

Université du Québec en Outaouais

**L'expérience du soutien social chez les hommes présentant des symptômes anxio-dépressifs et post-traumatiques en contexte de maladie cardiaque : Exploration d'un écart potentiel entre la perception et les préférences quant au soutien provenant du/de la conjoint.e**

Projet d'essai doctoral  
présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,  
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par  
© Sophie DELISLE-DROUIN

Août 2023

## **Composition du jury**

**L'expérience du soutien social chez les hommes en contexte de maladie cardiaque :  
Exploration d'un écart potentiel entre la perception et les préférences quant au soutien  
provenant du.de la conjoint.e**

Par  
© Sophie DELISLE-DROUIN

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

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

Stéphanie Cormier, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Geneviève Tardif, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Georden Jones, Ph.D., examinatrice externe, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, Université d'Ottawa

*Papa, à toi qui a été emporté trop rapidement  
par la maladie cardiaque, je te dédie cet essai doctoral.*

*Avec amour, ta grande fille*

## Remerciements

Lorsqu'on entreprend un projet de cette envergure, le thème de cet essai qu'est le soutien social prend tout son sens. Puisque seul mon nom apparaît sur la page de présentation de cet essai, je tiens ici à faire honneur à mon équipe. À vous qui avez rendu ce rêve possible, merci.

D'abord, merci à mon directeur de recherche Dr. Paul S. Greenman, Ph. D., qui a su déceler en moi le potentiel et la passion nécessaires à l'accomplissement de ce projet. Merci d'avoir cru en moi même dans les moments où je n'y croyais plus moi-même. Merci de m'avoir guidé au travers chaque étape de la recherche et pour le savoir que tu m'as transmis. Tu as été un mentor, un guide, un ami et je me sens privilégiée d'avoir appris d'un homme que j'admire tant.

J'aimerais également remercier mes superviseurs cliniques, qui, chacun leur manière, m'ont aidé à développer mon identité professionnelle. Paul, Dr. Jean Grenier, Ph. D. et Dre. Geneviève LaRocque, D. Psy. de l'Hôpital Montfort, Dre. Annie Aimé, Ph. D. et Dre. Tanya Guitard, Ph. D. de la clinique IMAVI : Merci d'avoir été des modèles professionnels exemplaires, qui m'ont partagé leur savoir-faire tout en laissant place à mon authenticité. Parce qu'on n'apprend pas à devenir une excellente psychologue dans les livres, un énorme merci à vous.

Je me dois aussi de souligner deux collègues et grandes amies auprès de qui j'ai appris la thérapie centrée sur les émotions et sans qui mon expérience de stage n'aurait jamais été autant enrichissante et parsemé de fous rires : Ma belle Gabré, ma belle Véro, je n'ai pas assez de mots pour vous exprimer ma reconnaissance. Vous avez été mes deux plus belles trouvailles au fil de ce parcours qui n'aurait jamais été le même sans vous et votre précieux soutien. EFT pour la vie!

Ensuite, je ne peux faire autrement que de vous souligner, maman et Marco, parce que sans vous, j'aurais tout abandonné. Merci d'avoir été présents et encourageant au travers les

hauts et les bas : Merci Marco pour toutes les petites rénos, la pose de mes pneus d'hivers, les changements d'huile et les délicieux petits plats! Maman, merci pour ton affection, ton soutien, ta présence, ta disponibilité et ton écoute. Vous avez transformé les journées difficiles en belles journées et pour cela, je vous dis merci du fond du cœur. Je vous aime tellement! Ma bébé sœur, Marie-Ève; merci d'être dans ma vie et de croire en moi depuis toujours. J'ai toujours ressenti la fierté que tu as à mon égard et saches que cela a été mon carburant depuis le début. Je t'aime plus que tout.

À mes amies proches...ma belle Martine d'amour, tu m'as vu dans tous mes états, et tu n'as jamais cessé d'être là. Merci ma chume pour tous nos bols de « soupe du désespoir »! Ma belle Valérie, ou plutôt, ma Valiloup! Merci d'être une inspiration pour moi, tant pour tes capacités intellectuelles, que ton humour et ta bienveillance. Merci pour ces longues et agréables conversations où l'on a réinventé le monde plusieurs fois! Je t'attends à la ligne d'arrivée Miss Ph. D.! Ma Ge, ma plus belle retrouvaille de l'année! Merci pour les soirées spa-beauté à se raconter nos vies, merci d'être la meilleure gardienne de chat! Mon autre Ge, mon p'tit sucre d'orge, merci pour les innombrables soirées Mario Kart! Merci d'être si accueillante, chaleureuse et comique! Ta présence à toi aussi a fait une grande différence. Ma belle Cindy, ma « partner » de triathlon! Merci pour les belles randonnées « psycho-vélo » et de me faire rire comme ça ne se peut pas! Merci mes amies, je me sens si privilégiée de partager vos vies.

Le dernier et non le moindre, papa, toi qui m'as quitté trop tôt. Je voulais juste te dire que j'ai tenu ma promesse et terminé mon doctorat. Merci de m'avoir appris la persévérance, à m'appliquer dans tout ce que je réalise et que quand on travaille fort, on finit toujours par atteindre nos buts. Merci d'avoir cru en moi, merci pour le soutien et la stabilité que tu m'as offerte. Tu es la raison qui fait en sorte que j'ai pu me rendre jusqu'au bout de ce projet. J'espère

que tu pourras lire cet essai de là-haut et que tu seras fier de moi comme tu l'as toujours été. Je ne te l'ai pas assez dit de ton vivant, mais je t'aime et je te remercie de tout mon cœur.

## Résumé

**Introduction** : En 2020, 29 367 hommes canadiens sont décédés aux suites d'une maladie cardiaque (MC) (Statistique Canada, 2020). Chez les survivants, les MC encourent souvent de lourds impacts sur la santé physique, psychosociale et affective des individus qui en sont atteints (OMS, 2017). Venant pallier ces conséquences chez les hommes, de nombreuses études ont démontré les effets bénéfiques du soutien conjugal. Cependant, certaines études indiquent que parfois, les tentatives de soutien provenant du/de la conjoint.e ne serait pas perçues comme répondant aux besoins de l'homme atteint de MC. **Objectif** : Le présent essai vise à explorer la présence d'écarts entre les préférences des hommes en matière de soutien conjugal et ce qu'ils perçoivent recevoir de leur partenaire. **Méthode** : Dans un devis qualitatif exploratoire des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de trois groupes de discussion composés d'hommes atteints de MC (n=11, âge, 53 à 90). Les données qualitatives ont été analysées selon la méthode d'analyse thématique réflexive. **Résultats** : La perception d'une surprovision de soutien conjugal, d'hostilité et de comportements de contrôle de la part du/de la conjoint.e. ont été les principaux responsables des écarts entre le soutien conjugal perçus par les participants et le soutien souhaité. Le soutien conjugal a été vécu comme étant efficace lorsqu'il respectait un certain équilibre entre le soutien de besoins en opposition (p.ex. besoin d'autonomie et besoin de soutien pratique) et lorsque les participants ont ressenti une sensibilité de leur partenaire face à leurs besoins en soutien. Un lien s'est également révélé entre le niveau de satisfaction envers le soutien conjugal perçu et certains besoins identitaires des participants comme l'autonomie. **Conclusion** : La compréhension des écarts de soutien conjugal en termes de qualité et de quantité et leurs impacts sur le pronostic de MC demeure à être approfondie. La considération des deux partenaires est essentielle pour l'amélioration des interactions liés au soutien conjugal chez les couples où l'homme présente un MC. Le respect de certains besoins identitaires doit être considéré pour permettre la perception d'un soutien conjugal adéquat.

**Mots-clés** : soutien social, soutien conjugal, soutien social perçu, maladies cardiovasculaires, couples, écarts de soutien social, adéquation du soutien social, besoins identitaires

## Table des matières

Université du Québec en Outaouais.....	i
Remerciements.....	iv
Résumé.....	vii
Liste des abréviations.....	xii
Les maladies cardiovasculaires.....	1
Prévalence des maladies cardiovasculaires.....	1
Impacts de la maladie cardiovasculaire sur la santé mentale.....	1
Les hommes atteints de maladies cardiaques et leur santé mentale.....	2
Le soutien social et les maladies cardiovasculaires.....	4
Une définition du soutien social.....	4
Modèles conceptuels des effets bénéfiques du soutien social.....	5
Le Modèle à effet direct (Cohen, 1985) et le Modèle d'atténuation du stress (Cohen et Wills, 1985).....	5
Les composantes fonctionnelles du soutien social.....	7
Le couple en tant que source de soutien social.....	8
L'adéquation du soutien social reçu.....	11
Théorie de la concordance optimale.....	11
Écarts entre soutien social perçu et soutien social préféré.....	12
Écarts de soutien et maladies chroniques.....	13
Écarts de soutien en contexte de maladies cardiovasculaires.....	14
Le soutien social perçu : les impacts d'un manque.....	14
Le soutien social perçu : les impacts d'un surplus.....	16
Sommaire de l'état des connaissances.....	19
Objectifs de la présente étude.....	20
Retombées de l'étude.....	21
Méthode de recherche.....	22
Présentation du contexte de recherche.....	22
Recrutement des participants.....	22
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24
Présentation de l'échantillon.....	24



Collecte de données .....	28
Questionnaire sociodémographique .....	29
Entrevue semi-structurée pour les groupes de discussion.....	29
Analyse des données.....	30
Approche méthodologique : Analyse thématique réflexive (ATR).....	30
Justificatif du choix de l'ATR.....	31
Les fondements épistémologiques et ontologiques de l'ATR .....	32
Stratégie d'analyse.....	35
Figure 1 .....	36
Séquence d'analyse de l'ATR.....	36
Phases de l'analyse thématique réflexive .....	37
Familiarisation avec les données .....	37
Génération initiale de codes .....	38
Recherche de thèmes.....	39
Révision des thèmes.....	40
Définition et identification des thèmes .....	41
Production d'un rapport .....	41
Résultats .....	42
Carte conceptuelle .....	39
Légende de la carte conceptuelle.....	40
Préservation de la masculinité .....	41
Besoin de pouvoir .....	42
Gestion financière .....	42
Tâches masculines .....	44
Besoin de protéger.....	45
Ta santé avant la mienne.....	45
Cacher la maladie.....	45
Cacher les émotions .....	46
Préservation de l'autonomie .....	46
Besoin d'aller à mon rythme .....	47
Reconnaissance des capacités physiques .....	47

Reconnaissance des capacités cognitives.....	48
Besoin d'aide pratique.....	49
Le transport.....	49
Se vêtir.....	50
Gestion de la médication.....	50
Gestion du menu.....	50
Gestion des rendez-vous médicaux.....	51
Besoin d'auto-réguler mes émotions.....	52
Ne pas rester seul.....	52
S'occuper.....	52
La médication.....	53
L'alliance.....	53
Besoin de connexion émotionnelle.....	54
L'écoute empathique.....	55
La simple présence.....	55
L'affection.....	56
Besoin de respect de mon individualité.....	56
Le respect des différences.....	57
Le respect de l'espace personnel.....	57
Besoin d'un partenariat.....	57
Vision similaire de la maladie.....	58
Gestion dyadique de la maladie.....	59
Partage d'activités communes.....	59
Discussion.....	66
Préservation de l'autonomie.....	67
Besoin d'aller à mon rythme.....	69
Reconnaissance des capacité physiques.....	70
Reconnaissance des capacité cognitives.....	73
Besoin d'aide pratique.....	74
Le transport, se vêtir, la gestion des rendez-vous médicaux.....	74
Gestion de la médication.....	75

Gestion du menu .....	76
Besoin d'auto-réguler mes émotions .....	77
Ne pas rester seul, S'occuper, La médication .....	78
Préservation de la masculinité .....	79
Besoin de pouvoir et Besoin de protéger .....	80
Besoin de protéger .....	81
L'alliance .....	82
Besoin de connexion émotionnelle.....	83
L'écoute empathique.....	84
La simple présence.....	86
L'affection.....	86
Besoin de respect de mon individualité.....	87
Le respect des différences .....	88
Le respect de l'espace personnel.....	88
Besoin d'un partenariat.....	89
Vision similaire de la maladie.....	90
Gestion dyadique de la maladie .....	92
Partage d'activités .....	93
Contributions et Implications cliniques .....	94
Forces et limites de l'étude .....	97
Recherches futures .....	100
Conclusion .....	101
RÉFÉRENCES .....	103
Annexe A .....	125
Annexe B .....	127

## Liste des abréviations

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

ATR : Analyse thématique réflexive

CAQ : Cardiac Anxiety Questionnaire

MC : Maladie.s cardiaque.s

OMS : Organisation mondiale de la santé

TCÉ : Thérapie de couple centrée sur les émotions

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

UQO : Université du Québec en Outaouais

## **Les maladies cardiovasculaires**

### **Prévalence des maladies cardiovasculaires**

Les maladies cardiovasculaires (MC) englobent l'ensemble des troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins et constituent la cause première de décès à l'échelle mondiale (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2017). Les Canadiens et Canadiennes âgés de 20 ans et plus sont atteints d'une cardiopathie ischémique dans une proportion de 8,5%, en plus des 160 000 nouveaux cas diagnostiqués annuellement (Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2022). Chez les Canadiens, ce sont 3,14% d'entre eux qui ont subi un infarctus aigu du myocarde en 2017 (ASPC, 2022). Ces maladies encourent souvent de lourds impacts sur la santé physique, psychosociale et affective des individus qui en sont atteints (OMS, 2017).

### **Impacts de la maladie cardiovasculaire sur la santé mentale**

En ce sens, le développement de troubles dépressifs, anxieux et de stress post-traumatiques chez les personnes ayant survécu à un évènement cardiaque aigu se produit dans des proportions de 20%, 15.52% et 15% respectivement (Jha et al. 2019, Heenan et al., 2020). Ces troubles entraînent à leur tour de nombreuses complications dans la vie des patients.

D'abord, la présence de symptômes d'anxiété chez les patients atteints de MC prédit non seulement la récurrence d'un trouble cardiaque majeur, mais aussi la mortalité de toute cause (Farquhar et al., 2018; Moser et al., 2011; Tully et al., 2015), en plus d'être associée au développement d'hypertension artérielle, à la diminution de la variabilité cardiaque et à la mise en place de comportements à risque dont la consommation tabagique (Tully et al. 2013). Outre les effets néfastes de l'anxiété sur le pronostic des patient.es cardiaques, il y a aussi ceux de la dépression.

À cet effet, l'étude longitudinale de Rao et al. (2020) révèlent que les symptômes dépressifs, même modérés, prédisent le manque d'adhérence au programme de réadaptation cardiaque dans 24% des cas. Les comportements de santé et de bonne hygiène de vie tel la pratique d'activité physique et l'abstinence tabagique, sont aussi mises de côté par les patients atteints de MC souffrant de dépression à la suite d'un évènement cardiaque (Myers et al., 2012)

Quant au trouble de stress post-traumatique (TSPT) suivant un évènement cardiaque, il se veut la cause d'une exacerbation des symptômes anxieux, dépressifs, de la glycémie à jeun, puis d'une perte de qualité de vie chez les patients en étant atteints (Heenan et al., 2020).

En somme, la MC comporte de nombreux désagréments pour les patient.es qui en souffrent. Malgré la forte prévalence des troubles psychologiques comorbides, ceux-ci demeurent souvent sous-diagnostiqués, entraînant alors une augmentation d'autres troubles comorbides et la mortalité chez les patient.es, tous genres confondus (Ossola et al, 2018; Taylor-Clift et al., 2016; Tulloch et al., 2015). Cependant, un intérêt marqué pour les différences intergenres quant à l'évolution, la gestion de la MC et son pronostic émerge dans la littérature scientifique (Dellafiore et al., 2018; Deter et al., 2018; Möller-Leimkühler, 2007).

### **Les hommes atteints de maladies cardiaques et leur santé mentale**

La réalité des hommes atteints de maladies cardiaques et de psychopathologies comorbides mérite une attention particulière pour plusieurs raisons. Premièrement, ces hommes sont moins enclins à mettre en place des comportements d'autosoins suivant un évènement cardiaque (Dellafiore et al., 2018). Deuxièmement, ils sont aussi moins enclins ou tardent à demander une aide professionnelle lorsqu'ils présentent des symptômes de maladies physiques ou psychologiques (Galdas et al., 2005). Ces particularités s'expliquent par plusieurs facteurs.

Une revue de littérature de Yousaf et al. (2015) mentionne d'abord la restriction dans l'expression émotionnelle des hommes et leur attitude négative face à celle-ci. À cet effet, l'étude qualitative de Jbilou et al. (2019) menée auprès de 88 hommes atteints de MC révèle que ceux-ci avaient tendance à associer certains comportements régulatoires au genre. Dans ce cas-ci, ils associent l'expression émotionnelle à un comportement typiquement féminin et donc ne s'y autorisent pas.

Les hommes semblent également s'empêcher de demander une aide professionnelle car ils se sentent embarrassés de le faire (Yousaf et al., 2015). Aux suites de leur étude qualitative visant 88 hommes de 40 à 80 ans, Coles et al. (2010) expliquent que les hommes de leur échantillon ressentaient de la gêne dès l'arrivée à la clinique médicale, vu le manque de familiarité avec le système de soins. Ces hommes auraient aussi rapporté un embarras marqué lorsque confrontés à expliquer leurs symptômes au médecin et lorsque vient le temps d'enlever les vêtements pour des examens plus approfondis.

L'anxiété et la peur constituent une autre raison pour laquelle les hommes évitent de demander des soins de santé (Yousaf et al., 2015). Selon Coles et al. (2010), le fait de se sentir vulnérable en situation de demande d'aide et la crainte de découvrir qu'ils sont sévèrement malades feraient en sorte que certains préfèrent souffrir de leurs symptômes ou attendent d'être obligés de recourir aux services d'urgence pour avoir des soins.

Finalement, les hommes seraient plus enclins à nier ou à minimiser leurs symptômes (Yousaf et al., 2015). De manière générale, les hommes auraient une perception plus faible de la sévérité de leur état de santé. Chen et al. (2020) révèlent dans leur étude menée auprès de patients atteints d'insuffisance cardiaque que la perception de la sévérité de la maladie agit comme médiateur dans la relation entre les symptômes physiques et dépressifs. Ainsi,

ceux.celles qui tendent à croire qu'ils peuvent soit contrôler eux-mêmes l'évolution de leurs symptômes, ou simplement attendre qu'ils disparaissent, sont plus à risque de développer des symptômes dépressifs.

Ces spécificités rencontrées chez beaucoup d'hommes caractérisent en partie un style de gestion évitant face à la maladie. Cette façon d'affronter la maladie tend à engendrer des comportements tels l'isolement, l'absence d'autosoins, l'abus de substance ainsi que de la colère (Alhurani et al., 2018). De plus, elle vient accentuer les symptômes anxieux et dépressifs chez plusieurs patient.es atteint.es de MC (Nahlén Bose et al., 2016). Par conséquent, ces hommes atteints de maladies du cœur deviennent plus à risque de subir à nouveau un évènement cardiaque, d'être réadmis à l'hôpital et même de décéder (Celano et al., 2018).

### **Le soutien social et les maladies cardiovasculaires**

Afin de pallier les conséquences engendrées par les MC et les troubles comorbides, la recherche démontre sans équivoque que le soutien social a des effets bénéfiques sur la santé physique et psychologique en période de stress, tel que celui induit par la MC (Cohen, 1988; Uchino, 2004). La section suivante offre une définition du soutien social, une conceptualisation théorique des effets bénéfiques du soutien social, ainsi qu'un aperçu des effets bénéfiques du soutien social en contexte de MC.

#### **Une définition du soutien social**

Tout d'abord, House (1981, p. 39, traduction libre, cité dans Taylor et Sirois, 2014) propose la définition suivante du soutien social: « [...] une transaction interpersonnelle impliquant l'un des éléments suivants: (1) le souci de l'autre sur le plan émotionnel (affection, amour, empathie), (2) une aide instrumentale (biens ou services), (3) de l'information (à propos de l'environnement), ou (4) une évaluation (information facilitant l'auto-évaluation) ». Bien qu'à



ce jour il y ait manque de consensus au sein de la communauté scientifique quant à la définition du soutien social (Thoits, 1982), celle-ci sera retenue pour différentes raisons. D'abord, la notion de « transaction interpersonnelle » traduit l'interaction et la relation entre deux individus, ce qui sera exploré dans la présente étude, plus précisément, au sein de la relation conjugale. Les éléments impliqués dans ces transactions rejoignent aussi de très près, ce qu' Uchino (2004) présente comme les aspects fonctionnels du soutien social, alors qu'il définit en partie le soutien social en fonction de ce qu'il procure. Cette façon de concevoir le soutien social est donc susceptible de faciliter l'exploration du vécu des participants et s'arrime aisément avec un devis qualitatif exploratoire. Les définitions de House (1981, p. 39, traduction libre, cité dans Taylor et Sirois, 2014) et d'Uchino (2004) sont d'ailleurs largement utilisée dans plusieurs études traitant du soutien social chez les couples en contexte de MC et ont reçu un appui empirique substantiel au fil des ans (Sherbourne et Stewart, 1991; Toits, 2021; Uchino, 2009; Uchino et al., 2012).

### **Modèles conceptuels des effets bénéfiques du soutien social**

#### ***Le Modèle à effet direct (Cohen, 1985) et le Modèle d'atténuation du stress (Cohen et Wills, 1985)***

La façon dont le soutien social agit sur la santé des individus peut être comprise selon deux modèles conceptuels: Le Modèle à effet direct (Cohen, 1988) et le Modèle d'atténuation du stress (Stress Buffering Model; Cohen et Wills, 1985).

Dans son premier modèle, Cohen (1988) décrit comment le soutien social suscite des bienfaits sur la santé, de façon générale et constante, par le simple fait de posséder un réseau social. Ce modèle met en lumière les effets positifs engendrés par les composantes structurelles du réseau social, c'est-à-dire, la taille et la densité du réseau, la fréquence des contacts, la force

et le type de lien, la réciprocité, la multiplicité et la centralité d'un lien particulier (Uchino, 2004).

Pour ce qui est du Modèle d'atténuation du stress (Cohen et Wills, 1985), celui-ci suggère aussi que le soutien social exerce des effets bénéfiques sur la santé. Cependant, ce modèle stipule que ces effets se feraient sentir spécifiquement chez les individus traversant une période de stress importante et seulement lorsque les ressources interpersonnelles sont perçues comme étant disponibles et répondant aux besoins générés par l'évènement stressant. Selon ce modèle, ce sont plutôt les composantes fonctionnelles du soutien social apportées par le réseau qui seront sollicitées, celles-ci référant davantage à la qualité relationnelle avec les membres du réseau et au type d'aide apporté (Uchino, 2004). Elles incluent le soutien émotionnel, informationnel, tangible ainsi que le soutien du besoin d'appartenance (Uchino, 2004). Autant les composantes structurelles que fonctionnelles ont des effets bénéfiques sur la santé cardiovasculaire, en plus d'être intimement liées (Li et al., 2021). En ce sens, les éléments structuraux du soutien social sont préalables et conditionnels aux bénéfices engendrés par les composantes fonctionnelles (Li et al., 2021).

Les composantes structurelles du réseau social, selon Uchino (2004), réfèrent aux éléments suivants : D'abord, la taille du réseau, c'est-à-dire, le nombre d'individus qui composent le réseau. En deuxième vient le contact, qui est la fréquence à laquelle une personne est en contact avec ceux.celles qui composent son réseau social. Ensuite il y a le type de lien, par exemple, conjoint.es, ami.es ou membres de la famille. Il est aussi question de la densité du réseau, qui réfère aux liens entre les membres du réseau eux-mêmes. La centralité, elle, se veut l'importance qu'une personne voue à son réseau, comme en témoignent les liens avec chacun des membres. Une autre composante structurelle du réseau est la multiplicité, qui se trouve dans les

relations où chacun occupe plusieurs rôles. L'avant-dernière composante est la réciprocité, qui est le niveau auquel il y a échange au sein d'une relation ou d'un réseau. Puis enfin, la force des liens entre l'individu et chaque membre de son réseau qui définit les relations basées sur un choix volontaire d'être en lien, où l'intimité est présente et qui perdure au sein de différents contextes et du temps (Uchino, 2004). Lorsque ces composantes structurelles sont en place, elles permettraient chez l'individu une intégration optimale au sein de son réseau qui par conséquent, favoriserait la possibilité que les composantes fonctionnelles du soutien soient soutenues (Li et al., 2021). Les composantes fonctionnelles du soutien social ne réfèrent pas à la structure du réseau, mais plutôt à l'ensemble des comportements d'un pourvoyeur de soins qui viennent assouvir différents types de besoin chez un individu (Uchino, 2004). Ainsi, Uchino (2004) en a identifié quatre.

### **Les composantes fonctionnelles du soutien social**

D'abord, il est question de soutien émotionnel lorsqu'une personne exprime envers une autre du réconfort, de l'empathie et de l'écoute, tout en lui faisant savoir qu'elle est aimée et appréciée (Uchino, 2004). La seconde composante fonctionnelle du soutien social est le soutien informationnel, qui se démontre par la provision de conseils et de guidance dans la prise de décision et la résolution de problèmes liés à la santé (Uchino, 2004). En troisième vient le soutien du besoin d'appartenance. Celui-ci se manifeste par de l'accompagnement dans des activités du quotidien, par le partage et par le simple fait de faire partie d'un groupe social, procurant ainsi un sentiment d'acceptation de soi. Ce type de soutien semble avoir un effet positif sur l'humeur en général (Uchino, 2004). Finalement, la dernière composante fonctionnelle du soutien social est le soutien pratique ou tangible, qui réfère au fait de fournir une aide

matérielle ou un service, telle une aide financière ou une aide pour un déplacement (Uchino, 2004).

L'une des variables permettant le mieux de comprendre l'impact du soutien social sur la santé physique et mentale et ayant été la plus étudiée dans la littérature est la perception du soutien social fonctionnel (Uchino, 2009). La raison est que le soutien social perçu, en opposition à la notion de soutien social reçu, informe davantage sur la perception de la disponibilité de l'aidant et sur le niveau de satisfaction du bénéficiaire envers le soutien reçu (Haber et al., 2007). Pour ces raisons, le soutien social perçu par les hommes vivant avec une MC se retrouve au cœur de cet essai en explorant la dimension conjugale.

### **Le couple en tant que source de soutien social**

Selon Checton et Greene (2015), bien qu'un vaste réseau social soit gage de bénéfices pour la santé, ce n'est pas tant la taille du réseau que le fait d'avoir une personne à qui se confier tels.telles un.e conjoint.e ou un.e époux.se, qui serait le plus bénéfique. Cette situation serait d'ailleurs particulièrement vraie chez les hommes (Dhindsa et al, 2020). Pour appuyer ce fait, Schmaltz et al. (2007) ont mené une étude auprès de 880 patient.es, hommes et femmes, ayant subi un infarctus du myocarde. Leur but était de déterminer si le fait de vivre seul.e, sans conjoint.e, était un facteur de risque indépendant et significatif pour la mortalité suivant le congé d'hôpital et si cette association était influencée par le sexe du patient. À partir d'une base de données, ils ont scruté les dossiers de tous les patients provenant de trois centres hospitaliers de Calgary (Alberta, Canada) sortis de l'hôpital entre le 1er avril 1998 et le 31 mars 1999 avec un diagnostic principal d'infarctus du myocarde (à l'exclusion des cas de réadmission après l'infarctus). Ils se sont ensuite penchés sur la variable du fait de vivre seul.e, qui est un indicateur de l'isolement social et de la diminution du soutien social, puisque les conditions de

vie semblent affecter la mortalité à la suite d'un infarctus (Schmaltz et al., 2007). Le résultat d'intérêt était la survie parmi les personnes ayant survécu à leur séjour à l'hôpital, le temps étant mesuré à partir de la date de sortie de l'hôpital jusqu'à la date de décès, telle que saisie dans les statistiques de l'état civil, ou jusqu'à la fin du suivi. Sur les 880 patient.es, 164 (18,6%) d'entre-eux.elles vivaient seul.es à l'admission à l'hôpital. Ceux.celles-ci étaient significativement plus souvent âgés (75 ans <) et de sexe féminin. Cependant, le risque de mortalité était significativement plus élevé chez les hommes.

Une autre étude de Hakulinen et al. (2016) relève également des particularités chez la population masculine et leur réceptivité face à différentes composantes fonctionnelles du soutien social. Leur étude longitudinale menée auprès de 6797 participants (70% hommes) cherchait à élucider comment le soutien social prédisait la santé physique et mentale selon le genre au fil des ans et si ce lien était bidirectionnel. Pour ce faire, ils ont d'abord mesuré la qualité du réseau social en déterminant l'état civil des participants, la fréquence mensuelle de contacts avec leurs proches, leur participation à des activités sociales et le nombre de personnes avec qui ils avaient des contacts mensuels égaux ou supérieurs à un. Ensuite, ils ont mesuré le soutien émotionnel et pratique perçus, la fréquence des conflits dans leurs relations ainsi que leur état de santé physique et psychologique. Les résultats révèlent une meilleure santé mentale chez les participant.es ayant un score élevé quant à la qualité de leur réseau social, et ce, tout genre confondu. Cependant, ceux.celles qui étaient mariés ou en cohabitation percevaient recevoir plus de soutien émotionnel que leurs semblables veufs ou célibataires. À l'ajout, une perception plus élevée de soutien pratique chez les hommes était associée à une meilleure santé mentale. Chez les hommes qui percevaient davantage de soutien émotionnel, ceux-ci étaient aussi en meilleure santé physique. Afin de vérifier si ces interactions perduraient dans le temps, des analyses ont été

menées et ont révélé que pour les hommes, l'effet positif du mariage et de la cohabitation sur la santé mentale et physique tend à demeurer stable dans le temps (Hakulinen et al., 2016).

Pour les hommes, le/la conjoint.e est la plupart du temps la personne qui l'accompagne dans la maladie (Umberson, 1992). Dans cette optique, Graven et al. (2017) ont tenté de comprendre comment certaines caractéristiques (les symptômes d'insuffisance cardiaque, les composantes fonctionnelles du soutien social et les habiletés de résolution de problèmes en couple) avaient une incidence sur l'apparition de symptômes dépressifs chez des patient.es atteints d'insuffisance cardiaque. Leurs résultats recueillis auprès de 201 patient.es (62,2% hommes) soutiennent que ceux.celles qui n'étaient pas en couple étaient 2,8 fois plus à risque de développer une dépression et que la composante fonctionnelle du soutien social qui prédisait le plus fortement l'émergence de symptômes dépressifs était le manque de soutien vis-à-vis du besoin d'appartenance. Convergeant dans la même direction, Nissen et al. (2018) se sont intéressés à 10 couples où l'un.e des conjoint.es (80% hommes) était atteint de MC, afin d'explorer les sentiments d'autonomie, de compétence, d'affiliation et le rôle de la gestion dyadique de la maladie dans l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé. Leurs résultats démontrent que les couples qui gèrent ensemble la MC expriment leurs pensées et leurs émotions avec plus d'aisance, recherchent activement des solutions afin d'accommoder les besoins des deux partenaires et partagent la responsabilité dans l'adoption de saines habitudes de vie. En somme, lorsque les composantes fonctionnelles du soutien social sont prodiguées par les conjoint.es, plusieurs effets bénéfiques sur le rétablissement des hommes présentant une maladie coronarienne sont observés.

## **L'adéquation du soutien social reçu**

Toutefois, bien que plusieurs hommes atteints de MC aient l'opportunité de se tourner vers leur conjoint.e pour du soutien (Schmaltz et al., 2007), et malgré les efforts déployés pour les soutenir dans la maladie, il arrive que le pronostic ne s'améliore pas et même se détériore (Buursma et al. 2020, Schultz et al., 2022).

### **Théorie de la concordance optimale**

À cet effet, Thoits (1995) explique que pour que le soutien social soit perçu comme soutenant par l'individu confronté à un agent stressant et pour que ce soutien ait des effets bénéfiques sur sa santé mentale et physique, les comportements de l'aidant doivent satisfaire les besoins spécifiques de l'individu dans un contexte donné. Cet énoncé définit la Théorie de concordance optimale (Optimal Matching Theory) (Cutrona et al., 1990).

