

Titre : Attachement amoureux dans les

couples confrontés à l'infection à

VIH/SIDA à Lomé

Kaka, **KALINA**¹ & Catherine, **OCCLOO**²

¹Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de Lomé
(Togo) Email : kakakalina1@yahoo.fr

Résumé

Des études révèlent que l'attachement chez l'adulte est affecté par des événements négatifs de la vie. L'infection à VIH d'un partenaire conjugal est un événement difficile à cause de ses répercussions sur les plans personnel et relationnel ainsi que de ses représentations négatives. Sa découverte peut conduire à la dislocation du couple. Nous voulons comprendre la nature de l'attachement amoureux chez les couples dont seule la femme est infectée. Quels sont les styles d'attachement amoureux chez les partenaires des couples confrontés au VIH/SIDA ? Quel en est le style d'attachement prévalent ? La présente étude se propose d'explorer l'attachement amoureux chez les partenaires de couples sérodifférents, afin de contribuer à l'amélioration des stratégies de leur prise en charge psychologique et psychosociale. Elle fut réalisée sur trente (30) couples sérodifférents consultant au CHU Sylvanus Olympio (CHUSO), à partir du questionnaire des expériences d'attachement amoureux de Brennan, Clark et Shaver (1998). Les données recueillies ont été soumises à l'analyse statistique. Les principaux résultats indiquent que les couples sérodifférents sont fortement représentés dans les styles d'attachement insécure (36,67 % de préoccupé, 26,67 % de craintif et 13,33 % de détaché). La mesure dimensionnelle de l'attachement montre que dix-neuf (19) couples (63,33 %) manifestent une anxiété d'abandon élevée et dix-huit (18) couples (60 %) développent un évitement de l'intimité faible. Il s'ensuit que les couples confrontés au VIH/SIDA vivent une détresse, qui expliquerait ces modalités d'attachement.

Mots clés : Attachement amoureux, couple sérodifférent, femme infectée,

VIH/SIDA

Abstract :

Studies show that adult attachment is affected by negative life events. HIV infection conjugal partner is a difficult event because of its impact on the personal and relational as well as its negative representations. Its discovery may lead to the breakup of the couple. We want to understand the nature of the attachment in love among couples where only the woman is infected. What are the styles of attachment in love in partners of couples dealing with HIV / AIDS? What is the attachment style prevail? This study will explore the attachment lovers among discordant couples of partners to contribute to the improvement of the strategies of their psychological and psychosocial care. It was conducted on thirty (30) discordant couples consultant at the University Hospital Sylvanus Olympio (Chuso) from the questionnaire of attachment experiences love Brennan, Clark and Shaver (1998). The data were subjected to statistical analysis. The main results indicate that discordant couples are strongly represented in insecure attachment styles (36.67% of preoccupied, fearful of 26.67% and 13.33% of detached). The dimensioning of attachment shows that nineteen (19) pairs (63.33%) show a high abandonment anxiety and eighteen (18) Couples (60%) develop an avoidance of intimacy low. It follows that couples dealing with HIV/AIDS experience distress, which would explain these attachment models.

Keywords: Attachment love, serodiscordant couples, infected women, HIV/AIDS

1- Introduction

L'élaboration théorique de Bowlby (2002) repose sur l'idée que l'attachement se traduit par la construction de modèles de travail que sont les représentations cognitivo-affectives de soi et des autres en situation de détresse. L'attachement sécure se traduit par la positivité du modèle de soi au regard de l'autre et la confiance dans la disponibilité et la bienveillance des autres en situation de détresse.

L'attachement a pour rôle de protéger l'enfant du danger et d'assurer sa survie, à partir du maintien de la proximité de la personne qui en prend soin ou la figure d'attachement. Face à une situation de menace, le système d'attachement chez l'enfant est

activé et il ressent le besoin de retrouver une proximité avec la figure d'attachement. Lorsque l'enfant retrouve l'apaisement, car se sentant protégé, réconforté et en sécurité par les donneurs de soins, le système d'attachement redevient inactif (Ainsworth et *al.*, 1978).

