accepté de faire partie de mon comité d'évaluation de thèse.

Merci à mes parents, Lise Tassé et Gilles Tassé pour leur précieux soutien, pour leur confiance et leur compréhension. Merci également à Annie Gagné, Catherine Dumouchel et Marie-Pierre Vandette qui m'ont accompagné de près dans ce processus de thèse. Enfin, merci à mes précieuses amies (Tania Jolicoeur, Maude Laplante, Stéphanie St-Louis et Valérie Malo), membres de ma famille et collègues qui m'ont soutenue et qui ont cru en moi tout au long de ce processus. Un doctorat ne se fait pas seul, mais accompagné de plusieurs personnes. Je me sens choyée d'avoir pu côtoyer ces personnes fantastiques durant ce chapitre de ma vie. Finalement, je désire remercier toutes les personnes qui ont pris de leur temps pour participer à ma recherche.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DE TABLEAUX ET FIGURES.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
CHAPITRE 1	
CONTEXTE THÉORIQUE	
1.1 Maladies cardiaques.....	3
1.1.1 Définition et statistiques.....	3
1.1.2 Facteurs de risque.....	4
1.2 Dépression et maladies cardiaques.....	5
1.3 Anxiété et maladies cardiaques.....	6
1.4 Qualité de vie et maladies cardiaques.....	7
1.4.1 Dépression, qualité de vie et maladies cardiaques.....	10
1.4.2 Dépression, anxiété, qualité de vie et maladies cardiaques.....	11
1.5 L'attachement.....	14
1.5.1 Styles d'attachement.....	16
1.5.1.1 L'attachement sécurisant.....	16
1.5.1.2 L'attachement évitant.....	17
1.5.1.3 L'attachement anxieux.....	17
1.5.2 L'attachement et maladies cardiaques.....	18
1.5.3 L'attachement et la dépression.....	19
1.5.4 L'attachement insécurisant, la dépression et l'anxiété.....	20
1.5.5 L'attachement et la qualité de vie.....	21
1.6. Synthèse.....	23
1.7. La présente étude.....	24
1.8. Hypothèses.....	24
CHAPITRE 2	
MÉTHODE	
2.1. Devis de recherche.....	27
2.2. Échantillon.....	27
2.3. Instruments de mesure.....	27
2.3.1. L'attachement.....	28
2.3.2. Anxiété et dépression.....	29
2.3.3. Qualité de vie.....	31
2.4. Recrutement et procédure.....	33
CHAPITRE 3	
RÉSULTATS	
3.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	34
3.2. Analyses préliminaires.....	34
3.3. Corrélations.....	35
3.4. Régressions linéaires.....	36
3.4.1. Hypothèse 1.....	37
3.4.2. Hypothèse 2.....	38

3.4.3. Hypothèse 3.....	39
CHAPITRE 4	
DISCUSSION	
4.1. Rappel des objectifs.....	44
4.2. Lien entre l'attachement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez les patients cardiaques.....	44
4.2.1. Hypothèse 1.....	44
4.2.2. Hypothèse 2.....	46
4.2.3. Hypothèse 3.....	46
4.3. Retombées conceptuelles.....	48
4.3.1. L'attachement, l'anxiété et la dépression chez les patients cardiaques.....	48
4.3.2. L'attachement, la qualité de vie et le fonctionnement social.....	51
4.4. Retombées cliniques.....	52
4.5. Forces et limites.....	54
4.5.1. Forces.....	55
4.5.2. Limites.....	55
4.6. Pistes de recherches futures.....	56
4.7. Conclusion.....	57
RÉFÉRENCES.....	59
ANNEXES.....	84

TABLEAU ET FIGURES

Tableau

Tableau 1. <i>Corrélations entre les variables étudiées</i>	36
---	----

Figures

Figure 1. <i>Associations prévues entre l'attachement insécurisant, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie des patients souffrant de maladies cardiaques</i>	26
Figure 2. <i>Modèle des associations entre l'attachement insécurisant anxieux, l'anxiété, la dépression et la composante psychologique de la qualité de vie</i>	40
Figure 3. <i>Modèle des associations entre l'attachement insécurisant évitant, l'anxiété, la dépression et la composante psychologique de la qualité de vie</i>	41
Figure 4. <i>Modèle des associations entre l'attachement insécurisant anxieux, l'anxiété, la dépression et la composante physique de la qualité de vie</i>	42

RÉSUMÉ

Les gens souffrant de maladies cardiaques sont à risque de vivre des symptômes de dépression et d'anxiété, ce qui peut miner leur pronostic et leur qualité de vie. Les résultats de recherches antérieures démontrent que plus les patients cardiaques ont des symptômes d'anxiété (Palacios, Khondoker, Achilla, Tylee, & Hotopf, 2016) et de dépression (O'Neil et al., 2013), plus leur qualité de vie est pauvre; et que plus leur qualité de vie est pauvre, plus leurs symptômes d'anxiété et de dépression ont tendance à s'intensifier. Il est difficile d'établir ou de cerner un élément qui permettrait d'arrêter ce cercle vicieux. Cependant, la qualité de l'attachement au sein des relations interpersonnelles a été démontrée comme étant un élément important pouvant accentuer ou diminuer l'intensité des symptômes d'anxiété (Celano et al., 2012) et de dépression (Berking, Wietz, Svaldi, & Hofmann, 2014), et comme étant lié à la qualité de vie (Agostini et al., 2014 ; Fagundez, Jaremka, Malarkey, & Kiecolt-Glaser, 2014).

Objectif : Cette recherche a visé à expliquer le lien entre l'attachement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez les patients souffrant de maladies cardiaques. **Méthode :** Deux-cent-un patients ont rempli le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), le *Experiences in Close Relationships* (ECR) et le *Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form 36 Health Survey* (SF-36) à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. **Analyses :** Des analyses de médiation ont été effectuées. **Résultats :** Les résultats ont révélé que les symptômes de dépression et d'anxiété jouaient un rôle médiateur entre l'attachement insécurisant (anxieux et évitant) et la qualité de vie psychologique. Les symptômes de dépression étaient également un médiateur de la relation entre l'attachement anxieux et la qualité de vie physique.

Conclusion : La qualité de l'attachement interpersonnelle semble être un élément important dans l'évolution des symptômes de dépression et d'anxiété et de la qualité de vie des patients souffrant de maladies cardiaques. La signification de ces résultats est discutée.

Mots clés : maladies cardiaques, attachement, couple, dépression, anxiété, qualité de vie, santé

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

Les maladies cardiaques sont parmi les plus répandues au monde. Plus de personnes meurent en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause (Rogers et al., 2012). On estime à 17,7 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 31% de la mortalité mondiale totale (Organisation mondiale de la Santé, 2019). Aux États-Unis, les maladies cardiaques représentent la première cause de décès (Heart and Stroke, 2019) et au Canada, la deuxième cause de décès après le cancer (Statistique Canada, 2012).

Suite à une maladie chronique telle que la maladie cardiaque, l'individu est souvent confronté à de nouvelles limites physiques (Ervasti et al., 2017 ; Painter & Roshanravan, 2013; Rothrock et al., 2010) et la maladie peut aussi altérer leur perception de leur santé, ce qui peut avoir des impacts sur leur fonctionnement physique et psychosocial (Ryan, Wan, & Smith, 2014). La présence d'une maladie cardiaque a été associée, entre autres, à une haute prévalence de symptômes de dépression et d'anxiété (Broomfield, Quinn, Abdul-rahim, Walters, & Evans, 2014). Ces symptômes peuvent à leur tour miner les efforts des personnes atteintes de maladies cardiaques à améliorer leur santé (Cruz, De Almeida Fleck, & Polanczyk, 2010 ; Gottlieb et al., 2009 ; Tully, Baker, Turnbull, Winefield, & Knight, 2009). Il a aussi été démontré que les patients cardiaques qui ont des symptômes de dépression sont plus à même d'avoir des limites physiques et une pauvre qualité de vie, même après avoir contrôlé pour les mesures

objectives mesurant les impacts de la maladie cardiaque (Cruz et al., 2010 ; Gottlieb et al., 2009 ; Tully et al. 2009). Ainsi, la maladie cardiaque peut entraîner des conséquences importantes qui peuvent avoir des répercussions autant sur le plan physique que psychologique et qui peuvent miner la qualité de vie (Ramos, Prata, Gonçalves, & Coelho, 2013 ; Ramos, Prata, Rocha-Gonçalves, Bettencourt, & Coelho, 2017 ; Shad et al., 2017).

L'influence de ces variables les unes sur les autres n'est pas unidirectionnelle. Ainsi, une faible qualité de vie semble avoir un impact sur les symptômes de dépression (Lee, Lennie, Wu, Biddle, & Moser, 2014 ; Sowden et al., 2013) et sur les maladies cardiaques (Lupón et al., 2013). De plus, la sévérité des symptômes d'anxiété et de dépression a été liée à une faible qualité de vie (Benyamini, Roziner, Goldbourt, Drory, & Gerber, 2013 ; Palacios, Khondoker, Achilla, Tylee, & Hotopf, 2016) et aux maladies cardiaques (Alhurani et al., 2015 ; Holt et al., 2013). Dans son ensemble, cette spirale négative a été liée à la sévérité de la maladie cardiaque. Ces liens multidirectionnels entre les maladies cardiaques, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie rendent donc difficile la possibilité d'établir la direction du lien de cause à effet. La qualité des relations semble jouer un rôle important dans cette cascade de facteurs de risque. La théorie de l'attachement offre un cadre théorique pour mieux comprendre la qualité des relations chez les individus, et pourrait permettre de clarifier le lien entre l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez les patients cardiaques. Dans cet essai, le lien entre ces différents concepts sera explicité et soumis à l'épreuve.

Dans un premier temps, les différents types de maladies cardiaques ainsi que les facteurs de risque physiques et psychologiques dont l'anxiété, la dépression et la qualité de vie seront identifiés. Dans un deuxième temps, le lien entre l'anxiété, la dépression et les maladies

cardiaques sera défini. Dans un troisième temps, le lien entre la qualité de vie et les maladies cardiaques sera spécifié. Dans un quatrième temps, la théorie de l'attachement sera définie et mise en relation avec les différents concepts de cette étude (maladies cardiaques, anxiété, dépression et qualité de vie). Finalement l'état des connaissances actuelles sera relevé et l'attachement sera mis de l'avant pour mieux comprendre le lien entre ces différentes variables.

Maladies cardiaques

Définition et statistiques

Les maladies cardiaques réfèrent à une anomalie des artères qui amènent le sang et l'oxygène au cœur. Ces maladies sont généralement causées par l'athérosclérose, l'accumulation de dépôts de graisses qui durcit et rétrécit les artères (Fisher & Scheidt, 2012). Les blocages dans les artères coronariennes peuvent mener à un infarctus du myocarde (IM), c'est-à-dire un ralentissement ou interruption de la circulation du sang vers le cœur, ce qui occasionne des dommages au muscle. L'athérosclérose peut également mener vers l'angine de poitrine, qui est principalement un signe de manque d'oxygène au cœur. L'angine est le terme médical pour désigner la douleur thoracique, un serrement, une impression d'étouffement ou une sensation de brûlure. L'angine peut aussi être le précurseur de l'IM. De plus, l'athérosclérose peut mener vers un accident vasculaire cérébral (AVC), qui survient lorsque le flux sanguin vers une partie du cerveau est interrompu et a pour conséquences l'endommagement des cellules cérébrales (Fisher & Scheidt, 2012). Dans le cadre de notre étude, les patients recrutés avaient de l'angine de poitrine ou avaient survécu à un arrêt cardio-vasculaire ou un IM.

Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque peuvent mener aux maladies cardiaques. Entre autres, des prédispositions génétiques et biologiques (l'âge, le sexe, l'histoire familiale) augmentent la susceptibilité de vivre des maladies cardiaques (Fondation des maladies du coeur, 2019). Au plan comportemental, le manque d'exercice, le tabagisme, la consommation d'alcool ou l'obésité ont été identifiés comme étant des facteurs de risque importants dans développement et la récurrence des maladies cardiaques (Stapelberg, Neumann, Shum, McConnell, & Hamilton-Craig, 2011). Au plan psychologique, l'anxiété (Frasure-Smith, & Lespérance, 2008; Lambiase, Kubzansky, & Thurston, 2014; Merswolken, Deter, Siebenhuener, Orth-Gomér, & Weber, 2013; Roest, Martens, de Jonge, & Denollet, 2010; Strik, Denollet, Lousberg, & Honig, 2003; Watkins et al., 2013) et la dépression (Celano & Huffman, 2011; Cully, Phillips, Kunik, Stanley, & Deswal, 2010; Rutledge, Reis, Linke, Greenberg, & Mills, 2006) et la qualité de vie (Lupón et al., 2013) ont également été reconnus par plusieurs comme d'importants facteurs de risque dans la récurrence des maladies cardiaques il importe donc d'y porter une attention particulière.

Même si d'autres facteurs de risques psychologiques comme le type de personnalité (Denollet, Schiffer & Spek, 2010), le stress au travail (Backé, Seidler, Latza, Rossnagel, & Schumann, 2012) et le manque de soutien (Valtora, Kanaan, Gilbody, Ronzi & Hanratty, 2016) sont reconnus comme ayant une influence dans le pronostic des patients souffrant de maladies cardiaques depuis longtemps (Hemingway & Marmot, 1999), l'anxiété, la dépression et la qualité de vie semblent apparaître suivant un évènement cardiaque nonobstant les facteurs présents dans

la vie des patients avant l'évènement. De plus, le lien bidirectionnel établi entre les maladies cardiaques, l'anxiété et la dépression (Hert, Detraux, & Vancampfort, 2018) souligne l'importance d'y porter attention. Finalement, la qualité de vie est souvent associée à l'intensité des symptômes de dépression et d'anxiété suivant un évènement cardiaque (Ekici, Ercan, Cehreli & Töre, 2014; Palacios et al., 2016), d'où l'importance d'examiner de plus près cette cascade de facteurs de risques pouvant empirer le pronostic des patients souffrant de maladies cardiaques.

Dépression et maladies cardiaques

En effet, la dépression a été associée au développement des maladies cardiaques (Barth, Schumacher, & Herrmann-Lingen, 2004; Gan et al., 2014), en plus d'augmenter le risque de mortalité chez les patients cardiaques (Bartoli et al., 2013; Carney et al., 2004; Freedland, Carney, & Rich, 2011; Gathright, Goldstein, Josephson, & Hughes, 2017). La dépression a également été liée à la dérégulation du système nerveux sympathique et de l'axe hypothalamique pituitaire surrénal (HPS). La dérégulation de ces mécanismes a des effets délétères sur la santé telle que l'hypertension, l'hypertrophie du ventricule gauche, la vasoconstriction des artères coronariennes, la dysfonction endothéliale, l'activation des plaquettes sanguines et la libération de cytokines pro-inflammatoires. Cette cascade de mécanismes biologiques augmente les chances qu'un individu vive un infarctus du myocarde (Dhar & Barton, 2016).

De plus, la dépression contribue à une santé amoindrie (Sullivan, Levy, Russo, & Spertus, 2004), à une piètre qualité de vie (Gravelly-Witte, De Gucht, Heiser, Grace, & Van Elderen, 2007; O'Neil et al., 2013; Stafford, Berk, Reddy, & Jackson, 2007) et à un style de vie appauvri comportant moins d'activités et de comportements sains pour la santé (Kronish et al., 2006). De

plus, la dépression prédit un taux plus faible d'adhérence à la médication (Gehi, Haas, Pipkin, & Whooley, 2005; Nieuwenhuis, Jaarsma, Van Veldhuisen, Postmus, & Can der Wal, 2012) et une moins grande adhérence aux recommandations du médecin (Joynt, Whellan, & O'Connor, 2003). Un taux de 44% de non-adhérence pour les patients déprimés contrairement à 29% chez les patients non déprimés a été détecté (Swardfager et al., 2011). Il a aussi été démontré que la dépression peut intensifier les comportements à risque (p. ex: l'inactivité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool; Joynt et al., 2003) et que la comorbidité dépression et maladies cardiaques aggrave le pronostic de la maladie cardiaque (Lange-Asschenfeldt & Lederbogen, 2011). La prévalence de la dépression majeure au cours de la vie s'élève à 17% dans la population générale alors que la présence de dépression chez les patients souffrant de maladies cardiaques s'élève à 40% (Celano & Huffman, 2011). La présence de symptômes de dépression sans diagnostic peut s'élever jusqu'à 74 % chez les patients cardiaques (Carney et al., 2004; Musselman, Evans, & Nemeroff, 1998) et la dépression va souvent main dans la main avec l'anxiété.

Anxiété et maladies cardiaques

Une association entre l'anxiété et le développement des maladies cardiaques (Roy-Byrne et al., 2008), la récurrence des maladies cardiaques (Lambiase et al., 2014; Roest et al., 2010) et un plus haut risque de mortalité (Kornerup, Zwisler, & Prescott, 2011) a également été démontrée. L'anxiété est liée à l'inflammation (Brennan et al., 2009; O'Donovan et al., 2010; Pitsavos et al., 2006;) à l'hypertension (Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb, & D'Agostino, 1993) et à une augmentation de la sécrétion de cortisol (Merswolken et al., 2013; von Känel,

Mausbach, Kudielka, & Orth-Gomér, 2008), une hormone importante impliquée dans l'hypertension. Aussi, l'anxiété a été liée à l'hyperlipidémie, l'obésité et à la résistance à l'insuline (von Känel et al., 2008).

