

L'accompagnement psychologique visant la modération de l'anxiété chez les patients avant l'intervention chirurgicale cardiaque (Étude de cas)

Guellati Lamia

Pr.Sail Hadda Ouahida

Résumé :

Cette étude porte sur l'accompagnement psychologique, a été menée auprès de 10 patients cardiaques en vue de les préparer à l'intervention chirurgicale. Pour ce faire, des techniques d'intervention ont été appliquées à savoir la psychoéducation, la respiration abdominale, le feedback. Afin de montrer l'effet clinique de l'intervention. Une échelle de mesure a été appliquée comme indicateur "The Hospital Anxiety Depression scale" (HADS). Les résultats ont montré en pré-test des scores moyens et élevés d'anxiété et de dépression, et en post-test ce niveau a baissé à la normale (en dessous la moyenne).

L'étude a conclu par l'importance de l'accompagnement psychologique auprès des patients cardiaques afin de réduire l'anxiété et la dépression et les risques de complications éventuelles après la chirurgie.

Mots clés : cardiopathie, anxiété, accompagnement psychologique, psychoéducation, respiration abdominale, feedback.

ملخص:

تناولت هذه الدراسة المرافقة النفسية، أجريت على مجموعة 10 مرضى القلب بهدف تحضيرهم للتدخل الجراحي. ولأجل تحقيق هذا الغرض تم تطبيق تقنيات التدخل وهي التريية النفسية، التنفس البطني، والتغذية الرجعية. ولأجل التأكد من التأثير العيادي للتدخل، تم تطبيق مقياس "الاكتئاب والحصر الإستشفائي" (HADS) كمؤشر. بينت نتائج الدراسة

درجات متوسطة وعالية للحصر والاكتئاب في القياس القبلي، بينما انخفضت إلى المستوى العادي (أقل من المتوسط) في القياس البعدي. وخلصت الدراسة إلى أهمية المرافقة النفسية لمرضى القلب وذلك للتخفيف من حدة الحصر والاكتئاب وخطر حدوث مضاعفات محتملة بعد الجراحة.

الكلمات المفتاحية: مرض القلب، الحصر، الدعم النفسي، التربية النفسية، التنفس البطني، التغذية الرجعية.

*Psychologue clinicienne en Chirurgie Cardiaque et Doctorante en counseling et psychothérapie, Université Alger2

** Professeur-Psychologie clinique, Université Alger2

Introduction

Depuis une décennie d'expérience dans un service de chirurgie cardiaque, certaines observations cliniques des patients se sont imposées à savoir : des symptômes d'une réaction anxieuse (sensations d'étouffement, palpitations, soucis, douleurs au niveau de la poitrine...) et des

symptômes d'une réaction dépressive (insomnie, humeur dépressive, pleurs, perte d'intérêt, isolement, asthénie...). Ces symptômes apparaissent comme des réactions face à un danger (la chirurgie cardiaque) menaçant leur intégrité physique.

Le dépistage de troubles anxieux et dépressif chez mes patients cardiaques est parfois envisagé comme un défi, vue que les symptômes dépressifs (la fatigue, perte de poids, incapacité à effectuer certaines tâches) s'apparentent aux symptômes attribuables à la maladie cardiaque, et que les symptômes de panique (douleurs à la poitrine, l'essoufflement, la sensation d'étouffement et la transpiration) sont ressentis par les patients lors d'un effort physique, ou d'une exacerbation de l'angine de poitrine ou encore lors d'un

infarctus du myocarde(Pelletier, 2011, p. 123).

Cependant, plusieurs études nous permettent d'étayer notre réflexion sur ces observations. Greenman, Jetté, Green-Demers & Grenier (2015) ont montré dans leur étude que de 15% à 20% de patients hospitalisés (pour infarctus du myocarde, angine instable et arythmie cardiaque et qui subissent des traitements invasifs comme l'angioplastie ou le pontage coronarien) sont susceptibles de présenter des symptômes de dépression.

Une autre étude (Tedstone & Tarrier, 2015) (Citée par Greenman, Jetté, Green-Demers & Grenier, 2015) a montré que 24% des patients qui survivent à une crise cardiaque développent des symptômes de stress post-traumatique, trouble de panique, un stress aigu, une anxiété

généralisée et un trouble d'adaptation avec humeur anxieuse (p.1).