L'attachement n'étant pas une donnée innée figée, son développement chez l'enfant est influencé par la qualité des soins physiques et affectifs qu'il reçoit. En effet, s'il évolue dans un environnement généralement sécurisant, avec des figures d'attachement disponibles et rassurantes, l'enfant développera un sentiment de sécurité de l'attachement. Mais, si la figure d'attachement n'est pas constamment disponible ou si elle n'arrive pas à protéger et rassurer l'enfant, le système d'attachement peut être dérégulé. S'il devient chronique, ce dérèglement du système d'attachement peut prendre deux formes typiques : l'hyperactivation et la désactivation de l'attachement. Dans la première, c'est-à-dire, l'hyperactivation de l'attachement, l'enfant peut réagir aux comportements instables ou incohérents de la figure d'attachement en intensifiant ses protestations et ses demandes d'aide, et en devenant encore plus sensible aux signes de rejet ou de distance de la figure d'attachement ou du principal donneur de soins. Dans la seconde forme, l'enfant peut plutôt réagir à ces comportements en désactivant le système d'attachement. Ainsi, il se détache, se fie à lui-même, en ne cherchant plus la proximité, ou tout simplement en ne ressentant plus de la détresse.

L'étude des différences observées en matière d'attachement ont abouti à l'établissement des styles ou prototypes d'attachement, qui sont les profils d'attentes, de besoins, d'émotions, de

stratégies de régulation émotionnelle et de comportement social dans les relations (Shaver & Mikulincer, 2002).

Dans la suite du développement de l'enfant, la nature et « la qualité des premiers liens d'attachement ont des conséquences majeures sur le développement de la personnalité et la formation des représentations cognitives, que l'on nomme modèles opérationnels internes. Ces premières représentations, positives ou négatives, vont teinter la façon dont l'enfant va percevoir les autres et se percevoir lui-même » (Brassard & Lussier, 2009 ; Brassard et *al.*, 2017 : 55). A partir des premières expériences d'attachement, qui servent d'empreintes et de guides, l'enfant va généraliser ses représentations et les reproduire dans ses relations sociales futures.

Comme nous venons de voir, le système d'attachement est le plus fréquemment activé durant l'enfance, mais en réalité, il continue à fonctionner durant toute la vie (Bowlby, 1982).

De nombreuses études sont réalisées sur l'attachement chez l'adulte (Cassidy & Shaver, 2016; Mikulincer & Shaver, 2010; Boisvert, Lussier, Sabourin & Valois, 1996). Elles ont démontré que l'attachement est relativement stable tout au long de la vie (Simpson et *al.*, 2007). Cependant, cette stabilité n'est pas une donnée figée étant donné qu'elle est affectée par des expériences positives et négatives prolongées ou répétitives (Brassard et *al.*, 2017). En l'absence de ces expériences, le style d'attachement de l'enfant déterminerait pour une grande part le style d'attachement à l'âge adulte. Dans cette perspective, les représentations et patrons d'attachement développés dans l'enfance seront reproduits dans les relations personnelles à l'âge adulte, en l'occurrence avec le partenaire amoureux, qui devient la plupart

du temps la figure d'attachement principale chez la personne adulte (Hazan et Shaver, 1987). Il s'agit de l'attachement romantique (l'attachement dans les relations amoureuses), qui représentent les pensées, sentiments et comportements dans les relations amoureuses (Hazan & Shaver, 1987). Les comportements d'attachement romantique procurent le sentiment de sécurité et facilitent la régulation émotionnelle. Ce type d'attachement concerne le « lien affectif durable, caractérisé par la tendance d'un partenaire à rechercher auprès de l'autre la sécurité et le réconfort en période de détresse » (Zimmermann, 2000 : 186). L'attachement que l'adulte développe envers son partenaire amoureux est similaire à celui que l'enfant développe envers son parent sur plusieurs points.

En effet, le partenaire, à l'image du parent, est la cible de la recherche de proximité quand le système d'attachement est activé, une source de protection, de réconfort et de soutien en cas de besoin, une source de détresse lors des périodes de séparation et une base de sécurité qui permet à l'individu d'explorer le monde et de poursuivre ses propres buts (Zayas et *al.*, 2015). Toutefois, l'attachement chez l'enfant et chez l'adulte ne sont pas exactement superposables, car les relations amoureuses chez les adultes seraient caractérisés par l'interaction de trois systèmes comportementaux : le système d'attachement, le système de soutien et le système sexuel. Alors que chez l'enfant ce sont les adultes qui répondent à ses besoins d'attachement, chez l'adulte, il y a au contraire habituellement une réciprocité entre les partenaires amoureux au niveau des systèmes d'attachement et de soutien, où les conjoints alternent successivement entre le soutien et le réconfort de l'un et la recherche de proximité et de sécurité auprès de l'autre, afin de satisfaire les besoins d'attachement de

chacun (Shaver et *al.*, 1988). Le système sexuel, quant à lui, est actif chez les partenaires amoureux adultes et il jouerait un rôle important dans la formation et le maintien des relations conjugales (Birnbaum, 2015). En raison de l'interaction entre les trois systèmes, le style d'attachement de chaque partenaire exercerait une influence sur le fonctionnement du couple (Brassard et *al.*, 2017).