De plus, l'anxiété prédit une plus grande consommation d'alcool (Chwastiak, Rosenheck, Kazis, 2011), la non-adhérence au traitement (Dempe et al., 2013), le tabagisme et la malnutrition (Antonogeorgos et al., 2012), qui sont tous des facteurs de risque importants impliqués dans la récurrence des maladies cardiaques. L'anxiété est aussi liée aux stratégies d'adaptation inefficaces telles que l'isolement social (Denollet et al., 2006) et l'évitement (Benninghoven et al., 2006). Ainsi, l'anxiété et la dépression peuvent avoir des effets délétères sur le rétablissement tant sur le plan psychologique que physiologique et pourraient affecter la qualité de vie des patients souffrant de maladies cardiaques.

Qualité de vie et maladies cardiaques

Bien que la qualité de vie soit un phénomène subjectif qui comprend plusieurs facettes, deux composantes semblent faire l'unanimité chez la majorité des théoriciens qui ont étudié la qualité de vie dans le domaine de la santé: la composante physique et la composante psychologique (Post, 2014; Sajid, Tonsi, & Baig, 2008; Shepherd & While, 2012; Spitzer, 1987). Il s'agit des deux composantes qui ont été retenues pour conceptualiser la qualité de vie dans le cadre de cet essai doctoral.

Lorsqu'on discute de la « composante physique » de la qualité de vie, il s'agit du sentiment subjectif du fonctionnement physique et de la douleur physique qu'une personne peut avoir, ainsi que de la perception qu'elle a de sa santé et de ses limitations (Ware & Sherborne, 1992). Lorsqu'on discute du « bien-être psychologique » ou de la « composante psychologique » de la qualité de vie, il s'agit de la perception de la personne de sa santé mentale, ce qui comprend son sentiment subjectif de vitalité, de nervosité, de bonheur, et du nombre et de la qualité de ses interactions sociales (Ware & Sherborne, 1992).

Les déficits dans la qualité de vie ont été liés à un plus faible pronostic chez les patients cardiaques. Par exemple, Lupón et ses collègues (2013) ont observé, entre autres, un lien entre la qualité de vie et le pronostic de 1151 patients cardiaques en Espagne sur une période de cinq ans. Le nombre de questionnaires remplis était de 1151 au départ, 746 à un an, 268 à trois ans et 240 à cinq ans. Quatre-cent-cinquante-sept personnes sont décédées durant l'étude. Leurs résultats ont démontré que le score de qualité de vie au départ était significativement lié aux taux de survie lors des suivis, c'est-à-dire qu'une faible qualité de vie était associée à un plus haut taux de mortalité. Lupón et ses collègues (2013) soulignent que la qualité de vie au temps de départ et durant les suivis serait un important facteur de risque à considérer chez les patients cardiaques.

Dans le même sens, Ramos et ses collègues (2017) ont observé que la qualité de vie était un facteur indépendant de prédiction du taux de mortalité chez les patients cardiaques. Pour ce faire, ils ont effectué une étude prospective d'une durée de 6 ans auprès de 140 patients qui ont été recrutés dans un service de cardiologie. Lors du suivi, 48% des patients étaient décédés. Leurs résultats ont démontré qu'une plus faible qualité de vie était associée à toutes les causes de mortalité et d'hospitalisation de leurs participants au cours de la période de 6 ans.

De plus, plusieurs auteurs soulignent l'importance d'identifier les facteurs pouvant contribuer à une pauvre qualité de vie chez les patients cardiaques. Entre autres, Kang, Gholizadeh, Inglis et Han (2017) ont effectué une revue de littérature de 48 études à ce sujet. Ils ont trouvé que les facteurs comportementaux comme le tabagisme et l'activité physique, de même que les facteurs psychosociaux comme l'anxiété et la dépression, étaient liés à la qualité de vie. Ils suggèrent que de cibler ces facteurs de risque pourrait aider les patients cardiaques dans leur réadaptation. Wang et ses collègues (2016) ont également indiqué que les comportements de santé (c'est-à-dire, le tabagisme et la consommation d'alcool), l'anxiété et la dépression, seraient des facteurs importants à prendre en considération. Dans le même ordre d'idées, Christian, Cheeman, Smith, et Mosca (2007) ont démontré, chez 160 patients cardiaques, que les personnes qui avaient un emploi, qui étaient mariées, qui étaient physiquement actives, qui s'engageaient dans le programme de réadaptation et qui n'étaient pas déprimées, rapportaient une meilleure qualité de vie lors d'un suivi de 6 mois. Ainsi, la dépression, l'anxiété, les comportements de santé et le manque de relations amoureuses seraient susceptibles de jouer un rôle au plan de la qualité de vie et pourraient empirer le pronostic des patients souffrant de maladies cardiaques. L'anxiété (Antonogeorgos et al., 2012; Chwastiak, et al., 2011; Dempe et al., 2013) et la dépression (Kronish et al., 2006) seraient liées à des comportements de santé plus malsains, comme mentionné précédemment, ce qui pourrait miner la qualité de vie. La qualité des relations amoureuses pourrait également avoir un effet sur l'anxiété et la dépression (Sandberg, Novak et Bates (2016). Ainsi, la qualité des relations amoureuses pourrait jouer un rôle important dans cette cascade de facteurs de risque minant le pronostic des patients cardiaques.

Dépression, qualité de vie et maladies cardiaques

En effet, la dépression a été liée aux comportements de santé (Kronish et al., 2006) et à la qualité de vie chez les patients cardiaques (Cruz et al., 2010; Gravely-Witte et al., 2007; Hosseini, Ghaemian, Mehdizadeh, & Ashraf, 2014; Lee et al., 2014; O’Neil et al., 2013; Stafford et al., 2007).

O’Neil et ses collègues (2013) ont établi que la comorbidité maladies cardiaques et dépression affectait davantage la qualité de vie chez les patients cardiaques que les patients qui n’avaient qu’une seule des deux conditions. De plus, la sévérité de la dépression a été démontrée comme diminuant parallèlement à la qualité de vie (Stafford et al., 2007) et comme médiant la relation entre la qualité de vie et l’évènement cardiaque (Lee et al., 2014). Cruz et ses collègues (2010) ont observé l’impact de la dépression sur la qualité de vie liée à la santé chez 103 patients cardiaques. Ils ont démontré que les patients qui avaient des symptômes de dépression avaient une plus faible qualité de vie tant pour l’aspect physique que psychologique.

Dans le même sens, Lee et ses collègues (2014) ont observé que la dépression médiait le lien entre la qualité de vie et la récurrence des maladies cardiaques. Leurs résultats ont démontré un effet médiateur de la dépression entre la qualité de vie et la récurrence des maladies cardiaques. Ainsi, plus la qualité de vie serait faible, plus les symptômes de dépression seraient élevés et plus un individu serait à risque de revivre un évènement cardiaque.

Dépression, anxiété, qualité de vie et maladies cardiaques

Même si l'anxiété a été associée comme étant liée aux maladies cardiaques indépendamment de la dépression (Rafael, Simon, Drótos, & Balog, 2014), c'est souvent en comorbidité avec la dépression qu'elle a été étudiée (Benyamini et al., 2013; Hosseini et al., 2014; Palacios et al., 2016; Tully et al., 2009). En étudiant l'anxiété et la dépression ensemble, certains chercheurs ont trouvé une association significative entre l'anxiété et la qualité de vie alors que 2 autres études n'ont trouvé aucune association. Par exemple, Palacios et ses collègues (2016) ont observé que la dépression et l'anxiété chez 803 patients souffrant de maladies cardiaques prédisaient la qualité de vie sur une période de trois ans. Ils ont utilisé le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) pour mesurer les symptômes d'anxiété et de dépression et le *Short Form-12* (SF-12) pour mesurer la qualité de vie. Au temps de départ, 27% des participants ont obtenu un score positif à l'échelle de dépression et d'anxiété. La probabilité d'obtenir un score positif durant le suivi était de 71,5% pour les patients qui avaient obtenu un score positif au temps de départ, et la probabilité pour les gens qui avaient obtenu un score négatif au temps de départ d'obtenir un score négatif à nouveau était de 97.6%. De plus, leurs résultats ont démontré que la qualité de vie, tant sur le plan physique que psychologique, était significativement plus faible chez les patients qui avaient des symptômes positifs à l'échelle du HADS au temps de départ que pour ceux qui avaient obtenu un résultat négatif. Ils ont aussi établi que les symptômes d'anxiété et de dépression évalués lors de la prise de mesures initiales prédisaient les symptômes d'anxiété et de dépression sur trois ans.

Dans le même ordre d'idées, Benyamini et ses collègues (2013) ont voulu examiner le lien entre l'anxiété, la dépression et la qualité de vie suivant un infarctus du myocarde. Pour ce faire, ils ont effectué une étude longitudinale de 10 ans auprès de 440 patients âgés de moins de 65 ans qui ont rempli des questionnaires (le *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, le *Beck Depression Inventory (BDI)* et le *SF-36 Health Survey Questionnaire*). Ils ont également mesuré dans cette étude les liens entre l'anxiété, la dépression, les comportements de santé et le soutien social après un évènement cardiaque. Leurs résultats ont révélé un effet direct des symptômes d'anxiété et de dépression mesurés peu de temps après l'évènement cardiaque sur la qualité de vie tant sur le plan physique que psychologique 10 ans après l'évènement. Cependant, ils ont trouvé un effet médiateur des comportements de santé (tabagisme, exercice, alimentation et adhérence à la médication) cinq ans après la prise de mesures initiale entre les réactions émotionnelles (anxiété et dépression) au temps de départ et la qualité de vie psychologique, mais non physique, 10 ans après l'évènement cardiaque. Plus spécifiquement, leurs résultats ont démontré que l'anxiété au temps de départ était positivement liée aux comportements de santé (tabagisme, exercice, alimentation et adhérence à la médication) cinq ans après l'évènement cardiaque, contrairement à la dépression qui y était négativement associée. Ils soulignent également que les ressources sociales disponibles seraient un facteur important dans l'accomplissement des comportements de santé.

Hosseini et ses collègues (2014) ont observé l'influence adverse de la dépression et de l'anxiété sur la qualité de vie 10 ans après l'évènement cardiaque chez 196 personnes. Le BDI pour la dépression et le STAI pour l'anxiété ont été remplis par 196 patients admis à l'hôpital suite à un infarctus du myocarde et le SF-12 a été utilisé pour mesurer la qualité de vie liée à la santé durant les 5 ans qui ont suivi l'infarctus. Des analyses de régression ont démontré une

association entre la dépression au temps de départ et la qualité de vie physique et psychologique : plus la sévérité de la dépression était élevée, plus la qualité de vie était appauvrie. Cependant, l'anxiété présente au temps de départ n'a pas prédit la qualité de vie 5 ans après l'évènement.

Tully et ses collègues (2009) ont examiné l'impact du stress en général, de la dépression et de l'anxiété sur la qualité de vie liée à la santé (le *Health Related Quality of Life* (HRQOL)) après un pontage coronarien. Deux-cent-vingt-six patients ont rempli le *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) et le SF-36 lors de la prise de mesures initiales, et 193 patients ont rempli les mesures 6 mois après la chirurgie. Leurs résultats ont révélé que des symptômes de dépression élevés avant et après la chirurgie étaient associés à une plus faible qualité de vie, principalement pour la vitalité, le fonctionnement social (composante psychologique) et le fonctionnement physique et la santé en générale (composante physique). De plus, une association entre les symptômes de dépression au départ et le rôle émotionnel (composante psychologique) et le rôle physique (composante physique) a été trouvée, tandis qu'aucun lien n'a été trouvé entre l'anxiété et les différents sous-domaines de la qualité de vie.

Finalement, Ekici et ses collègues (2014) ont investigué la relation entre la sévérité de la maladie cardiaque, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie liée à la santé chez 225 patients cardiaques. Les 225 patients ont été séparé en trois groupes (groupe contrôle, groupe cardiaque de sévérité minimale et groupe cardiaque sévère) basé sur leur score au Gensini qui évalue la sévérité de la maladie cardiaque. Le *Nottingham Health Profile* (NHP) a été utilisé pour mesurer la qualité de vie (HRQoL, Health related quality of life). L'anxiété et la dépression ont été

mesuré via le HADS. Leurs résultats ont démontré que l'anxiété, la dépression et la qualité de vie étaient liées à la sévérité de la maladie cardiaque.

Somme toute, la plupart des études indiquent que la dépression et l'anxiété affectent la qualité de vie, et que la dépression, l'anxiété et la qualité de vie affectent les maladies cardiaques. Il est toutefois moins clair pourquoi les taux de dépression et d'anxiété sont aussi élevés chez les patients cardiaques et ce qui peut expliquer leur impact sur la qualité de vie. Des indices se trouvent dans la littérature sur les relations interpersonnelles, et plus précisément sur l'attachement.

L'attachement

Même si le lien entre les relations interpersonnelles et la santé est bien établi depuis plusieurs décennies (House, Landis, & Umberson, 1988), les processus interpersonnels à travers lequel les relations influencent la santé sont peu connus. Depuis quelques années, plusieurs invoquent l'utilité potentielle de la théorie de l'attachement pour combler cette lacune (Pietromonaco & Beck, 2019; Pietromonaco, Uchino, & Schetter, 2013; Slatcher & Selcuk, 2017).

La théorie de l'attachement (e.g., Bowlby, 1969, 1973; Mikulincer & Shaver, 2016) focalise sur la fonction des relations proches, comme celles avec un parent ou un partenaire amoureux. Même si la théorie concernait originalement le lien entre l'enfant et son pourvoyeur de soins principal, appelé sa « figure d'attachement », elle a été élaborée et appliquée à d'autres

types de relations à travers la vie, comme l'amitié et les relations amoureuses (Mikulincer & Shaver, 2016; Zeifman & Hazan, 2016). Les parents, les amis et les partenaires amoureux peuvent ainsi tous devenir des figures d'attachement.

Selon la théorie de l'attachement, développée par Bowlby (1969) et élaborée par Ainsworth et collègues (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), l'être humain a une tendance innée à vouloir former et maintenir des relations émotionnellement proches avec des figures importantes. D'après les postulats de la théorie de l'attachement, la présence de relations significatives dans lesquelles les gens se sentent aimés et appuyés promeut la santé et le bien-être, autant le manque de tels liens peut être néfaste pour la santé mentale et physique (Bowlby, 1973).

La recherche sur l'effet des relations sur la santé appuie empiriquement affirmations de Bowlby et ses contemporains. Les relations émotionnellement soutenantes semblent protéger contre les problèmes de la santé comme les maladies cardiaques (Tulloch & Greenman, 2018). De plus, un faible soutien a été associé à un plus haut taux de mortalité chez les patients cardiaques (Valtora et al., 2016).

Styles d'attachement

Selon la théorie de l'attachement, les individus développent des façons habituelles d'aborder leurs relations interpersonnelles, nommées leurs « styles d'attachement ». À l'âge adulte, les différences dans le style d'attachement sont typiquement évaluées selon trois dimensions : l'attachement sécurisant, l'attachement anxieux et l'attachement évitant (Mikulincer

& Shaver, 2016). Dans l'ensemble, un haut degré d'attachement évitant ou anxieux est défini comme un style d'attachement insécurisant (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2016).

L'attachement sécurisant. L'attachement sécurisant à l'âge adulte se manifeste par l'habileté à être proche des autres et à dépendre d'eux, sans inquiétude excessive d'être abandonné ou d'être trop proches des autres. Cette sécurité mènerait à un niveau élevé d'autonomie. Dans une relation amoureuse, ceci veut dire que les gens qui ont un attachement sécurisant vont avoir tendance à avoir une vision positive d'eux-mêmes et de leur partenaire amoureux (Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew, 1990), ce qui les aide à avoir une vision positive de leur relation (Hazan & Shaver, 1994). Puisque les personnes qui ont un attachement sécurisant sont généralement confiantes que leur partenaire amoureux sera disponible, attentif et en mesure de répondre à leur demande lorsqu'ils ont besoin de soutien, ils se tournent d'habitude directement vers leur partenaire pour de l'aide lors d'un événement stressant. Toutes ces caractéristiques permettent aux personnes ayant un attachement sécurisant de se sentir plus heureuses, d'avoir un meilleur fonctionnement psychologique et une relation amoureuse plus stable (Feeney, 2008).

L'attachement évitant. L'attachement évitant est caractérisé par l'inconfort d'être proche des autres et la difficulté à leur faire confiance. Les personnes ayant un attachement évitant ont souvent une vision négative de leur partenaire amoureux et une vision positive, mais parfois fragile, d'eux-mêmes (Bartholomew, 1990). Dans une relation amoureuse, ceci veut dire que l'individu aura, en général, moins tendance à percevoir que son partenaire peut l'aider, lui montrer de l'empathie et le soutenir en temps de besoin (Collins, Ford, Guichard, & Allard,

2006). Pour cette raison, ils ont tendance à lutter pour créer et maintenir leur indépendance, leur contrôle et leur autonomie dans leur relation (Mikulincer, 1998). La proximité émotionnelle ou psychologique à leur partenaire apparaît impossible ou indésirable. Ces croyances motivent les individus ayant un attachement évitant à employer des stratégies de désactivation du système d'attachement (suppression des émotions, évitement de l'intimité) (Mikulincer & Shaver, 2003), afin de promouvoir l'indépendance et l'autonomie.