Afin d'opérationnaliser cette théorie, une étude corrélative de Melrose et al. (2015) portant sur la relation entre le soutien social reçu (nombre de comportements de soutien reçus) et la perception du soutien social reçu (satisfaction face au soutien et sa disponibilité) a été réalisée. Après avoir interrogé 198 participant.es âgées entre 18 et 65 ans sur leurs besoins en soutien tangible et émotionnel, leurs résultats révèlent qu'une perception favorable du soutien reçu ne s'explique pas par le nombre de fois que le soutien est reçu, mais plutôt par le nombre de fois où le soutien reçu est celui dont l'individu a besoin. Ainsi, la corrélation entre le soutien reçu et perçu est positive seulement jusqu'au seuil où les besoins en termes de soutien social sont rencontrés (Melrose et al., 2015).

Par ailleurs, il semble que la disponibilité de la conjointe, lorsque perçue comme étant élevée, a aussi des effets bénéfiques sur la santé mentale et physique des hommes atteints de MC. Dans l'étude Healing Hearts Together de Tulloch et al. (2021), une intervention

psychopédagogique sur l'attachement a été menée auprès de 31 couples où l'homme (à 89,7%) présentait une MC. Les résultats de l'intervention ont indiqué une association positive entre la qualité relationnelle au sein du couple et la perception accrue de la disponibilité émotionnelle des partenaires (développement d'un lien d'attachement sécurisant). Chez les couples qui présentaient une qualité relationnelle élevée, les symptômes dépressifs et anxieux des hommes étaient plus faibles puis leur qualité de vie et l'adoption de saines habitudes de vie plus élevée.

Même si dans plusieurs cas, la provision de soutien social a un effet positif sur l'ajustement à la maladie, certaines interventions entraînent par moment des conséquences négatives (Nahum-Shani et al., 2011).

### **Écarts entre soutien social perçu et soutien social préféré**

Étant donné les effets inconstants et contradictoires qu'induisent la provision de soutien social chez une personne faisant face à un stresser, la littérature scientifique s'intéresse de plus en plus aux écarts entre le soutien souhaité et le soutien perçu ainsi qu'à leurs impacts (Crowley et High., 2020).

Pour expliquer ce phénomène, le concept des écarts de soutien, s'enracinant dans la théorie de la concordance optimale, avance que la communication soutenante est plus efficace lorsque que le soutien offert provient de la bonne personne, est compatible avec la quantité et avec les types de soutien souhaités, devant un stresser donné (Crowley et High. 2020). Bien que ces facteurs aient une incidence sur le niveau de satisfaction face au soutien offert, d'autres facteurs inhérents à la personne aidée peuvent aussi être responsables de l'insatisfaction face au soutien offert. Les expériences de soutien social précédentes du bénéficiaire, les attentes personnelles vis-à-vis de l'aidant et les préférences individuelles quant au type et à la quantité de



soutien souhaité peuvent aussi être responsable des écarts de soutien (Heaney et Israel., 2008). Conséquemment, le soutien peut être perçu comme inadéquat de différentes manières.

### **Écarts de soutien et maladies chroniques**

Le soutien social offert à une personne vivant un stresser tel une maladie chronique peut aussi excéder ce qu'elle désire réellement recevoir ou encore, être insuffisant. De manière générale, les écarts de soutien social ont d'importantes répercussions relationnelles et psychologiques (McLaren et High., 2019), ainsi qu'une incidence sur la santé physique dû aux réponses physiologiques de stress qu'ils génèrent (Uchino et al., 1999; Weiss et Puntillo., 2001; Whittaker et al., 2021). Cela dit, la communauté scientifique se penche désormais sur les écarts de soutien vécus par les personnes affaiblies par les maladies chroniques dont les cancers (Merlluzi et al., 2016, Korotkin et al., 2019), les maladies inflammatoires de l'intestin (Palant et Himmel, 2019) et les MC (Bertoni et al., 2022; Buursma et al., 2020).

Par exemple, Ray et Veluscek (2017) ont mené une étude qualitative portant sur les écarts de soutien vécus par 15 personnes diagnostiquées de cancer. Les résultats ont révélé que ces personnes perçoivent souvent le soutien reçu comme une atteinte à l'autonomie et au besoin d'appartenance ou comme un manque de respect envers leurs habiletés et leur intelligence. Les participants ont également perçu négativement le soutien reçu lorsque l'aidant manquait d'empathie en offrant son soutien, lorsque le soutien par rapport aux besoins du bénéficiaire était inadéquat ou encore, lorsque qu'il était perçu comme envahissant. Les patient.es ont également révélé craindre de heurter les sentiments de l'aidant en refusant leur soutien ou de leur imposer une trop grande responsabilité.

Chez les personnes atteintes de maladies inflammatoires de l'intestin, les résultats de Palant et al. (2019) convergent dans le même sens. Palant et al. (2019) soutiennent que le soutien

social offert était aussi perçu comme indésirable lorsque l'aidant.e démontrait de la pitié à l'égard du.de la bénéficiaire, réagissait trop fortement en imposant son soutien, ou lorsque le.la bénéficiaire percevait une inauthenticité chez l'aidant.es, qui souhaitait alléger sa propre culpabilité ou curiosité face à la maladie (Palant et al., 2019). Recevoir du soutien social dans de telles conditions était souvent vécu comme une attaque à l'autonomie et à l'auto-détermination et induisait une grande frustration, ceux-ci étant responsables à leur tour de l'évitement des contacts sociaux et de l'isolement (Palant et al., 2019).

Pour les patient.es atteints de MC, ils.elles sont également appelé.es à vivre ces écarts de soutien. La section suivante met en lumière les spécificités dans ce contexte.

### **Écarts de soutien en contexte de maladies cardiovasculaires**

Les écarts de soutien en contexte de MC sont étudiés depuis quelques décennies déjà (Barth et al., 2010; Biesen et al., 2022; Hilbert, 1985, Vilchinsky et al., 2011). Ces écarts comportent des risques particuliers pour les personnes atteintes de MC dû à la réponse de stress biophysologique qu'ils induisent et qui affectent directement l'appareil cardiovasculaire (Uchino et al., 2020, Weiss et Puntillo., 2001; Whittaker et al., 2021).

#### ***Le soutien social perçu : les impacts d'un manque***

Une faible perception du soutien social reçu, ou encore, le stress engendré par la perception d'un manque de soutien, font en sorte que celui-ci est souvent perçu comme étant insuffisant ou inadéquat (Omrani et al., 2021). Les conséquences d'un soutien social insuffisant sont vastes et affectent le pronostic de la MC (Schultz et al., 2022).

D'abord en ce qui a trait à la santé mentale, il est connu que les patient.es affecté.es par la MC courent un risque accru de développer des symptômes anxieux, dépressifs et de stress post-traumatiques (Heenan et al., 2020; George-Levi et al, 2022), qui à leur tour sont responsables

d'une diminution du soutien social perçu (Biesen et al., 2022). À cet effet, une étude de Meyer et al. (2020) a révélé qu'au sein des couples où le.la conjoint.e atteint.e d'une MC présentait une faible perception du soutien émotionnel, de plus forts symptômes dépressifs étaient présents chez les deux partenaires, mais encore plus chez le.la conjoint.e recevant l'aide.

Les personnes atteintes de MC seraient aussi sujettes à vivre des émotions difficiles, qui seraient amplifiées lorsque le soutien perçu est insuffisant (Buursma et al., 2020). Dans leur étude, Buursma et al. (2020) ont tenté de vérifier si un lien existait entre le manque de soutien social et le sentiment de désespoir. Leur échantillon était composé de 156 personnes (70% hommes) présentant une insuffisance cardiaque. Les résultats ont confirmé l'hypothèse proposant une corrélation négative entre le soutien perçu et le sentiment de désespoir, ce lien étant encore plus fort chez les personnes sans partenaire de vie et/ou atteintes de dépression (Buursma et al., 2020).

Le manque de soutien perçu affecte également le temps pris par les individus vivant avec une MC pour aller chercher les soins nécessaires. Une étude de Reisinger et al. (2018) s'est penchée particulièrement sur le lien entre le manque de soutien social et le délai de recours aux soins médicaux, chez un échantillon composé à 53% d'hommes atteints de MC et autres maladies chroniques. Il s'avère que les hommes étaient plus sujets à percevoir un manque de soutien social au sein de leur couple et que les participant.es percevant un manque de soutien tendaient à repousser plus longuement le recours aux soins médicaux. Les raisons évoquées pour expliquer ce délai incluaient, entre autres, le coût des soins, le manque de transport et la longue attente en clinique. Dupre et al., (2018) renchérissent que le manque de soutien tangible (assistance pour les soins à domicile, la médication, le transport vers des soins) serait le principal responsable des réadmissions à l'hôpital à l'intérieur de 30 jours suivant l'événement cardiaque.

Le manque de soutien entraînerait également des conséquences physiologiques à plus long terme chez les personnes atteintes d'une maladie chronique, tel les MC (Barger et Cribbet., 2016). Ces auteurs se sont intéressés au processus de vieillissement cellulaire responsable du développement de maladies chroniques, chez 1430 adultes de 70,3 ans d'âge moyen. Plus spécifiquement, l'objectif de l'étude était de vérifier si le soutien émotionnel du.de la conjointe, versus d'autres sources de soutien, corrélait avec les marqueurs de vieillissement cellulaire. Les résultats ont dévoilé que les participants ne mentionnant pas leur conjoint.e comme source de soutien émotionnel, bien qu'ils aient d'autres gens vers qui se tourner, présentaient des marqueurs de vieillissement cellulaire plus élevés et étaient donc plus à risque de développer et de décéder d'une maladie chronique.

Somme toute, l'ensemble de ces études met en lumière que la perception d'un manque de soutien social risque d'entraîner d'importantes conséquences chez les personnes atteintes de MC. D'autre part, il en serait de même pour la perception d'un soutien social excessif.

### ***Le soutien social perçu : les impacts d'un surplus***

De façon similaire, les personnes atteintes de MC seraient aussi à risque de subir les effets néfastes d'une provision démesurée de soutien social (Brock et Lawrence, 2009; O'Bertos et al., 2020). Au sein des couples où l'un.e des partenaires a vécu un évènement cardiaque, il arrive que l'autre partenaire soit bouleversé.e, craignant une mort soudaine causée par le stress et le surmenage du.de la conjoint portant la maladie. De ce fait, ce.cette partenaire tend à offrir une aide exagérée et non-sollicitée, interférant avec les comportements ou décisions du.de la conjoint.e souffrant.e, faisant ainsi fi des habiletés et du besoin d'autonomie du. de la partenaire atteint.e de MC (Joekes, 2007; Bertoni, 2022). Ces comportements de surprotection ont aussi de sérieuses répercussions sur la santé psychologique, relationnelle (McLaren et High., 2019) et

biophysique (Weiss et Puntillo., 2001; Whittaker et al., 2021) de la personne atteinte de MC.

Par exemple, les comportements de surprotection peuvent être perçus comme envahissants chez les personnes ayant subi un syndrome coronarien aigu. Boutin-Foster (2005) s'est intéressée à la perception de l'inadéquation du soutien social chez 59 patient.es (48% hommes) ayant subi un syndrome coronarien aigu. Par l'entremise d'entrevues qualitatives, elle a cherché à identifier les caractéristiques d'un soutien inefficace du point de vue des patient.es. Quatre thèmes ont émergé de son analyse: (1) les appels téléphoniques excessifs, (2) l'expression émotionnelle exagérée, (3) l'information et les conseils non-sollicités, (4) l'information et les conseils non-accompagnés de stratégies d'implémentation et (5) la prise de contrôle par un tiers (p.ex. sur une tâche, une décision). Ces comportements témoignant d'un soutien excessif de la part de la famille et des amis ont généré chez plusieurs patients des sentiments de surprotection, de stress et d'invalidation émotionnelle et comportementale (Boutin-Foster, 2005).

Dans la relation conjugale, la surprotection d'un.e conjoint.e envers son.sa partenaire aux prises avec une MC peut être frustrante et avoir des impacts sur la qualité de la relation (Tulloch et al. 2020), qui à son tour, influence le pronostic cardiovasculaire (Dhindsa et al., 2020). Dans le but d'élaborer un éventuel plan d'intervention adapté aux couples vivant avec la MC, Tulloch et al. (2020) ont interviewé 16 couples dans lesquels 75% des personnes atteintes de MC étaient des hommes. Afin de mieux comprendre les besoins des conjoint.es vivant avec la MC et les préférences des couples quant aux thèmes à aborder dans une éventuelle intervention, les analyses thématiques ont été effectuées. Dans les thèmes qui ont émergé se retrouve « la surprotection du.de la patient.e ». De manière générale, les participants ont révélé à ce sujet que les conjoint.es aidant.es, en tentant de réduire leurs propres inquiétudes quant au pronostic de

MC, tendent à devenir surprotecteur.trice et que ces comportements étaient fréquemment instigateurs de conflits au sein de leur couple (Tulloch et al., 2020).

La détresse n'est pas vécue seulement par le.la conjoint.e vivant avec la MC, mais aussi par le.la conjoint.e aidant.e. De ce fait, Rapelli et al. (2021) se sont penchés sur la détresse induite par la MC (anxiété et dépression) au sein des couples (n=100, 83 hommes) et son lien avec la qualité du soutien conjugal (surprotection, hostilité, soutien à l'engagement du patient dans son rétablissement). Leur étude a porté une attention spéciale au rôle modérateur de la gestion dyadique de la maladie (positive, négative ou commune). Les résultats ont démontré que les patient.es confrontés aux comportements surprotecteurs et hostiles de leur partenaire présentaient de plus forts symptômes dépressifs et anxieux. Ils mentionnent aussi qu'une faible gestion dyadique positive (i.e. tentatives du.de la conjoint.e aidant.e d'assister l'autre dans ses efforts pour s'adapter à la MC) tendait à exacerber le lien entre la détresse des deux partenaires et les styles de soutien inefficaces (Rapelli et al., 2021).

Dans la même ligne d'idées, Bertoni et al. (2022) se sont intéressés aux types de comportements de soutien les plus bénéfiques pour amener le.la patient.e à s'engager activement dans sa guérison (soutien à la participation active dans la gestion de la maladie, l'hostilité et la surprotection) et à ceux qui engendrent une détresse psychologique (anxiété, dépression, somatisation) chez 252 patients (67,9% d'hommes, 59,6% en couples). Leurs résultats ont révélé une association négative entre le soutien à la participation active dans la gestion de la MC et la dépression, l'anxiété et la somatisation chez le.la patient.e. À l'inverse, les comportements surprotecteurs étaient négativement associés à l'implication des patient.es. George-Levi et al. (2017) rajoutent que ce surinvestissement des conjoint.es aidant.es dans la gestion de la MC tend

à affecter l'estime de soi en faisant émerger un sentiment de dépendance et de redevance chez le.la partenaire qui reçoit l'aide.

Le soutien social perçu comme excédant les besoins en soutien des personnes atteintes de MC peuvent aussi induire ou exacerber les symptômes du TSPT induits par la MC. George-Levi et al. (2022) se sont intéressés au rôle du soutien social perçu dans le développement de symptômes de stress post-traumatique induits par la MC. Plus précisément, ils se sont attardés à ces symptômes, sur une période de 8 mois, chez 106 hommes atteints d'une MC, dont 88,7% étaient mariés ou cohabitaient avec une conjointe. Les données ont été recueillies pendant le séjour à l'hôpital (T1) et à 4 et 8 mois (T2, T3) suivant le congé d'hôpital. Les résultats ont démontré que les hommes qui percevaient leur conjoint.e comme offrant des niveaux plus élevés de surprotection et de protection tampon (dissimuler les inquiétudes pour ne pas causer de détresse) au T1, ont rapporté plus de symptômes post-traumatiques peu après l'événement (T2) et que ceux-ci prédisaient à postériori une augmentation des symptômes à 8 mois (T3). Ainsi, l'ensemble de ces études mettent en évidence les conséquences aggravantes d'un manque ou d'un surplus de soutien social perçu chez les personnes atteintes de MC.

### **Sommaire de l'état des connaissances**

Afin de clore cette recension des écrits, une mise en lumière des éléments saillants permettra de circonscrire l'information constituant le cœur de cette étude. D'abord, les MC comportent des risques considérables pour la santé et entraînent, dans des proportions importantes, le développement de troubles de santé mentale dont les symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique (Greenman et al., 2018). Plusieurs études ont démontré les nombreux effets bénéfiques du soutien social sur la santé physique et psychologique des personnes atteintes de MC avec ou sans troubles psychologiques. Dans ce contexte, les hommes

tendent à éviter ou tarder à demander l'aide nécessaire, entraînant une détérioration du pronostic et même la mort (Galdas, 2005). Cependant, lorsqu'ils le font, leur principale source de soutien social est souvent le/la conjointe (Schmaltz et al., 2007). Malgré la volonté d'aider de celui/celle-ci, une disparité peut avoir lieu entre le soutien que l'homme perçoit recevoir de son/sa conjoint.e et le soutien qu'il souhaiterait réellement recevoir. Ces écarts entre le soutien perçu et le soutien souhaité chez les personnes atteintes de MC, qu'il s'agisse d'un manque ou d'un surplus de soutien par rapport à ce qui est souhaité, affectent négativement le pronostic et accroissent le risque de décès. (Buursma et al. 2020, Schultz et al., 2022).

### **Objectifs de la présente étude**

Par conséquent, il devient impératif d'explorer la concordance ou la discordance entre le soutien conjugal perçu et souhaité par les hommes atteints d'une MC et de symptômes post-traumatiques, d'anxiété et de dépression. En fait, personne jusqu'à maintenant ne s'est penché à la fois sur les écarts de soutien social vécus spécifiquement par les hommes et sur leurs besoins en soutien social dans leur couple. De plus, bien que plusieurs chercheurs se soient intéressés aux impacts positifs du soutien social perçu sur la santé mentale (Wang et al., 2016) des hommes ayant des MC (Greenman et al., 2018), sur le pronostic de maladie cardiovasculaire (Barth et al., 2010; Dhindsa et al., 2020), sur l'adoption de saines habitudes de vie (Naeini et al. 2020) ou encore, sur la qualité de vie de cette population de manière générale (Mori et al., 2020), les études portant sur les impacts d'une perception négative du soutien conjugal offert et sur les écarts de soutien chez les personnes atteintes de MC sont beaucoup moins nombreuses, surtout celles s'attardant au manque de soutien. De plus, certaines études recensées sur les écarts de soutien social s'attardent de manière plus globale au déficit et à la surprovision de soutien social, sans toutefois spécifier les composantes fonctionnelles où ces manques et surplus se font



ressentir, ou sans s'attarder précisément au couple comme source de soutien. Enfin, les études se concentrant exclusivement sur le vécu des hommes atteints de MC et sur leur expérience face au soutien de leur partenaire sont inexistantes.

Ainsi, cet essai sera dédié à explorer les possibles écarts de soutien conjugal vécus par les hommes atteints de MC, présentant ou étant à risque de développer de l'anxiété, de la dépression ou un TSPT. Plus précisément, il sera d'abord question d'identifier ce que les hommes nécessitent et préfèrent en termes de soutien conjugal dans l'expérience de la MC. Ensuite, le second objectif sera d'identifier les comportements de soutien du/de la conjoint.e tel que décrit par les participants afin de valider si ces comportements correspondent ou non à la manière dont ils souhaiteraient être soutenus. Si écarts il y avaient, un troisième objectif serait d'en apprendre davantage sur leur nature : c'est-à-dire, sur la quantité de soutien perçu (surprovision ou manque) et sur la qualité du soutien (niveau d'adéquation et disponibilité) selon les besoins.

### **Retombées de l'étude**

En termes de retombées, les résultats de cette étude devraient permettre d'obtenir une compréhension plus détaillée en ce qui a trait à la perception des hommes du soutien conjugal qu'ils reçoivent et à celui qu'ils souhaiteraient réellement recevoir. En ciblant ces potentiels écarts de soutien, les résultats obtenus pourraient éventuellement offrir des pistes de recherche permettant d'investiguer plus en détails les impacts de ces écarts sur la santé physique et mentale des hommes atteints de MC et sur leur pronostic. De plus, les résultats obtenus pourraient tracer la voie pour l'élaboration d'interventions distinctes et respectueuses des besoins de cette population, tout en considérant l'importance de l'implication du/de la partenaire de vie dans ce processus. Ainsi, une amélioration du soutien conjugal en termes de qualité et de quantité pourra permettre un ajustement optimal à la maladie chez les hommes en couple vivant avec une MC.

Puisque la question de recherche est abordée dans une optique d'exploration, aucune hypothèse n'a été émise, pour ne pas brimer l'émergence naturelle du discours des participants en lien avec leur expérience du soutien social au sein de leur couple (Braun et Clarke, 2013). La section suivante exposera de façon détaillée les différentes étapes entreprises afin de répondre à la question de recherche.

## **Méthode de recherche**

### **Présentation du contexte de recherche**

Premièrement, l'étude réalisée dans le cadre de cet essai s'inscrit dans un projet de recherche de plus grande envergure : Le Cœur à l'esprit (Jbilou et al. 2019). Subventionné par la fondation Movember Canada, ce projet avait comme principale visée la mise sur pied d'un modèle d'intervention, offert dans les deux langues officielles du Canada, ayant pour but l'amélioration de la santé mentale des hommes atteints de maladies cardiovasculaires. Le Cœur à l'esprit a permis de recueillir une quantité importante de données qualitatives auprès de 360 participants quant à l'expérience de la MC chez les hommes. Une partie de celles-ci ont donc été utilisées dans le cadre de la présente recherche.

La chercheuse menant la présente étude a participé activement à chacune des étapes du projet Cœur à l'esprit en tant qu'auxiliaire de recherche. La section suivante expliquera les différentes étapes parcourues.

### **Recrutement des participants**

En premier lieu, après que les comités d'éthiques des institutions concernées pour le projet Cœur à l'esprit aient approuvé le protocole de recherche, la période de recrutement s'est amorcée. Le protocole de la présente étude a été approuvé par les comités d'éthique de l'Hôpital de Hull, de l'Hôpital Montfort, de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et de l'Université

de Moncton. Afin de trouver suffisamment de participants qui accepteraient de partager leur expérience de la MC sous différents angles, une liste de partenaires et collaborateurs Cœur à l'esprit (professionnels de la santé, chercheurs, gestionnaires en santé, coordonnateurs de recherche) a été établie. Il leur a ensuite été demandé de solliciter leur réseau de contacts respectifs pour trouver des participants répondant aux critères désirés.

Des méthodes de recrutement passif ont également été utilisées, dans lesquelles la chercheuse a été impliquée. D'abord, elle a aidé à accrocher des affiches publicitaires sur les murs des sites de recrutement. L'annonce du projet de recherche a aussi été publiée dans les journaux locaux et présentés par des stations de radio locales. La création d'un site web « Cœur à l'esprit » a également servi à promouvoir la participation à l'étude.

Ensuite, elle et ses collègues ont présenté le projet dans différentes organisations (p.ex. à la foire de l'Hôpital Montfort) et tenu des kiosques d'information dans d'autres établissements souvent fréquentés par les hommes (p.ex. Les Chevaliers de Colomb, les casernes de pompiers de la Ville de Gatineau et les magasins Canadian Tire).

Une fois les candidats intéressés cernés, la coordinatrice de recherche a pris contact avec chacun d'eux afin de leur partager plus amples informations sur le projet et répondre à leurs questions. Ceux qui répondaient aux critères de sélection ont été convoqués pour participer à un groupe de discussion. Finalement, des incitatifs à la participation dont des certificats cadeaux et des billets défrayant les coûts de stationnement sur le site ont été offerts. La chercheuse a donc remis à chacun des participants présents aux groupes de discussion un certificat cadeau de 50 dollars et un billet de stationnement à la fin des discussions.

### ***Critères d'inclusion et d'exclusion***

Les critères d'inclusion pour la sélection des participants Cœur à l'esprit étaient les suivants : 1) s'identifier comme homme; 2) avoir obtenu un diagnostic de maladie cardiovasculaire au cours des deux années précédant le projet; 3) présenter ou non, des symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress post-traumatique; 4) être âgé de 18 ans et plus; 5) maîtriser la langue française ou anglaise et 6) être engagé dans une relation hétéro ou homosexuelle, mariés ou non. Pour la présente étude, seul le troisième critère était différent. En ce sens, la chercheuse a conservé seulement les participants présentant des symptômes ou présentant un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de stress post-traumatique, selon les données rapportées par les participants dans le questionnaire sociodémographique.

Aucun critère d'exclusion spécifique n'a été posé vu la nature exploratoire de cette étude, puisqu'il s'agissait ici de répertorier une multitude d'expériences dans le but d'en tirer un certain nombre de similarités. Quant aux critères d'inclusion, ils ont permis d'homogénéiser notre échantillon de façon à assurer une constance et une cohérence dans les résultats, tout en offrant une base de connaissance à la réalisation d'études ultérieures avec des participants présentant un tableau clinique différent. En somme, l'ensemble de ces critères garantissaient que chaque participant était en mesure de participer à un groupe de discussion, de répondre aux questions et d'interagir avec les autres participants.

### ***Présentation de l'échantillon***

La présente étude porte sur les possibles écarts de soutien social que peuvent vivre les hommes atteints de MC au sein de leur relation conjugale, plus précisément, les écarts entre le soutien perçu et le soutien préféré. Le choix de la chercheuse de s'attarder aux hommes ayant aussi une santé mentale plus vulnérable repose sur le fait que les écarts entre soutien perçu et

soutien désiré sont susceptibles d'engendrer une détresse psychologique (Buursma et al. 2020, Schultz et al., 2022). De ce fait, il devenait plus probable de déceler des écarts de soutien social chez les hommes présentant également des symptômes anxieux, dépressif ou de stress post-traumatiques.

Taille de l'échantillon et justificatif. De la cohorte Cœur à l'esprit [N=360], la chercheuse a sélectionné trois groupes de discussion pour constituer un bassin de données secondaires, pour un total de 11 participants [n=11]. L'objectif des groupes de discussion était d'obtenir de l'information sur, entre autres, les besoins, les attentes et les préférences des hommes en matière de soutien conjugal, en s'attardant sur la notion de perception qu'en ont les hommes en situation de maladie cardiaque. Le nombre de groupes de discussion et de candidats a été établi selon les recommandations émises par Braun et Clarke (2013), voulant que selon l'envergure de cette étude, soit un essai doctoral, deux à quatre groupes de discussion étaient suffisants, dans la mesure où ils souscrivent à une certaine homogénéité. Ils soutiennent également que l'atteinte à tout prix d'une saturation des données n'est pas congruente avec les valeurs et prémisses de la réflexivité. Cela, parce que le sens et la signification des données, donc, les résultats, sont les fruits de l'interprétation du/de la chercheur.es. Par conséquent, les jugements sur le « nombre » de codes ou thèmes nécessaires à l'arrêt de l'analyse sont entièrement subjectifs et ne peuvent être déterminés avant l'analyse (Braun et Clarke, 2019). Cet argument est également appuyé par Sim et al. (2018), qui soutiennent que plusieurs procédés existent pour déterminer la taille d'un échantillon en recherche qualitative. Toutefois, ils se centrent tous sur les thèmes en tant qu'instances chiffrables plutôt que sur leur valeur sémantique, allant donc à l'encontre du caractère inductif et interprétatif de la méthodologie mise de l'avant ici. Ainsi, la chercheuse a

donc choisi trois groupes de façon aléatoire à partir du bassin de candidats du projet Cœur à l'esprit, selon les critères mentionnés précédemment.

Caractéristiques des participants. Les trois groupes de discussion étaient composés respectivement de cinq, trois et trois participants (voir Tableau 1). Tous ont reçu un diagnostic de MC et présentaient des symptômes ou un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de stress post-traumatique, qui ont été évalués au moyen des questionnaires suivants. D'abord, les Échelles de dépression, d'anxiété et de stress à 42 items (EDAS-42; Lovibond & Lovibond, 1995), le Questionnaire sur la santé du patient à 9 items (Patient Health Questionnaire, PHQ-9; Kroenke & Spitzer, 2002), l'Échelle du risque de dépression chez les hommes (Rice et al., 2013), et finalement, l'Échelle d'impact des événements – Révisée (Impact of Event Scale-Revised, IES-R; Weiss, 2007).

Tous les participants s'exprimaient en français et étaient mariés ou conjoints de fait, à l'exception d'un participant séparé depuis peu. Celui-ci a été retenu étant donné sa séparation très récente et du fait qu'il ait évoqué plusieurs exemples de soutien conjugal perçu comme inadéquat. Les participants étaient aussi tous canadiens et caucasiens, à l'exception d'un participant métis (caucasien/premières nations)

Le premier groupe était composé d'hommes atteints de MC et ayant des symptômes légers d'anxiété ou de dépression. Leur âge se situaient entre 61 et 79 ans ( $M = 71$ ,  $SD = 7,31$ ) et tous étaient mariés (dont un couple de conjoints de même sexe). Un participant formant un couple du même sexe avec son conjoint a été retenu dans la formation de l'échantillon par souci d'inclusivité. Cette différence par rapport aux autres participants a été n'a pas été jugée comme problématique vu la nature exploratoire du devis de recherche.

Le deuxième groupe comprenait des participants atteints de MC et porteurs de symptômes d'anxiété ou de dépression, sauf un participant ayant un trouble anxieux diagnostiqué et de l'insomnie. Ils étaient âgés de 53 à 66 ans ( $M = 59,7$ ,  $SD = 6,51$ ), tous étaient mariés ou conjoints de fait, à l'exception d'un participant récemment séparé.

Le troisième groupe comportait des participants atteints de MC vivant des symptômes d'anxiété et de dépression, dont un participant portant un diagnostic de trouble dépressif chronique. Ils étaient âgés entre 64 et 90 ans ( $M = 74$  ans,  $SD = 14$ ) et tous étaient mariés ou conjoints de fait.

Dans le but de garantir la confidentialité des participants, la chercheuse a attribué un pseudonyme à chacun d'eux et ajusté certaines données personnelles afin d'éliminer le risque d'identification.

**Tableau 1**

*Données sociodémographiques des participants*

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Total
Participants ( <i>n</i> )	5	3	3	N=11
Âge ( <i>M</i> , <i>SD</i> )	71,0 (7,3)	59,7 (6,5)	74,0 (14,0)	68,2 (10,2)
Langue ( <i>n</i> , %)				
Français	4 (80,0)	3 (100)	2 (66,6)	9 (81,8)
Français et anglais	1 (20,0)	–	1 (33,3)	2 (18,2)
Ethnie ( <i>n</i> , %)				
Caucasien	5 (100)	2 (66,6)	3 (100)	10 (90,9)
Premières nations	–	1 (33,3)	–	1 (9,1)
Ville				
Gatineau	4 (80,0)	–	2 (66,6)	6 (54,5)
Ottawa	–	2 (66,6)	1 (33,3)	3 (27,3)
Nepean	1 (20,0)	1 (33,3)	–	1 (9,1)
Shawinigan	–	–	–	1 (9,1)
État civil ( <i>n</i> , %)				
Marié	5 (100)	1 (33,3)	2 (66,6)	8 (72,7)
Conjoint de fait	–	1 (33,3)	1 (33,3)	2 (18,2)
Séparé	–	1 (33,3)	–	1 (9,1)

<b>Scolarité (n, %)</b>				
Primaire	1 (20,0)	–	–	1 (9,1)
Secondaire	2 (40,0)	–	–	2 (18,2)
Collégial	2 (40,0)	1 (33,3)	–	3 (27,3)
Universitaire	–	2 (66,6)	3 (100)	5 (45,5)
<b>Statut d'emploi (n, %)</b>				
Actif	–	1 (33,3)	–	1 (9,1)
Retraité	5 (100)	2 (6,66)	3 (100)	10 (90,9)
<b>Diagnostic cardiovasculaire</b>				
Accident vasculaire cérébrale (AVC)	1 (20,0)	–	–	1 (9,1)
Hypertension artérielle	1 (20,0)	–	–	1 (9,1)
Infarctus	1 (20,0)	2 (66,6)	2 (66,6)	5 (45,5)
Angine	1 (20,0)	–	–	1 (9,1)
Insuffisance cardiaque	1 (20,0)	–	–	1 (9,1)
Arrêt cardiaque	–	1 (33,3)	–	1 (9,1)
À risque (Obésité, diabète)	3 (60,0)	1 (33,3)	–	4 (36,4)
<b>Diagnostic</b>				
Anxiété	–	1 (33,3)	–	1 (9,1)
Dépression	–	–	1 (33,3)	1 (9,1)
TSPT	–	–	–	–
<b>Sous-clinique</b>				
Anxiété	5 (100)	2 (66,6)	2 (66,6)	9 (81,8)
Dépression	–	1 (33,3)	2 (66,6)	3 (27,3)
TSPT	–	–	–	–

## Collecte de données

La collecte de données s'est étendue sur une période d'environ trois mois, entre juin et août 2016. Les groupes de discussion retenus pour cette étude ont eu lieu dans des salles de réunion de l'Hôpital Montfort à Ottawa et de l'Hôpital de Hull à Gatineau. Un goûter a été servi aux participants.