La qualité de l'attachement chez l'adulte se définit en particulier par l'équilibre du sujet entre savoir chercher de l'aide en cas de détresse et de vulnérabilité auprès des figures particulières et s'appuyer sur ses ressources propres pour surmonter un défi ou une crise. Ainsi, elle joue un rôle de vulnérabilité ou de protection dans le développement tout au long de la vie (Bowlby, 1988).

L'attachement adulte a fait l'objet de modélisations théoriques diverses. Toutefois, le modèle proposé par Bartholomew (1990 ; 1997), fut non seulement conforté par de nombreux travaux scientifiques et cliniques, mais aussi est accepté par l'ensemble de la communauté scientifique s'intéressant à l'attachement chez les adultes (Brassard et *al.*, 2017). C'est donc le modèle d'attachement élaboré par Bartholomew qui sert de cadre conceptuel et théorique de cet article.

Bartholomew (1990, 1997) et Griffin et Bartholomew (1994) conceptualisent l'attachement chez les adultes en quatre styles distincts, qui sont formés de deux dimensions sous-jacentes aux représentations internes de soi positives ou négatives et aux représentations internes des autres positives ou négatives. Les deux dimensions de l'attachement sont la « positivité du modèle de soi » et la « positivité du modèle des autres ». Ces deux

dimensions ont été désignées par Brennan et *al.* (1998) l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité.

S'agissant des représentations internes de soi, le pôle positif se réfère à une vision positive de soi et se définit par la croyance d'être digne de l'amour et de l'attention des autres ; ce qui se traduit par l'anxiété d'abandon faible et inversement pour le pôle négatif (anxiété d'abandon élevée). Dans ce cas, la présence d'une anxiété d'abandon est l'indication d'une peur du rejet et de l'abandon et se caractérise par une hypervigilance aux signes de non-disponibilité du partenaire amoureux. Lorsque le sujet perçoit une menace réelle ou non à son intégrité ou à la relation, il met en place les stratégies d'hyperactivation du système d'attachement pour obtenir de la part du partenaire une réassurance face à des doutes importants portant sur le soutien, l'engagement et à la proximité du partenaire. Pour les représentations internes des autres, le pôle positif concerne une vision positive des figures d'attachement et est défini par la croyance que les autres sont empathiques, aimants, soutenant et disponibles à l'égard de la personne (évitement de l'intimité faible) et inversement pour le pôle négatif (évitement de l'intimité élevé). L'évitement de l'intimité se traduit par un inconfort avec l'intimité émotionnelle et un besoin excessif d'autonomie. Lorsqu'une menace à cette autonomie est perçue, il se met en place des stratégies de désactivation du système de l'attachement visant à minimiser le sentiment de vulnérabilité et le besoin de réconfort d'autrui (Mikulincer & Shaver, 2007). Ainsi, de telles personnes utiliseraient diverses stratégies pour minimiser l'intimité, éviter l'interdépendance, inhiber leurs sentiments de vulnérabilité et leurs besoins de protection ; elles ne comptent

que sur elles-mêmes, souvent de façon compulsive, il s'agit d'une autonomie compulsive (Bowlby, 1982).

Sur la base de la combinaison positive ou négative des deux dimensions des représentations internes de soi et des autres, Bartholomew et Horowitz (1991) ont modélisé les représentations de l'attachement adulte suivant quatre styles : sécurisé, craintif, préoccupé et détaché.

Un style d'attachement « sécuritaire », qui se traduit par des modèles positifs de soi et des autres, indique le sentiment qu'on a de sa propre valeur et son importance pour les autres, ainsi que la conviction que les autres sont en général disponibles et aidants en cas de besoin et qu'ils acceptent le sujet tel qu'il est. Le style d'attachement « préoccupé », c'est-à-dire, le modèle de soi négatif et le modèle des autres positif, se caractérise par le sentiment qu'on a peu de valeur pour les autres et en même temps, qu'on en attend des réponses positives, tout en redoutant qu'elles ne soient pas aussi rassurantes et réconfortantes qu'on le souhaiterait. Le style « détaché », qui se définit par le modèle positif de soi et le modèle négatif des autres, concerne le sentiment de sa propre valeur qu'on ne doit qu'à soi-même et des attentes très négatives sur les autres dont on ne doit rien attendre. Concernant enfin le style « craintif » (modèles de soi et des autres négatifs), il fait référence au sentiment de non-valeur personnelle au regard des autres et la croyance que les autres ne sont ni disponibles, ni bienveillants lorsqu'on en a besoin.