L'attachement anxieux. Les personnes qui ont un style d'attachement anxieux se distinguent des personnes ayant un style d'attachement évitant ou sécurisant par le fait de vivre la peur constante d'être abandonnée ou seul, et par la croyance que les autres ne se soucient pas de son bien-être (Hazan & Shaver, 1987). Dans une relation amoureuse, ceci veut dire que ces individus auraient tendance à se surinvestir dans leurs relations afin de se sentir proche émotionnellement de leur partenaire et plus en sécurité. Les individus anxieux endossent une vision négative d'eux-mêmes et une vision prudente, mais positive de leur partenaire amoureux (Hazan & Shaver, 1987). Cette perception conflictuelle que détiennent les personnes ayant un attachement anxieux les amène à questionner leur valeur et à s'inquiéter de perdre leur partenaire amoureux; elles restent donc vigilantes à tous signes possibles indiquant que le partenaire s'éloigne d'eux (Cassidy & Berlin, 1994). Les personnes ayant un attachement anxieux ne savent généralement pas si elles peuvent compter sur leurs partenaires, ce qui amplifie leur détresse et les amène à se sentir moins sécurisées. Dû au manque de sécurité dans la relation (Mikulincer, 1998), elles sont portées à agir de façon étouffante avec leur partenaire amoureux, ce qui a souvent pour effet de repousser ces derniers (Shaver, Schachner, & Mikulincer, 2005). Ceci explique partiellement pourquoi les individus ayant un attachement anxieux sont typiquement

moins satisfaits et présentent davantage de déficits fonctionnels (s'ajustent plus pauvrement) dans leurs relations (Feeney, 2008). Ces différents styles peuvent ainsi avoir des répercussions sur les relations. Il a été démontré que les relations soutenantes sur le plan émotionnel (Sandberg et al., 2016) permettent un meilleur rétablissement suite à un évènement cardiaque. De plus, ces styles d'attachement pourraient avoir un effet sur le niveau de symptômes de dépression et d'anxiété vécu par les patients cardiaques et pourraient avoir un effet sur leur qualité de vie.

L'attachement et maladies cardiaques

L'attachement a été lié à la santé et aux maladies cardiaques. Par exemple, McWilliams et Bailey (2010) ont observé des associations entre les styles d'attachement et les maladies chroniques. Leurs résultats ont démontré que l'attachement insécurisant anxieux était positivement associé à plusieurs maladies, y compris les maladies cardio-vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, des infarctus du myocarde et l'hypertension). Oladi et Dargahi (2018) ont démontré que la propension à avoir un attachement insécurisant était plus élevée dans une population cardiaque que dans une population saine. De plus, Sandberg et ses collègues (2016) ont exploré la relation entre les comportements d'attachement chez les couples (c'est-à-dire, la capacité à demander du soutien émotionnel et du réconfort à l'autre et l'habileté à offrir du soutien et du réconfort) et les pratiques liées à la santé, comme l'activité physique et l'alimentation, chez 797 couples mariés. Leurs résultats ont suggéré que la présence de comportements d'attachement [la disponibilité brève, la réponse aux besoins d'attachement et l'engagement (mesurés via le 12-item brief accessibility, responsiveness and engagement scale (B.A.R.E; Sandberg, Busby, Johnson, & Yoshida, 2012)] chez les femmes était liée à une

meilleure alimentation et à un plus haut taux d'activité physique, ce qui contribue à un meilleur rétablissement chez les patients cardiaques. De plus, leurs résultats ont démontré que les comportements d'attachement médient l'association entre les symptômes de dépression et les problèmes de santé incluant l'anxiété, l'arthrite, le diabète, les problèmes de dos et l'embonpoint. Ainsi, l'attachement insécurisant contribuerait aux symptômes de dépression et donc à des problèmes de santé.

L'attachement et la dépression

La littérature sur l'attachement et la dépression démontre que les gens en bonne santé qui sont attachés de façon sécurisante à leur partenaire amoureux sont significativement moins déprimés que les gens qui y sont attachés de façon insécurisante (Lopez & Brennan, 2000). De plus, l'attachement insécurisant (styles anxieux et évitant) a été lié à la sévérité des symptômes de dépression (Conradi, Kamphuis, & de Jonge, 2018), à un plus haut risque de développer une dépression chez les personnes en bonne santé (Dagan, Facompré, & Bernard, 2018) et à la persistance des symptômes de dépression (Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002). Wolfgang et ses collègues (2018) ont trouvé que l'attachement insécurisant évitant était lié dans le temps aux symptômes de dépression, contrairement à l'attachement sécurisant et anxieux.

L'attachement insécurisant, la dépression et l'anxiété

Comme ailleurs dans la littérature sur la dépression, on constate ici que l'anxiété a tendance à accompagner la dépression des personnes ayant des styles d'attachement

insécurisants. À titre d'exemple, Kidd et ses collègues (2016) ont observé un lien entre l'attachement insécurisant (anxieux et évitant), la dépression et l'anxiété 6-8 semaines et 12 mois après une chirurgie chez 155 patients cardiaques. Ils ont établi avec les résultats de leur étude que l'attachement anxieux prédisait la dépression et l'anxiété aux deux temps de suivi, alors que l'attachement insécurisant évitant n'y était pas associé. Pour leur part, Kotler, Buzwell, Romeo et Bowland (1994) ont démontré un lien significatif entre l'attachement évitant et les symptômes d'anxiété et de dépression.

L'étude de Marganska, Gallagher et Miranda (2013), a révélé que l'attachement sécurisant était associé à un plus faible niveau de symptômes de dépression et d'anxiété généralisée que l'attachement insécurisant. Dans leur étude, l'inhabilité perçue à générer des stratégies efficaces de régulation des émotions, ce qui est typique des personnes ayant des styles d'attachement insécurisants, médiait la relation entre l'attachement insécurisant et la dépression, ainsi que les symptômes d'anxiété généralisée. Somme toute, la difficulté à réguler les émotions des gens détenant un attachement insécurisant pourrait les amener à vivre davantage de symptômes de dépression et d'anxiété que les gens détenant un attachement sécurisant, et tout cela peut avoir un impact négatif sur leur qualité de vie.

L'attachement et la qualité de vie

Bien que peu d'études aient été effectuées sur l'attachement et la qualité de vie spécifiquement chez une population cardiaque, des liens significatifs entre la qualité de vie et

l'attachement chez des patients souffrant d'autres maladies chroniques ont été découverts (Agostini et al., 2014; Fagundes, Jaremka, Malarkey, & Kiecolt-Glaser, 2014).

L'attachement anxieux et la qualité de vie. Par exemple, Fagundes et ses collègues (2014) ont démontré que les femmes souffrant du cancer du sein avec un style d'attachement anxieux rapportaient une plus faible qualité de vie que les patientes qui avaient un style d'attachement plus sécurisant. Sockalingam, Wnuk, Strimas, Hawa et Okrainec (2011) ont trouvé que l'attachement insécurisant anxieux était lié à la qualité de vie, tant sur plan psychologique que physiologique. McWilliams (2017) a démontré que l'attachement insécurisant anxieux était lié à l'intensité et la chronicité de la douleur, une composante importante du bien-être physique. Finalement, Stanton et Campbell (2014) ont démontré que, globalement, les individus ayant un attachement insécurisant anxieux rapportaient un état de santé plus pauvre tant sur le plan physique que psychologique, une altération dans leur fonctionnement quotidien et plus de douleurs physiques que les individus ayant un attachement sécurisant.

L'attachement évitant et la qualité de vie. Sockalingam et ses collègues (2011) ont identifié un lien entre l'attachement insécurisant évitant et la qualité de vie physique et psychologique chez une population de personnes obèses. Le style d'attachement insécurisant évitant a également été associé à la douleur chronique, et ce, en ajustant pour les symptômes de dépression et d'anxiété (McWilliams, 2017). L'étude de Fagundes et ses collègues (2014) a prouvé que les femmes qui avaient un attachement plus évitant rapportaient également une plus pauvre qualité de vie que les femmes qui avaient un attachement plus sécurisant.

Enfin, Calia, Lai, Aceto, Luciani, Camardese, & Lai (2015), ont observé un lien entre le style d'attachement et la qualité de vie chez 43 adultes ayant reçu une transplantation de reins. Leurs résultats ont révélé que l'attachement insécurisant évitant était lié à une meilleure perception générale de la santé, contrairement aux gens ayant un attachement insécurisant anxieux et même sécurisant, mais avaient une perception plus négative de leurs problèmes émotionnels que les personnes ayant un attachement insécurisant anxieux.

L'attachement sécurisant et la qualité de vie. Ponizovsky et Drannikov (2013) ont démontré une association négative entre l'attachement insécurisant et la qualité de la vie, contrairement aux personnes ayant un attachement sécurisant. Agostini et ses collègues (2014) ont établi que les dimensions de la confiance et de la préoccupation envers la relation (dimensions de l'attachement) étaient significativement liées à la composante « santé psychologique » de la qualité de vie chez les patients souffrant de maladies inflammatoires de l'intestin. L'attachement sécurisant a aussi été lié au bien-être émotionnel contrairement aux personnes qui ont un attachement insécurisant. La difficulté à réguler les émotions typiques des personnes détenant un attachement insécurisant amènerait un bien-être émotionnel plus faible que celui des gens ayant un attachement sécurisant (Amstadter, 2008; Cisler, Olatunji, Feldner, & Forsyth, 2010).

Vilchinsky, Dekel, Asher, Leibowitz, et Mosseri (2013) ont démontré que l'évaluation de la maladie effectuée par les gens ayant un attachement sécurisant diminuait leur détresse alors que l'évaluation effectuée par les gens ayant un attachement insécurisant anxieux augmentait leur détresse. Les résultats de Vilchinsky et ses collègues (2013) soulignent l'effet possible des styles

d'attachement sur les perceptions, la régulation des émotions et sur la façon de s'adapter à la maladie.

Synthèse

Il est bien établi que l'anxiété et la dépression sont liées aux maladies cardiaques et à la qualité de vie (Benyamini et al., 2013; Palacios et al., 2016). De plus, l'attachement a été associé à l'anxiété et à la dépression chez les personnes en bonne santé (Marganska et al., 2013) et chez les personnes ayant des maladies cardiaques (Kidd et ses collègues, 2016). Bien que la relation entre l'attachement insécurisant et une faible qualité de vie ait été bien établie chez les personnes en bonne santé (Ponizovsky & Drannikov, 2013) et les personnes ayant d'autres maladies chroniques (Fagundes et ses collègues, 2014; McWilliams, 2017; Sockalingam et ses collègues, 2011), personne, à notre connaissance, n'a examiné le lien entre le style d'attachement et la qualité de vie chez les patients cardiaques, et aucun chercheur n'a fait de liens entre le style d'attachement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez cette population. Comme l'anxiété, la dépression et une pauvre qualité de vie ont été associées à un pronostic plus défavorable chez les patients souffrant de maladies cardiaques (Ekici et al., 2014), il importe de mieux comprendre les mécanismes unissant ces composantes. L'attachement pourrait être la variable qui aide à mieux comprendre ces liens.

La présente étude

L'attachement insécurisant a été identifié comme étant un facteur de risque pour la dépression (Aziz & Steffens, 2013) et l'anxiété (Read, Clark, Rock, Coventry, 2018). Autrement dit, il y aurait un lien causal entre l'insécurité de l'attachement et ces problèmes psychologiques. L'attachement insécurisant a également été lié à une plus faible qualité de vie (Ponizovsky & Drannikov 2013). Cependant, la sévérité des symptômes de dépression et d'anxiété pourrait empirer la qualité de vie. L'objectif de cette étude est donc d'explorer le rôle médiateur de la dépression et de l'anxiété dans la relation entre l'attachement insécurisant et la qualité de vie. Plus spécifiquement, les analyses de médiations permettront de voir si une personne qui obtient un haut score à l'une des deux échelles de l'attachement insécurisant aura des symptômes d'anxiété et de dépression élevés et si ces symptômes à leur tour prédisent une plus faible qualité de vie chez les patients cardiaques.

Hypothèses

Les hypothèses de cette étude sont congruentes avec la mise à l'épreuve, en trois étapes, d'effets médiateurs (Judd, Kenny, & McClelland, 2001), et elles sont détaillées ci-dessous.

Hypothèse 1. Pour pouvoir examiner l'effet de variables médiatrices sur une relation, il faut d'abord que cette relation soit présente. Il s'agit ici de la relation entre l'attachement et la qualité de vie. Il est prévu que l'attachement insécurisant sera associé une plus faible qualité de vie : Plus le niveau de l'insécurité d'attachement sera élevé, plus la qualité de vie des personnes ayant des maladies cardiaques sera faible.

Hypothèse 2. Quand la présence d'une relation de base est corroborée, puis qu'un médiateur est une variable qui explique cette relation, il s'agit ensuite d'identifier une association entre la variable indépendante initiale et le médiateur ou les médiateurs. Dans la présente étude, les médiateurs considérés sont les symptômes de dépression et d'anxiété. Il est donc anticipé que l'attachement insécurisant sera associé positivement aux symptômes de dépression et d'anxiété: Plus les personnes atteintes de maladies cardiaques démontreront un style d'attachement insécurisé, plus elles éprouveront des symptômes d'anxiété et de dépression.

Hypothèse 3. Pour compléter la mise à l'épreuve d'un effet médiateur, la variable médiatrice doit être associée à la variable dépendante et l'effet de la variable indépendante initiale doit disparaître quand les effets sont évalués conjointement (parce que son influence s'exerce par l'intermédiaire de la variable médiatrice). Dans la présente étude, il est proposé que l'anxiété et la dépression vont médier le lien entre l'attachement insécurisant et la qualité de vie : Plus les personnes auront des symptômes de dépression et d'anxiété et plus ces symptômes affecteront leur qualité de vie. De plus, lorsque les associations entre l'attachement insécurisant, les symptômes de dépression et d'anxiété d'une part, et la qualité de vie d'autre part, seront évalués simultanément, l'association entre l'attachement insécurisant et la qualité de vie deviendra non significative. Le modèle intégratif final qui sera mis à l'épreuve est présenté à la Figure 1.

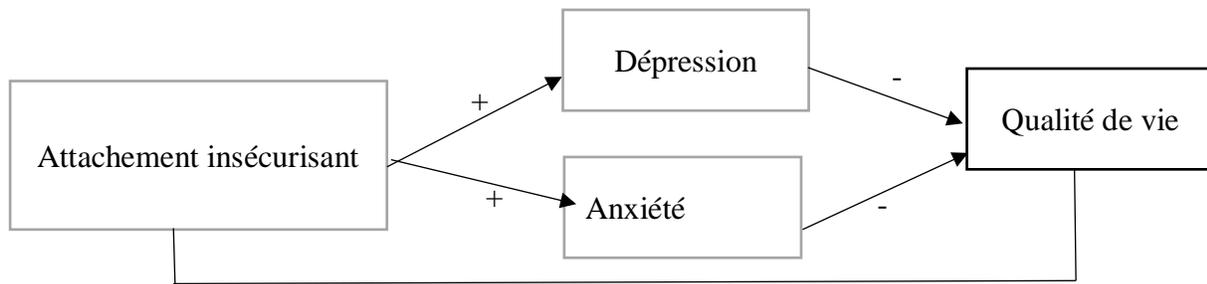


Figure 1 : Associations prévues entre l'attachement, la dépression, l'anxiété et la qualité de vie chez les patients cardiaques.

CHAPITRE 2

MÉTHODE

Devis de recherche

Un devis corrélationnel et transversal a été utilisé dans cette recherche. Étant donné que cette recherche est une étude pilote, ce devis permet d'établir des associations entre les différentes variables, de formuler des prédictions et de suggérer des pistes pour de futures recherches.

Échantillon

Deux-cent-un patients du programme de réadaptation de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa ont été recrutés. Les patients qui n'étaient pas en mesure de lire le français ou l'anglais et qui étaient âgés de 18 ans et moins ont été exclus de l'étude. Les participants ont rapporté leur âge, sexe, ethnicité, diagnostic cardiaque et statut marital.

Instruments de mesure

Trois différents questionnaires ont été utilisés afin de pouvoir répondre aux questions de cette étude. Tout d'abord, le *Experiences in Close Relationship Scale* sera présenté pour mesurer le style d'attachement. Dans un deuxième temps, le *Anxiety and Depression Scale* (HADS) sera

décrit et finalement, le *Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form 36 Health Survey* (SF-36) sera détaillé afin de mesurer la qualité de vie.

L'attachement

Version anglaise. Il y a tout d'abord le « *Experiences in Close Relationships Scale* » (ECR) développé par Brennan, Clark et Shaver (1998). Le ECR comprend 36 items conçus pour représenter deux dimensions centrales de l'attachement insécurisant : L'attachement anxieux et l'attachement évitant. Ce questionnaire indique la façon dont les gens se sentent et perçoivent leur partenaire amoureux et comment ils se comportent généralement dans une relation intime. Chaque item consiste en un énoncé décrivant le niveau d'intimité de la relation. Des exemples d'items mesurant le type d'attachement anxieux sont « Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e) » et « Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations ». Des exemples d'items mesurant l'attachement évitant sont « Dès que mon/ma partenaire se rapproche de moi, je sens que je m'en éloigne. » et « Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi ». Les réponses sont indiquées sur une échelle de Likert en 7 points (1 = *fortement en désaccord*; 7 = *fortement en accord*). Un haut score sur une des deux échelles indique une affiliation plus élevée à ce style d'attachement. Un faible score sur l'échelle de l'évitement et de l'anxiété indique un attachement plus sécurisant. Une bonne fidélité a été obtenue lors de l'étude initiale de développement de l'ECR avec un $\alpha = 0.94$ pour l'échelle de l'évitement et de 0.91 pour l'échelle de l'attachement anxieux. Il s'agit également d'un instrument dont la validité a été confirmée par des analyses de la théorie de réponse à l'item (Brennan et al., 1998). Les détails de ces analyses sont présentés dans les prochains paragraphes sur la version francophone de l'ECR.