À l'arrivée des participants, les objectifs de l'étude et les critères de sélection des participants leur ont été réitérés, en leur rappelant que la discussion serait enregistrée à l'audio. Les participants ont ensuite pu poser leurs questions à la chercheuse, avant de signer le formulaire de consentement et remplir le questionnaire sociodémographique.



### ***Questionnaire sociodémographique***

Afin d'obtenir l'information sociodémographique des participants et confirmer leur éligibilité, la chercheuse leur a remis un questionnaire. Ils devaient y indiquer leur âge, leur ville de résidence, leur état civil, leur niveau de scolarité, leur statut et secteur d'emploi, leur groupe ethnique, leur diagnostic de santé cardiovasculaire et de santé psychologique (voir l'annexe A).

### ***Entrevue semi-structurée pour les groupes de discussion***

Ensuite, un questionnaire d'entrevue semi-structurée mis au point par les chercheurs Cœur à l'esprit a permis de guider les échanges se tenant sous forme de groupes de discussion. La chercheuse était impliquée dans le développement des questions portant sur le thème de son essai doctoral : le soutien social provenant de la/du partenaire de vie. Son choix d'employer des groupes de discussion comme méthode de collecte de données est justifié d'abord par le fait que les groupes de discussion permettent de générer de l'information tout à fait nouvelle ou inattendue, en facilitant l'expression d'une variété de perspectives, de points de vue et de compréhensions d'une problématique (Wilkinson, 1998). De plus, le groupe de discussion constitue un environnement social sécurisant, au sein duquel les participants peuvent échanger sur des thèmes qui leur sont plus délicats, tout en renchérissant les propos de leurs homologues, en se sentant libre d'employer un vocabulaire qui leur est propre (Wilkinson, 1998).

Le questionnaire d'entrevue semi-structuré a donc permis de guider les interactions entre les participants et la chercheuse et portait sur les six thèmes suivants : 1) l'expérience du patient par rapport aux difficultés de santé mentale suivant l'incident cardiaque, 2) la promotion de la santé et les besoins en matière de prévention, 3) l'expérience en lien avec les services de santé et des soins cliniques, 4) le soutien provenant de la (du) partenaire de vie, 5) le soutien provenant du milieu de travail et 6) le modèle de soins par étapes, ce dernier constituant la pierre angulaire

du projet Cœur à l'esprit (voir annexe C). Les discussions ont duré entre 110 et 190 minutes, laissant ainsi les participants s'exprimer à leur guise.

Puisque l'objectif ultime de la présente étude était d'obtenir de l'information sur les préférences des hommes en termes de soutien social au sein de leur couple et sur la perception de ce qui leur est offert par leur partenaire, une emphase particulière a été mise sur la section #3. D'autres sections du questionnaire ont aussi été considérées dans l'analyse puisque plusieurs participants y ont mentionné leur conjoint.e. Seules les sections portant sur le soutien provenant du milieu de travail et sur le modèle de soins par étape ont été mises de côté par manque de pertinence pour la présente étude. Pour chaque thème du questionnaire d'entrevue semi-structuré, entre une et trois questions ouvertes étaient posées aux participants puis pour chaque question, des sous-thèmes étaient proposés dans le cas où la discussion s'essoufflerait.

Ainsi, la chercheuse a pu analyser ultérieurement les données qualitatives recueillis en suivant la séquence de l'analyse thématique réflexive (ATR) proposée par Braun et Clarke (2006, 2013).

### **Analyse des données**

Avant de présenter la séquence d'analyse de l'ATR, la section suivante exposera de façon détaillée l'approche méthodologique privilégiée dans le cadre de cette étude et son justificatif.

#### ***Approche méthodologique : Analyse thématique réflexive (ATR)***

Une curiosité est née envers l'analyse thématique au sein de la communauté scientifique dans les années 1970, mais il fallut jusqu'en 2006 pour que Virginia Braun et Victoria Clarke fassent reconnaître l'analyse thématique réflexive (ATR) en tant qu'approche distincte, se définissant à travers un processus structuré et conçu pour les sciences sociales (Braun et Clarke, 2006). Cette méthode a été conçue spécifiquement pour identifier, analyser et interpréter la

signification de données qualitatives sous forme de thèmes récurrents dans un ensemble de données (Braun, Clarke et Terry, 2014). L'ATR doit donc être considérée comme un ensemble d'approches partageant des caractéristiques communes, mais se différenciant par leurs orientations paradigmatiques, par leurs valeurs épistémologiques et ontologiques et par leur procédures (Braun et Clarke, 2021). Pour que l'analyse soit à la fois flexible et exécutée de façon systématique, Braun et Clarke (2021) suggèrent a priori de spécifier les fondements théoriques, épistémologiques et ontologiques sur lesquelles reposeront l'analyse, ainsi que le paradigme selon lequel la connaissance générée sera interprétée.

### ***Justificatif du choix de l'ATR***

Étant donné la nature exploratoire de cette étude et les objectifs convoités, une approche qualitative a été sélectionnée. Puisque la présente étude vise la compréhension de l'expérience subjective et des perceptions des hommes atteints de MC quant au soutien conjugal reçu, l'approche semblant la plus propice à réaliser les objectifs de celle-ci est l'analyse thématique réflexive (ATR). D'abord parce qu'elle permet une flexibilité quant au cadre théorique et épistémologique et aussi quant à la méthode de collecte de données et la grandeur de l'échantillon choisi (Braun et Clarke, 2013).

De plus, puisque la chercheuse souhaitait porter une attention particulière à la manière dont les hommes vivent le soutien conjugal et à comment ils comprennent et donnent sens à leur expérience, elle a entrepris l'ATR dans une perspective expérientielle, tel que recommandé par Braun et Clarke (2013). L'élément au cœur de la démarche qualitative expérientielle étant la vision et la compréhension du monde des participants, les hommes atteint d'une MC le cas échéant, cela a permis à la chercheuse de valider et de donner un sens aux diverses perspectives

exposées dans les propos pour ainsi en extraire les idées récurrentes et les organiser, tout en établissant des liens avec la littérature existante (Braun et Clarke, 2006).

Les prochaines lignes seront maintenant dédiées à spécifier les fondements de l'ATR et à présenter les critères méthodologiques ayant guidé le parcours analytique de la présente recherche.

### ***Les fondements épistémologiques et ontologiques de l'ATR***

L'ontologie et l'épistémologie sont des domaines de la philosophie qui s'intéressent à la réalité (ce qui est). L'ontologie considère la réalité comme étant séparée et indépendante de la compréhension humaine, puis l'épistémologie, à ce qui peut être considéré comme de la connaissance valide et fiable en recherche (Braun et Clarke, 2013). Plusieurs positions ontologiques et épistémologiques peuvent être adoptées.

***L'ontologie.*** Dans le cadre de cette étude, la chercheuse a réalisé l'analyse des données sous la lentille du réalisme critique : Le qualificatif « réalisme » réfère aux liens causaux dans la nature, indépendants de la connaissance humaine. Quant au qualificatif « critique », il suggère que la connaissance est, en tout temps, soumise à l'influence sociale. Le réalisme critique postule alors que la connaissance sur tout phénomène sera toujours partielle (Anadón, 2019). La connaissance préexistante sur le soutien social perçu et la MC relatée dans la section précédente, combinée à la nature exploratoire de l'étude et à la formule interactive des groupes de discussion, sont les facteurs qui ont amené la chercheuse à se positionner ainsi.

***L'épistémologie.*** En second lieu, la position l'épistémologique adoptée par la chercheuse est le contextualisme, qui s'apparente quelque peu au réalisme critique de l'ontologie (Braun et Clarke, 2013). Les chercheurs adeptes de ce paradigme ont généralement pour but de déconstruire les récits des participants, mais sans chercher de faits objectifs ni identifier des

processus cognitifs chez ceux-ci (Drapeau, 2004). Ils visent plutôt à produire un sens rendant compte des subtilités et de la complexité des participants et de leurs perceptions, ce qui fait du contextualisme un construit intersubjectif de la signification (Drapeau, 2004). Ainsi, l'analyse des données présentée plus bas a été effectuée selon cette position épistémologique pour les mêmes motifs que ceux justifiant le choix du réalisme critique : l'ATR réalisée de cette façon est davantage en mesure de faire émerger la richesse des données en accentuant l'expérience des hommes atteints de MC, tout en considérant la subjectivité de la chercheuse et des participants, ainsi que l'influence de la connaissance préexistante comme contexte.

L'approche et les positions épistémologiques et ontologiques ici présentées caractérisent un processus de production de connaissance se voulant essentiellement inductif, bien que les aspects suivants de cette étude y ajoutent une saveur déductive.

***Processus d'analyse inductif et déductif.*** En effet, la démarche méthodologique de la présente étude arbore un caractère principalement inductif. En ce sens, les thèmes émergeant du récit de l'expérience des hommes diagnostiqués d'une MC sont le résultat de leur subjectivité et de l'intersubjectivité découlant des interactions entre la chercheuse et les participants, et entre les participants eux-mêmes lors des groupes de discussion (Anadón et Guillemette., 2006). C'est-à-dire que ceux-ci évoquent des expériences où ils ont reçu du soutien de leur conjoint.e, dans des circonstances particulières, à des moments définis dans le temps et aux suites d'un évènement bien précis qu'est la maladie cardiaque. Ainsi, ils font état de leur réalité, leur perception étant dépeinte selon leur vécu émotionnel généré par ces circonstances.

Cependant, l'induction n'est pas pure pour les raisons suivantes. D'abord, dès la composition de l'échantillon, le terrain a été approché avec certaines prémisses théoriques constituant le fondement des éléments à explorer (Glaser et Strauss, 1967, cités dans Anadón et

Guillemette., 2006). De plus, les thèmes identifiés dans l'analyse en lien avec le soutien conjugal sont influencés par une typologie pré-existante, celle de Uchino (2004) étant décrite plus haut.

En somme, l'impossibilité de faire abstraction totale d'éléments théoriques dans le cadre de cet essai révèle une démarche méthodologique principalement inductive mais s'appuyant tout de même sur des fondements théoriques.

Un dernier concept qui, selon Braun et Clarke (2013), distingue l'ATR des autres méthodes d'analyse procédant par regroupement de thèmes, est la réflexivité.

**La réflexivité.** D'abord, Braun et Clarke (2013) suggèrent qu'en recherche qualitative, le chercheur, ses valeurs, ses connaissances, son expérience de vie ou encore son humanisme, constituent en eux-mêmes des outils précieux susceptibles de renchérir les résultats. Afin d'utiliser à bon escient cette subjectivité, il importe de réfléchir de manière critique sur la connaissance (les résultats) produite et sur son propre rôle dans la production de cette connaissance (Braun et Clarke, 2013). C'est ce qu'est la réflexivité; celle-ci devant s'exécuter au niveau fonctionnel et personnel. La réflexivité fonctionnelle a trait à la réflexion critique que le chercheur porte sur l'influence possible des procédures et des outils de recherche employés sur le processus de recherche. Par exemple, comment le choix d'une orientation paradigmatique quelconque est susceptible d'influencer les résultats versus une autre? Ou encore, comment les questions du questionnaire d'entrevue semi-structurée influencent la qualité des réponses fournies par les participants? Quant à la réflexivité personnelle, elle englobe la réflexion sur la façon dont le chercheur lui-même prend place au sein du processus de recherche et comment sa présence physique, ses présomptions et ses hypothèses viennent teinter les résultats obtenus (Wilkinson, 1988). Par exemple, comment le parcours scolaire en kinésiologie de la chercheuse et son expérience antérieure en réadaptation avec des patients atteints de MC pourrait influencer

sa compréhension du discours des participants? Enfin, les détails de ce processus réflexif ont été en partie détaillés dans la section précédente où sont présentés la nature de l'approche adoptée et les fondements épistémologiques et ontologiques établis à l'amorce de cette étude. Ils seront aussi évoqués plus loin dans la section Discussion. La section qui suit présentera d'abord la structure de l'analyse des données.

### **Stratégie d'analyse**

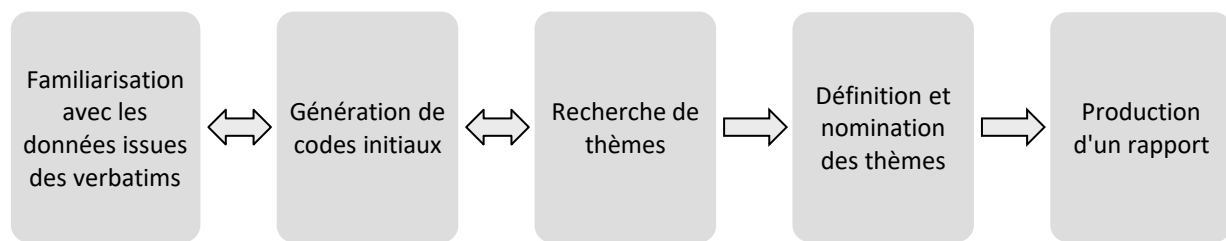
L'analyse thématique est la méthode la plus fréquemment utilisée en recherche qualitative pour analyser les données (Braun et Clarke, 2013). En 2006, Braun et Clarke se la sont appropriés en nommant l'ATR telle une méthode distincte et en la structurant selon un ensemble de lignes directrices servant à guider le processus d'analyse de données. Bien que la littérature scientifique présente parfois l'ATR comme un processus rigide s'exécutant par étapes, Braun et Clarke (2006) sont clair sur leur position : Le guide d'analyse qu'ils ont mis au point n'a aucune visée prescriptive et ne doit en aucun cas être suivi au pied de la lettre. Au contraire, ce guide se veut plutôt un outil rendant la méthode d'analyse accessible aux chercheurs moins expérimentés, en offrant une certaine flexibilité quant au choix de paradigmes et de postulats philosophiques et théoriques pouvant soutenir l'analyse (Braun et Clarke, 2021).

À partir des verbatims tirés des enregistrements des groupes de discussion, l'ATR a permis d'identifier des thèmes et des idées en lien avec la question de recherche dont les significations sont similaires et récurrentes. L'analyse a été exécutée selon une suite d'étapes flexibles, au travers laquelle la chercheuse a cheminé non de façon linéaire mais en revisitant certaines étapes au besoin, selon l'évolution de la signification des données. La séquence d'analyse va comme suit : 1) la familiarisation avec les données issues des verbatims, 2) la génération de codes initiaux, 3) la recherche de thèmes, 4) la révision des thèmes, 5) la définition

et la nomination des thèmes et 6) la production d'un rapport. La figure suivante expose la structure de l'ATR :

**Figure 1**

*Séquence d'analyse de l'ATR*



Ainsi, la chercheuse a analysé les verbatims des trois groupes de discussion selon cette séquence, en revenant au besoin sur les étapes précédentes. Précisément, l'analyse a débuté par une familiarisation avec les données des trois groupes de discussion. Bien que la chercheuse possède une connaissance préalable du contenu à analyser acquise lors des entrevues semi-structurées, Braun et Clarke (2006) considère essentielle cette étape où l'on doit s'immerger en profondeur dans les données. De plus, cela a permis de s'assurer que la taille de l'échantillon était suffisante pour recueillir une quantité de données permettant de répondre avec adéquation à la question de recherche. Ensuite, la séquence d'analyse a été exécutée au complet avec les données du premier groupe de discussion, où les thèmes dévoilés ont permis d'orienter l'analyse des deux autres groupes en demeurant ouvert à l'émergence d'informations nouvelles. Ce qui a été relevé des données du premier groupe en ce qui a trait aux préférences et aux perceptions du soutien social prodigué par le.la conjoint.e, a été regroupé sous des thèmes temporaires, qui ont été organisés sous forme de diagramme. Cela a finalement permis, lors de l'analyse des deux autres groupes, de modifier les thèmes existants, de regrouper l'information différemment au fur



et à mesure que du matériel nouveau était soulevé pour en arriver à un diagramme complet soulevant des similarités entre les trois groupes.

### **Phases de l'analyse thématique réflexive**

De façon plus spécifique, chacune des phases de l'ATR s'exécutent avec flexibilité et selon les paramètres suivants.

#### ***Familiarisation avec les données***

Cette première phase est considérée comme cruciale pour Braun et Clarke (2006), qui la définissent comme un processus actif d'immersion, où dès la première lecture, la chercheuse doit se mettre à réfléchir à la signification des données. Elle s'est donc mise à la lecture des trois verbatims en écoutant simultanément les enregistrements audios. Il n'y a pas de nombre de relecture prescrit par les concepteurs de l'ATR (Braun et Clarke, 2006), ce qui demeure important pour eux est plutôt de réfléchir pendant la lecture à des questions telles que : 1) Quel sens prend l'expérience du participant pour celui-ci? 2) Pourquoi les participants accordent un certain sens à leur expérience versus un autre? 3) Comment se différencie leur expérience par rapport à celles des autres participants? 4) Comment me sentirais-je si j'étais à leur place (Braun et Clarke, 2006)? Suivant les recommandations de Braun et Clarke (2006), la chercheuse s'est ensuite attardée au premier groupe, en réalisant une seconde et une troisième écoute du verbatim, en prenant des notes sur ses idées et ses ressentis, sur les indices non verbaux des participants (pleurs, modification du débit et du ton de la voix), sur l'ambiance générale du groupe et l'aisance des participants au fil de la discussion. Bien qu'elles n'étaient pas toutes cohérentes à ce stade de l'analyse, ces notes ont constitué les fondations des thèmes ultérieurs (Braun et Clarke, 2013).

### *Génération initiale de codes*

Une fois bien familiarisée avec le matériel qualitatif, la chercheuse a opté pour un codage manuel, cette méthode s'arrimant davantage avec son positionnement ontologique et épistémologique. En effet, le codage manuel permet de maintenir une certaine proximité avec le récit des participants, en ce sens où l'intention dans les paroles, le contexte et la signification des mots employés peuvent être mieux préservés qu'avec l'emploi d'un logiciel de codage (Parameswaran et al., 2020). De plus, plusieurs logiciels d'analyse de données qualitatives traitent les données textuelles de manière purement quantitative, en calculant la fréquence de mots ou de phrases dans un ensemble de données. Bien que cela facilite l'identification de thèmes récurrents, cela pourrait également diriger l'attention de la chercheuse sur la « quantité » ou la fréquence des données, au détriment de leur sens et de leur portée (Braun et Clarke, 2013; Niedbalski et al., 2022).

La chercheuse a donc commencé par identifier des codes initiaux, toujours avec les données du premier groupe, en identifiant dans les données les passages en lien avec le soutien social perçu et préféré par les participants au sein de leur couple. Un code peut prendre la forme d'un simple mot ou encore d'un segment de données, qui englobe une signification jugée pertinente à l'égard de la question de recherche (Braun et Clarke, 2006). Ces mots ou segments de discours peuvent parfois soulever plusieurs codes, qui sont à considérer selon leur niveau de pertinence pour l'étude (Braun et Clarke, 2013).

Les auteurs de l'ATR présentent deux façons d'aborder la génération de codes : le codage sélectif et le codage complet (Braun et Clarke, 2013). La première méthode vise à rassembler un type spécifique de données, ce qui requiert au départ une base théorique sur laquelle reposera la sélection de données. La seconde, le codage complet, est une méthode plus abstraite où tous les

éléments pouvant être en lien d'une manière ou d'une autre avec la question de recherche sont codés et ce, à travers l'entièreté du corpus de données (Braun et Clarke, 2013). Ainsi, la chercheuse a opté pour un codage sélectif : Étant donné le caractère non-pertinent des données portant sur le modèle d'intervention Cœur à l'esprit et sur le milieu de travail, elle a exclu ces sections de l'analyse. Elle s'est finalement attardée aux autres sections du questionnaire en retenant exclusivement celles où le soutien conjugal était abordé.

Selon Braun et Clarke (2013), deux types de codes peuvent être identifiés. D'abord les codes sémantiques, qui sont issus directement des données, en ce sens où le chercheur extrait mots pour mots une section des données qui constituent le code en soi. Les chercheurs moins expérimentés généreront habituellement plus de ces codes puisque ceux-ci requièrent moins de connaissance sur les concepts à l'étude. Ensuite, les codes latents sont le résultat de l'interprétation conceptuelle ou théorique du chercheur et reflètent donc la signification implicite d'un extrait de données (Braun et Clarke, 2013). La chercheuse a été en mesure de soulever ces deux types de codes vu son niveau de maîtrise des données et son bagage de connaissance à la fois sur les MC et sur la population à l'étude.

### ***Recherche de thèmes***

Une fois que tous les codes initiaux du premier groupe de discussion ont été générés, ceux dont les significations étaient similaires et/ou se chevauchaient ont été regroupés sous un même thème, dans une carte conceptuelle. La carte conceptuelle est un outil que Braun et Clarke (2006) proposent afin d'organiser les codes et les thèmes de manière plus ordonnée et avoir une vue d'ensemble de toutes les données recueillies. Elle peut prendre plusieurs formes, donc la chercheuse a opté pour un diagramme en arbre, qu'elle a d'abord mis sur papier, afin d'organiser les codes et les thèmes provisoires tirés du premier groupe. À cette étape, les thèmes sont matière

à changement. Pour qu'un thème soit considéré comme bon, sa signification doit à la fois se distinguer des autres thèmes et en même temps s'agencer à eux afin que la structure de l'analyse une fois complétée soit cohérente (Braun et Clarke, 2013).

À la suite de l'identification des thèmes pour les données du premier groupe, les mêmes étapes, de la familiarisation avec les données jusqu'à la recherche de thèmes, ont été reproduites avec les données des deux autres groupes. À ce stade, la carte conceptuelle englobait l'ensemble des codes et thèmes relevés dans les trois groupes de discussion.

### ***Révision des thèmes***

À cette étape, les codes et thèmes provisoires provenant des trois groupes de discussion étaient redondants et/ou se chevauchaient. La chercheuse a donc procédé à une révision des thèmes provisoires en s'assurant que chaque code était regroupé sous le thème adéquat et que l'ensemble de l'analyse représentait avec justesse l'expérience des participants. Pendant cette phase, elle s'est assurée de la cohérence des thèmes de façon distincte et en tant qu'ensemble. La chercheuse s'est aussi assurée qu'ils se distinguaient entre eux par leur signification et qu'ils permettaient de répondre de manière élaborée à la question de recherche. Pour ce faire, elle a relu tous les codes et s'est assurée que les thèmes couvraient la grande majorité d'entre eux. Ainsi, elle a eu à retrancher ou renommer certains thèmes, de façon à représenter plus justement les ensembles de codes et d'offrir des réponses claires en guise de résultats. Elle a également regroupé chaque thème sous des thèmes globaux, sous lesquels il n'y a pas de codes mais qui encapsulent une idée générale se reflétant dans un ensemble de thèmes (Braun et Clarke, 2013). Finalement, la chercheuse a effectué une dernière révision de la carte conceptuelle, cette fois-ci en retournant aux verbatims et en relisant le tout pour s'assurer que les thèmes capturent le plus fidèlement possible l'expérience des trois groupes d'hommes atteints de MC. Une fois cet

objectif atteint, ce processus de vérification, où s'est effectué plusieurs retours aux étapes précédentes, a pris fin. La carte conceptuelle a donc été renchériée et modulée, fournissant ainsi une ébauche dans laquelle se dévoilaient grossièrement les thèmes prépondérants, la manière dont ils s'agencent et les idées générales évoquant l'expérience des participants. Ceci a permis d'arriver à la prochaine étape, où toutes les données codées pour chaque groupe de discussion ont été regroupées sous un ensemble de thèmes finaux et clairement définis.

### ***Définition et identification des thèmes***

Ainsi, lorsque la carte conceptuelle a été complète, la chercheuse a procédé au raffinement et à la définition des thèmes, où Braun et Clarke (2006) propose d'identifier l'« essence » de chaque thème. Pour ce faire, elle s'est penchée sur chaque code colligé sous chaque thème afin de les organiser de manière cohérente. Une fois assurée que chaque code était bien ordonné sous chaque thème, elle a renommé les thèmes de manière concise, afin d'offrir aux premiers abords une idée de ce qu'ils englobent comme signification. Trois thèmes généraux ont émané du récit des participants, soit la Préservation de la masculinité, la Préservation de l'autonomie et L'alliance, sous lesquels se trouvent des thèmes et des sous-thèmes.

### ***Production d'un rapport***

Enfin, la dernière étape de l'ATR a pu s'amorcer, où les résultats de cette étude figureront dans la prochaine section. L'étude avait pour but de déceler et de mieux comprendre les potentiels écarts entre le soutien social perçu et souhaité par les hommes atteints d'une MC au sein de leur couple. La section suivante est organisée d'une façon qui permettra de répondre aux objectifs de l'étude : d'abord en décrivant ce que les hommes préfèrent recevoir comme soutien conjugal, puis en relevant les comportements de leur conjoint.e qu'ils ont perçu comme étant plus ou moins appropriés. Pour ce faire, la chercheuse a rassemblé tous les thèmes généraux, les

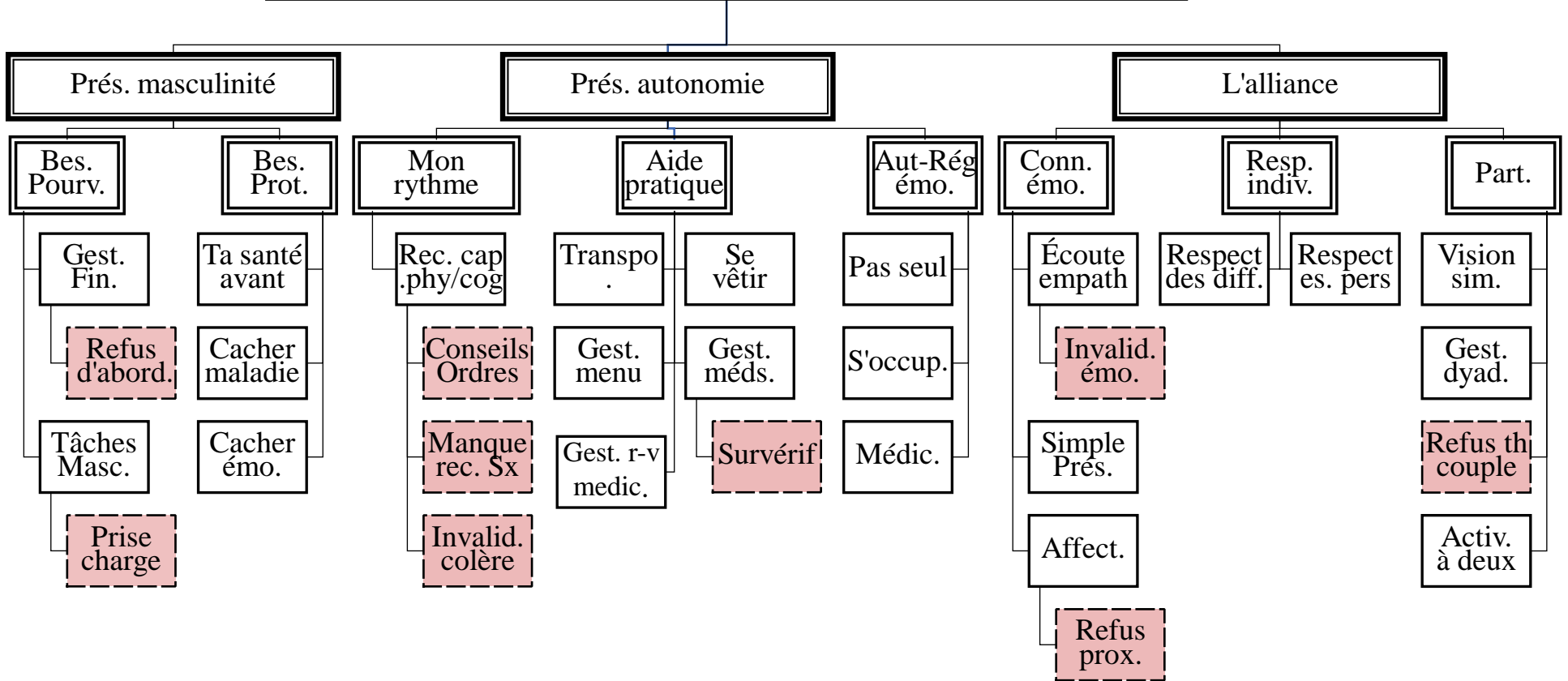
thèmes et les sous-thèmes de l'analyse en expliquant la façon dont ils sont liés entre eux. Chaque thème général et thème sera présenté et accompagné de sa signification, à laquelle est arrimée une argumentation soutenant la relation entre ces thèmes et la question de recherche. Ici, la chercheuse n'avait pas nécessairement à énoncer le narratif des données, mais plutôt d'aller au-delà des mots, en fournissant des arguments et explications empreints de réflexivité et qui répondent à la question de recherche (Braun et Clarke, 2006). La chercheuse évoquera à nouveau les résultats dans la discussion, où des liens seront établis entre ceux-ci et la théorie existante.

### **Résultats**

En première instance, la carte conceptuelle illustrant l'ensemble des thèmes en regard du soutien conjugal expérimenté par les hommes atteints d'une MC est présentée ci-dessous. Chacun des thèmes généraux accompagnés de leurs thèmes et sous-thèmes seront ensuite détaillés plus bas. La section se terminera finalement par un tableau synthèse (Tableau 2) présentant des exemples de verbatims illustrant chacun des sous-thèmes.

Carte conceptuelle

Soutien conjugal: Préférences et perceptions des hommes atteints de MC



## Légende de la carte conceptuelle

Formes :                   Thèmes généraux : **=====**                   Sous-thèmes : **=====**  
                                   Thèmes : **=====**   Écarts de soutien : **-----**

---

**Thème général 1 :** Prés. Masculinité = Préservation de la masculinité

---

Thèmes :                   Bes. Pourv. = Besoin de pourvoir  
                                   Bes. Prot.= Besoin de protéger

Sous-thèmes :           Gest. Fin=Gestion financière                   Cacher maladie = Cacher la maladie  
                                   Tâches masc.= Tâches masculines           Cacher émo. = Cacher mes émotions  
                                   Ta santé avant= Ta santé avant la  
                                   mienne

Écarts de soutien :      Refus d'abord.= Refus d'aborder l'aspect financier  
                                   Prise charge = Prise en charge du.de la conjoint.e

---

**Thème général 2 :** Prés. Autonomie= Préservation de l'autonomie

---

Thèmes :                   Mon rythme = Besoin d'aller à mon rythme  
                                   Aide pratique  
                                   Aut-rég. émo= Autorégulation émotionnelle

Sous-Thèmes :          Rec. cap. phy/cog.= Reconnaissance           Gest. méds.= Gestion de la médication  
                                   des capacités physiques et cognitives      Pas seul = Ne pas rester seul  
                                   Transpo.= Transport                            S'occup. = S'occuper  
                                   Gest. menu = Gestion du menu                Médic. = Médication  
                                   Gest. r-v médic.= Gestion des rendez-  
                                   vous médicaux

Écarts de soutien :      Conseils ordres= Conseils excessifs et ordres  
                                   Manque rec. sx= Manque de reconnaissance des symptômes physiques et/ou psychologiques  
                                   Invalid. colère = Invalidation et réactions colériques  
                                   Vérif.ex. = Vérification excessive

---

**Thème général 3 :** L'alliance

---

Thèmes :                   Conn. émo. = Connexion émotionnelle  
                                   Resp. indiv. = Respect de l'individualité   Part. = Partenariat

Sous-thèmes :          Écoute empath. = Écoute empathique           Respect es. Pers. = Respect de l'espace personnel  
                                   Simple prés. = Simple présence                Vision sim. = Vision similaire de la maladie  
                                   Affect. = Affection                                Gest. Dyad = Gestion dyadique de la maladie  
                                   Respect des diff. – Respect des                Activ. à deux = Partage d'activités communes  
                                   différences individuelles

Écarts de soutien :      Invalid. Émo. = Invalidation émotionnelle  
                                   Refus prox. = Refus de la proximité physique  
                                   Refus th. Couple = Refus de la thérapie de couple



La carte conceptuelle comprend trois thèmes généraux concernant l'expérience du soutien conjugal des hommes vivant avec une MC. Chacun regroupe respectivement les thèmes et sous-thèmes qui ont permis l'émergence de leur signification. Les thèmes généraux évoqués dans le discours des hommes sont la Préservation de la masculinité, la Préservation de l'autonomie et L'alliance. Ces thèmes viennent mettre en évidence l'expérience de l'homme au sein de son couple et dans son rapport à soi comme étant au cœur de l'analyse, validant ainsi les orientations épistémologiques et ontologiques de la chercheuse. Ils partagent également un lien latéral, du fait qu'ils sont tous interdépendants et liés à des besoins identitaires chez les hommes, dans l'expérience de la MC et du soutien conjugal. Ces thèmes ont à trait soit à l'identité individuelle de l'homme (Préservation de la masculinité et de l'autonomie) ou à l'identité sociale, comme faisant partie d'une relation de couple (L'alliance). Chacun d'eux sera présenté dans leur partie respective de la section Résultats, suivi par leurs thèmes et sous-thèmes. Pour les sous-thèmes où des écarts de soutien conjugal ont été identifiés entre ce qui est perçu et souhaité par les participants, un paragraphe expliquant les écarts sera présenté. Le premier thème général à être abordé est la préservation de la masculinité.