Chaque style d'attachement refléterait une stratégie différente de faire face à la détresse, dans le contexte de relations proches, en particulier, les différentes modalités de régulation émotionnelle

dans les dispositifs interpersonnels (Bartholomew & Shaver, 1998).

L'attachement n'est donc plus seulement une théorie du premier lien, mais il est plus généralement des relations dyadiques intimes et de leurs implications dans des domaines variés. C'est au cours de ces interactions que peuvent apparaître des vulnérabilités dans la relation, dues aux blessures et dysfonctionnements d'attachement. Certains événements extérieurs (deuil, traumatismes, maladies) ou certaines attitudes perçues humiliantes peuvent constituer des situations graves qui viennent bousculer la base de sécurité individuelle et/ou de couple. La souffrance ressentie fait que les partenaires ne sont plus attentifs l'un envers l'autre ou c'est l'un des partenaires qui ne se sent pas suffisamment soutenu. Dans les cas extrêmes, cela peut provoquer la déchirure de l'intimité du couple, un véritable traumatisme relationnel (Delage, 2008). Dans certains couples, des patterns relationnels se développent selon un scénario du trop près, trop loin (Pistole, 1994). La plupart du temps, on observe cette situation entre un partenaire préoccupé (anxieux) et un conjoint sûr envahi par les demandes excessives de son conjoint (Delage, 2009), soit deux partenaires qui ont construit entre eux un attachement dominé par l'anxiété, oscillant entre le rapprochement et la mise à distance, parce que le trop près est ressenti finalement comme insupportable, tandis que le trop loin entraîne une souffrance (Feeney, 2003).

Des études réalisées sur des groupes cliniques montrent que les couples en souffrance seraient plus repartis dans les catégories d'attachement insécures (Bakermans-Kranenburg & van

Ijzendorf, 2009; Perron, 2011; Pielage et *al.*, 2005, Reynaud, 2013).

Les couples vivant avec une maladie chronique comme le VIH/SIDA sont enclins à des difficultés relationnelles. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en couple affichent aussi des styles d'attachement inséculres (16,7% sécurle contre 35,4% détachés, 20,8% préoccupés et 27,1% craintifs), associés à la multiplicité de partenaires sexuels (Ciesla et *al.*, 2004). Pour Najyambere et Dusingizemungu (2007), les conjoints des couples discordants à l'infection à VIH connaissent beaucoup de perturbations au niveau émotionnel et sexuel, notamment les sentiments de perte, d'abandon, de méfiance, d'impuissance et d'inutilité. Ces problèmes constituent une source de tensions et de conflits incessants dans la relation conjugale.

Il est clairement démontré à travers la littérature scientifique que les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont des difficultés tant sur le plan individuel que relationnel. Cela nous amène à nous interroger sur l'attachement amoureux chez ces couples confrontés à l'épreuve du VIH/SIDA. Quels sont les styles d'attachement amoureux des partenaires du couple confronté au VIH/SIDA ? Quel en est le style d'attachement prévalent ?

En guise de réponses, nous soutenons que la plupart des partenaires de ces couples développent un style d'attachement « inséculrisé » dans lequel prédominent les styles préoccupé et craintif et obtiennent également des scores élevés sur les dimensions de l'évitement de l'intimité et de l'anxiété d'abandon.

Par la présente étude, nous voulons donc explorer l'attachement amoureux chez les partenaires de couples sérodifférents, afin de

contribuer à l'amélioration des stratégies de leur prise en charge psychologique et psychosociale.

2- Matériels et méthodes

2.1- Cadre et participants de l'étude

Le service de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHUSO) de Lomé (Togo) est le cadre de l'étude. Il assure le suivi médical et psychologique aux femmes séropositives et leurs enfants.

L'étude est réalisée sur trente (30) couples hétérosexuels sérodifférents dont seule la femme est infectée. Les caractéristiques sociodémographiques des couples sont résumées dans le tableau 1.

2.2- Instruments et procédures de l'étude

Nous avons utilisé un questionnaire pour recueillir les données sociodémographiques des couples et un autre standardisé portant sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA-traduction française de l'ECR).