Aussi, dans le DSM-5 sont les classés troubles de l'anxiété et de dépression dus à des affections médicales [notamment les maladies cardiovasculaires] (Américain Psychiatric Association, 2013, p. 271).

Afin d'aider les patients à comprendre et à s'adapter avec leur maladie, la psycho éducation semble être efficace comme une première démarche dans l'accompagnement des malades en vue de les préparer à l'intervention chirurgicale.

La majorité des études contrôlées procèdent par la psychoéducation (PE) afin d'augmenter l'adhésion au traitement. C'est une démarche conçue sur un modèle biopsychosocial du trouble bipolaire fondé sur le modèle

stress-vulnérabilité. La PE a pour but d'apporter au patient une approche pratique lui permettant de comprendre et de gérer le trouble et ses conséquences, avec une attention particulière au monitoring des symptômes et à la détection des prodromes. La PE vise notamment à permettre le recours efficace aux structures de soins. Les interventions débutent habituellement dans l'inter crise. Cette approche tend donc à donner un même contenu aux différents individus lors de sessions informatives basées sur le modèle médical (Khazaal, Preisig & Zullino, 2006, p.130).

Cependant, Il semble que la psychoéducation conduit à une amélioration de l'adhérence au traitement et à une diminution de rechutes. A partir de la littérature et de la démarche clinique, l'accompagnement psychologique des malades cardiaques en vue de les préparer à une intervention chirurgicale est d'une importance

majeure, dans la mesure où les patients arrivent à prendre conscience de tous les facteurs liés à la maladie et aux conséquences médico-psychologiques et de les préparer à une bonne adhésion thérapeutique. Cette étude vient pour répondre à la question qui consiste à savoir si de telle intervention est cliniquement efficace auprès des patients cardiaques.

1. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectifs de:

✓ Déterminer l'efficacité clinique de l'accompagnement psychologique basé sur la PE auprès des patients cardiaques afin de réduire l'anxiété et les risques de complications éventuelles après l'intervention chirurgicale.

✓ Montrer l'importance du rôle du psychologue clinicien au sein du service de la chirurgie cardiaque.

2. Méthode et matériels

✓ Méthode utilisée: le design descriptif (étude de cas).

✓ Groupe: notre échantillon se compose de 10 sujets, patients (valvulaires et coronariens) dont un seul cas sera présenté.

✓ Instruments utilisés:

- ❖ L'entretien éducatif,
- ❖ L'échelle de « Hospital Anxiety Depression scale » (HADS) de Zigmund et Snaith (1983) souvent utilisé dans les études portant sur les maladies chroniques (Haute Autorité de Santé, 2007).

✓ Entraînement :

- ❖ La psychoéducation,

- ❖ La respiration abdominale.

3. Déroulement de la séance

Chaque séance s'est déroulée selon un planning préalablement déterminé:

✓ Bilan de la semaine pendant l'hospitalisation, entretien semi directif pour la récolte des informations, le dialogue socratique issu de l'approche cognitive comportementale permettant de vérifier la validité des affirmations énoncées,

✓ Prescription de tâches que le patient peut réaliser dans la semaine relatives à chaque étape d'accompagnement,

✓ Feed-back (mettre le point avec le patient sur la séance passée pour s'assurer de l'assimilation des informations présentées).

4. Séances d'intervention

1ère et 2ème séances :

- ✓ Mise en place d'une relation thérapeutique (alliance thérapeutique),
- ✓ Entretien éducatif (Gagnayre, 2008).
- ✓ Evaluation de l'anxiété et de la dépression par la passation de l'échelle HADs.

3ème séance:

- ✓ Préparation psychologique pour l'intervention chirurgicale,
 - ✓ Psychoéducation, counseling pour un rétablissement post opératoire précoce avec une suggestibilité et projection positive vers le futur. Dans ce contexte, la psychoéducation est appliquée pour permettre au patient une prise de conscience de sa pathologie, de quoi il souffre? Quels sont les facteurs qui déclenchent une éventuelle complication? Quelles sont les Conduites à tenir?
- ✓ Application des techniques de contrôle d'anxiété (respiration abdominale qui consiste à inspirer en comptant mentalement jusqu'à 4/ bloquer la respiration en 2/ expirer en 6) puis inciter à une visualisation et un balayage sur tout le corps par imagination en se concentrant sur la respiration et les sensations physiques et ce, en suivant les suggestions du psychologue,
 - ✓ Discuter les idées dysfonctionnelles et anxiogènes liées à la maladie.