Version francophone. Lafontaine et Lussier (2003) ont procédé à la traduction francophone du « Experiences in Close Relationship Scale» (ECR) développé par Brennan, Clark et Shaver (1998) qu'ils ont nommé le Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA). Ils ont procédé à la validation de l'instrument dans une première étude auprès de 329 adultes francophones dont 284 (86, 32%) étaient en couple. La structure du QEAA a été examinée au moyen d'analyses factorielles exploratoires et confirmatoires. La cohérence interne (alpha de Chronbach) du QEAA est élevée et semblable à celle de la version américaine, soit 0.88 pour l'échelle de l'anxiété et de la dépression (Lafontaine et Lussier, 2003 : Étude 1), comparativement à 0.94 et 0.91 respectivement pour la version originale (Brennan et al., 1998). Lafontaine et Lussier (2003 : Étude 2) ont également évalué la cohérence interne (alpha de Chronbach) séparément selon le genre et ils ont obtenu des coefficients de 0,87 (hommes) et de 0,88 (femmes) pour l'échelle d'évitement, et de 0.86 (hommes et femmes) pour l'échelle d'anxiété. Lafontaine et Lussier (2003) recommandent l'emploi de cet instrument dans de futures recherches visant à mesurer les expériences d'attachement amoureux auprès d'une population adulte en raison des résultats psychométriques obtenus. Dans le cadre de la présente étude, la valeur du coefficient d'alpha obtenue pour le présent essai était de 0,67 pour les deux sous-échelles (évitement et anxiété).

Anxiété et dépression

Version anglaise. Le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) a été utilisé pour mesurer l'anxiété et la dépression. Ce questionnaire contient 14 items dont 7 servent à mesurer

l'anxiété et 7 autres servent à mesurer la dépression (Zigmond & Snaith, 1983). Le HADS permet d'évaluer un éventail de symptômes d'anxiété (p. ex., la tension musculaire, les symptômes de panique, le niveau d'inquiétudes) et de dépression (p. ex., l'humeur, la perte d'intérêt, le manque de motivation). Chaque item est évalué selon une échelle de 0 à 3 où un score plus élevé indique une plus haute sévérité des symptômes. Le HADS produit des totaux différents pour l'anxiété et la dépression (l'étendue théorique de ces deux sous-échelle est de 0 à 21) : Les scores de 8 et plus sur chacune des échelles sont considérés comme étant cliniquement significatifs (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002). Pour la validité discriminante, Bjelland et ses collègues (2002) ont effectué une revue de littérature de 747 recherches qui ont utilisé le HADS. Les résultats de l'analyse factorielle ont démontré une solution à 2 facteurs (anxiété) et (dépression), ce qui condorde avec l'échelle du HADS (Zigmond & Snaith, 1983). De plus, pour la validité convergente, Bjelland et ses collègues (2002) ont trouvé que la sensibilité et la spécificité des deux sous-échelle était approximativement de 0,80 ce qui est similaire à la sensibilité et la spécificité du General Health Questionnaire (GHQ). Finalement, les corrélations entre le HADS et d'autres questionnaires validés et utilisés pour mesurer la dépression et l'anxiété (SCL, BDI, STAI) se situaient entre 0,49 et 0,83 (Bjelland et al., 2002). Pour la cohérence interne (alpha de chronbach) a été compris entre 0,68 et 0,93 (moyenne de 0,83) pour la sous échelle de l'anxiété et entre 0,67 et 0,90 (moyenne de 0,82) pour la sous-échelle de dépression (Bjelland et al., 2002).

Version francophone. La traduction canadienne-française du HADS (Savard, Laberge, Gauthier, Ivers, & Bergeron, 1998) a été utilisée dans le cadre de la présente étude. Cette version a été validée auprès de 162 patients séropositifs canadiens-français. Des propriétés psychométriques équivalentes à la version anglophone ont été trouvées. Entre autres, l'analyse

factorielle a révélé 2 facteurs; soit la dépression et l'anxiété. De plus, cette version a démontré une bonne cohérence interne, une bonne fidélité test-retest, une bonne validité convergente et une validité discriminante acceptable. La valeur pour la cohérence interne de l'échantillon du présent essai était de 0,70 pour les deux sous-échelles (anxiété et dépression).

La qualité de vie

Version anglaise. La qualité de vie a été mesurée via le *Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form 36 Health Survey* (SF-36; Ware & Sherborne, 1992; Ware, 2000), un questionnaire autorapporté visant à mesurer la qualité de vie. Plus spécifiquement, le SF-36 comprend huit sous-échelles qui se regroupent en deux composantes: la santé physique (fonctionnement physique, douleur physique, perception de la santé et limitation physique) et la santé mentale (vitalité, fonctionnement émotionnel, fonctionnement social et les limites dues à l'état émotionnel). Ce questionnaire a été jugé comme ayant une bonne fidélité ($\alpha > 0,85$) pour les deux domaines (psychologiques et physiques) et un coefficient de fidélité plus grand que 0,75 pour toutes les échelles sauf pour le fonctionnement social) et ayant une bonne validité de construit (Brazier et al., 1992). Pour la validité convergente, Brazier et ses collègues (1992) ont démontré que les coefficients de corrélation étaient similaires au questionnaire *Nottingham Health Profile* pour les quatre dimensions. Le coefficient de corrélation était plus élevé pour ces 4 dimensions que pour les dimensions non similaires. Pour la validité discriminante, la comparaison de la fréquence de distribution des scores du SF-36 est similaire à celle du Nottingham questionnaire mais moins asymétrique. Finalement, Brazier et ses collègues (1992) soulignent que le SF-36 permet de prendre en considération la perception de la santé du patient

alors que le Nottingham questionnaire ne le permet pas. Dès lors, ils mettent de l'avant que le SF-36 serait plus complet. De plus, ce questionnaire a été validé auprès d'une population cardiaque (Craig, Laubscher, & Burns, 1996). Encore une fois, seulement l'échelle pour le fonctionnement social a été démontrée comme n'ayant pas une bonne validité.

Version francophone. Leplège, Ecosse, Verdier, & Perneger (1998), ont traduit et validé la version anglaise du SF-36 (Ware & Sherborne, 1992) auprès de 209 individus francophones de la population générale de France avec une moyenne d'âge de 45 ans (allant de 15 ans à 93 ans). Pour ce faire, cinq traductions ont été effectuées indépendamment par cinq personnes qui ont de l'expérience dans le domaine des questionnaires liés au statut de la santé mais qui n'étaient pas familiers avec le SF-36. L'un des traducteurs avait pour langue natale l'anglais et les 4 autres avaient pour langue natale le français. Ces traductions, de même que les versions canadiennes française traduites, mais non validées, ont été circulées par les membres du panel de traduction qui ont effectué des propositions indépendantes. Suite à ceci, un séminaire a été organisé. À l'intérieur de cette réunion, toutes les options de traductions ont été revues et un choix a été effectué. Ce questionnaire a été jugé comme ayant une bonne fidélité ($\alpha = 0,85$) pour les deux domaines de la qualité de vie. De plus, les questions sont généralement significativement plus corrélées avec leur sous-échelle que les autres indiquant une bonne validité discriminante. L'analyse factorielle n'a pas reproduit exactement la structure de l'instrument original, mais supporte l'existence des deux dimensions de la santé (physique et psychologique). La cohérence interne (alpha de Cronbach) dans la présente étude est 0,79 pour les deux dimensions de l'instrument (physique et psychologique).

Recrutement et procédure

Le recrutement a été fait via le programme de réadaptation de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Lors de leur entrée dans le programme, les patients ont rencontré un professionnel de la santé et rempli le questionnaire standard d'entrée au programme, qui comprend le HADS et le SF-36. Le ECR a été ajouté au questionnaire d'entrée dans le cadre de notre étude. Aucune compensation n'a été offerte aux participants. Le consentement éclairé a été obtenu avant que les participants n'aient accès au questionnaire. L'étude a fait l'objet d'une approbation du Comité d'éthique à la recherche (CÉR) de l'Université du Québec en Outaouais et du *Ottawa Health Science Network Research Ethics Board*.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Les participants ($n = 201$) étaient âgés de 24 ans et 89 ans ($M = 62.08$, $ET. = 10.87$) et étaient majoritairement des hommes ($n = 160$, 80%), mariés ($n = 150$, 75%), blancs ($n = 189$, 94%), et de scolarité de niveau universitaire ($n = 131$, 65%). Les données du HADS indiquent que 64 participants (31.8%) ont obtenu un score élevé (supérieur à 11) sur l'échelle de l'anxiété et 25 (12.4%) ont obtenu un score élevé (supérieur à 11) sur l'échelle de la dépression.

Analyses préliminaires

Avant de procéder aux analyses, les valeurs manquantes aléatoires ont été traitées au moyen de la méthode d'interpolation linéaire. Les valeurs manquantes ont été estimées au moyen de scores de chaque participant aux autres items de l'échelle ou de la sous-échelle pertinente à condition qu'au moins deux tiers des items concernés aient été répondus et que les données manquantes ne soient pas consécutives (Tabachnick & Fidell, 2017). Toutes les variables ont été normalement distribuées.

Des corrélations de Pearson ont d'abord été effectuées afin d'établir s'il y a présence d'associations entre les variables étudiées (voir Tableau 1). Des régressions multiples ont ensuite été effectuées afin de mettre formellement à l'épreuve les hypothèses du présent projet. La version 20 du logiciel SPSS (IBM Corp, 2011) a été utilisée pour les analyses statistiques.

Corrélations

Afin d'observer les associations bivariées entre les différentes variables, soit l'attachement évitant, l'attachement anxieux, les symptômes de dépression, les symptômes d'anxiété, la composante physique de la qualité de vie et la composante psychologique de la qualité de vie, des corrélations de Pearson ont été réalisées. Tel qu'illustré au Tableau 1, toutes les variables étaient corrélées entre elles sauf la composante physique de la qualité de vie et l'attachement insécurisant évitant. L'attachement évitant était toutefois significativement et positivement associé à la dépression et à l'anxiété et négativement et significativement associé à la composante psychologique de la qualité de vie. Quant à l'attachement insécurisant anxieux, il était positivement et significativement associé à l'anxiété et à la dépression, ainsi que significativement et négativement associé aux composantes psychologiques et physiques de la qualité de vie. La dépression et l'anxiété étaient corrélées entre elles, et toutes deux étaient significativement et négativement liées à la composante physique et psychologique de la qualité de vie.

Tableau 1

Corrélations entre les variables

	Qualité de vie physique	Qualité de vie psychologique	Dépression	Anxiété	Attachement anxieux	Attachement évitant
Qualité de vie physique	1	0,647**	-0,517**	-0,330**	-0,223**	-0,118
Qualité de vie psychologique		1	-0,631**	-0,570**	-0,407**	-0,251**
Dépression			1	0,55**	0,428**	0,242**
Anxiété				1	0,414**	0,21**
Attachement anxieux					1	0,507**
Attachement évitant						1

Note. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Régressions linéaires

Des séries de régressions ont été utilisées afin de tester le modèle proposé (voir Figure 1). Afin de déterminer s'il existe un effet de médiation des symptômes de dépression et d'anxiété dans l'association entre l'attachement insécurisant anxieux et la composante psychologique de la qualité de vie, nous avons employé la méthode de Judd et ses collègues (2001). Cette méthode se fait en trois étapes. Dans un premier temps, la variable indépendante doit prédire la variable dépendante (hypothèse 1). Dans un deuxième temps, la variable indépendante doit prédire les médiateurs (hypothèse 2). Finalement, lorsque les trois variables (variables indépendantes et médiatrices) sont mises ensemble dans une régression multiple, seules les variables médiatrices doivent être significatives (hypothèse 3).

Hypothèse 1

La première étape du test de médiation (Judd et al., 2001) consiste à documenter la présence des relations pour lesquelles un effet médiateur sera mis à l'épreuve ultérieurement. Il s'agit donc ici de réaliser deux régressions initiales.

La première de ces deux régressions visait à évaluer les associations entre l'attachement anxieux et l'attachement évitant, d'une part, et la composante psychologique de la qualité de vie d'autre part.

Les résultats ont révélé que les deux types d'attachement insécurisant prédisaient significativement la composante psychologique de la qualité de vie [anxieux ($\beta = -0.41$, $p < 0.001$; $R_a^2 = 0.16$, $p < 0.001$) et évitant ($\beta = -0.25$, $p < 0.001$; $R_a^2 = 0.06$, $p < 0.001$].

L'attachement insécurisant anxieux expliquait 16% de la variance de la composante psychologique de la qualité de vie et l'attachement insécurisant évitant prédisait 6% de la variance. L'hypothèse 1 est donc corroborée pour la composante psychologique de la qualité de vie. Plus les participants ont obtenu un score élevé à l'une ou l'autre des échelles d'attachement insécurisant, plus leur qualité vie psychologique était faible.

La deuxième régression visait à évaluer l'association entre l'attachement insécurisant de type anxieux, d'une part, et la composante physique de la qualité de vie, d'autre part. Parce que la corrélation préalable entre l'attachement évitant et la qualité de vie physique n'était pas

significative, l'attachement évitant n'a pas été inclus dans la présente analyse, ni dans les analyses ultérieures qui en découlent.

L'attachement insécurisant anxieux la prédisait la composante physique de la qualité de vie ($\beta = -0.22, p < 0.01; R_a^2 = 0.04, p < 0.01$). L'association entre ces variables était négative et significative. L'attachement insécurisant anxieux expliquait 4% de la variance de la composante physique de la qualité de vie. L'hypothèse 1 est donc partiellement corroborée pour l'aspect physique de la qualité de vie. Plus les participants rapportaient un niveau élevé d'attachement insécurisant anxieux, plus leur qualité de vie physique était faible.

Hypothèse 2

La deuxième étape du test de médiation (Judd et al., 2001) consiste à évaluer les associations entre les variables indépendantes des relations identifiées à l'étape 1 et les médiateurs proposés. Il s'agit donc ici de réaliser quatre régressions bivariées afin de mettre à l'épreuve les associations entre : (1) l'attachement anxieux et la dépression, (2) l'attachement anxieux et l'anxiété, (3) l'attachement évitant et la dépression et (4) l'attachement évitant et l'anxiété.

Les résultats ont indiqué que l'attachement insécurisant anxieux est significativement et positivement associé aux symptômes de dépression ($\beta = 0.43, p < 0.001; R_a^2 = 0.18, p < 0.001$) et aux symptômes d'anxiété ($\beta = 0.41, p < 0.001; R_a^2 = 0.17, p < 0.001$). L'attachement anxieux expliquaient 18% de la variance des symptômes de dépression et 17% de la variance des symptômes d'anxiété. L'attachement insécurisant évitant était également positivement et

significativement associé aux symptômes de dépression ($\beta = 0.24, p = 0.001; R_a^2 = 0.05, p = 0.001$) et aux symptômes d'anxiété ($\beta = 0.21, p < 0.01; R_a^2 = 0.04, p < 0.01$). L'attachement évitant expliquait 5% de la variance des symptômes de dépression et 4% de la variance des symptômes d'anxiété. L'hypothèse 3 est donc corroborée; plus les participants obtenaient un score élevé aux échelles d'attachement insécurisant anxieux ou évitant, leurs symptômes d'anxiété et de dépression étaient élevés.

Hypothèse 3

La dernière étape du test de médiation (Judd et al., 2001), et la plus délicate, consiste à réaliser une régression multiple où la variable indépendante initiale et les variables médiatrices sont entrées simultanément, à titre de variables prédictives (c'est-à-dire indépendantes), de la variable dépendante. Pour que le test de médiation soit réussi de façon optimale, les associations entre les variables médiatrices et la variable dépendante doivent être significatives et l'association obtenue entre la variable indépendante initiale et la variable dépendante doit disparaître. Un tel résultat indique que cet effet initial (voir hypothèse 1) est maintenant canalisé par l'effet des variables médiatrices. Dans le cadre de cette étude, cette étape a été effectuée deux fois. Deux ensembles de régressions multiples ont donc été réalisées : l'un pour la composante psychologique, et l'autre pour la composante physique, de la qualité de vie. Il est utile de noter que lorsque cette étape ultime est réalisée, les résultats finaux (ceux de la mise à l'épreuve des hypothèses 2 et 3) peuvent être représentés graphiquement sous la forme d'une analyse acheminatoire (path analysis). Le modèle final de prédiction de la composante physique de la

qualité de vie est ainsi présenté à la Figure 2 et les modèles finaux de prédiction de la qualité de vie psychologique aux Figure 3 et 4.

Composante psychologique de la qualité de vie. Pour l'attachement insécurisant anxieux, les résultats de cette analyse statistique indiquent que l'association entre ce type d'attachement et la composante psychologique de la qualité de vie devient non significative ($\beta = -0.11, p = 0,07$) alors que les associations entre la dépression, l'anxiété et la composante psychologique de la qualité de vie sont négatives et significatives ($\beta = -0.40, p < 0.001$ et $\beta = -0.32, p < 0.001$) respectivement. Les symptômes de dépression et d'anxiété expliquent 48% de la variance de la qualité de vie psychologique ($R_a^2 = 0.48, p < 0.001$). Ces résultats révèlent ainsi un effet médiateur des symptômes de dépression et d'anxiété sur la relation entre l'attachement insécurisant anxieux et la composante psychologique de la qualité de vie.