Selon Brassard et *al.* (2017), l'attachement adulte peut être mesuré de deux façons : à l'aide des deux dimensions (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité) ou en utilisant les quatre catégories (sécurisant, préoccupé, craintif et détaché). Dans cette étude, les deux approches sont utilisées. Pour ce faire, L'ECR est plus indiqué car il est actuellement le questionnaire le plus utilisé de

L'attachement adulte, d'une part parce qu'il fut construit à partir de la synthèse des soixante (60) instruments existants sur l'attachement et il fut administré sur un vaste échantillon de sujets (Brassard *et al.*, 2017) et d'autre part parce qu'il fut traduit et validé dans plus de dix langues (Mikulincer & Shaver, 2016). Elaboré par Brennan *et al.* (1998), l'ECR fut traduit et validé en langue française par Lafontaine et Lussier en 2003. Il sert à évaluer l'attachement dans les relations de couple, précisément les attentes, les sentiments et les comportements des sujets à l'égard de leur partenaire amoureux.

Il est composé de 36 items cotés sur une échelle de type Lickert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Ces items mesurent les deux dimensions de l'attachement amoureux : l'évitement de l'intimité (18 items) et l'anxiété d'abandon (18 items). Le regroupement des items pairs et impairs permet d'obtenir ces dimensions. Le seuil clinique de l'anxiété d'abandon est 3,5 et celui de l'évitement de l'intimité est 2,5.

Les séances de consultations furent l'occasion de rencontres des femmes séropositives. Ensuite ces femmes et leur conjoint ont rempli une fiche de consentement à participer à l'étude. Des rendez-vous ont été pris avec les couples par appels téléphoniques. Dans la pratique, les partenaires du couple ont été reçus ensemble au début mais l'administration des questionnaires fut individuelle.

3- Résultats

3.1- Caractéristiques sociodémographiques des couples

Tableau 1: Répartition des couples en fonction des principales caractéristiques sociodémographiques

| | Effectif | Minimum | Maximum | Moyenne | Ecart-type |
|---|----------|---------|---------|---------|------------|
| Age (F) | 30 | 26 | 47 | 32,83 | 4,97 |
| Age (H) | 30 | 31 | 56 | 38,9 | 6,34 |
| Nombre d'enfants par couple | 30 | 1 | 3 | 2 | 0,26 |
| Durée de l'infection à VIH (F) | 30 | 1 | 10 | 4,57 | 2,51 |
| Durée de la découverte l'infection du VIH (H) | 30 | 1 | 9 | 3,87 | 2,3 |
| Durée de la vie en couple | 30 | 2 | 18 | 8,6 | 4,64 |

Le nombre d'années de vie commune de ces couples est en moyenne 8,60 ans, variant de 2 à 18 ans. L'âge moyen des femmes est de 32,83 ans, variant de 26 à 47 ans ; l'âge moyen des hommes est de 38,90 ans, variant de 31 à 56 ans. Le nombre d'enfants par couple varie de 1 à 3.

La durée de découverte de l'infection à VIH est en moyenne 3 ans chez les hommes et 4 ans chez les femmes.

3.2- Styles d'attachement amoureux chez les couples sérodifférents

***Tableau 2** : Répartition des couples sérodifférents en fonction des styles d'attachement*

| Styles d'attachement | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Style sécuritaire | 7 | 23,33 |
| Style préoccupé | 11 | 36,67 |
| Style détaché | 4 | 13,33 |
| Style craintif | 8 | 26,67 |
| Total | 30 | 100 |

Les couples sérodifférents sont fortement représentés dans les styles d'attachement insécure (36,67 % de préoccupé, 26,67 % de craintif et 13,33 % de détaché).

Tableau 3 : Répartition des couples sérodifférents selon les deux dimensions de l'attachement

| Dimensions | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Evitement de l'intimité | | |
| <i>Faible</i> | 18 | 60 |
| <i>Elevé (>2,5)</i> | 12 | 40 |
| Total | 30 | 100 |
| Anxiété d'abandon | | |
| <i>Faible</i> | 11 | 36,67 |
| <i>Elevée (>3,5)</i> | 19 | 63,33 |
| Total | 30 | 100 |

Les résultats indiquent que dix-neuf (19) couples (63,33 %) manifestent une anxiété d'abandon élevée et dix-huit (18) couples (60 %) développent un évitement de l'intimité faible.

Tableau 4 : Répartition des couples en fonction des styles d'attachement et le sexe

Styles d'attachement amoureux

Sexe

| | Style sécure | Style préoccupé | Style détaché | Style craintif |
|--------------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| Effectif (%) | | Effectif (%) | Effectif (%) | Effectif (%) |
| Hommes | 3 (10 %) | 17 (56,67 %) | 06 (20 %) | 4 (13,33 %) |
| Femmes | 11(36,67%) | 05 (16,67 %) | 02 (6,67 %) | 12 (40 %) |

Selon les résultats, les femmes sont plus sécures que les hommes (36,67 % contre 10 %) ; les hommes sont plus préoccupés que les femmes (56,67 % contre 16,67 %) ; les hommes sont plus détachés que les femmes (20 % contre 6,67 %) et les femmes sont plus craintives que les hommes (40 % contre 13 %).