4ème séance:

- ✓ Poursuivre la psychoéducation en groupe, vue que la pratique groupale est généralement privilégiée dans les interventions systématiques, elle permet un

partage d'expériences et l'établissement de liens entre les participants (Bonsack, Rexhaj& Favrod, 2015, p.80) aussi, poursuivre l'explication du processus de la respiration abdominale et son impact sur les systèmes neurovégétatif (sympathique et parasympathique), cognitif et émotionnel.

✓ Poursuivre l'entraînement à la respiration abdominale,

✓ L'auto-observation des sensations physiques et émotionnelles après chaque entraînement,

✓ Évaluation sur une échelle analogique subjective de 0 à 10 avant et après chaque séance.

✓ Feed back.

✓ Passation de l'HADs après l'entraînement.

5. Vignette clinique

5.1. Informations générales

Le patient B.H, âgé de 27ans, célibataire demeurant à Bejaia, occupe une fonction libérale, et de niveau d'étude secondaire, il est le 7ème/10 de sa fratrie.

Facteurs de risque: Le patient ne fume pas le tabac (est en sevrage du chique depuis 2mois) et ne consomme pas d'alcool.

Il est admis au service pour une intervention chirurgicale en vue d'un remplacement valvulaire aortique à cœur ouvert.

Le patient ne présente aucuns antécédents psychiatriques.

La cardiopathie a été diagnostiquée en 2016 lors d'une exploration suite à une infection buccodentaire qui était à l'origine d'une asthénie. Actuellement le patient n'est pas encore sous traitement.

Le patient semble calme, son discours est cohérent, son humeur est adaptée à ces propos.

Lors des premiers entretiens, le patient semblait un peu inhibé, timide et discret quant à sa maladie et sur quoi il est très mal informé, il présente quelques symptômes de dépression réactionnelle tels que: sommeil perturbé, manque d'appétit, sensation de fatigue accompagnée d'une anxiété manifestée par des sensations soudaines de malaise (difficulté à respirer).

5.2. Résultats de l'intervention

❖ l'entretien éducatif:

Le recueil d'informations à partir de l'entretien éducatif a révélé des données essentielles vis-à-vis de la perception du patient envers sa pathologie dont les quatre dimensions suivantes:

- Dimension biomédicale de la maladie : Qu'est ce qu'il a?

Le patient souffre d'une cardiopathie valvulaire aortique, dont il ne connaît pas le nom exacte et répond: " عندي عُرق مفتوح " (imprécision du diagnostic).

- Dimension socioprofessionnelle :

Qu'est ce qu'il fait ?

Sa profession semble être affectée par sa maladie vue les arrêts de travail répétés, et il se plaint en disant :

"رجعت ما نقدرش ندير (arrêt de travail)
الجهود، راني نتعب بلخفّ"

- Dimension cognitive, idées relatives à sa maladie : Qu'est ce qu'il sait sur sa maladie?

Le patient semble être en phase de résignation en répondant ainsi : « أو

« واش رايحين يديرولي المهم ندير عملية وخلص

Je ne serai plus comme avant, je ne pourrai plus pratiquer mon sport préféré, c'est bon c'est fini pour moi.

L'idée de se faire opérer, et d'ouvrir (le sternum) évoque chez le patient la mort et l'impuissance, et toutes ses idées peuvent éventuellement affecter son humeur et le bloquer dans l'adhésion aux instructions médicales.

■ Dimension psycho-affective:
d'après l'analyse du contenu de l'entretien éducatif, le patient présentait quelques symptômes de dépression évoqués dans son discours: « كنت ندير كرة القدم، نلعب مباريات، »
«نجري أو درك أحبست».

D'autres idées d'inquiétude et de contrainte venant accentuer son anxiété: « كيفاش راح نكون؟ نقدرنولي كيزمان؟ ».

Ainsi, des sentiments de dévalorisation, une timidité, une sensation d'incapacité et d'handicap ont été évoqués dans son discours et observés dans son comportement et dans ses mimiques.