### **Préservation de la masculinité**

Premièrement, la masculinité telle que compris dans les données analysées réfère à une masculinité pouvant être qualifiée de « traditionnelle », intimement liée au patriarcat et revêtant un caractère implicite dominant (Connell et Messerschmidt, 2015). Il s'agit d'un construit lié à l'identité de genre, qui regroupe 1) un aspect social et comportemental, 2) un ensemble de pratiques et de caractéristiques et 3) l'expérience individuelle du corps et du soi dans l'application de ces normes sociales (Connell, 2020). Les thèmes circonscrits sous ce thème

général, soit le besoin de pourvoir et de protéger, représentent des façons de préserver la masculinité et sont définis ci-bas.

### **Besoin de pourvoir**

Chez l'entière des participants, l'une des façons d'exercer leur masculinité se traduit par un besoin de pourvoir, c'est-à-dire, de détenir le rôle de celui qui assure l'essentiel à sa famille, en leur offrant toit et nourriture. Plusieurs ont souligné l'importance qu'ils accordent à certains aspects du rôle de pourvoyeur, par exemple, en exerçant certaines tâches demandant plus de force physique, en prenant certaines décisions au nom du couple et en s'occupant des finances de la famille. Les participants ont voué une grande importance au maintien de ce rôle de pourvoyeur, en exprimant des sentiments d'inadéquation, d'inutilité et une perte de sens à leur vie en étant privé de ce rôle, ou dans le cas où ils le seraient. Le besoin de pourvoir a principalement émergé lorsque les hommes abordaient les finances et les tâches à domicile qu'ils se sont appropriés.

### ***Gestion financière***

Le premier sous-thème compris dans le Besoin de pourvoir est la Gestion financière au sein du couple. Chacun des patients ont mentionné le besoin d'être au courant des avoirs et des dépenses du couple et d'en être responsable, en plus de planifier financièrement leur éventuel décès pour assurer une sécurité financière à leur conjoint.e. D'abord, pour 73% des participants, l'évènement cardiaque semble avoir engendré un remaniement du budget du couple, dû, par exemple, à un arrêt de travail prolongé, une réduction à long terme des heures de travail, ou encore, à une perte d'emploi pour ceux occupant un poste plus stressant ou physiquement demandant. Ainsi, les hommes ont signifié le besoin que leur conjoint.es s'adaptent aussi à la nouvelle réalité financière en coopérant dans la réduction des dépenses. Pour d'autres hommes,

le besoin d'aborder le sujet des finances du couple était très important, dans l'optique où le risque de décès prématuré est plus élevé suivant l'évènement cardiaque. Par exemple, près de la moitié de la cohorte a exprimé le besoin de prendre du temps pour enseigner à leur partenaire le fonctionnement des comptes bancaires et des cartes débit et crédit, afin de leur transmettre une certaine autonomie financière dans le cas où ils décèdent. Leurs propos révélaient également que le souhait d'effectuer cet exercice reposait sur un besoin de réduire leurs inquiétudes envers la personne aimée s'ils venaient qu'à décéder.

*Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.* En ce qui a trait au soutien du/de la conjoint.e dans cette sphère, certains hommes ont révélés quelques comportements non-soutenants chez leur partenaire en s'exprimant de manière frustrée et triste à la fois. Par exemple, près de 30% des hommes ont admis que lorsque venait le temps de réduire les dépenses du couple, leur partenaire se montrait peu coopératif.ve, en ce sens où il.elle demandait à se procurer des biens dispendieux jugés non essentiels, en faisant fi de la nouvelle réalité financière. La réaction émotionnelle dans le discours des hommes amène à penser qu'ils ont pu ressentir un manque de respect à leur égard et une pression importante du fait de ne pas pouvoir offrir à leur partenaire ce dont il.elle souhaite.

Pour trois de ces participants, ils ont indiqué que lorsqu'ils ont tenté d'aborder la question financière avec leur partenaire par rapport au moment de leur décès, ils expliquent avoir été confrontés à des réactions colériques et défensives. Chez les partenaires de vie, ces réactions semblent leur avoir servi à éviter cette discussion. Cependant, le désir de l'homme d'aborder le sujet expose le besoin d'assurer le bien-être de son.sa partenaire à sa mort. Bien que les hommes aient reconnu qu'il pouvait être difficile pour leur partenaire d'aborder le sujet de la mort, ils

sont tout de même demeurés dans un état d'incertitude empêchant l'apaisement émotionnel souhaité.

### ***Tâches masculines***

Le deuxième sous-thème ayant contribué à la définition du Besoin de pouvoir est intitulé Tâches « masculines ». Cette étiquette englobe toutes les tâches attribuées au stéréotype masculin selon les normes sociales, c'est-à-dire, celles qui demandent plus de force physique ou encore celles qui s'effectuent dans des conditions plus difficiles. Ce sont des tâches à travers lesquelles l'homme se définit en tant que tel au sein de son couple. Lors des groupes de discussion, 82% des hommes ont évoqué en exemple la tonte du gazon, le pelletage de neige dans les grands froids d'hiver ou encore, le transport des sacs de déchets à la rue. Ils ont également exprimé le besoin de conserver ces tâches au sein de leur couple malgré leur état de santé, sans lesquelles ils disent se sentir inutiles ou ressentir une perte de sens vis-à-vis de leur rôle et leur raison d'être. Ainsi, pour plusieurs, continuer de vaquer à ces tâches leur permet à la fois de préserver leur identité masculine tout en épargnant leur partenaire.

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** Néanmoins, 82% des participants ont exprimé avoir été contraints d'arrêter leurs tâches habituelles, puisque que leur partenaire les ont prises en charge sans qu'il y ait communication au préalable, ou encore en exerçant une certaine coercition envers eux. Plusieurs hommes portant une MC ont reconnu qu'en voulant les dégager de leurs tâches plus exigeantes physiquement, leur partenaire de vie mettait en place des comportements perçus comme étant une menace au rôle de pourvoyeur et à la masculinité. Mis à part le besoin de pouvoir, celui de protéger a aussi émergé du discours des hommes.

## **Besoin de protéger**

Toujours sous le thème général de la Préservation de la masculinité, le second thème ayant émané du discours des hommes atteints de MC est le Besoin de protéger. Le besoin des hommes d'assumer le rôle de protecteur au sein de leur couple se définit par l'ensemble des comportements mis en place afin d'éviter que leur conjoint.e ait à faire face à des situations qui pourraient les faire souffrir physiquement et psychologiquement. À travers leur récit, la totalité des hommes ont dit tenter de ne pas générer d'inquiétudes chez leur partenaire, en évitant de partager certains malaises engendrés par l'évènement cardiaque. Cependant, pour certains hommes, le besoin de protéger consistait plutôt à prioriser la santé de leur partenaire en les soignant et en mettant à l'écart leur propre condition médicale. Les trois sous-thèmes ayant fait émerger le Besoin de protéger dans les propos des hommes sont présenté ci-dessous.

### ***Ta santé avant la mienne***

Le premier sous-thème, Ta santé avant la mienne, se définit à travers les échanges des participants tel un ensemble de comportements caractérisés par une forme d'abnégation de soi. Au moins 4 participants ont mentionné la santé physique précaire de leur partenaire, où ils doivent conséquemment l'aider à se déplacer, s'asseoir ou encore, leur apporter ce dont il.elle a besoin. Ces comportements de soins envers l'autre conjoint.e en perte d'autonomie sont également exécutés dans la mesure où les hommes font abstraction de leurs propres limites physiques imposées par la MC.

### ***Cacher la maladie***

Le Besoin de protéger est sous-tendu par un deuxième sous-thème, Cacher la maladie, qui pour la plupart des hommes consistaient à éviter de divulguer à leur partenaire les symptômes physiques engendrés par la MC ou tout autre modification à la baisse de leur état

physique. 64% des hommes ont cité en exemple les palpitations, la fatigue et les serrements à la poitrine, expliquant que le but était de ne pas inquiéter leur partenaire ou ne pas susciter d'énervement.

### ***Cacher les émotions***

Dans la même lignée, le troisième sous-thème émanant du discours des participants est Cacher les émotions, se définissant par toute tentative des hommes à ne pas partager leurs émotions avec leur partenaire, soit en les confiant à quelqu'un d'autre, ou en les gardant à l'intérieur. Tout comme le sous-thème précédant, 82% des hommes ont admis être motivés par le désir de ne pas inquiéter leur partenaire, reflétant un désir de le/la protéger émotionnellement. Enfin, l'ensemble de ces thèmes et sous-thèmes ramènent au besoin des hommes ayant vécu un évènement cardiaque, de préserver cette partie de leur identité qu'est la masculinité. Une seconde facette identitaire que les participants ont soulevée en lui vouant une grande importance est l'autonomie.

### **Préservation de l'autonomie**

Cette seconde section des résultats illustre le deuxième thème général, la Préservation de l'autonomie, dont la signification a émergé des thèmes et sous-thèmes qu'il englobe. L'autonomie, telle qu'émergeant du discours des participants, réfère aux tendances actualisantes du Soi et peut être mieux comprise dans le cadre de la théorie des besoins fondamentaux (Ryan, 1995). Cette théorie s'inscrivant dans la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2000) avance que le soutien des besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale est essentiel au bien-être de l'humain. Lorsque soutenus dans des relations interpersonnelles saines, ils stimulent la motivation et permettent un fonctionnement psychologique, développemental et comportemental optimal (Ryan et Deci, 2000). Ainsi,

l'autonomie peut être comprise comme étant sous-tendue par une capacité d'autodétermination, où l'être humain se sent comme étant à l'origine de ses décisions et de ses actions, en exerçant sa volonté et son libre choix (Paquet et Vallerand, 2016). Les trois thèmes suivants ont permis de faire émaner cette signification donnée à la Préservation de l'autonomie.

### **Besoin d'aller à mon rythme**

Le premier des trois thèmes ayant permis l'émergence de la Préservation de l'autonomie est le Besoin d'aller à mon rythme. La signification de ce thème repose sur des extraits où les participants font valoir devant leur partenaire leurs habiletés physiques et cognitives, tout en gardant à l'esprit les impacts de la maladie sur leur autonomie. Près de 73% des hommes ont exprimé avec conviction qu'ils « s'accrochent » aux tâches qu'ils sont encore capables de réaliser, dans un sens où cela maintient leur identité et donne un sens à leur existence. Le regroupement des trois sous-thèmes suivants ont permis l'émergence de ce thème : la Reconnaissance des capacités physiques, la Reconnaissance des capacités psychologiques et le Besoin d'aide pratique. Certains écarts de soutien se sont aussi manifestés dans le discours des hommes et seront présentés pour chaque sous-thème.

### ***Reconnaissance des capacités physiques***

La Reconnaissance des capacités physiques a émergé comme sous-thème faisant référence au besoin des hommes d'exercer leur l'autonomie dans des tâches et activités qu'ils demeurent aptes à faire, sans être contraints par une source extérieure, la conjointe ou le conjoint le cas échéant. Huit hommes sur les 11 ont fait mention de voyage, d'activités physiques et aussi de tâches liées à l'entretien extérieur de la maison. Ils ont mentionné que la possibilité d'exercer leurs capacités physiques leur permet de gérer l'ennui et le sentiment d'inutilité, ou encore d'avoir du plaisir et garder le moral.

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** Pour ce qui est du besoin de Reconnaissance des capacités physiques, 45% des participants ont exprimé de la frustration en mentionnant certains comportements de leur partenaire ressentis comme invalidant leur autonomie physique. Les participants ont cité en exemple les moments où le.la conjoint.e aurait émis son verdict sur la capacité à réaliser ou non certaines activités, lorsqu'il.elle aurait donné des ordres versus des conseils, ou lorsqu'il.elle aurait pris en charge les tâches leur conjoint ayant la MC sans discussion au préalable. Les hommes ont partagé leur réaction vis-à-vis de ces comportements, où ils ont soit tendance à adopter une position soumise, ou bien se démènent à se justifier devant leur partenaire.

### ***Reconnaissance des capacités cognitives***

Le deuxième sous-thème s'étant révélé dans les propos de 64% des hommes est la Reconnaissance des capacités cognitives, qui réfère au besoin des hommes que leurs capacités cognitives soient reconnues par leur partenaire et que malgré les conséquences de la MC, ils demeurent capables de faire certains choix et de prendre des décisions intelligentes. Des extraits du récit des participants traduisent un désir de prendre certaines décisions par rapport à leur santé et à la gestion de la maladie sans intervention ou influence du.de la conjoint.e.

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** En ce qui a trait au désir des hommes que leur partenaire reconnaisse leur autonomie intellectuelle, les propos de plusieurs participants ont exposé certains comportements du.de la conjoint.e ayant été perçus comme invalidants. Près de 36% des participants se sont montrés fermés et irrités lorsque leur partenaire imposait leurs décisions et leurs conseils, sans que ceux-ci aient été sollicités. Un autre comportement que les participants ont perçu comme invalidant était lorsque le.le conjoint.e émettait des rappels jugés comme étant excessifs de ne pas oublier, par exemple, leur médication, ou encore le faisait d'une



façon vécue par les hommes ayant la MC comme étant infantilisante. Selon eux, ceci démontrait un rapport d'autorité entre le.la partenaire et l'homme. En somme, les hommes ont exprimé le besoin de prendre leurs propres décisions et de faire leurs propres choix en regard de leur santé, sans influence extérieure, dans la mesure où leurs capacités cognitives le leur permet.

### **Besoin d'aide pratique**

Le deuxième thème ayant permis l'élaboration du thème général Préservation de l'autonomie est le Besoin d'aide pratique, qui se définit dans sa relation avec le thème précédent, Besoin d'aller à mon rythme. Le Besoin d'aide pratique se définit à travers tous comportements du.de la partenaire venant pallier la perte d'autonomie physique et cognitive perçue par le conjoint avec la MC. Le soutien pratique peut être compris tel que qu'Uchino (2004) le décrit, soit par la provision d'une aide matérielle ou un service, par exemple, une aide financière ou une aide pour un déplacement. Les cinq sous-thèmes suivants représentent les formes de soutien pratique perçue par les participants de la part de leur partenaire.

#### ***Le transport***

Le premier sous-thème ayant été révélé lors des groupes de discussion est le Transport, se définissant comme une aide pratique où l'homme atteint de MC se fait conduire en voiture par son.sa partenaire soit aux rendez-vous chez le médecin de famille, soit à la pharmacie, soit à l'hôpital. La moitié des participants ont évoqué le besoin d'être transporté surtout dans les premiers jours à partir de l'évènement cardiaque, en raison de la perte d'autonomie importante à ce stade. Deux participants se sont également montrés émus en mentionnant que leur partenaire leur a sauvé la vie en les conduisant à l'hôpital le jour même de l'évènement cardiaque.

### *Se vêtir*

Le second sous-thème jaillissant du discours des participants est Se vêtir. 64% d'entre eux ont eu besoin d'assistance de leur partenaire pour mettre leurs vêtements, selon l'importance de leur perte d'autonomie. Le besoin d'aide pour se vêtir s'est révélé lui aussi plus présent dans les premiers jours suivant l'évènement cardiaque, tel que décrit par les participants.

### *Gestion de la médication*

Le troisième sous-thème ayant permis l'émergence du thème Besoin d'aide pratique est la Gestion de la médication, se définissant par l'ensemble des comportements de soutien du.de la conjoint.e facilitant la prise de médicaments. Par exemple, les trois quarts des hommes ont évoqué à maintes reprises le déplacement du.de la conjoint.e à la pharmacie pour se procurer les médicaments, la préparation des médicaments à l'aide d'un pilulier pour faciliter la prise et les rappels pour réduire la fréquence des oublis. Pour plusieurs participants, leur discours reflétait une difficulté particulière à intégrer la prise d'une médication dans leur routine quotidienne.

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** Bien que les trois quarts des hommes aient exprimé leur appréciation du soutien de leur conjoint.es pour la Gestion de la médication, quatre d'entre eux ont décrit des comportements non-soutenants chez leur partenaire. Ils ont évoqué en exemple les rappels excessifs pour la prise de médicament comme comportement leur générant de la colère. Un des participants a également soulevé un comportement de sa partenaire où celle-ci lui jette un regard désapprobateur, tout en brassant son pilulier pour faire du bruit, ce qui le frustre.

### *Gestion du menu*

Le quatrième sous-thème relevé dans le récit des participants est la Gestion du menu. Il s'agit également d'une forme de soutien pratique incluant tout comportement du.de la conjoint.e

perçu par les participants comme une aide à se nourrir, tout en suivant les recommandations nutritionnelles des professionnels de la santé. Ce sont les 11 participants qui ont exprimé une grande reconnaissance lorsqu'ils expliquaient comment leur partenaire vaquait à la préparation des repas, aux courses à l'épicerie et à la planification des repas dans un souci de respect des nouvelles directives reçues à l'hôpital.

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** Pour le sous-thème Gestion du menu, tous les participants ont indiqué apprécier les efforts du/de la conjointe dans ce domaine. Cependant, 36% des participants ont mentionné ne pas apprécier se faire dire ce qu'ils ont le droit ou pas le droit de manger, se faire imposer des limites dans la consommation de certains aliments et se faire surveiller constamment. Les participants ont expliqué que ces comportements surprotecteurs chez leur partenaire ont généré un sentiment d'invalidation quant à la capacité à prendre des décisions favorables pour leur santé, sous-tendu par un désir de demeurer le décideur principal en regard de leur santé.

### ***Gestion des rendez-vous médicaux***

Enfin, la Gestion des rendez-vous médicaux a émergé comme cinquième et dernier sous-thème au thème Besoin d'aide pratique. Tout comme les autres sous-thèmes, il représente un ensemble de comportements de soutien du/de la partenaire, qui favorisent la présence aux rendez-vous médicaux. Pour 55% des hommes, des comportements tel que l'accompagnement au rendez-vous, la prise de rendez-vous avec le médecin, les inscriptions dans un agenda et les rappels de ceux-ci en mentionnant aussi les indications à suivre à priori, ont été évoqués au sein des groupes de discussion. Ces mêmes participants ont aussi souligné comment les rendez-vous seraient souvent oubliés en l'absence de ce type de soutien.

## **Besoin d'auto-réguler mes émotions**

Après le Besoin d'aller à mon rythme et le Besoin d'aide pratique, le troisième et dernier thème ayant émergé des sous-thèmes qui vont suivre et ayant permis la définition du thème Préservation de l'autonomie, est le Besoin d'auto-réguler mes émotions. À la base, l'auto-régulation émotionnelle peut être vue comme une composante de l'autonomie, qui s'acquiert tout au long du développement de l'humain. L'auto-régulation émotionnelle implique la capacité à d'abord identifier ses émotions et en comprendre l'origine. Elle implique aussi de tenir compte de l'intensité de son émotion afin de l'exprimer adéquatement au sein des interactions sociales (Greenberg, 2002). À cet effet, trois sous-thèmes ont permis l'émergence du Besoin d'auto-réguler mes émotions, tel que décrit ci-dessous.

### ***Ne pas rester seul***

Le premier sous-thème s'étant dévoilé dans le narratif des participants se nomme Ne pas rester seul. Pour la totalité des participants, leur discours expose avec conviction l'importance accordé à la présence d'un tiers, que ce soit le.la conjoint.e ou autres membres de la famille ou amis, afin de les empêcher de sombrer dans la rumination, l'anxiété et la dépression. Selon l'interprétation des participants, cette stratégie d'auto-régulation émotionnelle ne réfère pas nécessairement à la possibilité d'avoir quelqu'un pour se confier, mais plutôt à la possibilité de discuter d'autres sujets que la maladie.

### ***S'occuper***

Le second sous-thème constituant également une stratégie de régulation émotionnelle se nomme S'occuper, qui se définit selon les participants, comme le fait de s'adonner à différentes activités et loisirs procurant un affect positif. Près de 73% des hommes ont indiqué éprouver le besoin de se garder occupés, besoin qu'ils conçoivent aussi comme une forme d'activation

comportementale leur permettant de garder le moral et exercer leur autonomie physique et psychologique.

### ***La médication***

Le dernier sous-thème, La médication, se définit par la prise régulière de comprimés ayant pour effet de réduire les symptômes physiques et/ou psychologiques induits par la MC. Il s'agit également d'une stratégie d'auto-régulation émotionnelle à laquelle 64% participants ont accepté de se conformer. Chez eux, la notion d'acceptation dans ce sous-thème prend un sens particulier, dans la perspective où, souvent la médication leur avait été imposée et représentait pour eux une atteinte à leur autonomie et à leur masculinité.

En somme, ces trois sous-thèmes représentent différentes stratégies d'auto-régulation émotionnelle que les participants ont préféré mettre en place avant de se tourner vers leur partenaire. Cependant, même si les participants ont exprimé l'importance de préserver leur autonomie dans différentes sphères, le troisième et dernier thème présenté ci-dessous révèle l'importance qu'ils accordent à leur partenaire lorsque leur autonomie ne suffit pas à faire face aux défis engendrés par la MC.

### **L'alliance**

Le dernier thème général suivant la Préservation de la masculinité et la Préservation de l'autonomie est L'alliance, dont la signification s'est construite sur la base des thèmes Besoin de connexion émotionnelle, Besoin de respect de mon individualité et Besoin d'un partenariat présentés plus loin. L'alliance au sein du couple réfère à un engagement mutuel dans la cocreation d'un espace collaboratif, où les partenaires choisissent de mettre en priorité le « nous » et s'unissent sur la base de leur similarité et dans le respect de leur individualité (Monié, 2018). L'alliance peut aussi être comprise dans le cadre de la théorie de l'attachement, qui réfère

au lien d'attachement entre deux partenaires, qui lorsque sécurisant, peut permettre un épanouissement conjugal optimal (Zeifman et al., 2016). Cette connexion émotionnelle, dans laquelle chacun agit comme base de sécurité pour l'autre, permettrait au couple de définir leurs modalités de fonctionnement à travers le temps et ce, dans le partage d'une vision similaire (Monié, 2018). Forcément, l'avènement de la MC amène de nombreux changements au sein de l'alliance conjugale, ce qui demande aux partenaires de réviser leurs rôles mutuels au sein du couple et la vision qu'ils partagent afin de s'ajuster ensemble à leur nouvelle réalité (Tulloch et al., 2020). Plusieurs sous-thèmes ont émergé du récit des participants pour constituer trois thèmes. Ces thèmes ont par la suite donné un sens à l'Alliance et ils sont présentés dans la section suivante.

### **Besoin de connexion émotionnelle**

Le Besoin de connexion émotionnelle est le premier de trois thèmes ayant permis l'émergence du thème général L'alliance. Le Besoin de connexion émotionnelle peut se définir par un ensemble de besoins socio-affectifs. Lorsque ces besoins sont soutenus par le/la conjointe, cela permettrait au conjoint vivant avec la MC de se sentir en sécurité et appuyé dans la gestion de sa maladie et dans son adaptation aux enjeux qui y sont liés. Dans un contexte comme celui de la MC, cette connexion émotionnelle se présente sous forme de soutien dans la régulation émotionnelle lorsque les capacités d'auto-régulation émotionnelle de l'homme ont été dépassées. Cela implique donc un lien entre le Besoin de connexion émotionnelle et le Besoin d'auto-réguler mes émotions, où la notion d'équilibre refait surface encore une fois, comme entre les thèmes À mon rythme et Besoin d'aide pratique sous le thème général précédent. Trois sous-thèmes ont émané du narratif des hommes vivant avec la MC et ont permis de développer la signification du Besoin de connexion, soit l'écoute empathique, la simple présence et l'affection.

### ***L'écoute empathique***

D'abord, L'écoute empathique du.de la partenaire de vie s'est révélée comme un besoin socio-affectif primordial lors des discussions entre les participants. L'écoute dont tous les hommes ont fait mention se caractérise par un intérêt sincère envers leur expérience émotionnelle devant les défis qu'ils ont dû surmonter. L'ensemble des participants ont également évoqué une écoute empreinte d'empathie, dans laquelle les émotions sont reconnues et où ils peuvent s'autoriser à les ressentir.

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** Cependant, le récit de près de 45% des hommes dépeint certaines expériences où ils ont eu besoin de se confier sur leur expérience de la MC, alors que leur partenaire n'a pas été en mesure d'accueillir et de valider leurs émotions. Ceux-ci ont aussi exprimé une difficulté importante à se confier lorsqu'ils ont été confrontés au jugement, au manque d'empathie et au soutien conjugal informatif de leur conjointe. Néanmoins, quatre participants se sont montrés conscients du fait que leur sentiment de ne pas être entendu peut s'expliquer par le fait que leur partenaire ne possède pas les mêmes habiletés d'écoute qu'un.e professionnel.le de la santé en relation d'aide. Cela pourrait d'ailleurs expliquer le besoin d'une simple présence, qui est le prochain sous-thème.

### ***La simple présence***

Dans le partage des différentes expériences des participants, 64% d'entre eux ont expliqué comment La simple présence de leur partenaire est rassurante et apaisante, tout en traduisant un désir mutuel d'être ensemble, à n'importe quel moment de la journée. La simple présence peut aussi se définir comme étant un besoin de proximité physique, sans qu'il y ait nécessairement un contact physique, mais démontrant que les partenaires partagent un espace, un

quotidien, où chacun conçoit la présence de l'autre comme quelque chose de naturel et réconfortant.

### ***L'affection***

Le troisième sous-thème ayant émergé du discours des participants est L'affection, se définissant ici comme un besoin de proximité physique, avec contact physique cette fois, mais à distinguer du contact sexuel. L'affection, tel qu'évoqué par cinq participants, désigne plutôt un besoin de donner et recevoir des gestes de tendresse et de douceur de la part de leur partenaire, ayant un effet rassurant. Ces participants ont aussi exprimé que le besoin de recevoir de l'affection se fait sentir dans des circonstances particulières, par exemple, lorsque que l'anxiété est à son apogée.

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** Bien que le besoin de recevoir et de donner de l'affection constitue une sphère essentielle de la relation conjugale, le partage de deux participants a révélé une fermeture complète chez leur partenaire devant leurs marques d'affection. Ces participants ont perçu cette réticence chez leur conjoint.e, en insinuant que celui.celle-ci croyait que les rapprochements affectifs se termineraient forcément en relations sexuelles, alors qu'ils ont affirmé le contraire. Ces hommes ont par ailleurs décrit des réactions de colère chez leur partenaire devant l'initiation de gestes affectifs pour la même raison.

### **Besoin de respect de mon individualité**

Le second thème ayant permis l'émergence du thème général L'alliance est le Besoin de respect de mon individualité. Bien que les participants forment une alliance avec leur partenaire dans l'expérience de la maladie cardiaque, l'individualité réfère à l'identité propre des partenaires, qui se doit d'être maintenue afin d'assurer le bon fonctionnement de l'alliance.

L'individualité se définit aussi par les différences entre les partenaires en ce qui a trait aux façons



de faire et de penser, ainsi qu'aux préférences vis-à-vis des intérêts et activités de chacun.e. Elle implique également un espace personnel, pouvant être nécessaire à la réflexion et au ressourcement. Deux sous-thèmes ayant émergé des données ont permis la définition du Besoin de respect de mon individualité et sont présentés ci-dessous.

### ***Le respect des différences***

Le premier sous-thème évoqué dans les paroles de 45% des participants est Le respect des différences. Il se définit chez les partenaires par une attitude et des comportements reflétant une acceptation totale et une absence de jugement envers les caractéristiques personnelles, les intérêts et les activités qui ne sont pas partagés au sein de l'alliance. À cet effet, ces hommes ont partagé des expériences où eux et leur partenaire s'accordaient des moments où ils vquaient à leurs activités respectives, sans nécessairement que le.la conjoint.e soit à proximité. Les hommes ont également évoqué le respect des différences comme un élément maintenant une certaine paisibilité au sein du couple et permettant de se sentir autonome malgré les impacts de la MC.

### ***Le respect de l'espace personnel***

Le second et dernier sous-thème ayant permis l'émergence du thème Besoin de respect de mon individualité est le Respect de l'espace personnel qui se définit par une acceptation totale et mutuelle de l'espace physique nécessaire au ressourcement et à la réflexion des partenaires, cela dans le maintien de la connexion émotionnelle. 45% des hommes ont fait allusion au Respect de l'espace personnel comme une nécessité à leur bien-être et à celui du couple.

### **Besoin d'un partenariat**

Après le Besoin de connexion émotionnelle et le Besoin de respect de mon individualité, le dernier thème ayant permis l'émergence de la signification du thème général L'alliance est le Besoin d'un partenariat. Le partenariat au sein de L'alliance se définit par l'ensemble des aspects

de la relation conjugale qui sont partagées entre partenaires amoureux. Chez la plupart des couples, la relation conjugue une vision romantique de l'amour à une gestion relationnelle dyadique plus réaliste et moins idéalisée (Belleau et al., 2020), digne d'un « partenariat d'affaires », tel qu'évoqué par chacun des participants. Les quatre sous-thèmes suivants réunis ont permis la définition du Besoin d'un partenariat.

### ***Vision similaire de la maladie***

Le premier sous-thème ayant émergé du récit de six participants est le besoin d'avoir une Vision similaire de la maladie. Elle signifie pour plusieurs participants le désir de partager la façon de concevoir la MC et ses implications, dans le but d'orienter leurs décisions, leurs projets et leur avenir de manière générale. À cet effet, les participants ont évoqué avec assurance la façon dont le partage d'une vision similaire leur donne envie de persévérer dans la guérison, comme si le partage d'une vision commune avait l'effet d'un appui et renforçait le sentiment d'appartenance au sein du couple.

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** Pour la plupart des participants, le besoin de partager une vision similaire de la maladie est soutenu. Cependant, trois d'entre eux ont mentionné en entrevue que souvent, leur conjoint.e ne possède pas l'information et l'expérience nécessaire pour comprendre la maladie du même point de vue et les limitations qui en résultent. Ces participants ont aussi perçu une vision différente de la maladie chez leur conjoint.e. Ils ont révélé que contrairement à eux, le.la partenaire tendait parfois à associer automatiquement « absence de symptômes » avec « absence de maladie », ce qui résulte en une augmentation des attentes du.de la conjoint.e et une pression à guérir rapidement chez l'homme qui vit et ressent ses symptômes physiques et psychologiques quotidiennement.