3.3- Etat affectif des femmes séropositives à VIH envers leur conjoint

Tableau 5 : Répartition des femmes séropositives selon

leur état affectif

envers leur conjoint

| Etat affectif | Réponses | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|-----------------|--------------------|
| Peur de perdre son partenaire | Oui | 23 | 76,67 |
| | Non | 07 | 23,33 |
| | Total | 30 | 100 |
| Peur d'être rejetée par son partenaire | Oui | 14 | 46,67 |
| | Non | 16 | 53,33 |
| | Total | 30 | 100 |
| Peur d'être abandonnée par son partenaire | Oui | 13 | 43,33 |
| | Non | 17 | 56,67 |
| | Total | 30 | 100 |
| Peur d'infecter son partenaire | Oui | 27 | 90 |
| | Non | 03 | 10 |
| | Total | 30 | 100 |

L'état affectif de ces femmes est plus dominé par la peur d'infecter le partenaire conjugal (90 %) et la peur de perdre le partenaire conjugal (76,67 %).

4- Discussion des résultats

En rappel, cette étude vise à explorer les styles d'attachement amoureux chez les couples sérodifférents. Les résultats indiquent que les couples sérodifférents sont plus représentés dans les styles d'attachement insécures (76,67 %), avec une prédominance des styles préoccupé (36,67 %) et craintif (26,67 %). Ils divergent avec ceux de la littérature à cause probablement du caractère spécifique de la population (contexte culturel différent et couple confronté à une pathologie chronique). En effet, en population générale, la répartition des styles d'attachement est la suivante : style sécurisé (50 %) (Lopez & Gormley, 2003) ; style détaché (15 à 20 %) (Lopez & Gormley, 2003) est légèrement plus prévalent chez les hommes (Schmitt et *al.*, 2003) ; style préoccupé (15 à 20 %) (Lopez & Gormley, 2003) est légèrement plus prévalent chez les femmes et style craintif (10 à 20 %) (Lopez & Gormley, 2003). Cependant, ces résultats convergent globalement sur plusieurs points avec ceux de l'étude de Ciesla et *al.* (2004), qui montrent que parmi les personnes vivant avec le VIH, 27,1 % ont un style

d'attachement craintif, 20,8 % un style d'attachement préoccupé, 35,4 % sont détachées et 16,7% sécurées. Par rapport au sexe, les femmes séropositives sont plus craintives (40 %) que leurs époux séronégatifs qui sont plutôt plus préoccupés (56,67 %). De même, le niveau d'anxiété d'abandon est élevé dans les couples (63.33 %) contrairement à l'évitement de l'intimité dont le niveau est faible chez 60 % de couples.

Pielage et *al.* (2005) ont comparé les styles d'attachement des individus qui consultent pour psychothérapie individuelle à ceux des personnes en population générale. Les résultats indiquent que les individus du groupe clinique présentent plus des styles d'attachement insécurisé et moins d'attachement sécurisé, rapportent moins d'intimité et plus de solitude dans leur relation que les individus en population générale. Ils obtiennent des scores plus élevés aux échelles « craintif », « préoccupé » et « détaché ». De leur côté, Bakermans-Kranenburg et van IJzendorp (2009) démontrent une plus grande proportion de styles insécurisés dans le groupe clinique (73 %) que dans celui de la communauté (42

%). Les styles d'attachement des sujets de la population clinique sont : 27 % sécure, 37 % préoccupé et 37 % détaché, alors que pour ceux de la communauté, des proportions différentes sont retrouvées : 58 % sécurisé, 19 % préoccupé et 23 % détaché. Les couples en psychothérapie montrent une détresse conjugale plus élevée que ceux de la communauté. De plus, leurs scores d'anxiété d'abandon sont plus élevés. En outre, les scores d'anxiété d'abandon et de l'évitement de l'intimité sont plus élevés chez les conjoints souffrant de détresse conjugale qu'ils soient ou non en psychothérapie, que chez les conjoints de la communauté (Perron, 2011). Par ailleurs, les hommes du groupe clinique possèdent de façon significative moins fréquemment un style d'attachement sécurisé et plus souvent un style détaché que ceux de la communauté, alors que les femmes du groupe clinique présentent moins souvent un style sécurisé mais plus fréquemment un style craintif, préoccupé et détaché. Les résultats de la présente étude montrent plutôt que les hommes sont plus préoccupés (56,67 %) que détachés (20 %) et les femmes plus