❖ Résultats du pré-test sur l'échelle HAD :

Tableau (1) : Résultats du pré-test HADs

Pré-test : Scores-HADs	
Dépression : 07	Anxiété : 12
Modéré	Elevé

Le tableau (1) montre des scores élevé et modéré de l'anxiété et de

la dépression ce qui confirme les propos récoltés dans l'entretien éducatif évoqué par le patient.

❖ **La psychoéducation (la 3^{ème} et 4^{ème} séance):**

L'aspect thérapeutique de la psychoéducation reste au premier plan dans les résultats recherchés (diminution des réadmissions et des rechutes), les autres aspects de la PE notamment l'appropriation du pouvoir, les décisions partagées, la reconstruction de l'identité, la différenciation entre les parties saines et malades de la personne et la possibilité d'échange entre les pairs apparaissent les éléments les plus importants aux yeux des patients et de leurs proches (Khazaal, Preisig & Zullino, 2006, p.80).

Des informations ont été récoltées lors de l'EP, le mode

d'intervention et de dialogue suivi a été présenté comme suit :

Psy: Pouvez-vous me parler de la nature de votre maladie?

Patient: (ما نعرف والو)

Le Psychologue a fait une présentation sur sa cardiopathie valvulaire: le patient a pris conscience que sa valve native sera remplacée par une autre mécanique, et ce, vu son état détérioré et endommagé par les infections répétées ou non/ mal traité, sa cardiopathie valvulaire aortique nécessite une autre valve dite de la 3^{ème} génération.

Des informations évoquées lors de l'entretien éducatif ont été reprises, notamment l'idée de

mort, et que tout est fini, sa vie sera bloquée à tout les niveaux, et ne pourra plus travailler et faire du sport... aussi, qu'il ne redeviendra jamais comme avant. Le patient a pris conscience que ces idées liées à l'annonce du diagnostic sont relatives, mais ne doivent pas constituer des obstacles dans le processus thérapeutique médico-psychologique, en prendre conscience et les accepter est une bonne résolution pour une meilleure adhésion thérapeutique ainsi que l'amélioration de la qualité de vie.

- Le patient a pris conscience qu'il a toutes les chances pour mener une vie agréable, et reprendre les activités après l'opération, cela

dépendra de son acceptation de son état et de l'adhésion aux instructions médicales.

- Les symptômes anxieux (sensations d'étouffement, palpitations, soucis, douleurs au niveau de la poitrine...) et les symptômes dépressifs (insomnie, humeur dépressive, pleurs, perte d'intérêt, isolement...etc) sont considérés comme des réactions naturelles face au danger (la chirurgie cardiaque) apparaissent chez tous les patients atteints de la valvulopathie.

Des informations ont été également présentées à propos de certaines conduites à tenir pour préparer le patient à la chirurgie, et l'encourager afin d'adhérer aux

instructions médicales, comme prendre une bonne douche la veille de l'intervention, arrêter de manger après le dîner et de boire à minuit.

- L'accueil fait partie intégrante de la prise en charge du patient au bloc opératoire, il est assuré le lendemain par une équipe d'anesthésistes.

- Le réveil se fait en réanimation par la même équipe le jour même J0, le patient reste branché à plusieurs appareils afin de contrôler son état.

- Il sera déplacé au service J1, et malgré sa somnolence, il doit faire des efforts pour consommer tout ce qui est liquide (tisane et soupe).

- Il reprendra au J2 les activités habituelles, changera de position (allonger/assis/debout/marcher), après il bénéficiera d'une kinésithérapie respiratoire en lui expliquant le rôle important de la respiration, il reprend par la suite à manger (petit déjeuner ...), il sera déambulé et accompagné par son garde malade et reprendra progressivement toutes les activités), et enfin il entamera le J3 la kinésithérapie physique.