### ***Gestion dyadique de la maladie***

Le second sous-thème s'étant dévoilé dans le récit de l'expérience des participants est la Gestion dyadique de la maladie. Tel qu'en témoigne le récit de 82% des participants, la gestion dyadique de la MC se définit comme un processus interdépendant à travers lequel les partenaires amoureux gèrent ensemble les différents stressors apportés par la maladie (Bodenmann, 1997, 2005). Plusieurs participants ont évoqué l'idée de s'adapter « ensemble » envers une réalité financière différente, des comportements d'hygiène de vie différents et dans l'acquisition de nouvelles connaissances sur la MC. À cet égard, ces participants ont adopté un vocabulaire signifiant le besoin d'être accompagné dans la gestion de la maladie, en employant des mots tel, « le partage », « s'adapter à deux », « être ensemble » ou « s'entraider ».

***Écarts entre soutien perçu et soutien souhaité.*** Bien que pour la majorité des participants, le.la conjoint.e participe à la gestion de la maladie, 27% des participants ont souligné s'être sentis seuls dans l'affrontement de celle-ci. Par exemple, ils ont mentionné des comportements, tel le refus de consulter un psychologue à deux ou encore, le refus de les accompagner aux rendez-vous médicaux, comme étant nuisible à leur santé mentale ou physique.

### ***Partage d'activités communes***

Un troisième thème soulevé dans le narratif des participants et ayant permis l'émergence du thème Besoin d'un partenariat est le Partage d'activités communes. 73% des participants ont mentionné que le partage d'activités leur permet de renforcer leur alliance et faire abstraction de la MC, par le plaisir partagé que procure l'activité. Aucun écart de soutien n'a été détecté pour ce sous-thème.

## Tableau 2

### *Synthèse des résultats de l'ATR*

#### **Thème général : Préservation de la masculinité**

#### **Thème : Besoin de pourvoir**

---

##### Gestion financière

Gr. 1-H4 : On pense pas à ça avant [la maladie]. Après on y pense. Là on commence à penser, bien sais-tu, il faudrait commencer à penser à ci puis à ça, puis penser à notre futur, puis qu'est-ce qu'on fait avec la maison? On vieillit, on rajeunit plus!

##### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr.1-H5 : [...] quand j'ai commencé à voir des problèmes de cœur, après ça, elle, la comptabilité... elle fait les chèques, elle sait [ne] sait pas ce qu'il y avait à la banque, comment, pourquoi. Mais quand je lui ai ouvert un compte de banque puis je lui ai donné, elle était en cybole contre moi!

---

##### Tâches masculines

Gr.1-H4 : [...] quand tu vas fonder une famille, c'est l'époux qui s'occupe de la famille. C'est lui qui s'occupe de ci, puis du jour au lendemain, t'es obligé de demander à ton épouse d'aller te mener quelque part ou t'es obligé d'appeler quelqu'un. Tu peux plus couper ton herbe.

##### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr.1-H1 : Mais de fois, je dis « Attends! J'vais le faire! » « Aie! Ôte-toi de là! » Mais la manière qu'elle me le dis... Et elle est assez vite qu'elle le fait et je le vois pas, tsé? Éventuellement, je pouvais plus lever rien!

---

#### **Thème général : Préservation de la masculinité**

#### **Thème : Besoin de protéger**

---

##### Ta santé avant la mienne

Gr.1-H1 : Elle est pris des poumons, là elle est pris du cœur. [...] C'est moi qui fait tout le ménage, les lits, le souper, les repas. Et quand elle me dit : « Tas l'ai fatigué ». « Bin voyons donc! Voyons! » J'ai même pas le temps de penser à moi. [...] J'aime autant le faire que toi tu le fasses, tsé.

---

##### Cacher la maladie

Gr.1-H2 : Et puis je me suis réveillé vers 5 :30h du matin, puis j'avais le bras engourdi.[...]Puis là j'ai dit « Bin tabarouette! Ça arrive! » [...] Puis vers 6h on se lève. Je suis encore engourdi. Prends ta douche et tout ça. J'avais de la misère à attacher mes pantalons et j'ai dit à ma femme « Aide-moi donc! ». Ça fait que j'ai dit « Ah hee j'étais accoté, j'étais mal assis. J'ai été reconduire ma femme à son travail à Ottawa. Elle a dit « Tu devrais bien mieux d'aller te faire examiner ».

## *Synthèse des résultats de l'ATR (suite)*

### Cacher les émotions

Gr :2-H1 : Non, tu communique pas. Interviewer : Ce qui fait en sorte que ces autres problèmes se développent d'après toi. H1 : Oui, oui, oui. Moi j'trouve que ça a coupé une communication personnelle intime. Parce qu'on l'a dit tantôt, on est des gars. Il y a des choses qu'on parle, puis des choses qu'on parle pas.

---

### **Thème général : Préservation de l'autonomie**

#### **Thème : Besoin d'aller à mon rythme**

---

### Reconnaissance des capacités physiques

Gr.3-H2 : Dans mon cas [...] évidemment je sais qu'elle est un peu stressée, ça je sais là. [...] En tout cas, dans mon cas, là, bien elle arrive à la même chose [conclusion] que moi là. « Bon bien on va continuer comme avant! Pis hee c'est fini là! L'accident est fini! J'te vois faire là, t'es pas stressé, t'es pas dépressif, tu veux retourner au travail, tu veux voyager, tu continues? Bin continuons! »

### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr. 1- H1 : [...] Ça fait que pour revenir à la neige, on attendait que la neige fonde pour qu'ils viennent nettoyer le parking, et ils venaient pas. J'ai dit à ma femme un samedi, j'ai dit : « Je m'en vais faire la neige! » Elle a dit : Aie! T'es pas capable de faire ça! » J'ai dit : « Aie! J'vais prendre mon temps! ».

---

### Reconnaissance des capacités cognitives

Gr.2-H4 : Moi j'ai l'impression aussi que j'ai besoin d'un certain montant d'autonomie dans ça. On peut me proposer des choses, mais pas me les imposer. [...] t'as le choix entre ça ou un steak de 5 oz. C'est les mêmes calories. H1 : Je vais prendre le steak. H2 : Oui!

### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr.1-H5 : Moi des fois ça vient tannant parce qu'elle est toujours après moi. « Fais pas ci, t'as pas le droit de faire ça! Lève pas ça c'est trop pesant! Appelle les gars ils vont venir ». Moi c'est là que je m'en vais dans ma cabane, je m'en vais faire de l'ouvrage, tsé?

---

### **Thème général : Préservation de l'autonomie**

#### **Thème : Besoin d'aide pratique**

---

### Le transport

Gr.1-H4 : [...] quand tu vas fonder une famille, c'est l'époux qui s'occupe de la famille. C'est lui qui s'occupe de ci, puis du jour au lendemain, t'es obligé de demander à ton épouse d'aller te mener quelque part.

---

### Se vêtir

Gr.1-H4 : J'avais d'la misère à attacher mes pantalons et j'ai dit à ma femme : « Aide-moi donc! »

## *Synthèse des résultats de l'ATR (suite)*

### Gestion de la médication

Gr.1-H2 : J'ai une épouse fantastique, 53 ans de mariage! Elle me fait une liste. Je les change parce que des fois le cœur me débat mais j'ai une liste. C'est déprimant. Mais là c'est moins pire. [...] H4 : Là, à cette heure, on dirait que tu deviens un peu paranoïaque. Puis si je les prends pas, qu'est-ce qui va arriver?

### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr.1-Interviewer : Non, vous ça vous choque? H2 : « Aie! T'as pas pris tes pilules! » Là j'me choque. Bin oui, c'est ça. [...] Elle check! C'est facile, elle fait rien que les brasser, comme ça (mime le geste, expression faciale insistante).

---

### Gestion du menu

Gr.3-H1 : Moi, si je pense à quelqu'un qui n'a pas de conjointe, y va avoir ses habitudes de vie puis personne va y dire. Cette semaine, hier, ma femme me dit : « Bon! On mange pas assez de légumes présentement, là. Il faudrait faire un effort! » H3 : (rires) Ma femme m'a dit ça hier aussi! [...] H1 : Donc c'est ça, sont comme un peu comme gardiennes de la bonne hygiène de vie là, qui est le résultat de tous les cours qu'on a fait là.

### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

H1: T'as raison parce que quand t'en parles dans la maison, puisque j'ai fait l'expérience, on dirait que tu te retrouves avec un médecin devant toi. H3: Ils vont dire « Fais pas ça! » ou « Prends pas un coup! »

---

### Gestion des rendez-vous médicaux

Gr.1-H1 : Ça fait 20 ans que je viens à l'hôpital ici, à quasiment tous les ans avec mon épouse, puis pour moi-même. [...] On va le voir [le médecin], puis quasiment il nous chicane! Si on parle ensemble, « [conjointe] ferme-toi! C'est à [H1] que je parle! Il devient impoli. J'y retournerai plus jamais avec elle, ensemble. Peut-être quand on entre tous les deux dans la cabine, ça l'énerve. [...] Interviewer : C'est intéressant ce que vous dites. Vous, dans le contact avec votre médecin, c'est difficile parce que vous avez une certaine proximité avec votre femme puis vous sentez qu'il respecte pas ça nécessairement. H1 : C'est ça, exactement. Exactement.

---

## **Thème général : Préservation de l'autonomie**

### **Thème : Besoin d'auto-réguler mes émotions**

---

### Ne pas rester seul

Gr.1-Interviewer : Donc les hommes qui vivent avec une maladie du cœur, qu'est-ce qu'il font qu'ils font qu'ils développent un trouble de santé mentale par la suite? [...] H4 : Je pense que ça doit être une personne qui n'a aucun soutien moral, probablement. Il a pas une épouse à la maison ou une famille proche. Si c'est une personne qui est laissé à lui-même, puis si c'est une personne seule, c'est sûr qu'il y a des bonnes probabilités.

---

## *Synthèse des résultats de l'ATR (suite)*

### S'occuper

Gr.2-H1 : . Puis je me tiens occupé. Je suis occupé, trop occupé parce que c'est moi qui ai parti la Vie active dans le bloc, le baseball poche, le bingo, le shuffle board, et puis je fais un souper par mois à toutes les personnes âgées. [...] Interviewer: Ça fait que si je comprends bien, vous, vous avez continué vos activités après. Vous avez refusé de tout laisser tomber. H1 : Oui, parce qu'il y en a qui s'assoient et puis « Ah bien là, moi je suis pris du cœur, je peux pas faire ça ». On en a dans le bloc, je leur demande « Veux-tu venir m'aider? » « Ah, c'est-tu bien pesant? » Lever 200 livres ça me dérange pas. Je vais avoir 80, moi, puis je m'arrête pas à ça.

---

### La médication

Gr.1-H4 : Ça change ta vie hein? H5 : Oui, et puis là j'ai de la misère à dormir. La j'en prends. Il a dit « prends-en juste la moitié ». Aie, c'est méchant cette affaire là! (grimace de dégoût) J'ai le goût même le lendemain matin quand je me lève. Parce que sans ça heee... [...] Mais comme je disais tantôt, c'est dur à accepter.

---

### **Thème général : L'alliance**

### **Thème : Besoin de connexion émotionnelle**

---

### Écoute empathique

Gr.2-H4 : 4: Puis en se sentant pas à la hauteur de la situation, ce que j'espère tout le temps de mon épouse c'est qu'elle me juge pas là-dedans, qui est l'accueil juste comme je suis, là, tu sais? H3: On n'est pas parfait, hein? H4: Non. Interviewer : Un besoin d'être accueilli, pas jugé. Ça, ça aide. Ça c'est le genre de soutien qui va loin. H4: Oui, oui.

### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr.2-H4 : [...] simplement leur dire « c'est correct, t'as le droit de te sentir comme ça. [...] C'est correct, c'est normal. Tu viens juste de passer au travers d'une expérience épouvantable. [...] H1 : T'as raison, parce que quand t'en parles à la maison, puisque j'ai fait l'expérience, tu te retrouves avec un médecin devant toi! H3 : Elles vont dire « Fais pas ça! » ou « Prends pas un coup! ». H1 : Elles sont pas qualifiées. Les docteurs, il y en a. La rue est pleine. Interviewer : À la maison, on a besoin d'autre chose. 1 : C'est ça, il faut vraiment...T'as raison, t'as raison.

---

### La simple présence

Gr.2 - Interviewer: Ça fait que la complicité c'est une autre façon. H3: J'ai pas besoin de parler. Des fois elle le sait. Interviewer: La complicité facilite le soutien parce qu'on sait que quand on est complice, on sait ce que l'autre a besoin instinctivement. H3: Bien en te levant tu vas le savoir comment que c'est. Comme on disait, la journée est finie, tu rentres, elle viendra pas me mettre des bâtons dans les roues parce que, tu sais, je vais repartir tout de suite le soir puis je serai pas de retour pour un bout de temps, tu sais? Mais c'est en restant complice qu'on peut se... qu'on se dégage bien de stress de temps en temps.

---

### L'affection

Gr.1-H2 : Mais il y a un bout de temps, il fallait que... « je veux juste me coller contre toi! » Je fais des rêves de fous, là! Tu sais, des rêves à tout perdre, tu sais? Puis elle a dit « Ok, colle-toi ». On se collait. C'était pas sexuel là, mais juste collés. Pas longtemps.

---

## *Synthèse des résultats de l'ATR (suite)*

### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr.1-H5 : C'est la même chose. Puis il y a une affaire, quand t'as parlé tout à l'heure de [se] coller...À chaque fois que je me colle sur elle, « Pas encore!! », tu sais? Moi aussi j'vais avoir 75 ans, puis à tous les soirs, je l'a colle. Mais là ça la choque. [...] Mom! J'me colle, c'est juste pour...j'suis pas capable de dormir. J'veux juste voir...Puis elle dit « Je sais comment ça va finir! »

---

### **Thème général : L'alliance**

#### **Thème : Besoin de respect de mon individualité**

---

### Le respect des différences

Gr.2-H1 : Mon chum puis moi on est toujours un à côté de l'autre. Puis la semaine passée j'ai dit vas donc faire un tour à Montréal. La première fois en 30 ans je faisais ça. Je manque d'air on dirait, autour de moi. H3: C'est bon de le dire, de partir toi-même, toi-même puis tu te ressources toi-même. Moi, comme je descends de temps en temps, je vais voir ma fille à Toronto puis c'est... H1: C'est un trip. H3: Non, non, c'est comme si c'était une vacance en fin de compte. C'est une vacance pour elle, pour ma femme puis c'est une vacance, peut-être pas pour ma fille mais... Elle m'a pour trois jours puis ma femme m'a pour 362 jours.

---

### Le respect de l'espace personnelle

Gr.2-H3 : Ça, je pense que c'est d'être en contact, pas...Si je vois qu'elle feel pas, « salut, bonjour! », je vais prendre mon bord aussi puis je vais aller soit au chalet ou je vais travailler puis quand je reviens, elle a ses p'tites affaires, puis moi j'ai mes p'tites affaires puis c'est bien comme ça.

---

### **Thème général : L'alliance**

#### **Thème : Besoin d'un partenariat**

---

### Vision similaire de la maladie

Gr.1-H2 : Avez-vous eu ça votre Teddy bear vous autres? Au Civic Hospital, ils te donnent un Teddy bear. [...] Tu le gardes sur toi. Il faut que tu le gardes sur toi parce que t'as pas l'droit de pousser, de te servir de tes mains pentoute, un mois après même! Mais [ma conjointe] a suivi le cours aussi. Elle a été au cours. Puis il était en anglais. Je parle très bien l'anglais mais j'étais assez énervé à l'hôpital fait que j'ai dit « Donnez-moi le en français » « Puis toi, la session, vas-y en anglais. On va y aller dans les deux langages puis on va être corrects!

### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr.2-H2 : Moi comme j'ai dit, ça allait vraiment pas bien avec mon ex. [...] puis elle a dit : Pour que ça aille mieux, ça nous prendrait une maison de 500 000\$. [...] c'est comme, parce que toi t'as un problème de santé, ça se pourrait que dans 5 ans, quelque chose comme ça, j'me fasse dire « tu peux plus travailler », je serais pas capable de payer la maison. Puis l'autre c'était comme « T'es revenu, t'es pas mort, puis on va faire ce qu'on avait planifié faire! », comme si rien c'était passé!



### *Synthèse des résultats de l'ATR (suite)*

#### Gestion dyadique de la maladie

Gr.3- Interviewer : De quelle manière est-ce que vous voyez que votre partenaire est importante dans le contexte d'une maladie cardiaque? [...] H1 : Qu'est-ce qui faut faire, bein on va le faire ensemble. La nourriture heeee, on va l'faire ensemble. On va s'adapter ensemble, là.

#### Écarts soutien perçu-soutien souhaité

Gr.2-H2 : Oui, elle aussi avait besoin de soutien. Elle est allée s'en chercher mais elle voulait pas qu'on y aille ensemble voir quelqu'un, ce qui est difficile pour réparer une relation si t'es pas capable. Si toi tu connais rien qu'un côté de la médaille, t'as d'la misère à savoir de qu'est-ce que la médaille est faite.

---

#### Partage d'activités communes

Gr.1-H2 : On est rendu très amis tu sais. n essaie d'avoir des affaires ensemble. On aime bien le théâtre, ça fait qu'on va au théâtre. Moi j'adore les Blue Jays, elle est folle des Blue Jays. Fait que ça aide beaucoup.

---

Note : Gr. signifie Groupe et H signifie Homme.

Ainsi, les résultats présentés précédemment ont permis de répondre aux objectifs de cette étude et seront discutés dans la section suivante.

### **Discussion**

Le but de cette étude était d'explorer les potentiels écarts de soutien conjugal vécus par les hommes atteints de MC entre leurs préférences et ce qu'ils perçoivent recevoir en guise de soutien de leur partenaire. Bon nombre d'études quantitatives et qualitatives ont démontré par le passé les effets bénéfiques du soutien conjugal en contexte de MC (Hakulinen et al., 2016; Molloy et al., 2018; Nissen et al., 2018), tandis que quelques-unes ont témoigné des effets délétères des écarts de soutien dans ce même contexte (Bertoni et al., 2022; Buursma et al., 2020; Dupre et al., 2018; Tulloch et al., 2020). Toutefois, la compréhension de l'expérience du soutien conjugal tel que vécue spécifiquement par les hommes atteints de MC en couple, demeurerait à être rehaussée. Il en est de même pour les écarts de soutien conjugal, qui restaient à être situées au sein de l'expérience de la MC en contexte conjugal et précisés quant à leur nature, en termes de quantité (surprovision ou manque) et de qualité du soutien perçu (surprovision ou manque).

Ainsi, par l'analyse des témoignages des participants issus des entrevues semi-structurées, il a été possible d'atteindre les trois objectifs de cette étude : En premier lieu, l'ensemble des sous-thèmes ayant émergé du récit des participants se présente surtout en termes comportementaux, reflétant soit les besoins en soutien conjugal des participants ou bien leurs perceptions des comportements de soutien de leur conjoint.e. Cela dit, les sous-thèmes en lien avec les préférences des hommes en soutien conjugal nous ont permis d'obtenir une compréhension beaucoup plus vaste de ce que ceux-ci nécessitent et préfèrent en matière de soutien conjugal lorsque confronté à la MC. Le regroupement de ces sous-thèmes par thèmes a

également permis d'identifier plus concrètement les besoins en soutien conjugal que les hommes cherchent à combler. Par conséquent, le premier objectif de l'étude a été atteint.

En second lieu, une partie de ces sous-thèmes révèle également la perception qu'ont les hommes de certains comportements de soutien offerts par leur conjoint.e, ce qui a permis de répondre au deuxième objectif de l'étude, soit de déceler des écarts entre la perception des hommes du soutien conjugal offert et leurs préférences quant à la façon d'être soutenu.

Finalement, le troisième objectif a également été rencontré puisque l'analyse de données a permis de préciser où exactement, dans quelles sphères de vie, se font ressentir ces écarts au quotidien. De plus, l'analyse a permis d'obtenir une meilleure compréhension de la nature de ces écarts de soutien conjugal en termes de quantité (surprovision ou manque) et de qualité du soutien perçu (surprovision ou manque). L'ensemble de ces résultats honorent donc la complexité et la richesse de l'expérience du soutien conjugal chez les hommes ayant à composer quotidiennement avec la MC.

Afin de présenter les préférences des participants en matière de soutien conjugal, leur perception du soutien conjugal reçu et les écarts de soutien entre ces deux notions, il y aura une discussion de chaque thème général, avec les thèmes et sous-thèmes (dont les écarts de soutien) qui y correspondent.

### **Préservation de l'autonomie**

Premièrement, les données des participants démontrent que le thème général le plus central dans l'expérience des hommes atteints de MC dans cet échantillon est la Préservation de l'autonomie. En effet, l'autonomie s'est avérée être l'une des plus grandes pertes ressenties chez les hommes ayant survécus à un évènement cardiaque. L'autonomie constituant l'une des pierres angulaires de l'identité; les participants se sont montrés très affectés par cette perte et s'y ont

aussi opposé par moments. En effet, la réticence à demander le soutien du/de la conjoint.e., la transgression des limites imposées par la maladie et la tendance à vouloir faire les choses soi-même bien que cela puisse nécessiter plus de temps et d'énergie, sont des exemples démontrant les efforts des participants à lutter contre la perte d'autonomie et donc à la modification de leur identité. Nos résultats reflètent ceux de Van Bulck et al. (2019) portant sur le concept de représentation de la maladie (Illness identity), qui se définit par le degré auquel un individu intègre la maladie chronique comme faisant partie de son identité (Charmaz, 1995; Van Bulck et al., 2019). La représentation de la maladie engloberait, selon cette perspective, quatre construits :

- 1) Le sentiment d'être submergé par la maladie (engulfment);
- 2) le rejet, étant la mesure dans laquelle la maladie est rejetée en tant que partie de l'identité et perçue telle une menace;
- 3) l'acceptation, étant le degré d'acceptation de la maladie comme faisant partie d'eux au même titre que d'autres aspects de leur identité et finalement
- 4) l'enrichissement, un état où certaines personnes estiment que leur maladie a changé leurs valeurs et leur vision de la vie et qu'elle leur a permis de grandir en tant que personne (Oris et al., 2016).

Ainsi, dans notre échantillon, il semble que certains hommes atteints de MC ayant participé à la présente étude soient dans des états de rejet de la maladie en tentant à tout prix de préserver leur autonomie, tandis que d'autres sont passés à un état d'acceptation.

Ces constats concordent avec la théorie des besoins fondamentaux (Ryan, 1995), qui considère l'autonomie comme un besoin inné et essentiel au bien-être de l'humain. Lorsque le besoin d'autonomie est soutenu, cela permettrait un fonctionnement psychologique, développemental et comportemental optimal, grâce à l'émergence de la motivation intrinsèque qui joue un rôle indispensable pour, par exemple, la pratique d'auto-soins et autres comportements de santé (Rahman et al., 2015). De surcroît, nos données révèlent une autonomie

qui fluctue à travers les jours et les mois, mais qui augmente de manière générale au fil du temps. Cela dit, l'autonomie émerge en tant que concept évoluant dans le temps et aux dépens de l'évolution de la maladie cardiaque.

Dans nos données, le type de MC semble avoir affecté la vitesse de regain d'autonomie et le degré d'atteinte au départ chez nos participants. Cela a précédemment été rapporté par Fuentes-Abolafio et al. (2020), dans leur étude où les patient.es ayant développé un syndrome d'insuffisance cardiaque aux suites d'un infarctus ont connu de plus grandes pertes d'autonomie, celles-ci étant d'ailleurs permanentes. Enfin, nos résultats indiquent que la Préservation de l'autonomie renvoie à la notion d'équilibre entre ce que l'homme demeure apte à faire ou à décider et ce que l'homme perçoit du soutien apporté par le.la partenaire de vie.

En somme, les résultats de la présente étude suggèrent que le soutien social que l'homme perçoit recevoir de son.sa conjoint.e ne doit pas empiéter sur son autonomie restante, sans quoi, un écart de soutien pourrait se produire. Le premier thème compris sous la Préservation de l'autonomie est le Besoin d'aller à mon rythme.

### **Besoin d'aller à mon rythme**

Le besoin d'aller à mon rythme s'est reflété dans le discours des participants comme un pivot central entre l'autonomie et les besoins en soutien conjugal. Le message sous-jacent de ce thème exprime le désir profond des participants de s'adapter à une nouvelle façon de faire les choses, peut-être un peu plus lentement et avec moins d'intensité, mais sans soutien extérieur. C'est un peu comme si les participants cherchaient à se confirmer à eux-mêmes qu'ils sont encore autonomes et donc qu'ils sont encore « une partie » de qui ils étaient avant l'évènement cardiaque. Ainsi, de manière générale, le soutien du.de la conjoint.e a semblé bienvenu dans la

mesure où l'autonomie restante du conjoint.e atteint de MC n'était pas suffisante à l'accomplissement d'une tâche où à la prise d'une décision.

Un lien direct s'est donc révélé entre le Besoin d'aller à mon rythme et le Besoin d'aide pratique et d'auto-réguler mes émotions. En fait, il semble que le Besoin d'aller à mon rythme se reflète au sein des deux autres, car ce que les hommes arrivent d'abord à faire par eux-mêmes semble déterminer leur besoin en soutien conjugal en termes de quantité. Pour que le Besoin d'aller à mon rythme soit soutenu de façon adéquate par le.la conjoint.e, les participants ont mentionné avoir besoin que leurs capacités physique et cognitives soient reconnues et respectées.

### ***Reconnaissance des capacités physiques***

Pour les participants, la reconnaissance des capacités physiques peut se traduire dans une multitude de situations. Toutefois, ce qui a été jugé le plus important par les participants dans les groupes de discussion semble être que le.la conjointe ne s'immisce pas dans les tâches des hommes vivant avec la MC, tant que le soutien conjugal n'est pas demandé ou que le.la conjoint.e n'observe pas de difficultés chez l'homme qui vaque à ses occupations. Les participants chez qui ce critère était respecté ont expliqué que de continuer à exercer leurs capacités physiques leur permettait ainsi de mieux gérer l'ennui et de se sentir plus utiles, tout en éprouvant du plaisir et ce, dans l'absence de détresse psychologique. Ces résultats laissent entendre que le.la conjoint.e qui n'interfère pas avec l'exercice des capacités physiques du conjoint porteur de MC, n'est pas pour autant perçu comme étant non disponible, mais plus comme ayant confiance en son conjoint vivant avec la maladie et comme demeurant sensible à ses besoins. De façon congruente, La Guardia et al. (2000) suggèrent que ces aspects de la relation conjugale, lorsqu'elles sont présentes, favoriseraient le soutien à l'autonomie au sein du couple.

*Partners for Life*, un programme mis sur pied spécifiquement pour aider les couples où l'un.e des conjoints est atteint de MC à réduire les risques encourus par la MC en est un excellent exemple. Sher et al. (2014) ont mené une étude clinique randomisée chez un échantillon de couples participant à ce programme (n=80), avec l'objectif de favoriser la pratique d'activité physique, l'alimentation saine et l'adhérence à la médication en aidant les couples à interagir de façon à soutenir l'autonomie du.de la conjoint.e atteint de MC. Leurs résultats indiquent qu'autant les patient.es ayant reçu le traitement que ceux ne l'ayant pas reçu ont démontré une augmentation de leur activité physique dès le début de l'intervention. Cependant, ceux ayant reçu l'intervention ont démontré une plus grande augmentation et ont maintenu ces changements jusqu'au suivi à 12 et 18 mois suivant la fin de l'intervention. Bien que le soutien à l'autonomie passe par la reconnaissance des capacités physiques, certains participants de la présente étude n'ont pas reçu cette reconnaissance.

***Reconnaissance des capacité physiques – Écarts de soutien.*** Certains participants ont mentionné des comportements chez leur partenaire allant à l'encontre du besoin de Reconnaissance de leur capacité physique. Plusieurs comportements invalidants, par exemple, se prononcer sur la capacité du conjoint à effectuer certaines tâches physiques, ou encore, une provision de conseils formulés de façon autoritaire, ont été exprimés avec irritabilité et colère par les participants. D'autres ont aussi dit s'être résignés en se soumettant à leur partenaire, tandis que d'autres ont eu à se justifier interminablement devant leur conjointe pour pouvoir accomplir une tâche dont leur partenaire ne les croyait pas capable. Cette colère affirmative de la part des hommes face aux comportements surprotecteurs de leur partenaire indique comment le manque de reconnaissance est susceptible de générer des conflits au sein du couple à court et à long terme.

Ces résultats viennent ainsi appuyer ceux d'une étude qualitative de Tulloch et al. (2020), où ont été exploré les changements relationnels et les besoins des couples où l'un des partenaires compose avec la MC. À cet effet, les chercheurs ont conclu qu'étant donné le stress engendré par la MC chez les deux partenaires, ceux-ci deviendraient plus irritables et susceptibles, ce qui augmenterait donc la propension à vivre des conflits. De plus, ils ont identifié des causes courantes de conflits au sein des couples dont le retrait d'un des conjoint.es, l'invalidation émotionnelle et les comportements surprotecteur du.de la conjointe aidante tel, cette cause étant la plus rapporté par les participants.

Toutefois, nos résultats révèlent également que certains participants ont adopté un comportement plus soumis ou résigné devant la surprotection de leur partenaire. Cela pourrait également témoigner d'un mode de gestion de conflit évitant, leur permettant d'échapper au stress généré par le conflit lui-même ou au stress d'avoir à se justifier et revendiquer leurs capacités physiques. Cela pourrait s'expliquer par l'âge plus élevée des participants, comme le soutiennent Buetow et al. (2001), qui rapportent une association entre l'âge avancée et l'adoption de stratégies auto-régulatoires évitantes chez 62 patients atteints d'une insuffisance cardiaque. Cependant, Chen et al. (2020) se sont intéressés à la relation entre les symptômes physiques et dépressifs chez des patients (n=302, 54% hommes) souffrant d'insuffisance cardiaque. Ils ont rapporté que l'utilisation de stratégies d'auto-régulation comme la résignation devant un stresser serait en partie en cause, dans l'augmentation des symptômes dépressifs chez ces patients. Ainsi, la reconnaissance des capacités physiques chez l'homme atteint de MC s'avère être un besoin en soutien conjugal important, au même titre que celui de la reconnaissance des capacités cognitives présenté ci-bas.



### ***Reconnaissance des capacités cognitives***

En ce qui a trait à au besoin de Reconnaissance des capacités cognitives, encore une fois, la surprovision de conseils et même d'ordres semblent être à l'origine des réactions d'irritabilité et d'un sentiment d'être infantilisé chez les participants. De même que pour la reconnaissance des capacités physiques, le plus important pour les participants semble être que le.la conjointe ne s'immisce pas dans la prise de décision des hommes vivant avec la MC, tant que le soutien conjugal n'est pas demandé ou que le.la conjoint.e n'observe pas de difficultés chez l'homme qui vaque à ses occupations.

***Reconnaissance des capacités cognitives – Écarts de soutien.*** Ainsi, des écarts entre le soutien perçu et celui souhaité ont été décelés lorsque la provision de soutien informationnel était perçue comme étant excessive par rapport au besoin des participants. Il semble également que les conseils excessifs, les ordres et la prise de décision à la place des participants génèrent un déséquilibre au sein de la relation, où l'homme se sent contrôlé et infantilisé par les interventions du.la conjoint.e, ces interactions étant encore une fois la source de conflits.

Nos résultats pourraient s'expliquer par le lien entre les comportements surprotecteurs et contrôlants du.la partenaire de vie et le sentiment d'auto-efficacité de l'homme. L'auto-efficacité désigne la croyance entretenue par une personne quant à ses capacités à enclencher certaines actions et décisions et à ses capacités d'adaptation devant une multitude de situations (Bandura, 1999). Par exemple, Berkhuisen et al. (1999) ont développé un programme de réadaptation cardiaque qui visait spécifiquement à améliorer le sentiment d'auto-efficacité chez des patients en cardiologie (n=114, 82% hommes). Leurs conclusions indiquent que les patients percevant plus de surprotection de leur partenaire avaient un sentiment d'efficacité personnelle plus faible. Également, ils rapportent que les hommes auraient une plus grande propension à se

sentir surprotégés devant le soutien de leur partenaire. Chez leurs participants, un sentiment d'auto-efficacité plus élevé corrélait avec une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, une meilleure qualité de vie et une meilleure capacité d'auto-gestion en contexte de MC.