craintives (40 %). L'étude de Perron (2011) révèle également que les femmes et les hommes de la communauté qui rapportent une détresse conjugale affichent moins fréquemment un style sécurisé et plus souvent des styles craintif ou détaché, comparés aux femmes et hommes de la communauté qui ne présentent pas de détresse conjugale. En comparaison aux hommes de la communauté sans détresse conjugale, ceux du groupe clinique montrent moins fréquemment un style sécurisé et plus de style craintif ou détaché, alors que les femmes du groupe clinique démontrent moins de style sécurisé et plus les styles craintif, préoccupé ou détaché par rapport à celles de la communauté sans détresse conjugale. L'insécurité de l'attachement serait donc plus reliée à la détresse conjugale (Perron, 2011). Comme le montrent Brassard et *al.* (2017), l'attachement est affecté par des expériences positives et négatives prolongées ou répétitives tout au long de la vie. Bien que l'infection à VIH soit un événement de vie négatif, elle ne saurait expliquer à elle seule les styles d'attachement identifiés par la présente étude.

Nous pouvons déduire de tout ce qui précède que les personnes confrontées à une souffrance personnelle ou conjugale présentent plus des styles d'attachement insécure et une anxiété d'abandon. La souffrance liée à l'infection à VIH de la femme se répercute négativement, non seulement sur l'époux, mais aussi sur le couple tout entier. Le VIH/SIDA étant une maladie chronique et stigmatisante dont la découverte provoque diverses réactions chez ceux qui en sont atteints et l'entourage, le couple peut être stigmatisé ou marginalisé au même titre que les personnes infectées. Toutes les femmes séropositives de notre étude sont inquiètes de leur état, ce qui se répercute dans leur vie sexuelle et dans leurs cognitions.

Bien que l'infection à VIH soit un facteur de risque pour la sécurité de l'attachement amoureux chez les conjoints, nous ne perdons pas de vue le fait que les racines de l'attachement chez des personnes adultes sont très profondes depuis l'enfance et que les modalités de l'attachement sont stables dans le temps (Simpson et *al.*, 2007).

Conclusion

Cette étude réalisée sur trente (30) couples sérodifférents recrutés au CHUSO Lomé et qui vise à explorer l'attachement amoureux chez les couples sérodifférents, a montré que ces couples sont plus représentés dans les styles d'attachement insécures et

développent un niveau d'anxiété d'abandon élevé. L'infection à VIH/SIDA se répercute négativement sur les partenaires et le couple dans son ensemble. Toutefois, le développement des modalités ou styles d'attachement est un processus très complexe, qui ne peut être facilement appréhendé à un moment précis de la vie d'une personne. Confrontée à cette infection chronique, la femme séropositive se trouve dans une situation où elle doit faire face à la fois à ses propres problèmes de santé et aux soucis de sauvegarde de son couple.

Les résultats de l'étude pourront contribuer à améliorer la prise en charge des couples sérodifférents en agissant, non seulement sur les cognitions, mais aussi sur les relations conjugales affectées par le VIH/SIDA.

Cette étude aurait pu être plus intéressante si elle avait été longitudinale : suivi du couple depuis sa formation, la survenue de la maladie, pour voir évaluer l'influence des facteurs clés sur l'attachement du couple. Elle reste donc perfectible.

Références bibliographiques

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation*. Oxford, Lawrence Erlbaum.

Bakermans-Kranenburg, M. J. & Ijzendorn, M. H. (2009). «The first 10 000 Adult Attachment Interview : Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups». *Attachment and Human Development*, 11, 223-263.

Bartholomew, K. (1990). «Avoidance of intimacy: An attachment perspective». *Journal of Social and personal Relationships*, 7, 147-178.

Bartholomew, K. (1997). «Adult attachment processes: Individual and couple perspectives». *British Journal of Medical Psychology*, 70, 249-263.

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). «Attachment styles among young adults: a test of four category-model». *Journal of Personality and social Psychology*, 61, 226-244.

Bartholomew, K. & Shaver, P. R. (1998). «Methods of assessing adult attachment: do they converge». *Attachment theory and close relationships*. New York, J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds). Guilford Press, 25-45.

Birnbaum, G. E. (2015). «On the convergence of sexual urges and emotional bonds: the interplay of the sexual and attachment system during relationship development». *Attachment theory and Research: New Directions and Emerging Themes*. New York, J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds), Guilford Press, 170-194.