❖ Feed back de la psychoéducation:

Après l'élaboration des étapes préconisées, le patient présente son témoignage, ses propres idées dysfonctionnelles attribuées à son entourage et à sa propre

imagination avant l'intervention du psychologue du service:

- ما كنتش نتصور أن العملية هكذا كانوا عندي أفكار مخيفة (ينزع القلب من الصدر أو يحدّموه، بعد العملية مالازمش نبوجي، الوجع راح يقتلني أو خلي أوخلي بالزاف حاجات كنت نتخيّلهم) أو بعد ما فهِمّينا على مجرى العملية أو واش لازم ندير، شفت بلي بعد العملية رايح نعاود أستعيد الوظائف نتاعي مثل الأكل، المشي الحركات الرياضية ليّ لا بدّ نقوم بيها نرجع نتنفس مليح، وعلى حساب الشّوفة بعد العملية كاين بزاف خدمة على عكس واش تصوّرت.

Le patient détermine l'intensité de l'anxiété et de dépression sur une échelle de 0 à 10 qui témoignent d'une nette amélioration qui représente un indicateur subjectif comme suit :

Tableau (2) : Résultats sur l'échelle analogique subjective avant et après la psychoéducation

	Anxiété	Dépression
Echelle Analogique Subjective (avant)	8/10	6/10
Echelle Analogique Subjective (après)	3/10	3/10

❖ Exercice de relaxation

(respiration abdominale, 3^{ème} et 4^{ème} séances):

- ✓ Se mettre à l'aise
- ✓ Apprendre la respiration abdominale en inspirant par le nez (imaginer sentir une fleur) en gonflant le ventre, le thorax doit être immobile puis expirer par la bouche le plus lentement possible (en imaginant une bougie devant sa

bouche en soufflant sur elle sans l'éteindre).

- ✓ Fermer les yeux
- ✓ Se concentrer seulement sur sa respiration et ses sensations physiques
- ✓ Suggestion du psychologue sur les sensations de lourdeur et de chaleur et après une sensation de décontraction musculaire générale.
- ✓ Imagination dans un lieu sure
- ✓ Clôture de la séance par une bonne respiration
- ✓ Ouverture des yeux.

❖ **Feed back de la relaxation (respiration abdominale):**

Le témoignage du patient qui suit confirme le résultat de l'étude

de Greenman, Jetté, Green-Demers, & Grenier (2015) qui a montré l'efficacité de la relaxation dans la diminution du niveau de l'anxiété chez les malades cardiaques:

- قبل ما طبقنا الإسترخاء ما كنتش نحسّ بالجسم نتاعي ما كنتش نحسّ بروحي
- بعد ما طبقنا التمرين فهمت بليّ كانوا العضلات نتاعي بالزاف مزيرين خاصة كتافي أو تزيار في وسط صدري والآن فعلا راني نحس بالفرق راني نحس روحي بالزاف خفيف.

Le patient a déterminé l'intensité de la tension musculaire sur une échelle de 0 à 10 qui témoigne d'une nette amélioration qui représente un indicateur subjectif comme suit:

Tableau(3): Résultats sur l'échelle analogique subjective des tensions musculaire avant et après la relaxation

	Echelle analogique subjective
Tension musculaire avant Relaxation	8/10
Tension musculaire après Relaxation	3/10

Le tableau (3) montre une diminution de la tension musculaire après l'entraînement à la relaxation, ce qui a amené le patient à une prise de conscience de toutes ses tensions musculaires ressentie avant la séance.

6. Comparaison des scores HADs

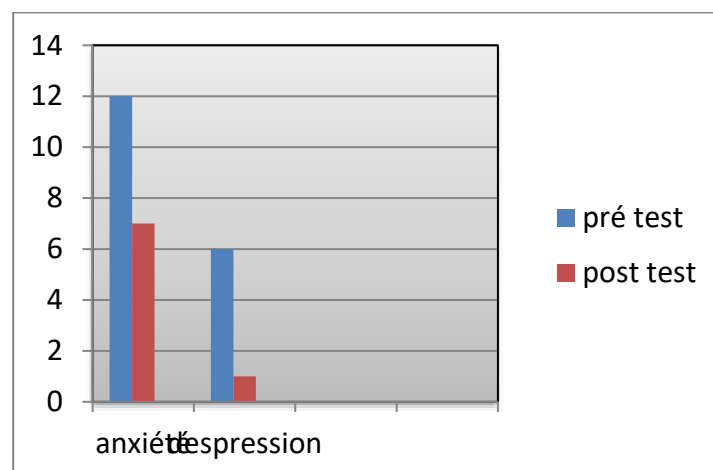
Les résultats de pré-test et post-test montrent une nette diminution dans les scores de

l'anxiété et de dépression après l'intervention psychologique.