En somme, il semble possible de conclure que les interventions de soutien du. de la conjointe, le soutien informationnel dans ce cas, ne soit pas toujours favorable puisqu'elles semble interférer avec le sentiment d'efficacité personnelle. Puisque ce type de soutien est souvent nécessaire, il devrait également transmettre de l'encouragement et de la confiance envers les capacités des hommes atteints de MC, afin de soutenir leur autonomie.

### **Besoin d'aide pratique**

Si les hommes atteints de MC semblent vouloir conserver leur autonomie, vaquer à leurs tâches et prendre leurs décisions sans soutien de leur partenaire, il en demeure que le l'aide pratique ou le soutien tangible tel que nommé par Uchino (2004) leur est essentielle à certains moments. Le Besoin d'aide pratique, selon le récit des participants, serait inversement proportionnel à la perception de l'homme de ses propres capacités physiques. À preuve, il a été exprimé particulièrement dans des circonstances où les participants croyaient être arrivés au bout de leurs ressources personnelles. C'est aussi à ce moment que les participants semblent avoir considéré cette aide comme la plus utile et bénéfique. Le récit des hommes reflète donc un besoin d'aide pratique qui tend à varier selon leur niveau d'autonomie. Les besoins en aide pratique tel qu'apparue dans le discours des hommes se présentent aussi dans un certain ordre, indiquant un changement dans les formes d'aide pratique préférées au fils du temps.

### ***Le transport, se vêtir, la gestion des rendez-vous médicaux***

Par exemple, les participants ont manifesté leur besoin d'être transporté en voiture et leur besoin d'aide à se vêtir comme étant très importants dans les premiers jours suivant l'évènement

cardiaque. Toutefois, ces besoins n'ont pas été ressentis après les premières semaines au retour à la maison. Les participants ont exprimé le soutien pratique reçu pour ces deux besoins avec émoi et reconnaissance et d'une façon qui traduisait une impuissance totale. Ce sentiment d'impuissance pourrait d'ailleurs expliquer pourquoi l'aide pratique a été si bien reçue à ce stade de la convalescence.

Pour ce qui est du besoin d'aide dans la gestion des rendez-vous médicaux, il s'agit également d'un besoin pour lequel le soutien conjugal perçu a été grandement apprécié. Le besoin d'aide à la gestion des rendez-vous médicaux s'est aussi fait plus fortement ressentir en début de convalescence, alors que les rendez-vous de suivis étaient plus nombreux et l'état psychologique des participants plus fragile. Plusieurs participants ont aussi rapporté avoir apprécié que leur conjoint.e continue d'offrir cette forme de soutien à travers le temps malgré le nombre décroissant de rendez-vous médicaux. Ce comportement pourrait s'expliquer par les rôles masculin et féminin et leurs stéréotypes, adoptés par les partenaires au sein du couple. Les prochains besoins en soutien conjugal pratique qui seront présentés sont ceux où des écarts de soutien ont été découverts. Ce sont aussi des besoins en soutien pratique où le soutien a continué d'être apprécié au fil du temps, malgré le regain d'autonomie des participants.

### ***Gestion de la médication***

Bien que le soutien conjugal perçu par les participants pour la Gestion de la médication ait été apprécié et qu'il facilite l'intégration d'une nouvelle habitude de vie, il est possible de constater qu'il ne semble pas autant essentiel que l'aide à se vêtir et au transport, du moins après plusieurs semaines de rémission. Néanmoins, ce type de soutien a été perçu par les participants comme améliorant leur capacité à s'impliquer activement dans la gestion de la MC en adhérant à

leur traitement médicamenteux. Cette forme de gestion dyadique de la maladie semble être optimale vu l'amélioration à l'adhérence au traitement souligné par les participants.

C'est d'ailleurs exactement ce que rapporte l'étude de Rapelli et al. (2020) portant sur les effets de certaines caractéristiques psychologiques et relationnelles sur l'implication active du patient chez les couples où un.une partenaire est atteint de maladie cardiaque. Leurs résultats indiquent que l'implication active du patient corrèlerait positivement avec le soutien à l'implication active du.de la partenaire, perçue par les patient.es, et l'adhérence à la médication. À l'inverse, l'implication active des patient.es corrèlerait négativement avec les symptômes anxieux et dépressifs de ceux.celles-ci et aussi avec l'hostilité du.de la partenaire lors des interactions de soutien conjugal.

***Gestion de la médication – Écarts de soutien.*** Pour la Gestion de la médication, l'écart en soutien conjugal réside plutôt dans la surprovision de soutien informationnel perçue par les participants. En effet, les rappels excessifs pour la prise des médicaments ont été la source d'un sentiment de colère chez les participants, provoquant une réponse de stress qui pourrait nuire à la santé cardiovasculaire à long terme.

### ***Gestion du menu***

L'appréciation de l'aide pour la gestion du menu communiquée par les participants pourrait s'expliquer par les stéréotypes liés au genre, du fait que traditionnellement, les femmes se sont vu attribuer le rôle de cuisinière, alors que les hommes vauaient à leurs tâches « masculines ». Pour cause, plusieurs études ont démontrés que les hommes et les femmes auraient des attentes différentes en ce qui a trait aux rôles attribués selon le genre, mais que les hommes auraient plus tendance à avoir des attentes traditionnelles (Hiller et al., 1986). Comme les participants de cette étude ont décrit des dynamiques relationnelles souscrivant aux rôles

traditionnels genrés au sein de leur couple, le soutien pratique dans ce contexte a semblé correspondre à leurs attentes.

*Gestion du menu – Écarts de soutien.* Encore une fois, l'écart entre le soutien souhaité et perçu par les hommes réside dans une surprovision de soutien informationnel. La réaction observée chez les participants face à cet écart est un sentiment d'envahissement, traduisant ainsi un soutien ne répondant pas au besoin des hommes en termes fonctionnels et en quantité. Il est possible d'observer aussi que tout comme pour le soutien dans la gestion de la médication, le soutien informationnel semble avoir un impact sur le besoin d'autonomie, puisque la capacité des participants à prendre leurs propres décisions en lien avec l'alimentation serait brimée.

### **Besoin d'auto-réguler mes émotions**

En ce qui concerne le besoin de réguler soi-même ses émotions les participants n'ont exprimé aucune interférence de leur partenaire dans la mise en place de leurs propres stratégies et il semble que ce soit la façon la plus appropriée de les soutenir, tant que le besoin en soutien n'est pas exprimé.

Bien que ces stratégies soient tout à fait adaptées, elles pourraient aussi signifier une tendance chez les participants à retarder ou éviter de demander du soutien auprès de leur partenaire. Cela suggère que l'implication de la conjointe dans la régulation émotionnelle des hommes atteints de MC pourrait être bénéfique dès le début de la réhabilitation étant donné les risques que comportent le fait de tarder à demander de l'aide (Coles et al., 2010). L'implication de la conjointe dans la co-régulation des émotions pourrait également aider à prévenir l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle inadaptées mentionnées par les participants comme la consommation d'alcool, l'évitement émotionnel et l'isolement. Les résultats de Bertoni et al. (2018) suggèrent d'ailleurs que les couples où l'un.e des partenaires est atteint de

MC et où les partenaires présentent des habiletés efficaces de gestion dyadique seraient capables d'affronter avec plus d'aisance le stress engendré par la maladie et moins affectés par ses impacts. Toutefois, ces stratégies d'auto-régulation émotionnelle citées dans le récit des participants semblent leur avoir permis de combler certains besoins en soutien social.

### *Ne pas rester seul, S'occuper, La médication*

D'abord, le fait de ne pas rester seul pourrait répondre à un besoin en soutien émotionnel ou à un besoin d'appartenance. Le fait de ne pas rester seul pourrait permettre aux participants de se faire écouter, reconforter et de se sentir apprécié et ainsi répondre à un besoin en soutien émotionnel, tel que défini par Uchino (2004). Être entouré pourrait également répondre à un besoin d'appartenance, se voulant une occasion d'être accompagné dans les activités du quotidien, de socialiser ou simplement de partager un moment avec des proches (Uchino, 2004).

Ensuite, les participants ont exprimé le besoin de s'occuper avec des passe-temps et loisirs qu'ils apprécient, mentionnant que cela les aide à penser à autre chose que la maladie. Il serait aussi plausible que le fait de s'occuper accentue leur sentiment d'auto-efficacité aidant ainsi à améliorer la santé mentale.

Pour ce qui est de la médication, les participants se sont montrés plutôt favorables à l'utilisation d'une médication pour la gestion des symptômes anxieux et dépressifs. Toutefois, plusieurs participants ont exprimé la crainte que leurs symptômes anxieux ou dépressifs constituent un fardeau pour leur conjoint.e. Dans ce cas, la médication pourrait être un moyen d'éviter la culpabilité chez les participants vis-à-vis de leur partenaire. Également, cela pourrait leur permettre de retarder la demande d'aide, situation dans laquelle ils ont exprimé un malaise.

En somme, le besoin de Préserver l'autonomie se révèle à travers plusieurs comportements mis en place par les participants, évitant ainsi de demander un quelconque

soutien à leur partenaire de vie. Le fait que les participants aient exprimé le désir d'être soutenu dans leur autonomie semble être lié au prochain thème général, la Préservation de la masculinité.

### **Préservation de la masculinité**

Le second thème général, la Préservation de la masculinité, semble amener les participants à occuper au sein de leur couple des rôles plus stéréotypés et nécessitant une certaine autonomie. Pour eux, il pourrait s'agir d'une façon de vivre en congruence avec leur identité masculine et d'exprimer leur masculinité malgré les pertes engendrées par la MC. En ce sens, il serait souhaitable, selon eux, que les conjoint.es soutiennent ce besoin identitaire. Toutefois, le type de masculinité à laquelle adhèrent nos participants semble être à la source de plusieurs comportements nuisibles pour leur santé tel que présenté dans les sous-thèmes suivants. Cela peut s'expliquer par le fait que les participants de cette étude sont issus d'une génération où la socialisation masculine valorisait entre autres la performance, le stoïcisme, le rôle de pourvoyeur et l'autonomie, caractéristiques correspondant à ce que certain.es appellent aujourd'hui, la « masculinité toxique » (Lajeunesse et al., 2013).

Deux études, menées par Jbilou et al. (2019) et Chen et al. (2020), ont aussi répertorié des comportements qui prennent racine dans la masculinité toxique, qui sont néfastes pour la santé des hommes atteints de MC et qui ont également fait surface dans nos résultats. L'un d'entre eux est la tendance des hommes à cacher leurs émotions, qui serait causé par l'association que font certains hommes entre certains comportements auto-régulateurs et le genre (Jbilou et al., 2019). Dans notre échantillon, l'expression émotionnelle semble être liée au genre féminin, ce qui expliquerait que les hommes ne s'y autorisent pas. Quant à l'étude de Chen et al. (2020), les chercheurs ont établi que les hommes atteints d'insuffisance cardiaque seraient plus enclins à nier ou à minimiser leurs symptômes, ce qui serait causé par le fait que les hommes auraient une

perception plus faible de la sévérité de leur maladie, qui elle, serait causée par la socialisation masculine et ses valeurs (Bizot et al. 2013; Camirand et al., 2010). Ainsi, ces façons qu'ont les hommes de préserver leur masculinité peuvent s'avérer néfastes pour leur santé puisqu'elles tendent à engendrer l'isolement, l'absence d'autosoins, l'abus de substances et de la colère (Alhurani et al., 2018). Deux besoins qui sont liés à la préservation de la masculinité chez nos participants ont été soulevés par ceux-ci.

### **Besoin de pouvoir et Besoin de protéger**

Dans le témoignage des participants, les comportements mis de l'avant reflétant les besoins de pouvoir et de protéger traduisent l'adoption d'un rôle s'inscrivant dans le concept de la masculinité traditionnelle (Lajeunesse et al., 2013). Le stress induit par l'incapacité à remplir ces rôles tel que décrit par les participants de cette étude semble témoigner de l'importance qu'ils accordent au maintien de leur masculinité. Ces faits sont également appuyés par Tulloch et al., (2020), s'étant intéressés dans leur étude qualitative à l'expérience et aux réactions psychologiques d'hommes ayant survécu à un événement cardiaque. Leurs résultats relatent, entre autres, que la masculinité se trouve affectée lorsque les hommes perdent la capacité à occuper certains rôles, ce qui entraîneraient une détresse psychologique.

*Besoin de pouvoir – Écart de soutien - Gestion financière.* L'un des rôles dans lequel les participants ont souhaité être soutenus est celui de la gestion des finances au sein du couple. Cependant, certains participants ont rapporté un écart de soutien, en expliquant que leur conjoint.e aurait refusé d'aborder la question, tandis que d'autres ont réagi en se fâchant en abordant la possibilité du décès de leur mari, ou encore ont tenu des propos invalidants. Devant cet ensemble de réactions chez leur partenaire, le discours de ces participants indique qu'ils sont demeurés avec leurs inquiétudes financières. La réaction d'évitement des conjoint.es peut



s'expliquer par la détresse qu'ils.elles sont aussi amenées à ressentir dans cette expérience de la maladie avec leur conjoint. C'est d'ailleurs ce que témoigne l'étude de Rapelli et al. (2021) s'intéressant à la détresse induite par la MC chez des couples et son lien avec la qualité du soutien conjugal. Ils ont trouvé que les patient.es confrontés aux réactions hostiles de leur partenaire présenteraient de plus forts symptômes dépressifs et anxieux (Rapelli et al., 2021). Les résultats de Rapelli et al. (2021) ont également révélé que les couples présentant une faible gestion dyadique positive tendaient à renforcer le lien entre la détresse des partenaires et les styles de soutien inefficaces. Un autre écart entre le soutien conjugal souhaité par les participants et celui qu'ils ont perçu recevoir a été décelé en lien avec les « tâches masculines ».

***Besoin de pourvoir – Écart de soutien - Tâches masculines.*** Toujours sous la loupe de la masculinité, le récit des hommes témoignent d'une surprovision de soutien résultant de la prise en charge des tâches masculines par leur partenaire, tâches s'inscrivant traditionnellement dans le rôle de l'homme au sein du couple. Même si l'intention du.de la partenaire de vie était positive en offrant ce soutien pratique, le besoin identitaire sous-jacent, lui, n'as pas été soutenu, tel qu'en témoigne le sentiment d'inutilité et la perte de sens exprimé par les participants. Bien que l'aide pratique apportée vienne potentiellement combler une perte d'autonomie, elle semble tout de même avoir porté atteinte à leur identité masculine.

### **Besoin de protéger**

Ce besoin de préserver le rôle de protecteur au sein du couple s'inscrit dans le rôle masculin typique au même titre que le besoin de pourvoir. Toutefois, aucun écart de soutien ne s'est révélé dans le récit des participants probablement parce que ces comportements attirés au besoin de protéger s'opèrent à l'insu de la conjointe. Tel que décrit par les participants, cette façon de cacher émotions et symptômes physiques serait une façon de réduire les inquiétudes de

leur conjoint.e par rapport à leur état de santé et donc de réduire leur propre anxiété envers leur conjointe. Les participants qui étaient en couple avec un.e conjoint.e aussi malade avait tendance à prendre soin de lui.elle en faisant abstraction de leur propre condition et dans une abnégation de soi totale. Les résultats de Calasanti & King. (2007) viennent appuyer les nôtres et indiquent que la façon des hommes d’aborder leur rôle d’aidant principal auprès de leur conjointe atteintes d’Alzheimer et leurs stratégies pour composer avec la charge de travail encourue et leurs émotions prenaient racine dans leur identité masculine et ses caractéristiques associées. À titre d’exemple, le stoïcisme, caractéristique de la masculinité traditionnelle amènerait les hommes à prendre des décisions pour le mieux mais à l’encontre de la volonté de la conjointe, à se concentrer sur les tâches, à bloquer les émotions, à minimiser les perturbations, à détourner l'attention sur eux-mêmes et à s'auto-médicamenter (Calasanti & King, 2007). Par conséquent, cela amènerait les hommes à employer des stratégies auto-régulatoires inadaptées telle la consommation d’alcool et d’autres médicaments (Calasanti & King, 2007).

### **L’alliance**

L’alliance, tel que définie dans le récit des participants vient en quelques sortes poser une dualité avec la préservation de la masculinité et la préservation de l’autonomie. Cette alliance correspond au lien d’attachement (Bowlby, 1982) et lorsqu’elle est sécurisante, elle favorise une gestion dyadique positive de la maladie (Kar, 2023; McLeod, 2020). La gestion dyadique est un processus interactionnel où lors d’un évènement stressant, les partenaires unissent leurs stratégies de régulation qui sont activées dans le but de ramener l’homéostasie chez les partenaires de façon individuelle et dans leur union (Bodenmann, 1997).

Cependant, selon nos résultats, la préservation de la masculinité et de l’autonomie chez les participants constituent des besoins identitaires, mais aussi des facettes de leur identité, qui

tendent à encourager l'auto-gestion face à la MC plutôt que la gestion dyadique. À l'opposé, l'alliance, qui constitue le lien affectif à travers lequel plusieurs besoins en soutien conjugal peuvent être soutenus, représente aussi une facette identitaire chez les hommes en tant que conjoint dans l'environnement qu'est le couple. Pour la majorité des participants, l'alliance a été interprétée comme un espace sécurisant où il est permis de dévoiler ses vulnérabilités et son authenticité. Ainsi, il a été possible de constater que les participants, dans leur identité individuelle, ont tendance à mettre de l'avant leurs caractéristiques masculines en prenant le rôle de pourvoyeur, de protecteur, le tout dans une autonomie quasi-totale. D'autre part, au sein du couple, on constate que même si les hommes occupent un rôle de conjoint protecteur et pourvoyeur auprès de leur conjoint.es, l'alliance a permis à plusieurs participants un accès à leur vulnérabilité leur permettant de demander ou d'accepter le soutien conjugal nécessaire envers certains besoins.

En se penchant sur les composantes identitaires des participants dans lesquels s'inscrivent certains rôles typiquement masculins, le soutien du/de la conjoint.e a été perçu comme efficace lorsqu'il ne faisait pas entrave à l'expression de la masculinité et de l'autonomie et ce, peu importe le type de soutien ou la quantité perçus. Toutefois, les besoins en soutien conjugal suivants exposent une autre facette de l'identité, où les besoins d'autonomie et de masculinité laissent place à une vulnérabilité qui permet de répondre à des besoins affectifs et d'appartenance.

### **Besoin de connexion émotionnelle**

En premier lieu, le besoin de connexion émotionnelle s'est dévoilé dans le narratif des participants comme étant le plus important de tous les besoins en soutien conjugal compris dans l'alliance. Ceci est congruent avec ce que soutient Bowlby (1969) dans sa théorie de

l'attachement, affirmant dans une perspective évolutionniste que l'être humain a un besoin vital de connexion relationnelle dans un intérêt de survie et de reproduction. Ainsi, en période stress, lorsque la relation conjugale est perçue telle une source de sécurité émotionnelle, de réconfort et de confiance (*safe haven*), elle inciterait à la demande de soutien conjugal (Collins et al., 2000), tel a été le cas pour la plupart des participants. Cette sécurité relationnelle, où les participants ont perçu leur partenaire comme étant disponible et réceptif.ive, pourrait expliquer leur recours au soutien conjugal, en laissant de côté les stéréotypes masculins dans ce moment de vulnérabilité où ils sont confrontés aux défis de la vie avec la MC. Les sous-thèmes ayant permis de définir ce besoin de connexion émotionnel sont discutés ci-bas.

### ***L'écoute empathique***

D'abord, l'écoute empathique est un besoin évoqué et apprécié par tous les participants lors de communications verbales avec leur conjoint.e. Comme les participants ont soulevé une grande difficulté à exprimer leur vulnérabilité, cela peut expliquer que le non-jugement, l'intérêt sincère envers leur expérience et le réconfort du.de la partenaire de vie ont été les trois caractéristiques les plus appréciées dans le dialogue. Ces compétences relationnelles perçues par les participants réfèrent à la réactivité sensible de leur partenaire, réactivité qui, selon Murray et al. (2006), rendrait capable d'une plus grande vulnérabilité, facilitant ainsi l'auto-dévoilement et l'amélioration de la qualité relationnelle. Lorsqu'un individu perçoit son.sa partenaire comme étant réactif.ve à ses besoins, cette sensibilité d'un partenaire face aux besoins de l'autre en situation de stress constitue, selon Holmes (1989), la base de la confiance au sein de la relation conjugale. Pour plusieurs participants, cette sensibilité perçue chez leur conjoint.es devant leurs besoins semble leur avoir permis d'exprimer leurs émotions avec plus d'aisance, favorisant alors

une plus grande intimité au sein du couple. Or, certains participants ont soulevé des écarts de soutien pour ce qui est de l'écoute empathique.

*L'écoute empathique – Écarts de soutien.* D'abord, un écart a été décelé lorsque le soutien conjugal souhaité par les participants était de type émotionnel et le soutien perçu de type informationnel. Les participants se sont montrés réticents à se confier lorsque le soutien conjugal perçu était inadéquat par rapport au besoin, lorsqu'ils ont perçu une faible sensibilité chez leur partenaire ou encore dans les moments où ils se sentaient invalidés émotionnellement. Nos résultats abondent dans le même sens que ceux de Cutrona et al. (2007), qui ont trouvé que la concordance optimale entre les besoins en soutien et le soutien perçu prédirait une perception accrue de la sensibilité du/de la conjoint.e qui offre son soutien et de la satisfaction conjugale. Spécifiquement, lorsqu'un.e conjoint.e exprime ses émotions à l'autre et que celui.celle-ci offre un soutien émotionnel (concordance optimale), il y a eu une corrélation positive entre cette concordance et la réactivité/sensibilité perçue par celui.celle qui reçoit le soutien. Ceci avait un impact positif sur la qualité relationnelle du couple (Cutrona et al, 2007). Toutefois, lorsqu'il y a expression émotionnelle d'un.e partenaire et que l'autre répond par un soutien informationnel, cela aurait un impact négatif important sur la réactivité/sensibilité perçue et sur la satisfaction conjugale (Cutrona et al, 2007). Par ailleurs, nos résultats pourraient aussi s'expliquer par le fait que le soutien instrumental serait mieux reçu et efficace lorsqu'offert par un tiers avec qui le patient a un lien moins intime (Lin et al., 1986, Feng & Magen, 2016). Le prochain besoin en soutien conjugal, la simple présence, semble se situer entre le besoin d'écoute empathique et le besoin d'affection.

### ***La simple présence***

Les participants n'ont rapporté aucun écart de soutien quant à la simple présence de leur partenaire. Ce sous-thème réfère également au besoin d'appartenance d'Uchino (2004), se manifestant par l'accompagnement dans des activités du quotidien, par le partage et par le simple fait de faire partie d'un groupe social, procurant ainsi un sentiment d'acceptation de soi, tout en ayant un effet positif sur l'humeur en général. La simple présence du/de la conjoint.e semble, tout comme l'écoute empathique, être une source de réconfort pour les participants, mais où ils n'ont pas eu à exposer leur vulnérabilité et leurs émotions. Ainsi, cela pourrait signifier que ce type de soutien favorise la préservation de la masculinité, mais pourrait pour certains hommes favoriser le maintien d'une régulation émotionnelle où il n'a pas à entrer dans l'intimité et la vulnérabilité émotionnelle (Mikulincer & Shaver, 2005). Enfin, le dernier sous-thème définissant le besoin de connexion émotionnelle est l'affection.

### ***L'affection***

L'affection est une autre composante du besoin de connexion émotionnelle, qui contrairement à l'écoute empathique, passe par le contact corporel pour entrer en intimité. Les participants ont insisté sur la différence entre l'affection et la sexualité et ont mentionné ressentir ce besoin surtout lorsque leur niveau de stress était élevé. L'affection, se voulant aussi une forme de soutien émotionnelle (Uchino, 2004), a eu chez les participants un effet de réconfort, lorsqu'ils ont perçu chez leur partenaire une ouverture et une réciprocité lorsqu'ils initiaient les rapprochements. Cependant, pour certains d'entre eux, il est arrivé que le besoin d'affection ne soit pas soutenu adéquatement.

***L'affection – Écarts de soutien.*** De fait, certains participants ont indiqué avoir fait face à des réactions hostiles de la part de leur conjoint.e, comme le rejet ou la colère, leur empêchant

ainsi d'obtenir le soutien émotionnel nécessaire à l'apaisement de leur détresse. Un écart de soutien se retrouve donc entre le besoin de soutien émotionnel demandé et la perception d'un rejet ou de colère. Ici, nos résultats concordent avec ceux de Rapelli et al. (2021) cités précédemment, qui ont trouvé un lien positif entre les comportements de soutien inefficaces du.de la conjoint.e. (hostilité, surprotection) et la détresse psychologique (anxiété, dépression) des patient.es., lors que la gestion dyadique positive du.de la conjoint.e était faible. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les habiletés du.de la partenaire de vie en ce qui a trait à la provision de soutien ne sont pas optimales. Cependant, cela pourrait faire augmenter la détresse du.de la patient.e et donc le fardeau de l'aidant.e, ce qui serait aussi la cause d'un soutien conjugal inadéquat (Rapelli et al., 2020). Le deuxième besoin en soutien conjugal sous le thème général de l'alliance est le respect de l'individualité.

### **Besoin de respect de mon individualité**

Chez nos participants, aucun écart de soutien n'a été décelé pour ce thème, puisque la plupart d'entre eux ont indiqué que leur partenaire ne s'oppose pas lorsqu'ils souhaitent vaquer à des activités seuls ou entre amis. Le fait qu'il n'y ait pas d'écarts de soutien sous ce thème pourrait témoigner de la qualité relationnelle entre les participants et leur partenaire. En ce sens, le fait que les participants puissent pratiquer leurs activités de façon autonome, sans leur conjoint.e, pourrait refléter la confiance au sein du couple et donc un lien d'attachement tout de même sécurisant. Cela suggère donc que le respect de l'individualité et donc de l'autonomie dépendent de la connexion émotionnelle. C'est aussi ce que suggère Weinstein et al. (2016), ayant démontré que l'autonomie est modératrice du lien entre le niveau d'intimité et les conséquences sur la relation conjugale. En effet, dans les couples où les partenaires présentaient une perception plus élevée de l'intimité au sein de leur relation, ils étaient aussi plus investis

dans celle-ci, mais seulement chez ceux possédant un plus haut degré d'autonomie (Weinstein et al., 2016). De plus, chez les couples où les partenaires présentaient un niveau élevé d'autonomie au départ, ceux qui avaient un degré d'intimité élevé avaient aussi une perception plus élevée du soutien à l'autonomie de la part de leur partenaire (Weinstein et al., 2016). Enfin, les conjoint.es ayant une autonomie (trait) et une perception élevée du soutien à l'autonomie par leur partenaire (parents ou ami.es) seraient également plus enclins à chercher et à accepter du soutien social (Lynch (2013). Les deux sous-thèmes suivant exposent, selon les participants, comment leur conjoint.e a soutenu leur individualité.

### ***Le respect des différences***

En premier, le respect des différences s'est traduit dans le discours des participants, dévoilant une variété de comportements perçus chez leur partenaire et qui ont contribué à soutenir ce besoin. Par exemple, s'occuper à autre choses lorsque l'homme pratique une activité ou un loisir qui n'est pas partagé, ne pas le critiquer lorsqu'il choisit de faire une activité non partagée et aussi, ne pas l'empêcher de participer et de choisir ses propres loisirs. Les comportements inverses constituent, selon Bertoni et al. (2023), se veulent des comportements de surprotection qui ferait augmenter l'anxiété chez les hommes vivant avec la MC. En effet, pour plusieurs d'entre eux ces comportements seraient interprétés comme un manque de confiance de leur conjoint.e envers eux-mêmes ou en leur habiletés à composer avec la MC (Sirbu & Linton, 2017). Enfin, le dernier sous-thème reflétant le besoin de respect de l'individualité est le respect de l'espace personnel.

### ***Le respect de l'espace personnel***

Pour ce qui est du respect de l'espace personnel, il est possible de constater une distinction fait par les participants. Certains ont dit apprécier certains moments où ils sont



solitaires et dans un environnement différent de celui de leur conjoint.e, tandis que d'autres ont davantage fait référence non à un espace physique mais plutôt psychologique, c'est-à-dire, où ils ressentaient le besoin d'avoir un espace « mental », empreint de silence, où ils pouvaient réfléchir à leur santé et leur cheminement dans la réadaptation. Le dernier thème sous l'alliance, le besoin d'un partenariat, vient en quelques sortes, se positionner à l'extrémité opposée du besoin de respect de l'individualité.

### **Besoin d'un partenariat**

En effet, le besoin des participants d'un partenariat entre eux et leur conjoint.e suggère un besoin d'accompagnement dans la maladie et la vie en général, un besoin d'être ensemble, de partager et d'affronter à deux les défis liés à la santé. À l'inverse, le besoin de respect de l'individualité traduit davantage le caractère solitaire des participants. En ce sens, la combinaison des deux thèmes renvoie à la notion d'équilibre entre l'auto-gestion et la gestion dyadique. Au sein de cette dualité, les conjoints et conjointes ont leurs propres idées, activités et intérêts ainsi que leur propre façon de comprendre et d'affronter la MC et ses implications. Néanmoins, il demeure que les hommes vivant avec la MC de notre échantillon ressentaient le besoin de partager mutuellement ces aspects de la relation avec leur partenaire, afin de trouver un accord commun basé sur des valeurs et priorités communes, d'avancer ensemble et de s'unir devant les obstacles engendrés par la MC.

Par exemple, certains participants ont mentionné la nécessité de créer un partenariat avec leur époux.se, principalement dans le contexte de la MC et de l'adaptation à celle-ci, qui constituent un stress majeur. Toutefois, sous le besoin de partenariat se trouve aussi une composante plus légère où les participants ont dit apprécier le partage d'activités communes avec leur partenaire. Contrairement au besoin de soutien de leur individualité, qui apparaît en général

plus tard à la suite du retour à la maison, le besoin d'un partenariat au sein du couple s'est fait sentir par les participants immédiatement après le congé d'hôpital. Cela pourrait indiquer que la vulnérabilité physique et psychologique, lorsque qu'élévée, nécessite davantage un partenariat efficace plutôt que de l'auto-régulation émotionnelle et de l'auto-gestion de la maladie. Le besoin de partenariat est aussi intimement lié au besoin de connexion émotionnelle, puisque le partenariat prend racine dans la confiance mutuelle des partenaires, dans la communication et le travail d'équipe constant (Belleau et al., 2020) dans l'affrontement des défis de la vie telle que la maladie. Les lignes suivantes présentent les trois sous-thèmes révélant le besoin de partenariat et élaborent sur les idées présentées ci-haut.

### *Vision similaire de la maladie*

En premier lieu, le besoin des participants de partager avec leur conjoint.e une vision similaire de la maladie constitue selon eux la base d'un partenariat efficace. Le partenariat, tel que compris par les participants, revêt un aspect plus concret et réaliste axé sur la confrontation des défis, qui coexiste avec le lien romantique, c'est-à-dire, la connexion émotionnelle au sein du couple. Pour que le partenariat soit efficace, les participants ont décrit comme facteurs clés des aspects de la connexion émotionnelle, établissant ainsi un lien entre celle-ci et le partenariat. Par exemple, la confiance, la complicité et le partage ont été des valeurs considérées comme essentielles dans la poursuite du cheminement à travers la maladie. Il est également intéressant de constater que la majorité des participants ont évoqué que le fait de partager une vision similaire de la maladie les encourage à persévérer dans l'adaptation à la maladie et la guérison. Cela peut suggérer que le partage de cette vision de la maladie avec le.la partenaire de vie contribue à unir le couple davantage dans l'atteinte de buts communs, tout en répondant à un besoin d'appartenance chez les participants, tel que défini par Uchino (2004). D'autre part, le

partenariat au sein du couple implique également une composante plus légère ou il y a plaisir et partage d'activités.