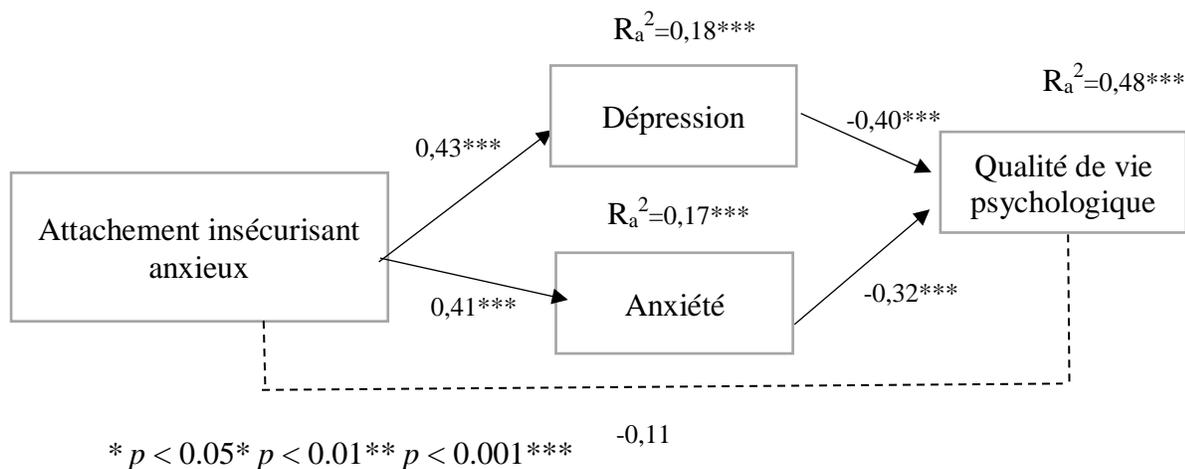
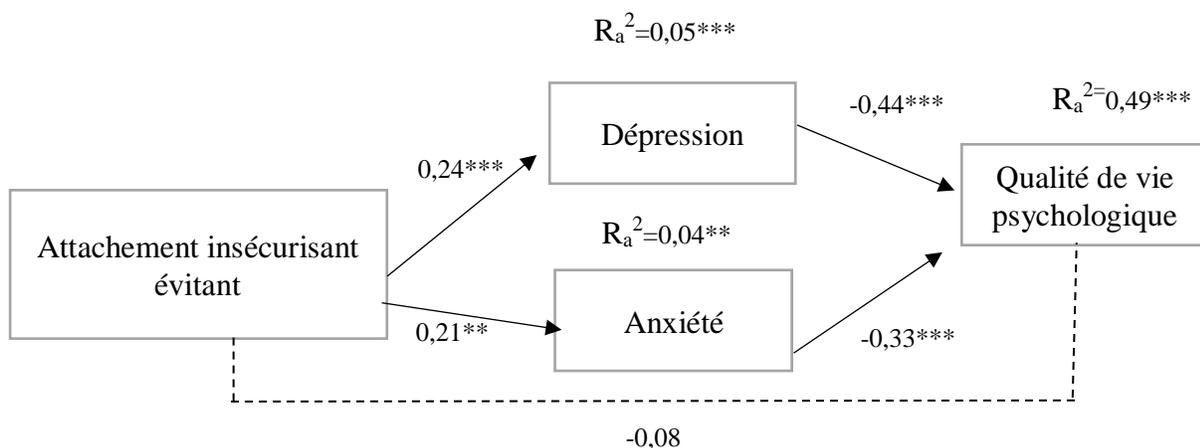


Figure 2 : La dépression et l'anxiété en tant que médiateurs du lien entre l'attachement anxieux et la qualité de vie psychologique.

Pour l'attachement insécurisant évitant, les résultats de cette analyse statistique indiquent que l'association entre ce type d'attachement et la composante psychologique de la qualité de vie devient non significative ($\beta = -0,08, p = 0,13$), alors l'anxiété et la dépression sont significativement et négativement associées à la composante psychologique de la qualité de vie ($\beta = -0,44, p < 0,001$ et $\beta = -0,33, p < 0,001$) respectivement. Les symptômes de dépression et d'anxiété expliquent 49% de la variance de la qualité de vie psychologique ($R_a^2 = 0,49, p < 0,001$). Ces résultats révèlent un effet médiateur des symptômes de dépression et d'anxiété sur la relation entre l'attachement insécurisant évitant et la composante psychologique de la qualité de vie.



La Figure 3. La dépression et l'anxiété en tant que médiateurs du lien entre l'attachement évitant et la qualité de vie psychologique.

Composante physique de la qualité de vie. Pour la composante physique de la qualité de vie, les résultats ont démontré que seule la dépression ($\beta = -0,46, p < 0,001$) ($R_a^2 = 0,25, p < 0,001$) était associée significativement et négativement à la qualité de vie physique, l'anxiété n'étant pas associée à cette dernière ($\beta = -0,08, p = 0,3$). De plus, tel que prévu, lorsqu'entré

comme prédicteur de façon concomittante avec les variables médiatrices potentielles, l'effet de l'attachement insécurisant anxieux sur la composante physique disparaît ($\beta = 0.004, p = 0,96$). Le résultat conforte l'hypothèse selon laquelle la dépression joue un rôle médiateur dans la relation entre l'attachement anxieux et la qualité de vie physique.

La dépression explique 25% de la variance de la qualité de vie physique. Les résultats indiquent donc que plus les participants avaient un attachement insécurisant anxieux, plus ils ont rapporté des symptômes de dépression élevés, et plus ces symptômes étaient associés à une faible qualité de vie physique.

Tel que mentionné précédemment, en ce qui a trait à l'attachement insécurisant évitant, les analyses de corrélations ont démontré qu'aucun lien n'existait entre l'attachement insécurisant évitant et la composante physique de la qualité de vie. Pour cette raison, les effets médiateurs n'ont pas été testés.

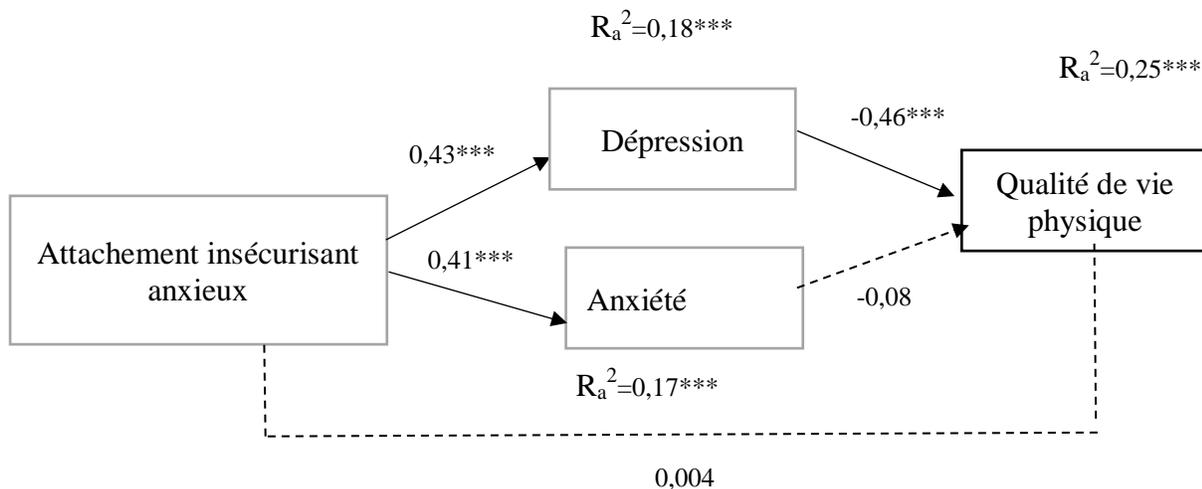


Figure 4 : La dépression en tant que médiateur du lien entre l'attachement anxieux et la qualité de vie physique.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Dans la présente section, le rappel de l'objectif de recherche sera présenté. Ensuite, les résultats des analyses de recherche seront discutés en fonction des hypothèses et les retombées conceptuelles et appliquées seront présentées. Enfin, les forces et les limites de la présente recherche seront soulevées ainsi que quelques orientations de recherche futures.

Rappel de l'objectif

Le but de l'étude était d'observer le lien entre l'attachement insécurisant, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie des patients souffrant de maladies cardiaques. Des analyses de médiation ont été effectuées pour voir si la dépression et l'anxiété médiaient le lien entre l'attachement insécurisant et la qualité de vie.

Lien entre l'attachement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez les patients cardiaques

Hypothèse 1

Pour l'hypothèse 1, nous voulions voir si l'attachement insécurisant prédirait la qualité de vie. Nos résultats ont démontré que l'attachement insécurisant anxieux était significativement et

négativement lié à la qualité de vie tant sur le plan psychologique que physique. Nos résultats indiquent donc que l'attachement insécurisant anxieux serait lié à un état de santé physique plus faible et à un fonctionnement psychologique plus limité.

Pour l'attachement insécurisant évitant, seulement la composante psychologique de la qualité de vie y était liée et non la composante physique. Nos résultats indiquent donc que l'attachement évitant serait lié au bon fonctionnement psychologique, mais pas nécessairement à la perception des patients cardiaques de leur état physique. Ceci corrobore les résultats de Calia et ses collègues (2015), qui avançaient que les personnes ayant un attachement insécurisant évitant avaient une meilleure évaluation subjective de leur santé en général que les personnes ayant un attachement anxieux et même que les personnes ayant un attachement sécurisant.

Les personnes ayant un style d'attachement insécurisant évitant ont tendance à utiliser des stratégies de désactivation du système d'attachement (c'est-à-dire, la suppression des émotions et évitement de l'intimité) lors de situations de stress ou de menace (Mikulincer et Shaver, 2016). Cette tendance pourrait les amener à être moins en contact avec leurs émotions par rapport à leur état de santé, contrairement aux personnes qui ont un attachement insécurisant anxieux, qui tendent généralement à utiliser des stratégies d'hyperactivation du système d'attachement (c'est-à-dire, la recherche constante de soutien dûe à la peur de l'abandon) (Mikulincer, & Shaver, 2016). D'autres études restent à être effectuées sur le sujet.

Hypothèse 2

Pour l'hypothèse 2, nous voulions voir si l'attachement insécurisant prédirait l'expérience d'anxiété et de dépression des patients cardiaques. Nos résultats ont démontré que l'attachement insécurisant évitant et anxieux était significativement et positivement associé à l'anxiété et la dépression. Ces résultats corroborent ceux de plusieurs études qui ont démontré un lien significatif entre l'attachement anxieux, l'anxiété et la dépression (p. ex., Kidd et al., 2016; Marganska et al., 2013). Comme le soulignaient Marganska et ses collègues (2013), l'inhabilité perçue à générer des stratégies efficaces de régulation des émotions, ce qui est typique des personnes ayant des styles d'attachement insécurisants, médierait la relation entre l'attachement insécurisant et la dépression ainsi que les symptômes d'anxiété généralisée. Ainsi, ces chercheurs soulignent que la difficulté à réguler les émotions des gens détenant un attachement insécurisant pourrait les amener à vivre davantage de symptômes de dépression et d'anxiété que les gens détenant un attachement sécurisant (Marganska et al., 2013).

Hypothèse 3

Pour l'hypothèse 3, nous avons testé les effets médiateurs de l'anxiété et la dépression entre l'attachement insécurisant et la qualité de vie. Nos résultats ont démontré que l'anxiété et la dépression médiaient le lien entre l'attachement insécurisant anxieux et évitant et la composante psychologique de la qualité de vie. Plus les gens détenaient un attachement insécurisant anxieux ou évitant, plus ils démontraient des symptômes d'anxiété et de dépression et plus ces symptômes ont affecté leur fonctionnement psychologique. Comme aucune étude à notre connaissance n'a

testé le lien entre l'attachement, l'anxiété et la dépression, ces résultats ajoutent une nouvelle piste intéressante tant sur le plan clinique que de la recherche.

Pour la composante physique de la qualité de vie, seulement la dépression médiait le lien entre l'attachement insécurisant anxieux et la qualité de vie. Nos résultats indiquent que plus les personnes avaient un style d'attachement insécurisant anxieux, plus elles avaient des symptômes de dépression et plus ces symptômes affectaient leur qualité de vie physique. Ces résultats suggèrent que la dépression aurait l'effet le plus délétère sur l'état physique des patients cardiaques. Nos résultats corroborent l'étude de Tully et ses collègues (2009) qui ont démontré que la dépression prédisait la santé en générale, le fonctionnement social et la vitalité chez les patients cardiaques six mois après la chirurgie alors que l'anxiété n'y était pas associée et d'Hosseini et ses collègues (2014), qui ont trouvé que la dépression présente suite à l'évènement cardiaque prédisait les deux domaines de la qualité de vie (mentale et physique), contrairement à l'anxiété qui n'y était pas associée.

De plus, Heszen-Niejodek, Gottschalk, & Januszek (1999) ont démontré que l'anxiété était associée à l'espoir, c'est-à-dire qu'un faible niveau d'anxiété à modéré pourrait permettre une mobilisation chez les patients. La dépression à l'inverse serait liée à au désespoir et à la perte d'intérêt pour les activités (American Psychiatric Association, 2013). Chez les patients cardiaques, il se pourrait que le niveau de dépression empêche la mobilisation vers l'activité physique et les amène dans le désespoir, ce qui ferait qu'il se sentiraient moins anxieux de ne pas pouvoir faire d'activités physiques, mais plus déprimés. Dans le même sens, Palacios et ses collègues (2016) rapportaient les effets médiateurs des comportements de santé entre l'anxiété, la dépression et la qualité de vie et une association positive entre l'anxiété et les comportements de

santé (tabagisme, exercice, alimentation et adhérence à la médication) contrairement à la dépression. Ceci pourrait expliquer pourquoi la dépression reste significativement associée à une faible qualité de vie physique contrairement à l'anxiété. Somme toute, d'autres études restent à être effectuées sur le sujet afin de mieux comprendre l'impact de l'anxiété sur la qualité de vie psychologique et physique.

De plus, à notre connaissance, peu d'études ont été effectuées sur le style d'attachement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie. D'autres études restent à être effectuées afin de mieux comprendre le lien existant entre ces différentes variables. En général, la qualité de l'attachement semble être un élément clé qui déclenche des réactions de dépression chez les patients cardiaques, ce qui a un impact négatif sur leur qualité de vie psychologique et physique. Nous explorons maintenant l'apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la santé mentale des patients cardiaques.

Retombées conceptuelles

L'attachement, l'anxiété et la dépression chez les patients cardiaques

D'après la théorie de l'attachement, les modèles internes opérants (MIO) internalisés à l'enfance selon les interactions avec la figure d'attachement ont des répercussions sur la façon dont l'individu pensera, se sentira et agira pendant toute sa vie (Bowlby, 1988). L'attachement sécurisant se développerait lorsque le parent a été disponible et accessible émotionnellement pour répondre aux besoins de l'enfant. Les gens qui ont développé un attachement sécurisant ont

tendance à s'engager dans une stratégie primaire d'attachement, soit la recherche de la proximité avec les figures d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2013). Bowlby (1969) a conceptualisé les styles d'attachement comme un système inné, une base biologique, qui protègent les individus en restant proches de la personne qui prend soin d'eux face à un danger. Le système d'attachement est activé lorsque l'individu se retrouve devant un stress ou une menace. Ce système provoque des comportements qui servent à protéger l'individu d'un danger physique ou émotionnel et permettraient à l'individu de se réguler en allant rechercher le réconfort (Bowlby 1973; Mikulincer & Shaver, 2007). Donc, les patients cardiaques ayant un attachement sécurisant auraient fort probablement tendance à aller chercher du réconfort de la part de leur partenaire amoureux lorsque leur état de santé dépasse leur capacité, ce qui les protégerait contre la dépression et l'anxiété (McWilliams & Bailey, 2010).

Au contraire, les personnes qui ont un attachement insécurisant anxieux utiliseraient des stratégies d'hyperactivation du système d'attachement (demande de soutien constante étant donné que les stratégies primaires d'attachement (recherche de soutien) ont échoué dû à la non constance de la disponibilité des figures d'attachement). Ceci les amène à approcher la source de menace de façon hypervigilante n'ayant pas foi qu'ils pourront obtenir le réconfort dont ils ont besoin. Cette façon d'agir ne permettrait pas le retour à l'équilibre laissant le système d'attachement activé lors d'une situation de stress (Campbell & Marshall, 2011). Donc, les patients cardiaques ayant un style anxieux auraient tendance à ne pas croire en leur capacité à pouvoir surmonter la situation et douteraient probablement de la possibilité que les autres puissent être là pour eux (Mikulincer et Shaver, 2016), ce qui les amènerait à avoir de la difficulté

à réguler leurs émotions et augmenterait ainsi leurs chances de développer de la dépression et de l'anxiété (Kidd et al., 2016)

Finalement, les personnes ayant un style d'attachement évitant utiliseraient des stratégies de désactivation du système d'attachement c'est-à-dire la suppression des émotions et l'évitement de l'intimité, qui leur permettraient de minimiser le sentiment de réconfort et de vulnérabilité devant une menace minimisant ainsi les possibilités de réconfort (Collins & Feeney, 2010). Donc, les patients cardiaques ayant un style évitant auraient tendance à supprimer leurs émotions et à ne pas demander d'aide pour maintenir leur indépendance (Mikulincer et Shaver, 2016) ce qui aurait probablement pour effet d'augmenter leurs chances de développer la dépression et l'anxiété (Kotler et al., 1994) parce qu'ils s'isolent (Bartholomew, 1990).

En effet, la qualité de l'attachement au sein des relations interpersonnelles a été démontrée comme étant un élément important pouvant accentuer ou diminuer l'intensité des symptômes d'anxiété (Celano et al., 2012) et de dépression (Berking, Wirtz, Svaldi, & Hofmann, 2014). De plus, l'attachement insécurisant anxieux et évitant ont été liés à moins de résilience et à des attitudes plus négatives face aux menaces que les gens qui détiennent un attachement sécurisant (Mikulincer & Shaver, 2010). Dès lors, l'attachement insécurisant serait lié à une moins bonne régulation des émotions, ce qui pourrait intensifier les symptômes de dépression et d'anxiété en plus de réduire la résilience à un stressor comme la maladie cardiaque et miner leur qualité de vie. Ceci pourrait expliquer pourquoi nos résultats ont démontré que plus les personnes obtiennent un haut score à l'échelle de l'attachement anxieux, plus ils vont vivre des symptômes d'anxiété et de dépression.