Boisvert, M., Lussier, Y., Sabourin, S., et Valois, P. (1996). «Styles d'attachement sécurisant, préoccupé, craintif et détaché au sein des relations de couple». *Science et comportement*, 25, 55-69.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. Vol 1. Attachment, 2^{ème} édition, New York, Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York, Basic Book.

Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte*. Volume 1, l'attachement. Paris, PUF.

Brassard, A. & Lussier, Y. (2009). «L'attachement dans les relations de couple: fonctions et enjeux cliniques». *Psychologie Québec*, 26(3), 24-26.

Brassard, A., Lussier, Y., Lafontaine, M.-F., Péloquin, K., & Sabourin, S. (2017). «Attachement dans les relations de couple». *Les fondements de la psychologie du couple*. Québec, Y. Lussier, C. Bélanger & S. Sabourin (Eds), Presses de l'Université du Québec, 53-86).

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

Cassidy, J. & Shaver, P. R. (Eds) (2016). *Handbook of attachment : theory, Research and Clinical Applications*. 3^{ème} édition, New York, Guilford Press.

Ciesla, J. A, Roberts, J. E., et Hewitt, R. G (2004). «Adult attachment and high-risk sexual behavior among HIV-positive patients». *Journal of Applied Social Psychology*, 34(1), 108-124.

Delage, M. (2008) : *La résilience familiale*. Paris, Odile Jacob.

Delage, M. (2009). «Comment s'attache-t-on dans un couple ? » *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(42), 87-105. DOI 10.3917/ctf.042.0087. Récupéré le 13/03/2016 à 1H08 du site : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2009-1-page-87.htm>

Feeney, J. A. (2003). «The systemic nature of couple relationships an attachment perspective» *Attachment and family systems*. New York, P. Erdman & T. Caffery (Eds), New-York: Brunner-Routledge, 139-165.

Griffin,D. & Bartholomew, K. (1994). «Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment». *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.

Hazan,C. & Shaver, P. R. (1987). «Romantic love conceptualized as an attachment process». *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Lafontaine M. F. & Lussier, Y. (2003). «Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux: (Bidimensional structure of attachment in love: anxiety over abandonment and avoidance of intimacy». *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 35, 56-60.

Lopez, F. G. & Gormley, B. (2003). «Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns». *Journal of Counseling Psychology*, 49, 355-364.

Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York, Guilford Press.

Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. 2^{ème} édition, New York, Guilford Press.

Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. 3^{ème} édition. New York, Guilford Press.

Najyambere, A. & Dusingizemungu, J. P. (2007). «Problématique de la prise en charge psychologique des couples discordants à l'infection à VIH. 4^e Conférence Francophone VIH/SIDA». *Médecine, Science hors série*, 23(2).

Perron, S. (2011). Attachement amoureux chez des couples consultant en psychothérapie. Mémoire de doctoral présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en psychologie pour l'obtention du grade de docteur en psychologie. Consultable en ligne : <http://www.theses.ulaval.ca/2011/28175/28175.pdf>

Pielage, S. B., Luteijn, F., & Arrindell, W. A. (2005). «Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample». *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 455-464.

Pistole, M. C. (1994): «Adult attachment styles: Some thoughts on closeness distance struggles». *Family Process*, 33, 147-160.

Reynaud, M. (2013). Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression. Thèse de doctorat, Université de Bourgogne. Disponible à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00873019>

Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M. Juri, A., Ault, L., Austers, I., Bennett, K. L. et al. (2003). «Are men universally more dismissing than women? Gender differences in romantic attachment across 62 cultural regions». *Personal relationships*, 10, 307-331.

Shaver, P. & Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). «Love as attachment: the integration of three behavioral systems». *The Anatomy of Love*. New Haven, R. J. Sternberg & M. Barnes (Eds), Yale University Press, 68-98.

Shaver, P. R. & Mikulincer, K. (2002). «Attachment-related psychodynamics». *Attachment Human Development*, 4, 133-161.

Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S., & Haydon, K. C. (2007). «Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective». *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 355-367.

Zayas, V., Merrill, S., & Hazan, C. (2015). «Fooled around and fell in love. The role of sex in adult romantic attachment formation». *Attachment theory and*

Research: New Directions and Emerging Themes. New York, J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds), Guilford Press, 68-96.

Zimmermann, P. (2000). «L'attachement à l'adolescence: mesure, développement et adaptation». *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain*. Université du Québec, G. M. Tarabusly, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Eds), Presses de l'Université du Québec, 181-204.