*Vision similaire de la maladie – Écarts de soutien.* Même si tous les participants ont évoqué la présence d'un partenariat entre leur conjoint.e et eux-mêmes, chez certains ce partenariat a semblé être plus faible, ce qui peut être attribuable aux écarts de soutien conjugal décelés. Le premier écart de soutien mis en lumière par certains participants est attribuable au fait que leur conjoint.e ne possède ni l'information ni l'expérience nécessaire pour partager une vision similaire de la maladie. Les participants ont évoqué comment certaines paroles ou gestes de leur partenaire pouvaient être invalidants envers leurs symptômes physiques, leur ressenti émotionnel et leur rythme de guérison, dû au fait qu'ils.elles n'ont pas vécu l'évènement cardiaque eux.elles-mêmes et qu'ils ont des attentes différentes. Ce manque d'empathie, semblant bien involontaire des conjoint.es, constitue un manque de soutien émotionnel pouvant être à la source de visions différentes de la maladie au sein du couple. Cela pourrait aussi signifier que la source de soutien, le.la partenaire de vie, n'est peut-être pas le.la mieux placé pour soutenir ce besoin, ce qui empêche une concordance optimale entre le soutien perçu et désiré. C'est d'ailleurs ce que suggère Thoits (2021) : Les proches ayant vécu la même expérience (MC) seraient une meilleure source de compréhension empathique, d'espoir, d'information et de conseils, tout en représentant un modèle de rôle. Néanmoins, les partenaires de vie seraient mieux placé.es pour offrir une présence, de l'amour, des soins et de l'aide pratique (Thoits, 2021). Cela dit, le partage d'une vision similaire de la maladie se veut donc un prérequis pour le prochain sous-thème, la gestion dyadique de la maladie.

### *Gestion dyadique de la maladie*

La gestion dyadique s'est révélée dans le discours des participants comme une autre composante du partenariat fortement appréciée au sein du couple. Les participants ont fait allusion à maintes reprises lors des entrevues, à l'idée d'un « accompagnement », d'une prise en charge commune et du « nous » dans la gestion de la maladie et l'adaptation à la nouvelle réalité du couple. Cela correspond d'ailleurs à la définition de Bodenmann (2005) de la gestion dyadique commune, où chaque partenaire participe dans des proportions plus ou moins égales, à l'affrontement de nouveaux défis engendrés par la maladie, au moyen d'encouragement mutuelle et de résolution de problèmes à deux. Cela suggère également que ces couples qui présentent ce style de gestion sont capables l'évaluer et faire face ensemble à la maladie et ses conséquences, faisant de la MC, non la maladie du conjoint mais « leur » maladie (Falconier et al., 2019).

De plus, en regardant l'ensemble de notre carte conceptuelle, sous le thème général de la préservation de l'autonomie, il est aussi possible de constater d'autres exemples de gestion dyadique. Par exemple, lorsqu'il y a équilibre entre le besoin d'aller à mon rythme et l'aide pratique, cela signifie que l'autonomie des participants a été respectée. Plusieurs participants ont souligné leur conjoint.e comme étant la personne qui est venue prendre en charge certaines tâches avec lesquelles ils ont moins de facilité (p.ex., préparation des repas, gestion de la médication, etc.). L'exemple précédent réfère à un autre type de gestion dyadique que Bodenmann (2005) appelle la gestion dyadique positive; c'est-à-dire, lorsque le.la partenaire vient pallier le manque dans les efforts de l'homme à s'adapter, par exemple, en prenant certaines responsabilités qui autrement généreraient une quantité importante de stress. Ces deux types de gestion dyadique présents chez plusieurs participants sont d'ailleurs associés à une meilleure satisfaction relationnelle (Bertoni et al., 2018) et contribuent à l'augmentation de la

confiance, de l'intimité et de la réciprocité entre les partenaires (Falconier et al., 2019). Ceci pourrait être la raison pour laquelle les participants mettant en pratique ce genre de gestion dyadique avec leur partenaire n'ont connu aucun écart de soutien.

***Gestion dyadique de la maladie – Écarts de soutien.*** Néanmoins, une minorité de participants ont partagé une expérience bien différente en ce qui a trait à la gestion dyadique de leur MC au sein de leur couple. Ceux-ci ont décrit la perception d'un manque de soutien émotionnel, aux prises avec leurs propres émotions ressenties faisant face à leur nouvelle réalité, les laissant seuls avec leurs stratégies d'auto-régulation souvent inadéquates ou insuffisantes (Alhurani et al., 2018). Bon nombre de participants ont également soulevé plusieurs comportements de contrôle, de colère et de surprotection chez leur partenaire. Par exemple, lorsque le/la partenaire statue sur ce que l'homme demeure apte ou non à faire ou encore lorsqu'il/elle vérifie excessivement la prise de médication pour ne nommer que ceux-ci. Ce type de comportement est aussi défini par Bodenmann (2005) comme étant un style de gestion dyadique négatif, qui se caractérise par des réactions superficielles, ambivalentes ou hostiles devant la personne qui exprime un besoin en soutien social pour faire face à un stresser. Dans notre étude, ce type de gestion dyadique n'a pas su répondre aux besoins en soutien conjugal des participants, ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'il porte atteinte à leur l'autonomie et aussi qu'il est associé à l'anxiété et la dépression chez les personnes atteintes de MC (Rapelli, 2021). Le dernier sous-thème sous le besoin d'un partenariat abordé ci-dessous apporte un peu de légèreté à ce partenariat qui s'embles'exécuter que dans la gestion de la maladie.

### ***Partage d'activités***

Le partage d'activités communes s'est révélé dans le narratif des participants comme une composante du partenariat fortement appréciée. Pour la totalité des participants, le fait de

partager des activités et des loisirs ensemble est une façon de se reconnecter à l'autre, tout en prenant une distance face au stress généré par la MC. Les participants ont également révélé que la pratique d'activités et de loisirs avec leur partenaire était aussi une façon de partager certains sentiments et émotions qu'ils ne pourraient vivre en l'absence de celui.celle-ci. Le partage du plaisir, la complicité et la réciprocité ont été cités en exemple à maintes reprises. Les participants ont aussi exprimé de la gratitude devant le fait que leur partenaire prend aussi plaisir à s'adonner aux mêmes activités et à passer un moment en leur présence. Ainsi, le simple fait que les partenaires s'adonnent aux activités communes semble soutenir adéquatement des besoins émotionnels et d'appartenance chez les participants.

### **Contributions et Implications cliniques**

À la lumière des résultats obtenus au moyen d'une analyse thématique réflexive (Braun al., 2013) minutieuse, le présent essai doctoral vient non seulement appuyer les résultats de plusieurs études, mais aussi ajoute une profondeur dans la compréhension des écarts de soutien conjugal vécu par les hommes atteints de MC. Comme il y avait un manque à combler dans la littérature existante quant aux potentiels écarts entre le soutien conjugal perçu et celui souhaité chez une population exclusivement masculine vivant avec la MC et des symptômes de détresse psychologiques, nos résultats viennent combler certaines lacunes en offrant un regard novateur sur l'expérience du soutien conjugal vécu par les hommes en contexte de MC.

D'abord, notre étude a permis d'établir un lien intéressant entre les écarts de soutien et certaines composantes identitaires. Le but de cet essai était de déceler la présence d'écart de soutien conjugal et de mieux les comprendre. À l'ajout, il démontre également que ces écarts sont souvent à la source d'une détresse psychologique et qu'ils constituent également une menace à l'intégrité de l'identité chez les hommes atteints de MC. Les composantes identitaires,

individuelles et sociales affectées par les écarts de soutien conjugal touchent l'autonomie, la masculinité et l'identité de l'homme au sein du couple. Même si certaines études se sont penchées sur le rôle de l'autonomie dans la réadaptation cardiovasculaire (Stawnychy et al., 2021), aucun lien concret n'a encore été fait entre le soutien à l'autonomie et les comportements de soutien conjugal spécifiques et concrets qui la soutiennent ou l'invalident. Il est de même pour la masculinité, où plusieurs études ont démontré les impacts néfastes de la masculinité toxique (Rivera & Scholar, 2020), mais sans s'attarder aux comportements de soutien conjugal perçus et offerts pouvant l'impacter. Pour ce qui est de l'identité de l'homme au sein de l'alliance du couple, il semble que cet environnement ait permis aux participants d'accéder à une facette plus vulnérable de leur identité, ce qui est bénéfique pour leur capacité à demander du soutien auprès de leur conjoint.e et aussi à l'accepter lorsqu'il se présente. Notre étude met donc en évidence l'importance de considérer l'identité des hommes atteints de MC dans la compréhension des écarts de soutien et aussi la satisfaction face au soutien pour déterminer comment certains comportements de soutien conjugal peuvent mieux soutenir les besoins identitaires.

Une deuxième implication clinique de cette étude concerne la masculinité toxique mise de l'avant par nos participants. Cette facette identitaire est la seule qui n'a pas pu être soutenue par les conjoint.es des participants, puisque qu'elle incite à cacher leurs émotions et leurs symptômes, à ne pas demander d'aide et à adopter des stratégies d'auto-régulation nocives pour leur santé. Ainsi, nous soulignons l'urgence d'agir collectivement afin de transformer les normes sociales et la socialisation masculine, qui sont imprégnées dans notre culture depuis des décennies (Tremblay et al., 2016). À ce sujet, des lignes directrices ont été publiées par l'American Psychological Association (2018) dans un document intitulé *APA Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men*. S'adressant aux psychologues, ce document vise à

favoriser l'application des meilleures pratiques d'intervention auprès des hommes en offrant des directives sur la mise en pratique d'interventions soucieuse de la réalité masculine.

Une troisième implication clinique de cette étude est la mise en lumière d'un besoin d'équilibre entre certaines formes de soutien préférées par les participants. Par exemple, deux des besoins en soutien conjugal sous le thème général de l'autonomie sont le Besoin d'aller à mon rythme et le Besoin d'aide pratique. À première vue, on pourrait dire que ces besoins sont contradictoires, mais en fait, nos résultats ont démontré que les participants souhaitent vraiment continuer d'exercer leur autonomie et que le soutien pratique est le bienvenu dans la mesure où il n'empiète pas sur les capacités physiques et cognitives des hommes. Il en est de même pour le besoin de connexion émotionnelle au sein de l'Alliance et le besoin qu'on respecte l'individualité de l'homme. En réalité, il s'agit de trouver l'équilibre entre être ensemble et connectés émotionnellement et le besoin d'avoir un espace pour se retrouver et pour se différencier de son.sa partenaire. Ainsi, le couple ne tire pas d'avantage à être fusionnel ou à être trop déconnectés l'un de l'autre, le but étant plutôt de trouver un équilibre pour que la qualité de la relation soit maintenue malgré le stress engendré par la MC. Cette notion d'équilibre dans la provision de soutien met en évidence la pertinence d'intervenir auprès des couples pour les aider à augmenter la sensibilité/réactivité des conjoint.es aux signaux de l'homme nécessitant du soutien et à améliorer l'expression des demandes de soutien de façon claires et non ambiguë. La thérapie de couple centrée sur l'émotion (TCÉ), élaborée par Johnson (2020) et Greenberg (1985; Greenberg & Johnson, 1986) a fait ses preuves auprès des couples. Se fondant sur la théorie de l'attachement, elle est propice au travail d'enjeux tels que l'expression des besoins socio-affectifs et l'amélioration de la sensibilité des partenaires face aux signaux de l'autres en restructurant des interactions du couple afin que celui-ci soit source de sécurité (Greenman &



Johnson, 2013). Ainsi, par l'amélioration de la qualité et la satisfaction relationnelle cela est susceptible de contribuer à la mise en place d'une gestion dyadique positive au sein du couple.

Finalement, une quatrième implication clinique a trait à la nature des écarts de soutien, où ceux-ci sont majoritairement dus à la perception d'une surprovision de soutien conjugal plutôt qu'à la perception d'un manque. Lorsque des écarts de soutien ont été répertoriés par les participants, ceux-ci ont souvent fait mention du stress vécu par leur partenaire en lien avec l'évènement cardiaque et avec la charge de travail en tant qu'aidant principal, pour justifier les réactions hostiles et aux comportements de contrôle et de surprovision de soutien. Ce constat où la détresse psychologique du/de la partenaire influence l'adéquation du soutien conjugal offert est également soutenu par plusieurs études dont celle de Joeke et al. (2007), Pristavec (2019) et Bertoni et al. (2022). Le présent essai vient donc accentuer la pertinence de considérer les deux partenaires lors d'interventions psychothérapeutiques étant donné l'impact du ressenti émotionnel sur les interactions la perception et la provision du soutien. La TCÉ est également une bonne option pour faciliter la co-régulation émotionnelle entre partenaires, aspect important d'une gestion dyadique positive de la MC.

### **Forces et limites de l'étude**

Bien que cette étude ait contribué significativement à la compréhension des écarts entre le soutien perçu et le soutien souhaité par les hommes atteints de MC au sein de leur couple, il en demeure que certaines limites méthodologiques doivent être considérées. Malgré leur présence, nous jugeons que la façon dont cette étude a été menée, en 1) établissant à priori nos positions épistémologiques et ontologiques, 2) en faisant preuve de réflexibilité tout au long de la démarche d'analyse et de production des résultats et 3) en suivant chaque étape de la séquence

d'analyse de l'ATR de manière à la fois rigoureuse et flexible, est congruente avec les critères et le protocole de l'ATR déterminés par Braun et Clarke (2013).

En premier lieu, une des limites ayant empêché de spécifier davantage la nature des écarts de soutien conjugal et où ils se situent dans le quotidien des participants est l'hétérogénéité des MC au sein de notre échantillon. Par exemple, certains participants ont rapporté avoir subi un infarctus du myocarde et ont rapidement retrouvé leur autonomie, tandis que d'autres ont rapporté avoir souffert d'insuffisance cardiaque où leurs pertes de capacités physiques, pulmonaires et cognitives ont engendré des besoins en soutien plus importants en termes de quantité et sur une période plus longue. Le fait de ne pas considérer les impacts des différentes maladies cardiaques a fait en sorte que certaines nuances importantes influençant les préférences en soutien conjugal n'ont pu être prise en compte. Néanmoins, il a été possible de mettre en lumière plusieurs tendances et similarités dans l'expérience des hommes en matière de soutien conjugal, de perception et de préférences en soutien en contexte de MC.

Une seconde limite est la présence d'un biais du participant. Étant donné les objectifs de recherche convoités, il est possible que la nature sensible des sujets abordés lors des entrevues semi-structurées ait exercé une influence sur le comportement et les processus mentaux des participants. Par exemple, avant d'en arriver aux questions en lien avec le soutien conjugal, les entrevues ont débuté par des questions portant sur les impacts de l'évènement cardiaque sur la santé mentale, physique et financière et sur comment ils composent avec ses changements. Ces questions ont suscité de fortes réactions émotionnelles chez certains et d'autres ont mentionné des inconforts à partager ces propos plus intimes. Par conséquent, ces éléments ont pu altérer leur propos et même les restreindre dans l'élaboration de leur expérience. Comme nous étions conscient qu'aborder la MC allait être plus difficile pour certains, nous avons chaleureusement

accueilli les participants en servant un goûter, nous nous sommes assurés de réitérer la nature confidentielle et anonyme des entrevues, en plus d'insister sur le fait que chacun avait la liberté de divulguer les informations qu'ils se sentent à l'aise de partager.

Enfin, le fait que la chercheuse ait choisit d'analyser exclusivement des verbatims des groupes de discussion de participants francophones pourrait aussi constituer une limite. Bien que le but était de favoriser l'immersion de la chercheuse dans les données en priorisant sa langue maternelle, certains écarts de soutien conjugal auraient pu être vécus différemment par les hommes francophones et anglophones. Par exemple, certaines différences interculturelles auraient pu être à l'origine de ces différences.

Néanmoins, certaines forces viennent contrebalancer les limites citées préalablement. La première concerne le fait que cette étude soit la première qui porte sur les écarts de soutien conjugal vécus par un échantillon composé exclusivement d'hommes. Bien que plusieurs études se soient attardées aux différences intergenres dans l'expérience de la maladie cardiaque et ses implications (Deter et al., 2018; Dellafiore et al., 2018; Gao et al., 2019), aucune n'avait encore porté attention exclusivement aux hommes, aux écarts de soutien social quant à leurs préférences et à leur perception du soutien offert par leur partenaire de vie. Nous estimons donc que nos résultats s'avèrent un fondement pour d'éventuelles études et offrent des avenues intéressantes pour approfondir la connaissance sur le thème des écarts de soutien chez les couples où l'homme souffre MC.

Une autre force de la présente étude réside dans la petite taille de l'échantillon, composé de 12 participants séparés en en trois groupes de travail pour la réalisation des entrevues. D'abord, le fait que les participants aient été regroupé en petits groupes de trois, quatre et cinq participants semble avoir aidé à la création de liens entre chacun dès le début des entrevues. Le

fait d'être entourés par d'autres hommes ayant vécu une expérience similaire semble avoir créé un climat d'ouverture à l'autre et a incité les participants à se dévoiler davantage, ce qui a contribué à enrichir nos résultats. De plus, la procédure par petits groupes d'hommes a permis d'honorer notre position épistémologique (contextualisme) et ontologique (réalisme critique), en permettant une exploration approfondie et détaillée de l'expérience des hommes de la maladie cardiaque. Cette procédure nous a également permis de donner un sens aux expériences de soutien conjugal, tout en découvrant leurs préférences en soutien selon les différents stressors rencontrés et leur façon de percevoir les comportements de soutien de leur partenaire.

### **Recherches futures**

Vue la littérature scientifique existante au sujet du soutien conjugal en contexte de maladie cardiaque, ainsi que la richesse et l'amplitude des informations recueillies au cours de cette étude, il pourrait être pertinent de s'attarder à certaines variables plus pointues dans la réplication d'une étude similaire de nature exploratoire. Comme mentionné plus haut, nos participants ont témoigné de plusieurs expériences similaires dans l'avènement et le processus de rétablissement de la MC. Cependant, certaines nuances dans l'expérience de la MC et du soutien conjugal chez certains participants dont la MC a eu des conséquences plus sévères ont été remarqués mais non élaborés dans les résultats. Cela est sans compter le fardeau de leur conjoint.e aidante qui s'alourdi, risquant de lui faire vivre une détresse psychologique, qui à son tour risque d'affecter la qualité du soutien offert. Puisque les différents diagnostics de MC semblent avoir une incidence variable sur l'autonomie du patient, le fait de mieux comprendre les besoins en soutien conjugal en catégorisant les participants selon leur diagnostic pourrait apporter des résultats bien différents.

Une autre piste de recherche qui n'a pu être approfondie dans le cadre de cette étude est l'orientation sexuelle des couples. Dans notre étude, tous les participants sauf un étaient en couple avec une personne de sexe opposé. Cela dit nos résultats ont révélé l'impact important de la masculinité sur la capacité à demander et à recevoir du soutien conjugal chez les hommes aux prises avec la MC. Il s'avère donc intéressant d'explorer comment certains aspects de la masculinité du conjoint aidant pourrait aussi influencer la dynamique conjugale spécifiquement dans les interactions de provision et d'offre de soutien conjugal.

Enfin, une partie de nos résultats qui semble avoir eu un impact positif chez les hommes en regard de leur perception du soutien conjugal et de leur capacité à demander de l'aide est l'Alliance. Contrairement au besoin de préserver la masculinité, l'alliance, par le biais de la connexion émotionnelle, semble avoir fait émerger un côté plus vulnérable chez les participants, leur permettant de vivre leurs émotions dans un espace sans jugement. Dans cette optique, le couple et leur alliance semble constituer une espace sécurisant à l'intérieur duquel ils pouvaient succomber à la pression imposée par la masculinité traditionnelle. Deux pistes de recherche peuvent être soulevées ici. D'abord, il pourrait être pertinent d'étudier sur l'impact d'une TCE sur l'assouplissement des traits associé à la masculinité toxique, en observant le rôle médiateur de la connexion émotionnelle, ou dans ce contexte, la sécurité du lien d'attachement.

### **Conclusion**

Au terme de cette étude, il est possible de constater la présence de nombreux écarts entre les perceptions et les préférences en soutien conjugal des hommes atteints de MC. Le respect de l'autonomie constitue la pierre angulaire dans la provision de soutien conjugal du conjoint.e, en favorisant l'engagement actif des patients dans leur rétablissement. Les hommes atteints de MC ont parfois des besoins en soutien conjugal qui sont diamétralement opposés,

rendant ainsi essentielle la sensibilité du/de la partenaire de vie pour offrir un soutien adéquat en termes de qualité et de quantité. Bien que les hommes vivant avec la MC tiennent sans équivoque à leur autonomie, il semble que leur désir de préserver leur masculinité leur soit nuisible vu le type de masculinité à travers laquelle ils se définissent, qui est plutôt hégémonique. Cette forme de masculinité semble imposer une forte pression sur les hommes et semble empêcher un rétablissement optimal. Heureusement, plusieurs hommes semblent trouver réconfort dans l'alliance entre eux et leur partenaire de vie, leur permettant ainsi d'alléger cette pression et d'accéder à leur vulnérabilité lorsque la relation est source de sécurité. Il importe donc, dans un futur rapproché, d'aborder la MC dans une approche dyadique afin de sécuriser les partenaires dans cette expérience et d'aider les hommes à transformer leurs idéologies masculines afin qu'ils accèdent à une meilleure santé émotionnelle et physique.

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (16 novembre 2022). *Pour les professionnels : Maladies du cœur et autres troubles cardiaques*, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/sante-coeur/maladies-problemes-cardiaques/pour-professionnels-maladies-problemes-cardiaques.html>
- Alhurani, A. S., Dekker, R., Ahmad, M., Miller, J., Yousef, K. M., Abdulqader, B., Salami, I., Lenny, T. A., Randall, D. C. et Moser, D. K. (2018). Stress, cognitive appraisal, coping, and event free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 47(3), 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.03.008>
- American Psychological Association. APA guidelines for psychological practice with boys and men. <http://www.apa.org/about/policy/psychological-practiceboys-men-guidelines.pdf>. Publié en 2018. Accès le 20 juin 2023.
- Anadón, M. (2019). Les méthodes mixtes: implications pour la recherche «dite» qualitative. *Recherches qualitatives*, 38(1), 105-123. <https://doi.org/10.7202/1059650ar>
- Anadón, M. et Guillemette, F. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive. *Recherches qualitatives*, 5(1), 26-37.
- Anderson, J. R. (2020). Inviting autonomy back to the table: The importance of autonomy for healthy relationship functioning. *Journal of marital and family therapy*, 46(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/jmft.12413>
- Arrieta Valero, I. (2019). Autonomies in interaction: Dimensions of patient autonomy and non-adherence to treatment. *Frontiers in psychology*, 10, 1857. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01857>

- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Dans A. Bandura (éd.), *Self-Efficacy in Changing Societies* (pp. 1-45) Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527692.003>
- Barger, S. D. et Cribbet, M. R. (2016). Social support sources matter: Increased cellular aging among adults with unsupportive spouses. *Biological psychology*, 115, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.01.003>
- Barth, J., Schneider, S. et Von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 72(3), 229-238. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181d01611>
- Belleau, H., Piazzesi, C. et Seery, A. (2020). Conjugal Love from a Sociological Perspective. *The Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 45(1), 23-46.
- Berkhuysen, M. A., Nieuwland, W., Buunk, B. P., Sanderman, R. et Rispens, P. (1999). Change in self-efficacy during cardiac rehabilitation and the role of perceived overprotectiveness. *Patient Education and Counselling*, 38, 21–32.
- Bertoni, A., Donato, S. et Molgora, S. (2018). When “We” Are Stressed: A Dyadic Approach to Coping with Stressful Events. Hauppauge, NY: Nova Science Publisher.
- Bertoni, A., Rapelli, G., Parise, M., Pagani, A. F., et Donato, S. (2022). “Cardiotoxic” and “cardioprotective” partner support for patient activation and distress: Are two better than one?. *Family Relations*, 1-16. <https://doi.org/10.1111/fare.12694>



- Biesen, J. N., et Smith, D. A. (2022). Daily relationship satisfaction and depressed mood: The moderating roles of support satisfaction, over-and underprovision. *Journal of Family Psychology, 36*(8), 1439-1450. <https://doi.org/10.1037/fam0000998>
- Bizot, D., Moisan, F. et Viens, P. A. (2013). *La santé des hommes: Les connaître pour mieux intervenir*. Université du Québec à Chicoutimi.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping- a systematic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology, 47*, 137–140.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. Dans T. A. Revenson, K. Kayser et G. Bodenmann (Éds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33–50). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/11031-002>
- Boutin-Foster, C. (2005). In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions. *Health and quality of life outcomes, 3*, 1-7.  
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-52>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss : Vol. I. Attachment* (Éd. Rév.). Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?. *Qualitative research in psychology, 18*(3), 328-352.  
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Braun, V., et Clarke, V. (2021). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative research in sport, exercise and health, 13*(2), 201-216.  
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>

- Braun, V. et Clarke, V. (2013) *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., Clarke, V. et Terry, G. (2014). Thematic analysis, chapter 7. Dans Rohleder, P. et Lyons, A. (Éds.). *Qualitative Research in Clinical and Health Psychology*. Palgrave Macmillan: Basingtoke, UK, 2014.
- Brock, R. L. et Lawrence, E. (2009). Too much of a good thing: Underprovision versus overprovision of partner support. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 181–192. <https://doi.org/10.1037/a0015402>
- Buetow, S., Goodyear-Smith, F. et Coster, G. (2001). Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Family Practice*, 18(2), 117-122. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.2.117>
- Buursma, M. P., Tintle, N. L., Boven, E., DeVon, H. A. et Dunn, S. L. (2020). Lack of perceived social support in patients with ischemic heart disease is associated with hopelessness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(2), 14-16. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.12.001>
- Calasanti, T. et King, N. (2007). Taking ‘women's work’ ‘like a man’: Husbands' experiences of care work. *The gerontologist*, 47(4), 516-527. <https://doi.org/10.1093/geront/47.4.516>
- Camirand, H., Bernèche, F., Cazale, L., Dufour, R., Baulne, J., Bernier, S. et Nadon, S. (2010). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. *Quebec (QC): Institut de la statistique du Québec*.

[https://bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01671FR\\_EnqueteQCSanteRapport2008H00F00.pdf](https://bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01671FR_EnqueteQCSanteRapport2008H00F00.pdf)

- Celano, C. M., Villegas, A. C., Albanese, A. M., Gaggin, H. K., et Huffman, J. C. (2018). Depression and anxiety in heart failure: a review. *Harvard review of psychiatry*, 26(4), 175-184. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000162>
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*, 36(4), 657-680.
- Chen, C., Fang, W., An, Y., Wang, L. et Fan, X. (2020). The multiple mediating effects of illness perceptions and coping strategies on the relationship between physical symptoms and depressive symptoms in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(2), 125-133. <https://doi.org/10.1177/1474515119864759>
- Checton, M. G. et Greene, K. (2015). Elderly patients' heart-related conditions: Disclosing health information differs by target. *Psychology, Health & Medicine*, 20(5), 594-604. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.986141>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health psychology*, 7(3), 269-297. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.7.3.269>
- Cohen, S. et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269>
- Coles, R., Watkins, F., Swami, V., Jones, S., Woolf, S. et Stanistreet, D. (2010). What men really want: a qualitative investigation of men's health needs from the Halton and St Helens Primary Care Trust men's health promotion project. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 921-939. <https://doi.org/10.1348/135910710X494583>

- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053–1073. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053>
- Connell, R. (2020). Masculinities: The field of knowledge. Dans *Configuring masculinity in theory and literary practice*. 39-51. Brill.
- Connell, R. et Messerschmidt, J. (2015). Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique? *Terrains & travaux*, 2(27), 151-192. <https://doi.org/10.3917/tt.027.0151>
- Crowley, J. L., et High, A. C. (2020). Validating the support gaps framework: Longitudinal effects and moderators of experiencing deficits and surpluses during supportive interactions. *Communication Quarterly*, 68(1), 29-53.  
<https://doi.org/10.1080/01463373.2019.1668447>
- Cutrona, C.E. et Russell, D.W. (1990). Type of social support and specific stress: towards a theory of optimal matching. Dans: B. R. Sarason, I. G. Sarason et G. R. Pierce (Éds.), *Social Support: An Interactional View*. (p. 319–366). John Wiley and Sons.
- Cutrona, C. E., Shaffer, P. A., Wesner, K. A. et Gardner, K. A. (2007). Optimally matching support and perceived spousal sensitivity. *Journal of family psychology*, 21(4), 754.  
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.754>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self determination of behavior. *Psychology Inquiry*, 11, 227-268.  
[https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Dellafiore, F., Arrigoni, C., Pittella, F., Conte, G., Magon, A. et Caruso, R. (2018). Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings

from a real-world cross-sectional study. *BMJ open*, 8(9), ARTICLE e021966.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021966>

Deter, H. C., Weber, C., Herrmann-Lingen, C., Albus, C., Juenger, J., Ladwig, K. H., Soellner, W., de Zwaan, M., Hellmich, M., Grün, A.-S., Ronel, J., Orth-Gomér, K. et les membres du groupe d'étude Stepwise Psychotherapy Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease. (2018). Gender differences in psychosocial outcomes of psychotherapy trial in patients with depression and coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 113, 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.08.005>

Dhindsa, D. S., Khambhati, J., Schultz, W. M., Tahhan, A. S. et Quyyumi, A. A. (2020). Marital status and outcomes in patients with cardiovascular disease. *Trends in cardiovascular medicine*, 30(4), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2019.05.012>

Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>

Dupre, M. E., Xu, H., Granger, B. B., Lynch, S. M., Nelson, A., Churchill, E., Willis, J. M., Curtis, L. H. et Peterson, E. D. (2018). Access to routine care and risks for 30-day readmission in patients with cardiovascular disease. *American heart journal*, 196, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2017.10.001>

Falconier, M. K. et Kuhn, R. (2019). Dyadic coping in couples: a conceptual integration and a review of the empirical literature. *Front. Psychol.* 10, 571. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00571>

Farquhar, J. M., Stonerock, G. L. et Blumenthal, J. A. (2018). Treatment of anxiety in patients with coronary heart disease: A systematic review. *Psychosomatics*, 59(4), 318-332. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.03.008>

- Feng, B. et Magen, E. (2016). Relationship closeness predicts unsolicited advice giving in supportive interactions. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(6), 751-767.  
<https://doi.org/10.1177/0265407515592262>
- Fuentes-Abolafio, I. J., Stubbs, B., Pérez-Belmonte, L. M., Bernal-López, M. R., Gómez-Huelgas, R. et Cuesta-Vargas, A. I. (2020). Physical functional performance and prognosis in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *BMC cardiovascular disorders*, 20, 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01725-5>
- Galdas, P. M., Cheater, F. et Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of advanced nursing*, 49(6), 616-623.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- Gao, Z., Chen, Z., Sun, A., & Deng, X. (2019). *Gender differences in cardiovascular disease. Medicine in Novel Technology and Devices*, 4(100025).  
<https://doi.org/10.1016/j.medntd.2019.100025>
- George-Levi, S., Fait, K., Hod, H., Matezky, S. et Vilchinsky, N. (2022). Perceived partner support and post-traumatic symptoms after an acute cardiac event: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 0(0) 1–20.  
<https://doi.org/10.1177/02654075221131902>
- George-Levi, S., Vilchinsky, N., Rafaeli, E., Liberman, G., Khaskiaa, A., Mosseri, M. et Hod, H. (2017). Caregiving styles and anxiety among couples: coping versus not coping with cardiac illness. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(1), 107-120.  
<https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1206530>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, CA: Aldine. Dans Anadón, M., et Guillemette, F. (2006).

La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive. *Recherches qualitatives*, 5(1), 26-37.

Graven, L. J., Martorella, G., Gordon, G., Keltner, J. S. G. et Higgins, M. K. (2017). Predictors of depression in outpatients with heart failure: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.014>

Greenberg L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenman, P. S., Viau, P., Morin, F., Lapointe-Campagna, M. È., Grenier, J., Chomienne, M. H. et Jbilou, J. (2018). Of sound heart and mind: a scoping review of risk and protective factors for symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in people with heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(5), E16-E28.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000508>

Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. et Bltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144.

<https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>

Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Ferrie, J. E., Aalto, A. M., Virtanen, M., ... et Elovainio, M. (2016). Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: Whitehall II cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 70(7), 710-715. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-206165>

Heaney, C. A. et Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. Dans K. Glanz, B. K. Rimer et K. Viswanath (Éds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4e éd., p. 189-210). Jossey-Bass.