Tableau (4) : comparaison des scores sur l'HADs en pré-test et post-test

Intervention	Anxiété	Dépression
Avant	12	7
Après	6	1

Le tableau (4) montre une diminution des scores d'anxiété et de dépression après l'accompagnement psychologique. L'histogramme suivant confirme ces résultats.

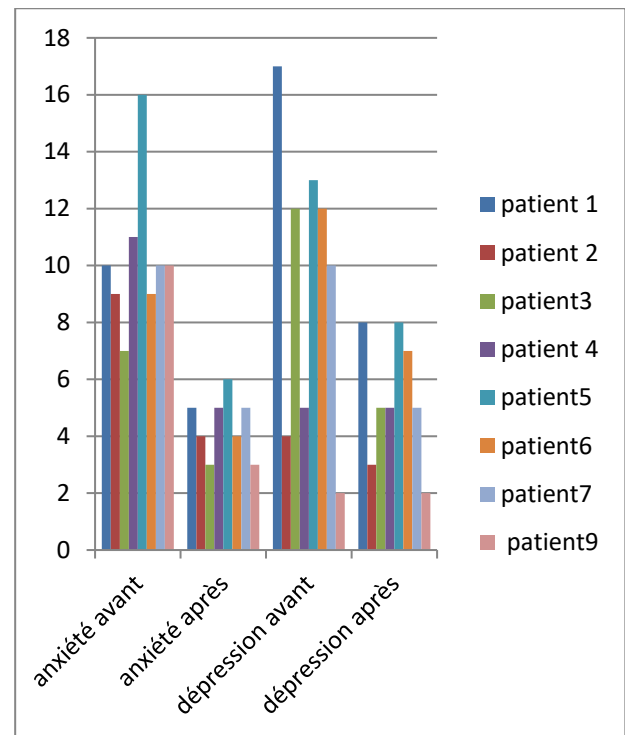


Histogramme (1) : comparaison des scores d'anxiété et de dépression avant et après l'accompagnement psychologique.

7. Objectifs atteints

- Le patient a repris relativement en 4 séances la confiance en soi,
- Le patient a maîtrisé les sensations physiques et la tension psychique liées à sa maladie cardiaque,
- Le patient a appris l'autorégulation vis-à-vis de sa pathologie organique,
- Le patient a tiré une auto satisfaction de l'intervention psychologique.

Résultats du groupe de l'étude sur l'échelle de HADs en pré-test et pos-test :



Histogramme (2): Résultat global du groupe de l'étude sur l'échelle de HADs en pré-test et pos-test

Ces résultats montrent une nette amélioration chez les neuf patients dans les scores obtenus sur l'échelle HADs. Dès lors l'accompagnement des patients cardiaques par la psychoéducation et l'entraînement à la relaxation s'avère efficace de point de vue clinique.

8. Discussion

Les résultats de cette étude montrent que l'intervention par la psychoéducation et la relaxation

aide les patients cardiaques à modérer leur anxiété due à leur maladie et à l'intervention chirurgicale à quoi ils sont préparés.

Ces résultats affirment les résultats des études antérieures, Bonsak et ses collaborateurs ont montré l'efficacité de la psychoéducation qui permet de sortir de la solitude, normalise l'expérience de la maladie et facilite les échanges entre pairs et favorise la recherche de soutien social (Bonsack, Rexhaj & Favrod, 2015, p.82).

L'implication du patient et de la famille dans sa prise en charge semble importante, elle permet une prise de conscience du patient de sa maladie et de son état psychologique, et favorise son autonomie.

Les résultats de cette étude montrent aussi l'importance de la relaxation dans la modération de l'anxiété, dans ce contexte l'étude de Guiose (2007) a montré que le but de la relaxation est de réaliser

un calme psychologique, cela dit, mettre le cortex au repos en diminuant le fonctionnement cérébro-neuro-musculaire excessif en relaxant directement la partie périphérique de ce circuit (Cité par Demay, 2017, p.19). Jacobson (1980) avait cité l'impact de la relaxation « En préservant nos énergies musculaires, nous sommes capables de sauver notre cœur. Voilà pourquoi il nous faut apprendre à relaxer » (Cité par Demay, 2017, pp. 20-21).