L'attachement, la qualité de vie et le fonctionnement social

Finalement, l'attachement insécurisant (anxieux et évitant) a été lié à une piètre qualité de vie dans notre étude et dans d'autres (Ponizovsky & Drannikov, 2013; Sockalingam et al., 2011). Les modèles internalisés en bas âge peuvent avoir des répercussions sur la façon dont les individus aborderont leurs relations. L'attachement insécurisant a été lié à des relations plus conflictuelles (Feeney & Karantzas, 2017) et à l'isolement (Bernardon, Babb, Hakim-Larson, & Gragg, 2011). Les relations plus conflictuelles ou le manque de relation ont été liés à des comportements moins sains pour la santé (Pietromonaco et al., 2013) à plus de symptômes de dépression (Beach & Whisman, 2012) et d'anxiété (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, & Luyten, 2011), et elles seraient impliquées dans la récurrence des maladies cardiaques (Hawkey & Cacioppo, 2010; Robles, Slatcher, Trombello, & McGinn, 2014). La qualité des relations pourrait aussi contribuer à une moins bonne perception de la qualité de vie globale. Les interactions en bas âge influenceraient donc la façon d'être en relation avec les gens et pourraient expliquer les difficultés interpersonnelles qui semblent jouer un rôle important dans le développement de l'anxiété et la dépression et sur la qualité de vie, comme nos résultats l'ont démontré.

Entre autres, Zahlis et Shands (1991) ont identifié la qualité de la relation maritale comme étant un élément critique pour la qualité de vie. Oktay et Walter (1991) avaient suggéré que lorsque le mariage est fort avant une maladie chronique Côme le cancer, la maladie ne brime pas la relation, et la maladie peut même renforcer la relation. À l'inverse, dans une relation de plus faible qualité, la maladie pourrait devenir un élément stressant que le couple ne pourra pas gérer (Oktay, 1998). Shapiro et ses collègues (2001) ont démontré qu'une meilleure qualité de

vie était liée à la qualité de la relation maritale. Leur étude a également démontré qu'une faible qualité de la vie était associée à plus de symptômes de dépression, d'anxiété, de colère, d'hostilité et à une détresse émotionnelle. Ainsi, la qualité des relations intimes pourrait être altérée par le style d'attachement et pourrait expliquer pourquoi un patient cardiaque vivrait plus de symptômes de dépression et d'anxiété qu'un autre ou pourquoi il aurait une moins bonne qualité de vie. Ainsi, les styles d'attachement contribueraient à la qualité des relations et offrirait un cadre théorique pour expliquer nos résultats, qui ont démontré que plus les personnes ayant une maladie cardiaque obtiennent un haut score à l'une des deux échelles de l'attachement insécurisant (anxieux ou évitant), plus ils vivront des symptômes de dépression et d'anxiété et plus ces symptômes affecteront leur qualité de vie. Augmenter l'attachement sécurisant au sein des couples pourrait donc devenir un objectif de traitement important afin d'améliorer le pronostic des patients souffrant de maladies cardiaques.

Retombées cliniques

La recherche clinique a indiqué qu'une approche axée sur l'attachement comme la thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ; Johnson, 2004) pourrait réduire les symptômes de dépression (Wittenborn, & Golden, 2012; Wittenborn et al., 2018). Dans cette étude, Cette thérapie a été démontrée comme étant aussi efficace qu'une approche pharmaceutique dans la réduction des symptômes de dépression (Dessaulles, Johnson, & Denton, 2003). Avec la littérature qui suggère qu'être attaché de façon sécurisante dans les relations est considéré comme une ressource interne qui permet à un individu de mieux faire face aux stressseurs, il s'avère donc

important de focaliser sur un attachement sécurisant dans les relations amoureuses dont l'un des partenaires souffre d'une maladie chronique (Mikulincer & Florian, 1998).

Kowal et al. (2003) ont argumenté que de focaliser sur l'attachement dans les relations romantiques à l'âge adulte à travers la TCÉ pourrait améliorer la relation de couple et pourraient également contribuer à un meilleur pronostic chez le partenaire souffrant d'une maladie chronique. La TCÉ, une approche clinique qui aborde l'attachement à l'âge adulte pourrait procurer un environnement sécurisant à travers lequel les partenaires pourraient se montrer vulnérables (Johnson, 2004).

La recherche a suggéré que la TCÉ chez les patients souffrant d'une maladie chronique pourrait mener à une amélioration de la satisfaction au sein du couple, et pourrait également améliorer la qualité de vie du partenaire malade (Ghedin et al., 2016). Ghedin et ses collègues (2016) ont effectué la TCÉ auprès de 14 couples ayant une maladie neurodégénérative. Les couples avaient complété le SF-36 et un questionnaire avant la thérapie et après la thérapie ainsi qu'un questionnaire sur la satisfaction au sein du couple. Leurs résultats ont démontré que la qualité de vie et la satisfaction de la relation de couple s'amélioraient après la thérapie.

Peu d'études ont été effectuées sur la thérapie de couple et l'anxiété. Toutefois, la revue de littérature de (Reinitz, 2018) met en lumière les fondements (styles d'attachement insécurisant et anxiété) pour lesquels la thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) pourrait être une avenue importante dans le traitement de l'anxiété.

Marganska et ses collègues (2013) ont démontré que l'attachement sécurisant était lié à moins de symptômes d'anxiété que l'attachement insécurisant. Finalement, l'étude de Read et al., (2018) a indiqué que l'attachement anxieux et l'attachement évitant seraient directement liés à l'anxiété sociale. Leurs résultats suggèrent que l'augmentation de l'attachement sécurisant pourrait être un élément important dans le traitement de l'anxiété. Il pourrait donc s'avérer important d'observer l'effet de la thérapie de couple axée sur l'émotion sur l'anxiété.

De plus, aucune étude n'a été effectuée sur la thérapie de couple auprès d'une population cardiaque. Il pourrait donc s'avérer intéressant de tester la thérapie de couple auprès de cette population et de voir l'effet de ce traitement sur l'anxiété, la dépression et la qualité de vie. Bien que la thérapie de couple axée sur l'émotion soit le traitement le plus documenté en ce qui a trait à l'augmentation de l'attachement sécurisant, Johnson (2019) suggère que la focalisation sur les thèmes d'attachement et les émotions qui les accompagnent permettent d'augmenter l'attachement sécurisant en thérapie individuelle et en thérapie familiale, ce qui aurait pour effet d'améliorer la santé mentale.

Forces et limites

Cette étude comprend un nombre de forces et de limites, que nous explorons dans cette partie.

Forces

L'échantillon est de 201 participants étant aux prises avec un événement cardiaque, ce qui donne une bonne puissance statique. Également, les questionnaires utilisés ont démontré de bonnes propriétés psychométriques (Brennan et al., 1998; Ware & Sherborne, 1992; Zigmond & Snaith, 1983) et le questionnaire pour mesurer la dépression et l'anxiété, le HADS, était bien adapté à la population cardiaque. Cette étude est novatrice puisqu'elle est la première à explorer le lien entre l'attachement, l'anxiété, la dépression et qualité de vie chez une population cardiaque.

Limites

Le devis de recherche, qui était de nature transversale et corrélacionnelle, est une limite en soi. Même s'il est possible de voir qu'une variable explique mieux une autre variable, il n'est pas possible de supposer des relations de cause à effet étant donné que les données ont été recueillies en un seul temps. Afin de pouvoir démontrer des relations de causes à effet, un devis longitudinal est nécessaire. De plus, les mesures autorapportées amènent un biais quant à la désirabilité sociale. Finalement, notre groupe était assez homogène, c'est-à-dire que notre population était principalement constituée d'hommes ontariens blancs, éduqués, avec une moyenne d'âge de 62 ans. Étant donné que notre étude est la première à comparer ces différents concepts (attachement, anxiété, dépression et qualité de vie liée à la santé chez une population cardiaque), il existe peu d'études comparatives. D'autres études restent à être effectuées sur le sujet.

Finalement, l'attachement insécurisant évitant a été divisé en deux catégories (craintif (un score élevé sur l'échelle de l'attachement anxieux et un score élevé à l'échelle de l'attachement évitant) et évitant (un haut score sur l'échelle de l'attachement évitant et un faible score sur l'échelle de l'attachement anxieux) (Bartholomew, Horowitz, 1991). Dû à l'outil que nous avons choisi le « ECR » la distinction entre les deux n'a pas été effectuée.

Pistes de recherches futures

À la lumière de nos résultats qui soulignent que plus les gens détiennent un attachement insécurisant, plus ils auront des symptômes de dépression qui pourront affecter leur qualité de vie sur les plans psychologique et physique, l'attachement sécurisant pourrait devenir un élément important dans le traitement des patients souffrant de maladies cardiaques, ce qui concorde avec d'autres études (Marganska et al., 2013). Bien que plusieurs thérapies visant à traiter la dépression et l'anxiété aient vu le jour (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dagleish, 2015; Springer, Levy, & Tollin, 2018), l'attachement insécurisant dans la population cardiaque s'est avéré plus élevé que dans la population saine (Oladi & Dargahi, 2018). La théorie de l'attachement pourrait offrir le cadre théorique afin de mieux comprendre le développement, la sévérité et la persistance des symptômes de dépression et d'anxiété. Intervenir sur l'anxiété et la dépression via l'augmentation de l'attachement sécurisant au sein du couple pourrait devenir une avenue intéressante pour améliorer la qualité de vie des patients cardiaques et donc leur pronostic (Johnson, 2019).

La théorie de l'attachement pourrait également permettre d'offrir une définition claire du fonctionnement social des individus, un élément clé dans la définition du concept de la qualité de vie liée à la santé (Post, 2014; Sajid et al., 2008; Shepherd & While, 2012; Spitzer, 1987). Même si plusieurs ont souligné l'importance du fonctionnement social, cette sous-échelle a eu de pauvres propriétés psychométriques dans le questionnaire utilisé dans notre étude (Brazier et al., 1992; Craig et al., 1996) et pourrait être sous-représentée dans la majorité des questionnaires mesurant la qualité de vie liée à la santé.

Ainsi, le concept du fonctionnement social et son rôle dans la qualité de vie restent à être mieux définis. L'aspect subjectif et autorapporté des questionnaires mesurant la qualité de vie liée à la santé pourrait être altéré par la qualité des relations comme mentionné précédemment, dès lors, augmenter l'attachement sécurisant au sein du couple, la relation souvent la plus importante dans la vie d'une personne à l'âge adulte pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie. D'autres recherches restent à être effectuées sur le sujet. Chose certaine, notre étude permet de mettre en lumière l'importance de la qualité des relations dans le pronostic des patients souffrant de maladies cardiaques.

Conclusion

Notre étude est la première à vouloir élucider le lien entre l'attachement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez les patients cardiaques. Nos résultats ont démontré que l'attachement insécurisant était lié à une plus faible qualité de vie et à davantage de symptômes d'anxiété et de dépression. De plus, notre étude a pu démontrer les effets médiateurs de la

dépression et de l'anxiété entre l'attachement insécurisant et la qualité de vie, c'est-à-dire que plus une personne obtient un haut score à l'une des deux échelles d'attachement insécurisant, plus elle vivra des symptômes d'anxiété et de dépression et plus ces symptômes pourront affecter la qualité de vie. Comme il a été mentionné préalablement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie sont des facteurs de risque important dans la récurrence des maladies cardiaques. La théorie de l'attachement pourrait donc offrir le cadre conceptuel afin d'expliquer pourquoi un individu vivrait davantage de symptômes d'anxiété et de dépression et pourquoi il aurait une plus faible qualité de vie qu'un autre pour une problématique équivalente. Il pourrait donc s'avérer important de prendre en considération le style d'attachement dans le traitement des patients souffrant de maladies cardiaques. D'autres études restent à être effectuées sur le sujet.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. R., Zwisler, A-D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 1-12. Doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044
- Antonogeorgos, G., Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Papageorgiou, C., Chrysohoou, C., Papadimitriou, G. N., & Stefanadis, C. (2012). Understanding the role of depression and anxiety on cardiovascular disease risk, using structural equation modeling; the mediating effect of the Mediterranean diet and physical activity: the ATTICA study. *Annals of Epidemiology*, 22(9), 630-637. doi.org/10.1016/j.annepidem.2012.06.103
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, C. M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Agostini, A., Moretti, M., Calabrese, C., Rizzello, F., Gionchetti, P., Ercolani, M., & Campieri, M. (2014). Attachment and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *International Journal of Colorectal Disease*, 29(10), 1291–1296. Doi.org/10.1007/s00384-014-1962-3
- Alhurani, A. S., Dekker, R. L., Abed, M. A., Khalil, A., Al Zaghal, M. H., Lee, K. S., ... Moser, D. K. (2015). The Association of Co-morbid Symptoms of Depression and Anxiety With All-Cause Mortality and Cardiac Rehospitalization in Patients With Heart Failure. *Psychosomatics*, 56(4), 371–380. Doi.org/10.1016/j.psych.2014.05.022
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*,

22(2), 211–221. doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.004

Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late life depression? *Psychiatric Clinic of North America*, 36, 497-516. Doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.001

Backé, E-M., Seidler, A., Latza, U., Rossnagel, K., Schumann, B. (2012). The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(1), 67-79. DOI 10.1007/s00420-011-0643-6

Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 802–813. Doi.org/10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226-244. <http://proxybiblio.uqo.ca:2068/10.1037/0022-3514.61.2.226>

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An Attachment perspective. *Journal of Social and Personal Perspective*, 7, 147-178.

Bartoli, F., Lillia, N., Lax, A., Carra, G., Agostoni, E., & Clerici, M. (2013). Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Phytotherapy Research*, 262, 862978. Doi.org/10.1155/2013/862978

Beach, S. R. H., & Whisman, M. A. (2011). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 201-219. Doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00243.x

Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., & Gerber, Y. (2013). Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 310–321.

Doi.org/10.1007/s12160-013-9509-3

- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, 57(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003>
- Bernardon, S., Babb, K. A., Hakim-Larson, J., & Gragg, M. (2011). Loneliness, attachment, and the perception and use of social support in university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(1), 40-51. Doi.org/10.1037/a00211199
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 50-59. DOI: 10.1007/s127-002-8215-0
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol.2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brazier, E., Harper, R., Jones, M. N., O’Cathain, A., Thomas, K. J., Unsherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-164. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6846.160>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self- report measurement of adult attachment: An integra- tive overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment*

theory and close relationships (pp. 46-76). New York : Guilford Press.

- Brennan, A. M., Fargnoli, J. L., Williams, C. J., Li, T., Willett, W., Kawachi, I., ... Mantzoros, C. S. (2009). Phobic anxiety is associated with higher serum concentrations of adipokines and cytokines in women with diabetes. *Diabetes Care*, *32*(5), 926–931. Doi.org/10.2337/dc08-1979
- Broomfield, N. M., Quinn, T. J., Abdul-rahim, A. H., Walters, M. R., & Evans, J. J. (2014). Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. *BioMed Central Journal of Neurology*, *14*(198), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12883-014-0198-8>
- Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Camardese, G., & Lai, S. (2015). Attachment style predict compliance, quality of life and renal function in adult patients after kidney transplant: preliminary results. *Renal Failure*, *37*(4), 678-680. Doi.org/10.3109/0886022X.2015.1010989
- Campbell, L., & Marshall, T. (2011). Anxious attachment and relationship processes: An interactionist perspective. *Journal of Personality*, *79*(6), 1219-1950. Doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00723.x
- Carney, R. M., Blumenthal, J. A., Freedland, K. E., Youngblood, M., Veith, R. C., Burg, M. M., ... Jaffe, A. S. (2004). Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) study. *Psychosomatic Medicine*, *66*(4), 466–474. Doi.org/10.1097/01.psy.0000133362.75075.a6
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Development*, *65*(4), 971-991. Doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00796.x

- Celano, C. M., Mastromauro, C. A., Lenihan, E. C., Januzzi, J. L., Rollman, B. L., & Huffman, J. C. (2012). Association of baseline anxiety with depression persistence at 6 months in patients with acute cardiac illness. *Psychosomatic Medicine*.
Doi.org/10.1097/PSY.0b013e31823d3d38bc
- Celano, C., & Huffman, J. C. (2011). Depression and cardiac disease : A review. *Cardiology in Review*, 19(3), 130-142. doi: 10.1097/CRD.0b013e31820e8106
- Christian, A. H., Cheema, A. F., Smith, S. C., & Mosca, L. (2007). Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. *Quality of Life Research*, 16, 363-373.
doi.org/10.1007/s11136-006-9135-7
- Chwastiak, A. L., Rosenheck, A. R., & Kazis, E. L. (2011). Association of psychiatric illness and obesity, physical inactivity and smoking among a national sample of veterans.
Psychosomatics, 52(3), 230-236. Doi.org/10.1016/j.psych.2010.12.009
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 68–82. Doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1
- Collins, N. L., Feeney, B. C. (2010). An attachment theoretical perspective on social support dynamics in couples: Normative processes and individual differences. In K. Sullivan, & J. Davila (Eds.), *Support processes in intimate relationships* (pp. 89-120). New-York: Oxford University Press.
- Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A. C., & Allard, L. M. (2006). Working models of attachment and attribution processes in intimate relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(2), 201-219. Doi:10.1177/0146167205280907
- Conradi, H. J., Kamphuis, J. H., de Jonge, P. (2018). Adult attachment predicts the seven-year

- course of recurrent depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 225, 160-166.
doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.009
- Craig, A., Laubscher, S., & Burns, R. (1996). Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey Questionnaire among stroke patients. *Stroke*, 27, 1812-1816.
Doi.org/10.1161/01.STR.27.10.1812
- Cruz, L. N., De Almeida Fleck, M. P., & Polanczyk, C. A. (2010). Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: Data from Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 953–961. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0141-2>
- Cully, J. A., Phillips, L. L., Kunik, M. E., Stanley, M. A., & Deswal, A. (2010). Predicting quality of life in veterans with heart failure: The role of disease severity, depression, and comorbid anxiety. *Behavioral Medicine*, 36(2), 70–76.
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236(April), 274–290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.091>
- Dempe, C., Jünger, J., Hoppe, S., Katzenberger, M. L., Möltner, A., Ladwig, K. H., ... Schultz, J. H. (2013). Association of anxious and depressive symptoms with medication nonadherence in patients with stable coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 122–127.
- Denollet, J., Schiffer, A. A., & Spek, V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3, 546-553. /doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.934406
- Denollet, J., Pedersen, S. S., Ong, A. T. L., Erdman, R. A. M., Serruys, P. W., & Van Domburg, R. T. (2006). Social inhibition modulates the effect of negative emotions on cardiac

- prognosis following percutaneous coronary intervention in the drug-eluting stent era. *European Heart Journal*, 27(2), 171–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi616>
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & 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(1), 23-38. [Doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x)
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-Focused Therapy for couples in the Treatment of Depression: A Pilot Study. *The American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353. [Doi.org/10.1080/01926180390232266](https://doi.org/10.1080/01926180390232266)
- Dhar, A. K., & Barton, D. A. (2016). Depression and the link with cardiovascular disease. *Frontiers in Psychiatry*, 7(33), 1–9. [Doi.org/10.3390/fpsy.2016.00033](https://doi.org/10.3390/fpsy.2016.00033)
- Ekici, B., Ercan, E. A., Cehreli, S., & Töre, H. F. (2014). The effect of emotional status and health-related quality of life on the severity of coronary artery disease. *Kardiologia Polska*, 72(7), 617–623. [Doi.org/10.5603/KP.a2014.0023](https://doi.org/10.5603/KP.a2014.0023)
- Ervasti, J., Virtanen, M., Lallukka, T., Friberg, E., Mittendorfer-Rutz, E., Lundström, E., & Alexanderson, K. (2017). Permanent work disability before and after ischaemic heart disease or stroke event: A nationwide population-based cohort study in Sweden. *British Medical Journal Open*, 7(9). Publié en ligne. [Doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017910](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017910)
- Fagundez, C. P., Jaremka, L. M., Malarkey, B. W., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Attachment style and respiratory sinus arrhythmia predict post-treatment quality of life in breast cancer survivors. *Psychooncology*, 23(7), 820–826. [Doi.org/10.1146/annurev.neuro.31.060407.125627](https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.31.060407.125627).Brain
- Feeney, J. A., & Karantzas, G. C. (2017). Couple conflict: insights from an attachment

perspective. *Current Opinion in Psychology*, 13, 60-64.

Doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.017

Feeney, J. A. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 456-481). New York, NY, US: The Guilford Press.

Fisher, J., & Scheidt, S. S. (2012). A whirlwind tour of cardiology. In R. Allan, & J. Fisher (Eds), *Heart and Mind* (pp. 17-53). Washington, DC: American Psychological Association.

Fondation des maladies du Cœur, 2019. Facteurs de risques biologiques. Repéré dans <https://www.coeuretavc.ca/search-results-page?q=facteurs+de+risques+biologiques>

Fraley, C. R., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*, 4, 132-154. doi: 10.1037//1089-2680.4.2.132

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-36. doi: 10.1037/0022-3514.78.2.350

Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2008). Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 62-71. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.4

Freedland, K. E., Carney, R. M., & Rich, M. W. (2011). Effect of depression on prognosis in heart failure. *Heart Failure Clinics*, 7(1), 11-21. Doi.org/10.1016/j.hfc.2010.08.003

Gan, Y., Gong, Y., Tong, X., Sun, H., Cong, Y., Dong, X., ... Lu, Z. (2014). Depression and the risk of coronary heart disease: A meta-analysis of prospective cohort studies. *BioMed*

Central, Psychiatry, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0371-z>

- Gathright, E. C., Goldstein, C. M., Josephson, R. A., & Hughes, J. W. (2017). Depression increases the risk of mortality in patients with heart failure: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.01.010>
- Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., & Whooley, M. A. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 165(21), 2508. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.21.2508>
- Ghedini, S., Semi, A., Caccamo, F., Caldironi, L., Marogna, C., Piccione, F., ... Vidotto, G. (2016). Emotionally focused couple therapy with neurodegenerative diseases: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 45(1), 15-26. [Doi.org/10.1080/01926187.2016.1223562](https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1223562)
- Gottlieb, S. S., Kop, W. J., Ellis, S. J., Binkley, P., Howlett, J., O'Connor, C., ... Cooper, L. (2009). Relation of Depression to Severity of Illness in Heart Failure (from Heart Failure And a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training [HF-ACTION]). *American Journal of Cardiology*, 103(9), 1285–1289. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2009.01.025>
- Gravely-Witte, S., De Gucht, V., Heiser, W., Grace, S. L., & Van Elderen, T. (2007). The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. *Chronic Illness*, 3(1), 66–76. <https://doi.org/10.1177/1742395307079192>
- Han, S., & Lee, S. (2014). College student binge eating: attachment, psychological needs satisfaction, and emotion regulation. *Journal of College Student Development*, 58(7), 1074–1086. <https://doi.org/10.1353/csd.2017.0084>

- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1-22. Doi.org/10.1207/s15327965pli0501
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi: 10.1037/0022- 3514.52.3.511
- Heart and Stroke Association, (2019, février). *Leading causes of death. Année 2016*. Repéré dans <https://www.heart.org/en/news/2018/05/01/heart-disease-stroke-death-rates-increase-following-decades-of-progress>
- Hemingway, H., & Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 316 (7196), 1460-1467. Doi:10.1136/bmj.318.7196.1460
- Heszen-Niejodek, I., Gottschalk, L. A., & Januszek, M. (1999). Anxiety and hope during the course of three different medical illnesses: A longitudinal study. *Psychotherapie and Psychosomatics* 68, 304-312. Doi.org/10.1159/000012348
- Holt, R. I. G., Phillips, D. I. W., Jameson, K. A., Cooper, C., Dennison, E. M., & Peveler, R. C. (2013). The relationship between depression, anxiety and cardiovascular disease: Findings from the hertfordshire cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 84–90.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.026>
- Hosseini, S. H., Ghaemian, A., Mehdizadeh, E., & Ashraf, H. (2014). Contribution of depression and anxiety to impaired quality of life in survivors of myocardial infarction. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(3), 175–181.

<https://doi.org/10.3109/13651501.2014.940049>

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545. doi: 10.1126/science.3399889

Johnson, S. M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with individuals, couples and families*. New-York, London: Guilford Press.

Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd ed). New York, NY : Brunner-Routledge.

Joynt, K. E., Whellan, D., & O'Connor, C. M. (2003). Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biological Psychiatry*, 54(3), 248-261.

Judd, C. M., Kenny, D. A., & McClelland, G. H. (2001). Estimating and testing mediation and moderation in within-subject designs. *Psychological Methods*, 6(2), 115-134. DOI: 10.1037//1082-989X.6.2.115

Kang, K., Gholizadeh, L., Inglis, S. C., & Han, H. R. (2017). Correlates of health-related quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.010>

Kidd, T., Poole, L., Ronaldson, A., Light, E., Jahangiri, M., & Steptoe, A. (2016). Attachment anxiety predicts depression and anxiety symptoms following coronary artery bypass graft surgery. *British Journal of Health Psychology*, 21, 796-811. Doi:10.1111/bjhp.1291

Kornerup, H., Zwisler, A-D. O., & Prescott, E. (2011). No association between anxiety and depression and adverse clinical outcome among patients with cardiovascular disease: Findings from the DANREHAB trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 207-214. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.04.006

Kotler, T., Buzwell, S., Romeo, Y., & Bowland, J. (1994). Avoidant attachment as a risk factor

- for health. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 237-245.
- Kowal, J., Johnson, S. M., & Lee, A. (2003). Chronic illness in couples: A case for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 299-310.
DOI:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01208.x
- Kronish, I. M., Rieckmann, N., Halm, E. A., Shimbo, D., Vorchheimer, D., Haas, D. C., & Davidson, K. W. (2006). Persistent depression affects adherence to secondary prevention behaviors after acute coronary syndromes. *Journal of General Internal Medicine*, 21(11), 1178–1183. Doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00586.x
- Lafontaine, M.-F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux: Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité [Bidimensional structure of attachment in love: Anxiety over abandonment and avoidance of intimacy]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(1), 56-60. Doi.org/10.1037/h0087187
- Lambiase, M. J., Kubzansky, L. D., & Thurston, R. C. (2014). Prospective study of anxiety and incident stroke. *Stroke*, 45(2), 438–443. Doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.003741
- Lange-Asschenfeldt, C., & Lederbogen, F. (2011). Antidepressant therapy in coronary artery disease. *Nervenarzt*, 82(5), 657-664. doi: 10.1007/s00115-010-3181-7.
- Laplège, A., Ecosse, E., Verdier, V., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1013-1023. doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00093-6
- Lee, K. S., Lennie, T. A., Wu, J.-R., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2014). Depressive symptoms, health-related quality of life, and cardiac event-free survival in patients with heart failure: a mediation analysis. *Quality of Life Research*, 23(6), 1869–1876.

<https://doi.org/10.1007/s11136-014-0636-5>

Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 283-300.

Lupón, J., Gastelurrutia, P., De Antonio, M., González, B., Cano, L., Cabanes, R., ... Bayes-Genis, A. (2013). Quality of life monitoring in ambulatory heart failure patients: Temporal changes and prognostic value. *European Journal of Heart Failure, 15*(1), 103–109.
<https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfs133>

Markovitz, J. H., Matthews, K. A., Kannel, W. B. Cobb, J. L., & D'Agostino, R. B. (1993). Psychological predictors of hypertension in the framingham study. Is there tension in hypertension? *Journal of the American Medical Association, 270*(20), 2439-2443.
[doi:10.1001/jama.1993.03510200045030](https://doi.org/10.1001/jama.1993.03510200045030)

Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 83*(1), 131–141. <https://doi.org/10.1111/ajop.12001>

McWilliams, L. A. (2017). Adult attachment insecurity is positively associated with medically unexplained chronic pain. *European Journal of Pain, 21*(8), 1378-1383.
doi.org/10.1002/ejp.1036

McWilliams, L. A., & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the national comorbidity survey replication. *Health Psychology, 29*(4), 446–453. <https://doi.org/10.1037/a0020061>

Merswolken, M., Deter, H. C., Siebenhuener, S., Orth-Gomér, K., & Weber, C. S. (2013). Anxiety as predictor of the cortisol awakening response in patients with coronary heart

disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 461–467.

Doi.org/10.1007/s12529-012-9233-6

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). Adult attachment and emotion regulation. In J. Cassidy., & P. R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3rd ed., pp.507-533). New York: Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Personality Psychology and Psychotherapy*, 81(6), 606-616.

DOI: 10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x

Mikulincer, M., Shaver, P. R., Bar-On, N., & Ein-Dor, T. (2010). The pushes and pulls of close relationships: Attachment insecurities and relational ambivalence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(3), 450-468. Doi.org/10.1037/a0017366

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, London: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12, 149–168. doi:10.1111/j.13504126.2005.00108.x

Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York, NY, US: Guilford Press.

- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1209-1224. Doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1209
- Musselman, D. L., Evans, D. L., & Nemeroff, C. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: Epidemiology, biology and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 580-592.
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 540-544. doi.org/10.1192/bjp.179.6.540
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dagleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110. doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002
- Nieuwenhuis, M. M. W., Jaarsma, T., Van Veldhuisen, D. J., Postmus, D., & van der Wal, M. H. L. (2012). Long-term compliance with nonpharmacologic treatment of patients with heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 100(3), 392-397. Doi.org/10.1016/j.amjcard.2012.03.039
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5(55), 1–21. doi.org/10.3389/fnbeh.2011.00055
- O'Donovan, A. B., Hughes, B. M., Slavich, G. M., Lynch, L., Cronin, M. T., O'Farrelly, C., & Malone, K. M. (2010). Clinical anxiety, cortisol and interleukin-6: Evidence for specificity

in emotion–biology relationships. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24(7), 1074–1077.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bbi.2010.03.003>

Oktaý, J. S. (1998). Psychosocial aspects of breast cancer. *Lippincotts Primary Care Practice*, 2(2), 149–159.

Oktaý, J.S., & Walter, C.W. (1991). *Breast cancer in the life course: Women's experiences*. New York: Springer.

Oladi, F., & Dargahi, M. (2018). The comparison of attachment styles in people with and without coronary artery disease. *Zahedan Journal of Reseach in Medical Sciences*, 20(5), e60106. Doi:10.5812/zjrms.60106.

O'Neil, A., Stevenson, C. E., Williams, E. D., Mortimer, D., Oldenburg, B., & Sanderson, K. (2013). The health-related quality of life burden of co-morbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia: Findings from a population-based, cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 22(1), 37–44. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0128-4>

Organisation mondiale de la santé, 2019. Maladies cardiaques. Repéré dans https://www.who.int/cardiovascular_diseases/fr/

Painter, P., & Roshanravan, B. (2013). The association of physical activity and physical function with clinical outcomes in adults with chronic kidney disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 22(6), 615–623. <https://doi.org/10.1097/MNH.0b013e328365b43a>

Palacios, J. E., Khondoker, M., Achilla, E., Tylee, A., & Hotopf, M. (2016). A single, one-off measure of depression and anxiety predicts future symptoms, higher healthcare costs, and lower quality of life in coronary heart disease patients: Analysis from a multi-wave, Primary care cohort study. *Public library of Science One*, 11(7), e0158163.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158163>

- Pietromonaco, P. R., & Beck, L. A. (2019). Adult attachment and physical health, *Current Opinion in Psychology*, 25, 115-120. Doi.org/10.1016/j.copsy.2018.04.004
- Pietromonaco, P. R., Uchino, B., & Dunkel Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: Implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32(5), 499-513. Doi.org/10.1037/a0029349
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D. B., Papageorgiou, C., Tsetsekou, E., Soldatos, C., & Stefanadis, C. (2006). Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: The ATTICA Study. *Atherosclerosis*, 185(2), 320-326.
doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2005.06.001
- Ponizovsky, A. M., & Drannikov, A. (2013). Contribution of attachment insecurity to health-related quality of life in depressed patients. *World Journal of Psychiatry*, 3(2), 41.
Doi.org/10.5498/wjp.v3.i2.41
- Post, M. (2014). Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 167–180. Doi.org/10.1310/sci2003-167
- Rafael, B., Simon, A., Drótos, G., & Balog, P. (2014). Vital exhaustion and anxiety are related to subjective quality of life in patients with acute myocardial infarct before cardiac rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2864–2873.
Doi.org/10.1111/jocn.12563
- Ramos, S., Prata, J., Gonçalves, F. R., & Coelho, R. (2013). Congestive heart failure and quality of life. *Applied Research in Quality of Life*, 9(4), 803–817. Doi.org/10.1007/s11482-013-9270-6
- Ramos, S., Prata, J., Rocha-Gonçalves, F., Bettencourt, P., & Coelho, R. (2017). Quality of life

- Predicts survival and hospitalisation in a heart failure portuguese population. *Applied Research in Quality of Life*, 12(1), 35–48. Doi.org/10.1007/s11482-016-9449-8
- Read, D. L., Clark, G. I., Rock, J., & Coventry, W. L. (2018). Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies. *Public Library of Science one*, 13(12), e0207514. Doi.org/10.1371/journal.pone.0207514
- Reinitz, C. (2018). *Emotionally focused therapy for couples: A treatment for depression and anxiety* (Thèse de Maitrise). University of St-Catherine.
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140–187.
Doi.org/10.1037/a0031859
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease. A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38–46. Doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.034
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., . . . Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 208-225. Doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.12.006
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., . . . Turner, M. B. (2012). Heart Disease and Stroke Statistics—2012 Update. *Circulation*, 125(1). Doi.org/10.1161/CIR.0b013e31823ac46
- Rothrock, N. E., Hays, R. D., Spritzer, K., Yount, S. E., Riley, W., & Cella, D. (2010). Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information

- System (PROMIS). *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), 1195–1204.
Doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.012
- Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in heart failure. A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527–1537.
Doi.org/10.1016/j.jacc.2006.06.055
- Ryan, L. H., Wan, W. H., & Smith, J. (2014). Spousal social support and strain : impacts on health in older couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 1108–1117.
<https://doi.org/10.1007/s10865-014-9561-x>
- Sajid, M. S., Tonsi, A., & Baig, M. K. (2008). Health-related quality of life measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(4), 365-373.
Doi.org/10.1108/09526860810880162
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 349-367.
doi.org/10.1207/s15327752jpa7103_5
- Shad, B., Ashouri, A., Hasandokht, T., Rajati, F., Salari, A., Naghshbandi, M., & Mirbolouk, F. (2017). Effect of multimorbidity on quality of life in adult with cardiovascular disease: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–8.
Doi.org/10.1186/s12955-017-0820-8
- Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J., & Kurker, S. F. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 501–519. <https://doi.org/10.1002/jclp.1026>
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment Style, Excessive

- Reassurance Seeking, Relationship Processes, and Depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 343-359. Doi.org/10.1177/0146167204271709
- Shepherd, C. W., & While, A. W. (2012) Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 755-771.
Doi.org/10.1016/j.ijnursty.2011.11.019
- Slatcher, R. B., & Selcuk, E. (2017). A social psychological perspective on the links between close relationships and health. *Current Directions in Psychological Science*, 26(1), 16-21.
DOI: 10.1177/0963721416667444
- Sockalingam, S., Wnuk, S., Strimas, R., Hawa, R., & Okrainec, A. (2011). The association between attachment avoidance and quality of life in bariatric surgery candidates. *Obesity Facts*, 4(6), 456–460. <https://doi.org/10.1159/000335345>
- Sowden, G. L., Mastromauro, C. A., Seabrook, R. C., Celano, C. M., Rollman, B. L., & Huffman, J. C. (2013). Baseline physical health-related quality of life and subsequent depression outcomes in cardiac patients. *Psychiatry Research*, 208(3), 288–290.
Doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.019
- Spitzer, W. O. (1987). State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 40(6), 465-471.
doi.org/10.1016/0021-9681(87)90002-6
- Springer, K. S., Levy, H.C., & Tollin, D. V. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1-8.
doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002
- Sandberg, J. G., Novak, J. R., & Bates, T. (2016). Can couple level attachment mediate the influence of depressive symptoms on health? *The American Journal of Family Therapy*,