- Heenan, A., Greenman, P. S., Tassé, V., Zachariades, F. et Tulloch, H. (2020). Traumatic stress, attachment style, and health outcomes in cardiac rehabilitation patients. *Frontiers in Psychology, 11*, 75. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00075>
- Hilbert, G. A. (1985). Spouse Support and Myocardial Infarction Patient Compliance. *Nursing Research 34*(4), 217-220. <https://doi.org/10.1097/00006199-198507000-00009>
- Hiller, D. V. et Philliber, W. W. (1986). The division of labor in contemporary marriage: Expectations, perceptions, and performance. *Social Problems, 33*(3), 191-201. <https://doi.org/10.2307/800704>
- Holmes, J. G. et Rempel, J. K. (1989). Trust in close relationships. *Review of Personality and Social Psychology, 10*.
- House, J. S. (1981). *Work stress, and social support*. dans Taylor, S. E. et Sirois, F. M. (2014) *Health Psychology*. (3<sup>e</sup> éd., p. 39). Canada: Mc Graw-Hill Ryerson.
- Hu, J., Fitzgerald, S. M., Owen, A. J., Ryan, J., Joyce, J., Chowdhury, E., ... et Freak-Poli, R. (2021). Social isolation, social support, loneliness and cardiovascular disease risk factors: A cross-sectional study among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 36*(11), 1795-1809. <https://doi.org/10.1002/gps.5601>
- Jbilou, J., Grenier, J., Chomienne, M. H., Talbot, F., Tulloch, H., D'Antono, B. et Greenman, P. S. (2019). Understanding men's psychological reactions and experience following a cardiac event: a qualitative study from the MindTheHeart project. *BMJ open, 9*(9), ARTICLE e029560. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029560>
- Jha, M. K., Qamar, A., Vaduganathan, M., Charney, D. S. et Murrough, J. W. (2019). Screening and management of depression in patients with cardiovascular disease: JACC state-of-



the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(14), 1827-1845.

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.041>

Joekes, K., Maes, S. et Warrens, M. (2007). Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 473-489. <https://doi.org/10.1348/135910706X118585>

Jürgen, B., Schneider, S. et von Kanel R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(3), 229-238.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d01611>

Kar, M. K., Soleimani, F., Alizadeh, A. et Hajikarimi, M. (2023). Associations of perceived and common dyadic coping with self-care in older couples with cardiovascular disease: A dyadic analysis. *Heart & Lung*, 57, 229-235.

<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.09.014>

Korotkin, B. D., Hoerger, M., Voorhees, S., Allen, C. O., Robinson, W. R. et Duberstein, P. R. (2019). Social support in cancer: How do patients want us to help?. *Journal of psychosocial oncology*, 37(6), 699-712.

<https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1580331>

Kroenke, K. et Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509-521. [https://doi.org/10.3928/0048-5713-](https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06)

[20020901-06](https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06)

La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E. et Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need

fulfillment, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), 367.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.367>

Lajeunesse, S. L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R. et Camus, F. (2013). Les hommes de La région de Montréal. *Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts. Montreal, Quebec, Canada: ROHIM.[Google Scholar]*.

Levant, R. F., Smalley, K. B., Aupont, M., House, A. T., Richmond, K., et Noronha, D. (2007). Initial validation of the male role norms inventory-revised (MRNI-R). *The Journal of men's Studies*, 15(1), 83-100. <https://doi.org/10.3149/jms.1501.83>

Li, H., et Wang, C. (2021). The relationships among structural social support, functional social support, and loneliness in older adults: analysis of regional differences based on a multigroup structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 12, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732173>

Lin, N., Dean, A. et Ensel, W.M. (1986). Social support, life events, and depression. Academic Press.

Lovibond, P. F. et Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

McLaren, R. M. et High, A. C. (2019). The effect of under-and over-benefited support gaps on hurt feelings, esteem, and relationships. *Communication Research*, 46(6), 785-810.  
<https://doi.org/10.1177/0093650215605155>

- McLeod, S., Berry, K., Hodgson, C. et Wearden, A. (2020). Attachment and social support in romantic dyads: A systematic review. *Journal of clinical psychology*, 76(1), 59-101. <https://doi.org/10.1002/jclp.22868>
- Meyer, K., Patel, N. et White, C. (2020). The relationship between perceived support and depression in spousal care partners: a dyadic approach. *Aging & Mental Health*, 25(10), 1830-1838. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1836474>
- Melrose, K. L., Brown, G. D. et Wood, A. M. (2015). When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual Differences*, 77, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.047>
- Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Yang, M. et Heitzmann, C. A. (2016). Matching of received social support with need for support in adjusting to cancer and cancer survivorship. *Psycho-oncology*, 25(6), 684-690. <https://doi.org/10.1002/pon.3896>
- Mikulincer, M. et 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(2), 149–168. <https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x>
- Möller-Leimkühler, A. M. (2007). Gender differences in cardiovascular disease and comorbid depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(1), 71-83. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2007.9.1/ammoeller>
- Molloy, G. J., Perkins-Porras, L., Bhattacharyya, M. R., Strike, P. C. et Steptoe, A. (2008). Practical support predicts medication adherence and attendance at cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 581-586. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.002>

- Monié, B. (2018). Alliance thérapeutique. Dans : F. Chapelle, B. Monié, S. Rusinek et R. Poinot (Dir), *Thérapies comportementales et cognitives: En 37 notions* (p. 301-309). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.02.0301>
- Moser, D. K., McKinley, S., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., Pelter, M., Davidson, P., Baker, H. et Dracup, K. (2011). Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic medicine*, 73(9), 803-809. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182364992>
- Murray, S. L., Holmes, J. G., & Collins, N. L. (2006). Optimizing assurance: the risk regulation system in relationships. *Psychological bulletin*, 132(5), 641. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.5.641>
- Myers, V., Gerber, Y., Benyamini, Y., Goldbourt, U. et Drory, Y. (2012). Post-myocardial infarction depression: increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures - a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.09.009>
- Naeini, S. D., Razavi, N. S., Taheri, M., Ehsani, A. R., Bakhshandeh, H., Far, A. A., ... et Naderi, N. (2020). The association between self-efficacy, perceived social support and adherence to treatment in patients with heart failure. *Multidisciplinary Cardiovascular Annals*, 11(1). <https://doi.org/10.5812/mca.98118>
- Nahlén Bose, C., Elfström, M. L., Björling, G., Persson, H. et Saboonchi, F. (2016). Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and

depression in patients with chronic heart failure. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 704-713. <https://doi.org/10.1111/scs.12297>

Nahum-Shani, I., Bamberger, P. A., et Bacharach, S. B. (2011). Social support and employee well-being: The conditioning effect of perceived patterns of supportive exchange. *Journal of health and social behavior*, 52(1), 123-139. <https://doi.org/10.1177/0022146510395024>

Niedbalski, J., & Ślęzak, I. (2022). Encounters with CAQDAS: advice for beginner users of computer software for qualitative research. *Encounters*, 27(4), 1114-1132.

Nissen, N. K., Jónsdóttir, M., Spindler, H. et Zwisler, A. D. O. (2018). Resistance to change: role of relationship and communal coping for coronary heart disease patients and their partners in making lifestyle changes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(6), 659-666. <https://doi.org/10.1177/1403494818756562>

O'Bertos, S. E., Holmberg, D., Shields, C. A., et Matheson, L. P. (2020). Partners' attachment styles and overprotective support as predictors of patient outcomes in cardiac rehabilitation. *Rehabilitation psychology*, 65(3), 258. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/rep0000331>

Omrani, M., Mahmoudi, M. et Atigh, M. (2021). Comparison of Control Center, Social Support in Patients with Coronary Heart Disease and Non-patients. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 12(3), 266-271.

Organisation mondiale de la santé. (17 mai 2017). *Maladies cardiovasculaires*, [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Oris, L., Rassart, J., Prikken, S., Verschueren, M., Goubert, L., Moons, P., ... et Luyckx, K. (2016). Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes:

introducing the illness identity questionnaire. *Diabetes Care*, 39(5), 757-763.

<https://doi.org/10.2337/dc15-2559>

Ossola, P., Gerra, M. L., De Panfilis, C., Tonna, M. et Marchesi, C. (2018). Anxiety, depression, and cardiac outcomes after a first diagnosis of acute coronary syndrome. *Health Psychology*, 37(12), 1115-1122.

<https://doi.org/10.1037/hea0000658>

Palant, A. et Himmel, W. (2019). Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. *BMJ open*, 9(1), ARTICLE

e022642. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022642>

Paquet, Y. et Vallerand, R. (2016). *La théorie de l'autodétermination: Aspects théoriques et appliquées*. De Boeck Supérieur.

Parameswaran, U. D., Ozawa-Kirk, J. L., et Latendresse, G. (2020). To live (code) or to not: A new method for coding in qualitative research. *Qualitative Social Work*, 19(4), 630-644.

<https://doi.org/10.1177/1473325019840394>

Pristavec, T. (2019). The caregiving dyad: Do caregivers' appraisals of caregiving matter for care recipients' health? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 50-60.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.01.020>

Rahman, R. J., Hudson, J., Thøgersen-Ntoumani, C. et Doust, J. H. (2015). Motivational processes and well-being in cardiac rehabilitation: A self-determination theory perspective. *Psychology, health & medicine*, 20(5), 518-529.

<https://doi.org/10.1177/13591053211068124>

Rao, A., Zecchin, R., Newton, P. J., Phillips, J. L., DiGiacomo, M., Denniss, A. R. et Hickman, L. D. (2020). The prevalence and impact of depression and anxiety in cardiac

rehabilitation: A longitudinal cohort study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(5), 478-489. <https://doi.org/10.1177/2047487319871716>

Rapelli, G., Donato, S., Bertoni, A., Spatola, C., Pagani, A. F., Parise, M. et Castelnovo, G. (2020). The combined effect of psychological and relational aspects on cardiac patient activation. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 27, 783-794. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624095>

Ray, C. D., et Veluscek, A. M. (2017). Face threats and additional reasons for perceiving support as unwanted: A study of recently diagnosed cancer patients. *Health Communication*, 32(11), 1396-1402. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1228027>

Reis, H.T., Clark, M.S., et Holmes, J.G., 2004. Perceived partner responsiveness as an organizing construct in the study of intimacy and closeness. Dans Mashek, D.J., Aron, A.P. (Éds.), *Handbook of Closeness and Intimacy*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ, pp. 201–225.

Reisinger, M. W., Moss, M. et Clark, B. J. (2018). Is lack of social support associated with a delay in seeking medical care? A cross-sectional study of Minnesota and Tennessee residents using data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *BMJ open*, 8(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018139>

Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M. et Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *Journal of affective disorders*, 151(3), 950-958. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.013>

- Rivera, A. et Scholar, J. (2020). Traditional masculinity: a review of toxicity rooted in social norms and gender socialization. *Advances in Nursing Science*, 43(1), E1-E10.  
<https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000284>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Schmaltz, H. N., Southern, D., Ghali, W. A., Jelinski, S. E., Parsons, G. A., King, K. M. et Maxwell, C. J. (2007). Living alone, patient sex and mortality after acute myocardial infarction. *Journal Of General Internal Medicine*, 22(5), 572-578.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-007-0106-7>
- Schultz, B. E., Corbett, C. F., Hughes, R. G. et Bell, N. (2022). Scoping review: social support impacts Hospital readmission rates. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2691-2705.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16143>
- Sher, T., Braun, L., Domas, A., Bellg, A., Baucom, D. H. et Houle, T. T. (2014). The partners for life program: a couples' approach to cardiac risk reduction. *Family process*, 53(1), 131-149. <https://doi.org/10.1111/famp.12061>
- Statistique Canada. (24 janvier 2022). Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge. Consulté le 24 juillet 2024, de  
<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401&pickMembers%5B0%5D=2.1&pickMembers%5B1%5D=3.1&cubeTimeFrame.startYear=2018&cubeTimeFrame.endYear=2020&referencePeriods=20180101%2C20200101>
- Stawnychy, M. A., Teitelman, A. M. et Riegel, B. (2021). Caregiver autonomy support: A systematic review of interventions for adults with chronic illness and their caregivers



with narrative synthesis. *Journal of advanced nursing*, 77(4), 1667-1682.

<https://doi.org/10.1111/jan.14696>

Taylor-Clift, A., Hobfoll, S. E., Gerhart, J. I., Richardson, D., Calvin, J. E. et Powell, L. H.

(2016). Posttraumatic stress and depression: potential pathways to disease burden among heart failure patients. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 139-152.

<https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1006206>

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *Journal Of Health And Social Behavior, Spec No*, 53-79.

Thoits, P.A. (2021) “We Know What They’re Going Through”: Social Support from Similar versus Significant Others, *The Sociological Quarterly*, 62(4), 643-664.

<https://doi.org/10.1080/00380253.2020.1802360>

Tremblay, G., Roy, J., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J., Beaudet, L., Bizot, D. et Dupéré, S.

(2016). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services. *Rapport final, Québec Masculinités et Société*.

Tulloch, H., Greenman, P. S. et Tassé, V. (2015). Post-traumatic stress disorder among cardiac patients: prevalence, risk factors, and considerations for assessment and treatment. *Behavioral Sciences*, 5(1), 27-40. <https://doi.org/10.3390/bs5010027>

Tulloch, H., Bouchard, K., Clyde, M. J., Madrazo, L., Demidenko, N., Johnson, S. et Greenman, P. S. (2020). Learning a new way of living together: a qualitative study exploring the relationship changes and intervention needs of patients with cardiovascular disease and

their partners. *BMJ open*, 10(5). ARTICLE e032948.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032948>

Tulloch, H., Johnson, S., Demidenko, N., Clyde, M., Bouchard, K. et Greenman, P. S. (2021).

An attachment-based intervention for patients with cardiovascular disease and their partners: A proof-of-concept study. *Health Psychology*, 40(12), 909-919.

<https://doi.org/10.1037/hea0001034>

Tully, P. J., Cosh, S. M. et Baune, B. T. (2013). A review of the affects of worry and generalized

anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychology, health & medicine*, 18(6), 627-644. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.749355>

Tully, P. J., Winefield, H. R., Baker, R. A., Denollet, J., Pedersen, S. S., Wittert, G. A. et

Turnbull, D. A. (2015). Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. *BioPsychoSocial medicine*, 9(14).

<https://doi.org/10.1186/s13030-015-0041-5>

Uchino, B. N., Uno, D. et Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 145-148.

<https://doi.org/10.1111/1467-8721.00034>

Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press.

<https://doi.org/10.12987/yale/9780300102185.001.0001>

Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received

support. *Perspectives on psychological science*, 4(3), 236-255.

<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>

Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the “ghosts” of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74(7), 949–957. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.023>

Uchino, B. N., Cronan, S., Scott, E., Landvatter, J., et Papadakis, M. (2020). Social support and stress, depression, and cardiovascular disease. In *Cardiovascular implications of stress and depression* (p. 211-223). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/B978-0-12-](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815015-3.00009-X)

[815015-3.00009-X](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815015-3.00009-X)

Umberson, D. (1992). Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social science & medicine*, 34(8), 907-917. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90259-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90259-S)

Vilchinsky, N., Dekel, R., Leibowitz, M., Reges, O., Khaskia, A. et Mosseri, M. (2011).

Dynamics of support perceptions among couples coping with cardiac illness: the effect on recovery outcomes. *Health Psychology*, 30(4), 411-419.

<https://doi.org/10.1037/a0023453>

Wang, S. W., et Repetti, R. L. (2016). Who gives to whom? Testing the support gap hypothesis with naturalistic observations of couple interactions. *Journal of Family*

*Psychology*, 30(4), 492. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/fam0000196>

Weinstein, N., Rodriguez, L. M., Knee, R. C. et Kumashiro, M. (2016). Self-determined self-other overlap: Interacting effects on partners’ perceptions of support and well-being in

close relationships. *Journal of Research in Personality*, 65, 130–139.

<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.10.011>.

- Weiss, S. J., et Puntillo, K. (2001). Predictors of cardiac patients' psychophysiological responses to caregiving. *International journal of nursing practice*, 7(3), 177-187.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2001.00271.x>
- Weiss, D.S. (2007). The Impact of Event Scale: Revised. Dans: Wilson, J.P., Tang, C.Sk. (éds) *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD*. International and Cultural Psychology Series. (pp. 219-238). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_10)
- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research: Exploring the meanings of health and illness. *Journal of health psychology*, 3(3), 329-348.  
<https://doi.org/10.1177/135910539800300304>
- Whittaker, A. C., Ginty, A., Hughes, B. M., Steptoe, A. et Lovallo. W. R. (2021). Cardiovascular stress reactivity and health: Recent questions and future directions. *Psychosomatic Medicine*, 83(7), 756-766. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000973>
- Woodward, M., Bots, S. et Peters, S. A. (2017). Sex differences in coronary heart disease and stroke mortality: a global assessment of the effect of ageing between 1980 and 2010. *BMJ global health*, 2(2), ARTICLE e000298. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000298>
- Yousaf, O., Grunfeld, E.A. et Hunter, M.S. (2015) A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men, *Health Psychology Review*, 9(2), 264-276, <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840954>
- Zeifman, D. et Hazan, C. (2016). Pair bonds as attachments: Mounting evidence in support of Bowlby's hypothesis. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 416–434). New York: Guilford

## Annexe A

### Questionnaire sociodémographique



Date: -----

**Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.**

#### Renseignements personnels

- 1- Age
- 2- Ville de résidence
- 3- Situation familiale (Cochez la réponse qui s'applique).
  - Célibataire (jamais marié)
  - Marié
  - Conjoint de fait
  - Divorcé
  - Veuf
  - Autre (préciser)
- 4- Niveau de scolarité: (Cochez la réponse qui s'applique).
  - Non scolarisé
  - Primaire
  - Secondaire
  - Collégial
  - Universitaire

5- Statut d'emploi: (Cochez la réponse qui s'applique).

En emploi

Retraité

En arrêt maladie prolongé

6- Secteur d'emploi

7- Langue parlées (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent).

Français

Anglais

Autre, spécifier

8- À quel(s) groupe ethniques considérez-vous appartenir? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

Blanc / caucasien

Noir (ex., Haïtien, Africain, Jamaïquain, Somalien)

Latino / Hispanique

Asiatique (ex., Chinois, Japonais, Vietnamien)

Moyen Orient

Natif / Première nation / Métis

Iles du Pacifique

Autre, spécifier

Etat de santé

9- Souffrez –vous /avez-vous souffert/ ou êtes-vous a risque de souffrir d'une maladie du cœur ?  
Spécifier

10- Souffrez –vous d'une maladie mentale ?  
Spécifier

## Annexe B

### Questionnaire d'entrevue semi-structurée

#### PROJET LE COEUR À L'ESPRIT

#### GUIDE POUR LE GROUPE DE DISCUSSION

#### VERSION FRANÇAISE

## ***1. Groupe de discussion avec les hommes atteints d'une maladie cardiovasculaire ayant un historique de troubles de l'humeur/troubles anxieux/troubles liés à un trauma***

### **Introduction**

Merci d'avoir accepté de participer à ce groupe de discussion. Cette discussion est menée dans le cadre du projet de recherche « Le cœur à l'esprit ». Ce projet est mené dans plusieurs sites selon une approche de recherche participative active et est financé par la Fondation Movember. Cette fondation a pour objectif la sensibilisation quant à l'importance pour les hommes à risque ou vivant avec une maladie cardiovasculaire (MC), d'avoir un environnement de travail sain sur le plan psychologique.

Le but de ce groupe de discussion est de permettre à l'équipe de recherche de comprendre les besoins, les attentes et les préférences des hommes à risque de MC ou qui ont vécu un incident cardiaque, en lien avec la prévention et la promotion de la santé mentale ainsi qu'avec les interventions sur les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles liés à un trauma. Les informations recueillies serviront à élaborer des interventions répondant aux besoins spécifiques des hommes souffrant de MC, dans le but de prévenir ou de détecter rapidement et traiter les troubles de santé mentale comorbides.

Avant d'amorcer la discussion, permettez-nous de clarifier certains détails.

1. Pourriez-vous s'il vous plait confirmer que vous avez préalablement signé le formulaire de consentement confirmant votre participation à ce groupe de discussion sur une base volontaire?  
Oui  Non
2. La durée de cette discussion de groupe n'excèdera pas 90 minutes et sachez que vous avez le droit à tout moment de quitter le groupe.
3. La séance de discussion en entier fera l'objet d'un enregistrement audio pour assurer l'exactitude et la justesse des informations que vous fournirez. Sachez toutefois que le formulaire de consentement que vous avez préalablement signé vous garantit que toute l'information que vous partagerez aujourd'hui demeurera confidentielle et anonyme.

4. S'il vous plaît, confirmez que chacun d'entre vous est au courant que tout ce qui sera dit pendant la rencontre doit demeurer confidentiel. Comprenez aussi qu'il vous est interdit de divulguer tout nom ou toute information en lien avec ce groupe de discussion.

Aimeriez-vous poser des questions ou avez-vous besoin davantage de clarifications concernant ce groupe de discussion avant que l'on commence?

Avant de commencer voudriez-vous prendre 3 minutes pour compléter la fiche d'information générale suivante? (remettre fiche signalétique voir encadré ci-dessous)

#### **A. Expérience du patient**

Comment décririez-vous votre expérience par rapport aux difficultés de santé mentale que vous avez connues suivant votre incident cardiaque aigu?

- Bien-être physique (vaquer aux activités du quotidien, niveau d'énergie et activité physique)
- Bien-être émotionnel (intérêt sexuel, émotions ressenties, humeur et relations avec les autres)
- Troubles de santé mentale (humeur et anxiété, habileté à prendre de « bonnes » décisions et à être productif)
- Situation financière
- Situation à l'emploi (absentéisme au travail, productivité, rétrogradation, mésententes avec les collègues et les superviseurs, stigmatisation, manque de respect, confiance)
- Pour plusieurs hommes, l'autonomie et l'esprit compétitif sont des caractéristiques importantes. Qu'en est-il pour vous? Comment cela peut-il avoir changé avec la maladie cardiaque et la maladie mentale?
- Comment vivez-vous avec ses changements?

#### **B. Promotion de la santé et besoins en matière de prévention**

Que savez-vous sur le lien entre les maladies cardiovasculaires et la santé mentale chez les hommes souffrant de maladie cardiaque?

- Connaissances/Éducation sur la santé:
- Qu'auriez-vous aimé savoir ou fait qui aurait pu vous aider à éviter les problèmes liés à la maladie cardiaque et la maladie mentale?
- Pour les autres hommes souffrant de maladie cardiaque et de maladie mentale – quelles sont les informations les plus importantes à savoir et comment pourraient-elles être mieux transmises?

Selon vous, quel genre d'information concernant la santé mentale et les maladies cardiovasculaires vous serait le plus utile?

- Canaux de communication (Lecture, médias audio et/ou visuels, séminaires, éducation par les pairs, matériel éducatif, autre/spécifier...)
- Lieux de partage de l'information (lieu de travail, services de santé, communauté, médias)



- Moment/ délai/rapidité du partage d'information
- Sites Web, Applications, médias sociaux, témoignage d'hommes comme source d'information, intérêt et utilité.

### **C. Services de santé et soins cliniques**

Comment décrieriez-vous votre expérience vis-à-vis des soins que vous avez reçus en santé mentale au cours des cinq dernières années?

- Comment est votre lien avec le système de santé, le cardiologue et les services de santé mentale?
- Pertinence des soins: Plusieurs hommes disent qu'ils ne veulent pas dépendre d'une médication pour assurer leur santé mentale ou pour traiter certains troubles comme la dépression. Quelle est votre opinion/expérience sur le sujet? Quels conseils donneriez-vous aux professionnels de la santé travaillant avec des patients masculins qui ont une maladie cardiovasculaire et/ou un trouble de santé mentale?
- Utilisation des services : Plusieurs hommes sont réticents à utiliser une aide professionnelle en santé mentale. Pourquoi croyez-vous que c'est ainsi? Qu'en est-il de vous-même? Quels ont été vos défis/difficultés lorsque vous êtes allé chercher de l'aide et des soins pour votre santé cardiaque ou mentale?
- Disponibilité et accès aux soins: (Existence de services spécifiques aux besoins des hommes, facteurs liés à l'utilisation des services: Psychologues, couverture d'assurance, services sociaux...)
- Quels aspects des services de santé et des soins cliniques suggéreriez-vous d'améliorer? (vos attentes)

Pourriez-vous décrire votre expérience avec votre professionnel de la santé (docteur, cardiologue, nutritionniste, kinésologue, travailleur social, psychologue ou conseiller) par rapport au partage d'information sur la santé mentale et les maladies cardiovasculaires?

- Information/éducation fournie: Quel type de patient êtes-vous? Quelqu'un qui aime se faire diriger/guider ou préférez-vous être plus impliqué dans les prises de décision et l'élaboration de stratégies? Fournissez s'il vous plait un exemple de cela en lien avec vos problèmes de santé cardiovasculaire et/ou mentale.
- Perception des attentes et besoins.
- Dynamique patient/cliniciens (communication, qualité relationnelle, ouverture, empathie et partage des prises de décision)
- Améliorations proposées: Pouvez-vous fournir un exemple spécifique d'une interaction/ relation positive que vous avez eu avec un professionnel de la santé? Quelles sont les caractéristiques d'un « bon » professionnel de la santé?
- De quelle façon le genre (sexe) du professionnel de la santé influence-t-il sa relation avec ses patients?
- Certains hommes aiment mener et décider – d'autres préfèrent recevoir des consignes précises. Quelle est votre préférence et quel genre d'expérience avez-vous eu dans vos interactions avec des professionnels de la santé?

#### **D. Support provenant de la/du partenaire**

Quels sont les impacts positifs et négatifs de votre maladie cardiaque ou mentale sur votre relation de couple? (Qu'est-ce que cela vous a apporté ou qu'est-ce que vous avez perdu)  
Quelles stratégies utilisez-vous pour maintenir et/ou améliorer votre relation avec votre partenaire?

- Stress
- Estime de soi (respect)
- Difficultés au niveau de la sexualité
- Difficultés émotionnelles
- Difficultés liées au genre/sexe (masculinité, virilité, colère et irritabilité)

Quel genre de soutien votre partenaire vous apporte-t-il/t-elle depuis que vous avez été diagnostiqué d'un trouble psychologique?

- Reconnaissance de la maladie mentale
- Soutien émotionnel
- Stratégies d'adaptation
- soutien au cours de la consultation
- Implication dans le plan de traitement
- Conseils aux partenaires d'hommes souffrant d'une maladie cardiaque et de maladie mentale.

De quelle façon votre partenaire pourrait-il/elle améliorer l'aide qu'il/elle vous apporte en ce moment?

#### **E. Soutien provenant de votre employeur/milieu de travail**

Comment pensez-vous que le soutien de votre employeur/milieu de travail face à vos difficultés de santé mentale et de maladie cardiaque pourrait être amélioré?

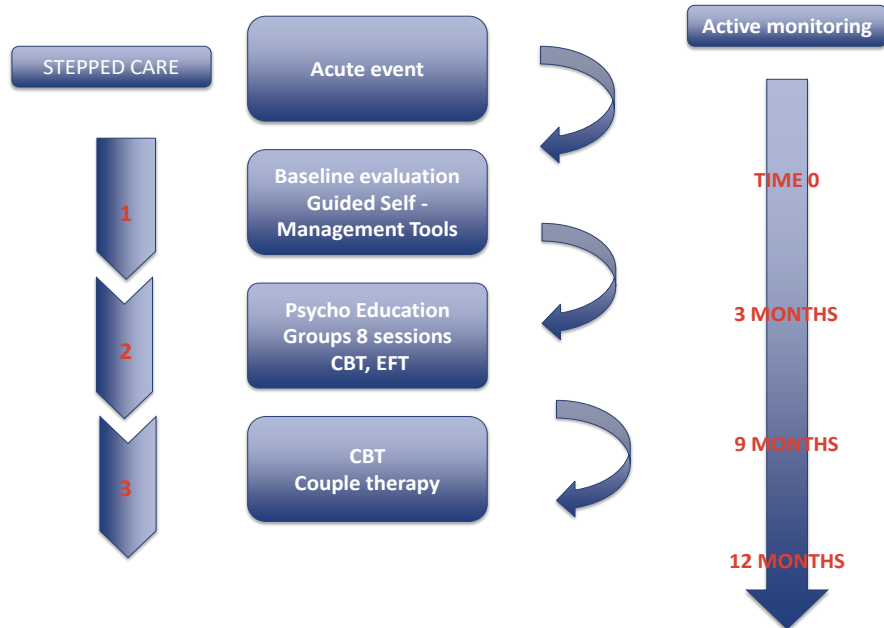
Comment décririez-vous votre environnement de travail en regard de l'ouverture à la discussion sur la maladie mentale?

- Stigmatisation: Plusieurs hommes ont peur de perdre leur emploi si leurs collègues apprennent qu'ils souffrent de maladie mentale. Jusqu'à quel point seriez-vous prêt à dévoiler à vos collègues et votre patron de l'information sur votre maladie cardiaque ou mentale si vous étiez diagnostiqué? Comment les gens autour de vous réagiraient-ils s'ils apprenaient que vous souffrez de maladie cardiaque et/ou mentale?
- Ouverture d'esprit
- Acceptation
- Empathie
- Support des pairs

- Stratégies de prévention et d'éducation
- Accès à l'aide/soutien psychologique

#### F. **Modèle de traitement par étapes**

Dans le cadre de notre projet, nous voudrions développer un « modèle de traitement par étapes » dans le but d'aider les hommes ayant des maladies cardiaques à prendre soin de leur santé mentale.



#### ÉTAPE 1 :

Pour ce faire, nous proposons, dans un premier temps, de distribuer de l'information sur la santé mentale et les maladies cardiaques et les façons efficaces de s'adapter à la vie avec une maladie cardiaque. Ces informations seront disponibles sur le site web du projet et dans les applications (« apps ») pour les téléphones intelligents, ainsi que dans des dépliants. Les hommes avec une maladie cardiaque seront invités par leurs médecins et par d'autres professionnels de la santé qui travaillent avec eux (infirmières, diététistes, kinésologues, etc.) à se servir de ce matériel pour faciliter la transition à la vie après le diagnostic d'une maladie cardiaque.

#### ÉTAPE 2 :

Il est possible que, pour certains hommes, le matériel informatif ne soit pas assez pour les aider à se sentir moins déprimé, découragé, ou anxieux après la maladie cardiaque. Ces hommes seront invités à passer à la deuxième étape : un groupe interactif avec d'autres patients cardiaques. Les groupes se réuniront 8 fois pendant 2 heures. Des experts en santé mentale les dirigeront et parleront de comment transiger avec les

maladies cardiaques afin de combattre la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique. Les partenaires de vie des hommes seront invités aux quatre dernières séances de groupe pour discuter, entre autres, de comment l'entourage pourra former une meilleure équipe pour aider les patients à vaincre les problèmes de santé mentale. Il y aura des exercices pratiques durant les groupes et les devoirs pour appliquer ce qui est présenté.

### ÉTAPE 3 :

Finalement, les hommes qui en auront besoin seront référés à un traitement psychologique individuel pour la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique tandis que d'autres seront référés à un traitement conjugal dans lequel leur partenaire sera impliqué. Ces deux traitements personnalisés ont été utilisés, avec succès, pour aider les personnes ayant des maladies cardiaques.

Que pensez-vous de cette intervention selon un modèle de traitement par étapes?

Si vous participiez à cette intervention, comment la trouveriez-vous? De quelle façon aimeriez-vous que cette information et cette intervention vous soient présentées? Explorez les dimensions suivantes : Mode de contact (internet, téléphone, en personne), structure de l'information, type de message (demander des exemples aux participants), type de contenu (explication de la maladie et /ou explication des stratégies mises en place)

Pourriez-vous s'il vous plait donner vos commentaires et rétroactions sur le matériel éducatif que nous vous présentons ici (information, conception, couleurs, croyez-vous que cela sera bien reçu, que cela est attirant) – Utilisez les brochures et affiches qui ont été conçues pour la campagne Movember.

### **E. Conclusion et remerciements**

Faites une synthèse des points importants qui ont été soulevés au cours de la discussion de groupe et validez la compréhension des membres du groupe.

Nous aimerions vous remercier pour votre temps et pour avoir bien voulu partager votre expérience personnelle, vos besoins et vos attentes relatifs à la prévention et au traitement des troubles anxieux et de l'humeur accompagnant les maladies cardiaques.