L'accompagnement psychologique des patients cardiaques souligne l'importance du rôle du psychologue en vue de les aider à s'adapter avec les situations liées à la maladie et à l'hospitalisation avant et après l'intervention chirurgicale afin de préserver leur autonomie. Le psychologue est appelé à adopter une attitude d'empathie.

Carl Rogers considère le rôle de l'accompagnateur comme essentiel dans la prise en charge des clients. Tout en restant lui-même,

le thérapeute cherche à se mettre à la place du client, à entrer dans son univers et ses sentiments, en s'efforçant de les voir sous le même angle que lui. Aussi, lorsque celui-ci souffre, la compassion qu'il peut lire chez le thérapeute lui donne à la fois le sentiment d'être compris et la sensation que sa douleur est partagée, donc allégée (Cité par Weyl, 2017, p.1).

Cependant grâce à la prise de conscience des patients cardiaques de leur maladie, des réactions psychologiques liées à cette dernière, de l'intervention chirurgicale qui est assurée par le psychologue clinicien, ces patients disposent de toutes les informations nécessaires à leur adaptation. Vivre adapté avec la maladie chronique est une opportunité de mener la même vie mais autrement.

Conclusion

L'étude a été menée sur dix patients atteints de cardiopathie, les résultats ont montré que l'intervention psychologique est cliniquement efficace prouvée par

les résultats, et conclue par l'importance de l'accompagnement psychologique des patients cardiaques.

Le rôle du psychologue se révèle important dans la modération de l'anxiété et de la dépression réactionnelles chez ces patients. Néanmoins, le travail psychologique doit continuer afin d'atteindre l'objectif principal cela dit, il serait intéressant dans une étude future de s'interroger sur la significativité statistique de l'intervention psychologique au profit des malades cardiaques en vue de les accompagner à améliorer leurs habilités d'adaptation à savoir: le coping avec la maladie et la qualité vie afin d'atteindre une autonomie dans la gestion de leur maladie.

Références

- Américain Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. Paris: Masson.
- Bonsack, C., Rexhaj, S., Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*, 173, 79-84. DOI : 10.1016/j.amp.2014.12.001.
- Demay, E. (2017). L'utilisation de la relaxation progressive de Jacobson dans la gestion de l'anxiété au cours des séjours de sevrage en addictologie. Mémoire de Diplôme d'Etat de Psychomotricité. Université de Toulouse III. Téléchargé du site: <http://www.psychomot.upstlse.fr/Demay2017.pdf>
- Gagnayre, R. (2008). Guide de l'entretien du diagnostic éducatif. Annexe téléchargé du site : http://www.medecine.upstlse.fr/dcem3/module14/diabetologie/01guide_diag_educatif_Annexe.pdf
- Greenman, P.S., Jetté, J., Green-Demers, I., & Grenier, J. (2015). Sad and worried hearts: A psychological for clinically significant depression, anxiety, and post-traumatic Stress in Patients with Cardiac Disease. *International Journal of Clinical Cardiology*, 2(3), 1-9. Téléchargé du site : <https://www.clinmedjournals.org/articles/ijcc/ijcc-2-037.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2007). Echelle HADs : Hospital anxiety and depression scale. Téléchargé du site : www.has-sante.fr
- Khazaal, Y., Preisig, M., & Zullino, D. (2006). Psychoéducation et traitements cognitifs et comportementaux du trouble bipolaire. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 125-143. Doi:10.7202/013689ar URI: id.erudit.org/iderudit/013689a
- Pelletier, R. (2011). L'impact des troubles de l'humeur et des troubles anxieux sur la sensibilité

de certaines méthodes d'investigation de l'ischémie myocardique, ainsi que sur la morbidité cardiovasculaire et la mortalité générale. Thèse de doctorat en psychologie non publiée. Université de Québec à Montréal. Téléchargé du site : www.archipel.uqam.ca/4226/1/D2220

Weyl, N.J. (2017). Approche centrée sur la personne de Carl Rogers, *Magasine Electronique de Psychologie*, Décembre 2017. Repéré : <http://www.psychologies.com/Therapies/Toutes-les-therapies/Psychotherapies/Articles-et-Dossiers/L-approche-centree-sur-la-personne>