44(2), 80-94. Doi.org/10.1080/01926187.2016.1145082

Stafford, L., Berk, M., Reddy, P., & Jackson, H. J. (2007). Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(4), 401-410. Doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.009

Statistique Canada, Maladies du cœur au Canada (2019, février). *Les 10 principales causes de décès. Année 2012*. Repéré dans <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladies-coeur-canada-fiche-technique.html>

Stanton, S. C. E., & Campbell, L. (2014). Perceived social support moderates the link between attachment anxiety and health outcomes. *Public Library of Science ONE*, 9(4), e95358. Doi.org/10.1371/journal.pone.0095358

Stapelberg, N. J. C., Neumann, D. L., Shum, D. H. K., McConnell, H., & Hamilton-Craig, I. (2011). A topographical map of the causal network of mechanisms underlying the relationship between major depressive disorder and coronary heart disease. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(5), 351–369. Doi.org/10.3109/00048674.2011.570427

Strik, J. J. M. H., Denollet, J., Lousberg, R., & Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1801–1807. Doi.org/10.1016/j.jacc.2003.07.007

Strik, J., Honig, A., Lousberg, R., & Denollet, J. (2001). Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 42(5), 423-428. Doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.423

- Sullivan, M., Levy, W. C., Russo, J. E., & Spertus, J. A. (2004). Depression and health status in patients with advanced heart failure: a prospective study in tertiary care. *Journal of Cardiac Failure, 10*(5), 390-396. Doi.org/10.1016/j.cardfail.2004.01.011
- Swardfager, W., Herrmann, N., Marzolini, S., Saleem, M., Farber, S. B., Kiss, A., ... Lanctôt, K. L. (2010). Major depressive disorder predicts completion, adherence, and outcomes in cardiac rehabilitation: a prospective cohort study of 195 patients with coronary artery disease. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*(9), 1181-1188. doi: 10.4088/JCP.09m05810blu
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2017). *Using Multivariate Statistics (7th Edition)*. Boston: Pearson.
- Tulloch, H. E., & Greenman, P. S. (2018). In sickness and in health: relationship quality and cardiovascular risk and management. *Current Opinion in Cardiology, 33*(5), 521-528. doi: 10.1097/HCO.0000000000000553
- Tully, P. J., Baker, R. A., Turnbull, D. A., Winefield, H. R., & Knight, J. L. (2009). Negative emotions and quality of life six months after cardiac surgery: The dominant role of depression not anxiety symptoms. *Journal of Behavioral Medicine, 32*(6), 510–522. Doi.org/10.1007/s10865-009-9225-4
- Valtora, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart, 102*, 1009-1016. doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790
- Vilchinsky, N., Dekel, R., Asher, Z., Leibowitz, M., & Mosseri, M. (2013). The role of illness perceptions in the attachment-related process of affect regulation. *Anxiety, Stress, & Coping, 26*(3), 314-329. doi.org/10.1080/10615806.2012.682649

- von Känel, R., Mausbach, B. T., Kudielka, B. M., & Orth-Gomér, K. (2008). Relation of morning serum cortisol to prothrombotic activity in women with stable coronary artery disease. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 25(2), 165–172. Doi.org/10.1007/s11239-007-0035-7
- Wang, W., Chow, A., Thompson, D. R., Koh, K., Kowitlawakul, Y., & He, H. G. (2016). Predictors of health-related quality of life among patients with myocardial infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 38(1), 43–56. Doi.org/10.1177/0193945914546201
- Watkins, L. L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J. R. T., O'Connor, C., & Sketch, M. H. (2013). Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *Journal of the American Heart Association*, 2(2), 1–11. Doi.org/10.1161/JAHA.112.000068
- Ware, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. Doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002
- Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, A., Lachmar, E. M., Mitchell, E. A., & 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*, publié en ligne. doi: 10.1111/jmft.12350
- Wolfgang, S., Muller, M. M., Albus, C., Behnisch, R., Beutel, M. E., de Zwaan, M., ...Herrmann-Lingen, C. (2018). The relationship between attachment orientations and the course of depression in coronary artery disease patients: A secondary analysis of the SPIRR-CAD trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 108, 39-46.

Zahlis, E. H., & Shands, M. E. (1991). Breast cancer: Demands of the illness of the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 75–93.

Zeifman, D. M. & 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*. (3^e éd., p.416-434). New York : Guilford Press.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES D'ATTACHEMENT AMOUREUX (QEAA)

Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont **vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle**. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord.

		<i>Fortement en désaccord</i>								<i>Fortement en accord</i>		
		1	2	3	4	5	6	7				
1.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
2.	Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).					1	2	3	4	5	6	7
3.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).					1	2	3	4	5	6	7
4.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.					1	2	3	4	5	6	7
5.	Dès que mon/ma partenaire se rapproche de moi, je sens que je m'en éloigne.					1	2	3	4	5	6	7
6.	J'ai peur que mes partenaires amoureux(es) ne soient pas autant attaché(e)s à moi que je le suis à eux(elles).					1	2	3	4	5	6	7
7.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.					1	2	3	4	5	6	7
8.	Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
9.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
10.	Je souhaite souvent que les sentiments de mon/ma partenaire envers moi soient aussi forts que les miens					1	2	3	4	5	6	7
11.	Je veux me rapprocher de mon/ma partenaire, mais je ne cesse de m'en éloigner.					1	2	3	4	5	6	7
12.	Je cherche souvent à me fondre entièrement avec mes partenaires amoureux(se) et ceci les fait parfois fuir.					1	2	3	4	5	6	7
13.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.					1	2	3	4	5	6	7
14.	Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).					1	2	3	4	5	6	7
15.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon(ma) partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
16.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.					1	2	3	4	5	6	7
17.	J'essaie d'éviter d'être trop près de mon/ma partenaire.					1	2	3	4	5	6	7
18.	J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.					1	2	3	4	5	6	7
19.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma					1	2	3	4	5	6	7

20 Parfois, je sens que je force mes partenaires à me
manifester davantage leurs sentiments et leur
appreciation

1 2 3 4 5 6 7

<i>Fortement en désaccord</i>		<i>Neutre / partagé(e)</i>					<i>Fortement en accord</i>				
1	2	3	4	5	6	7					
21.	Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(es).				1	2	3	4	5	6	7
22.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).				1	2	3	4	5	6	7
23.	Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires				1	2	3	4	5	6	7
24.	Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné(e) ou				1	2	3	4	5	6	7
25.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.				1	2	3	4	5	6	7
26.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.				1	2	3	4	5	6	7
27.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.				1	2	3	4	5	6	7
28.	Lorsque je ne vis pas une relation amoureuse, je me sens quelque peu anxieux(se) et insécure.				1	2	3	4	5	6	7
29.	Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires				1	2	3	4	5	6	7
30.	Je deviens frustré(e) lorsque mon/ma partenaire n'est pas là aussi souvent que je le voudrais.				1	2	3	4	5	6	7
31.	Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes partenaires amoureux(es).				1	2	3	4	5	6	7
32.	Je deviens frustré(e) si mes partenaires amoureux(es) ne sont pas là quand j'ai besoin d'eux.				1	2	3	4	5	6	7
33.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin.				1	2	3	4	5	6	7
34.	Lorsque mes partenaires amoureux(es) me désapprouvent, je me sens vraiment mal vis-à-vis de moi-même.				1	2	3	4	5	6	7
35.	Je me tourne vers mon/ma partenaire pour différentes raisons, entre autres pour avoir du réconfort et pour me				1	2	3	4	5	6	7
36.	Je suis contrarié(e) lorsque mon/ma partenaire passe du temps loin de moi.				1	2	3	4	5	6	7

Experiences in Close Relationship (ECR)

The following statements concern how you generally feel in romantic relationship. Respond to each statement by indicating how much you agree or disagree with it.

	<i>Strongly Disagree</i>			<i>Neutral / mixed</i>			<i>Strongly agree</i>
	1	2	3	4	5	6	7
1.							
	I prefer not to show a partner how I feel deep down.						
2.							
	I worry about being abandoned.						
3.							
	I am very comfortable being close to romantic partners.						
4.							
	I worry a lot about my relationships.						
5.							
	Just when my partner starts to get close to me I find myself pulling away.						
6.							
	I worry that romantic partners wont care about me as much as I care about them.						
7.							
	I get uncomfortable when a romantic partner wants to be very close.						
8.							
	I worry a fair amount about losing my partner.						
9.							
	I don't feel comfortable opeing up to romantic partners.						
10							
.	I often wish that my partner's feelings for me were as strong as my feelings for him/her.						
11							
.	I want to get close to my partner, but I keep pulling back.						
12							
.	I often want to merge completely with romantic partners, and this sometimes scares them away.						
13							
.	I am nervous when partners get to close to me.						
14							
.	I worry about being alone.						
15							
.	I feel comfortable sharing my private thoughts and feelings with my partner.						
16							
.	My desire to be very close sometimes scares people away.						
17							
.	I try to avoid getting too close to my partner.						
18							
.	I need a lot of reassurance that I am loved by my partner.						
19							
.	I find it relatively easy to get close to my partner.						

20 Sometimes I feel that I force my partners to show more
feeling, more commitment.

1 2 3 4 5 6 7

		<i>Fortement en désaccord</i>			<i>Neutre / partagé(e)</i>		<i>Fortement en accord</i>		
		1	2	3	4	5	6	7	
21.	I find it difficult to allow myself to depend on romantic partners.	1	2	3	4	5	6	7	
22.	I do not often worry about being abandoned.	1	2	3	4	5	6	7	
23.	I prefer not to be too close to romantic partners.	1	2	3	4	5	6	7	
24.	If i can't get my partner to show interest in me, I get upset or angry.	1	2	3	4	5	6	7	
25.	I tell my partner just about everything.	1	2	3	4	5	6	7	
26.	I find that my partner(s) don't want to get close as I would like.	1	2	3	4	5	6	7	
27.	I usually discuss my problems and concerns with my partner.	1	2	3	4	5	6	7	
28.	When I'm not involved in a relationship, I feel somewhat anxious and insecure.	1	2	3	4	5	6	7	
29.	I feel comfortable depending on romantic partners	1	2	3	4	5	6	7	
30.	I get frustrated when my partner is not around as much as I would like.	1	2	3	4	5	6	7	
31.	I don't mind asking romantic partners for comfort, advice or help.	1	2	3	4	5	6	7	
32.	I get frustrated if romantic partners are not available when I need them.	1	2	3	4	5	6	7	
33.	It helps to turn to my romantic partner in times of need.	1	2	3	4	5	6	7	
34.	When romantic partners disapprove of me, I feel really bad about myself.	1	2	3	4	5	6	7	
35.	I turn to my partner for many things, including comfort and reassurance.	1	2	3	4	5	6	7	
36.	I resent it when my partner spends time away from me.	1	2	3	4	5	6	7	

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press

Échelle HADS: Hospital Anxiety and Depression scale

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

1. Je me sens tendu(e) ou énervé (e)

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

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

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

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

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

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

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

5. Je me fais du souci

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

6. Je suis de bonne humeur

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

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

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

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

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

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

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

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

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

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

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

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

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

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

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

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

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

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week. Don't take too long over you replies: your immediate is best.

- | | |
|--|---|
| <p>1. I feel tense or "wound up"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Most of the time 3 - A lot of the time 2 - From time to time, occasionally 1 - Not at all 0 | <p>8. I feel as if I am slowed down:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nearly all the time 3 - Very often 2 - Sometimes 1 - Not at all 0 |
| <p>2. I still enjoy the things I used to enjoy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definitely as much 0 - Not quite so much 1 - Only a little 2 - Hardly at all 3 | <p>9. I get a sort of frightened feeling like "butterflies" in the stomach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Not at all 0 - Occasionally 1 - Quite often 2 - Very often 3 |
| <p>3. I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Very definitely and quite badly 3 - Yes, but not too badly 2 - A little, but it doesn't worry me 1 - Not at all 0 | <p>10. I have lost interest in my appearance:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definitely 3 - I don't take as much care as I should 2 - I may not take quite as much care 1 - I take just as much care as ever 0 |
| <p>4. I can laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"> - As much as I always could 0 - Not quite so much now 1 - Definitely not so much now 2 - Not at all 3 | <p>11. I feel restless as I have be on the move:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Very much indeed 3 - Quite a lot 2 - Not very much 1 - Not at all 0 |
| <p>5. Worrying thoughts go through my mind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A great deal of the time 3 - A lot of the time 2 - From time to time, but not too often 1 - Only occasionally 0 | <p>12. I look forward with enjoyment to things:</p> <ul style="list-style-type: none"> - As much as I ever did 0 - Rather less than I used to 1 - Definitely less than I used to 2 - Hardly at all 3 |
| <p>6. I feel cheerful :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Not at all 3 - Not often 2 - Sometimes 1 - Most of the time 0 | <p>13. I get sudden feelings of panic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Very often indeed 3 - Quite often 2 - Not very often 1 - Not at all 0 |
| <p>7. I can sit at ease and feel relaxed:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definitely 0 - Usually 1 - Not often 2 - Not at all 3 | <p>14. I can enjoy a good book or radio TV program:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Often 0 - Sometimes 1 - Not often 2 - Very seldom 3 |

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente __ Très bonne __ Bonne __ Satisfaisante __ Mauvaise ____

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an __ Un peu meilleure qu'il y a un an __

A peu près comme il y a un an __ Un peu moins bonne qu'il y a un an __

Pire qu'il y a un an __

3.- Vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (Entourez la flèche).

a. *Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.*

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. *Activités modérées: déplacer une table, passer l'aspirateur.*

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. *Soulever et transporter les achats d'alimentation.*

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. *Monter plusieurs étages à la suite.*

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. *Monter un seul étage.*

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. *Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.*

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. *Marcher plus d'un kilomètre et demi.*

_____↓_____↓_____↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. *Marcher plus de 500 mètres*

_____↓_____↓_____↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. *Marcher seulement 100 mètres.*

_____↓_____↓_____↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

j. *Prendre un bain, une douche ou vous habiller.*

_____↓_____↓_____↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités?		
Faire moins de choses que vous n'espérez?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓—————
Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓—————
Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓—————
Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓—————
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓—————
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓——
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓——
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓——
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓——
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓——
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

—↓—————↓—————↓—————↓—————↓——
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

d. mon état de santé est excellent.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form 36 Health Survey

This survey asks for your views about your health. This information will help keep track of how you feel and how well you are able to do your usual activities. Thank you for completing this survey! For each of the following questions, please circle the number that best describes your answer.

1. In general, would you say your health is:

Excellent	1
Very good	2
Good	3
Fair	4
Poor	5

2. Compared to one year ago,

Much better now than one year ago	1
Somewhat better now than one year ago	2
About the same	3
Somewhat worse now than one year ago	4
Much worse now than one year ago	5

3. The following items are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

(Circle One Number on Each Line)

	Yes, Limited a Lot (1)	Yes, Limited a Little (2)	No, Not limited at All (3)
a. Vigorous activities , such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports	1	2	3
b. Moderate activities , such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf	1	2	3
c. Lifting or carrying groceries	1	2	3
d. Climbing several flights of stairs	1	2	3

e. Climbing one flight of stairs	1	2	3
f. Bending, kneeling, or stooping	1	2	3
g. Walking more than a mile	1	2	3
h. Walking several blocks	1	2	3
i. Walking one block	1	2	3
j. Bathing or dressing yourself	1	2	3

4. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health? (Circle One Number on Each Line)

	Yes (1)	No (2)
a. Cut down the amount of time you spent on work or other activities	1	2
b. Accomplished less than you would like	1	2
c. Were limited in the kind of work or other activities	1	2
d. Had difficulty performing the work or other activities (for example, it took extra effort)	1	2

5. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)? (Circle One Number on Each Line)

	Yes (1)	No (2)
a. Cut down the amount of time you spent on work or other activities	1	2
b. Accomplished less than you would like	1	2
c. Didn't do work or other activities as carefully as usual	1	2

6. During the pas 4 weeks, to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors, or groups?

Not at all	1
Slightly	2
Moderetely	3
Quite a bit	4
Extremely	5

7. How much bodily pain have you had during the past 4 weeks?

None	1
Very mild	2
Mild	3
Moderate	4
Severe	5
Very severe	6

8. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

Not at all	1
A little bit	2
Moderately	3
Quit a bit	4
Extremely	5

These questions are about how you feel and how things have been with you **during the past 4 weeks**. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. **(Circle One Number on Each)**

9. How much of the time during the past 4 weeks...

	All of the time	Most of the time	A good bit of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Did you feel full of pep?	1	2	3	4	5	6
b. Have you been a very nervous person?	1	2	3	4	5	6
c. Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?	1	2	3	4	5	6
d. Have you felt calm and peaceful?	1	2	3	4	5	6
e. Did you have a lot of energy	1	2	3	4	5	6
f. Have you felt downhearted and blue?	1	2	3	4	5	6
g. Did you feel worn out?	1	2	3	4	5	6
h. Have you been a happy person?	1	2	3	4	5	6
i. Did you feel tired?	1	2	3	4	5	6

10. During the past 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives etc.)?

- | | |
|----------------------|---|
| All of the time | 1 |
| Most of the time | 2 |
| Some of the time | 3 |
| A little of the time | 4 |
| None of the time | 5 |

11. How TRUE or FALSE is each of the following statements for you. (Circle One Number on Each Line)

	Definitely True	Mostly True	Don't know	Mostly false	Definitely False
a. I seem to get sick a little easier than other people	1	2	3	4	5
b. I am as healthy as anybody I know	1	2	3	4	5
c. I expect my health to get worse	1	2	3	4	5
d. My health is excellent	1	2	3	4	5