

# Rester amoureux malgré le contexte de proche aidance

**Carmen Lemelin**, Ph.D., Psychologue et chercheure au Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG-CCTT), Cégep de Drummondville  
carmen.lemelin@cegepdrummond.ca

**Caroline Pelletier**, Ph.D. (c.), Travailleuse sociale au CISSS Bas-St-Laurent et chercheure au Centre d'expertise en gérontologie du Cégep de Drummondville  
caroline.pelletier@cegepdrummond.ca

---

## RÉSUMÉ :

*Les travailleurs sociaux interviennent au sein de dyades qui sont touchées par la maladie ou une perte d'autonomie de l'un des membres. Le couple en contexte de proche aidance vit plusieurs changements en lien avec les responsabilités, le rôle de conjoint, l'image de soi et la vision du futur qui influencent les liens affectifs qu'ils partagent. C'est pourquoi il est essentiel de bien comprendre le lien d'attachement présent au sein du couple. Cet article a comme objectif de présenter un état de la littérature sur les réalités vécues, les enjeux concernant le couple et les pistes d'interventions pertinentes. Il traite des changements survenus dans la vie personnelle et conjugale qui ont été rapportés par les proches aidants, du défi consistant à concilier les rôles amoureux et de proche aidant, de pistes d'intervention possibles pour les travailleurs sociaux et d'une recherche en cours menée par une équipe de chercheures du Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG) visant à développer des outils pour les intervenants.*

133

## MOTS-CLÉS :

*Couple, proche aidance, lien d'attachement, intervention, travailleurs sociaux*

---

## INTRODUCTION

Cet article présente des pistes d'intervention tirées de la recension des écrits sur le maintien d'une relation amoureuse pour les couples âgés en contexte de proche aidance. Ces pistes d'intervention sont teintées par l'expérience clinique des auteures auprès des proches aidants âgés en couple. La première est psychologue de profession. Elle s'est intéressée à l'attachement amoureux dans ses études doctorales et ses écrits puis a pratiqué la thérapie de couple pendant plusieurs années. La seconde est travailleuse sociale gérontologique et a travaillé dans le cadre du soutien à domicile (équipe d'évaluation, gestion de cas, suivi psychosocial) ainsi que dans différents milieux tels que les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les ressources intermédiaires ainsi que les milieux hospitaliers.

Le rôle du proche aidant s'inscrit dans un parcours qui évolue constamment en fonction de l'engagement de l'aidant, mais aussi de sa relation avec la personne aidée. La plupart des interventions des travailleurs sociaux auprès du proche aidant portent davantage sur des dimensions individuelles, telles que l'accompagnement dans le soutien que l'aidant offre au conjoint aidé, ou visent à assurer que l'aidant conserve un équilibre personnel dans cette réalité. Le travailleur social évaluera la

surcharge de travail qu'implique ce rôle d'aidant surtout en lien avec la perte d'autonomie du proche, c'est-à-dire les besoins à combler en matière d'activités de la vie quotidienne (ex. : capacité à se laver, à entretenir sa personne, à s'habiller, etc.), d'activités de la vie domestique (ex. : capacité à entretenir la maison, à faire la lessive, les courses, etc.), la mobilité (ex. : se déplacer à l'intérieur, à l'extérieur, faire ses transferts, etc.), les fonctions cognitives (ex. : mémoire, orientation, jugement, etc.) et la communication (parler, entendre, etc.). Dans ce type de contexte, le travailleur social utilise ses compétences afin d'avoir une bonne compréhension du fardeau que peut vivre le proche aidant (Pelletier et Beaulieu, 2016) et lui présenter les aspects positifs de la prestation de services, par exemple une diminution du stress vécu et la possibilité d'adopter une vision plus positive de son rôle (Sanders, 2005). Pour y arriver, l'intervenant pourrait tenir compte du lien d'attachement qui s'est développé dans le couple et qui en unit les membres.

Le contexte conjugal de la proche aidance engage d'autres dimensions relationnelles spécifiques telles que la satisfaction conjugale, la satisfaction sexuelle, le soutien conjugal et la transformation des liens affectifs. Dans la pratique du travailleur social, peu d'outils permettent d'évaluer ces dimensions pour mieux orienter leurs interventions. L'un d'entre eux est l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) (Dubuc, Bonin, Mathieu et al., 2011) qui est utilisé auprès d'usagers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Cet outil est novateur en ce sens puisqu'il s'attarde à la vie intime et affective, ainsi qu'à la sexualité. Malheureusement, les professionnels qui y ont recours n'ont pas l'obligation de répondre à toutes les questions concernant la vie intime et la sexualité, ceci étant laissé à leur discrétion. La décision de remplir ou non cette section peut relever d'une méconnaissance de la sexualité chez les aînés due à un manque dans la formation initiale des intervenants, notamment parmi ceux qui travaillent dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (Dupras et Dionne, 2013). Cette décision pourrait aussi s'expliquer par un malaise ressenti par les prestataires de services (Drummond, Brotman, Silverman et al., 2013). Composer avec la maladie et/ou les pertes d'autonomie fonctionnelle d'un conjoint soulève des défis importants associés à ce double rôle en tant qu'aidant et conjoint. De ce fait, il importe d'outiller adéquatement les couples qui font face à ce défi, d'où l'utilité de les sensibiliser à ces dimensions.

134

Cet article a comme objectif de présenter un état de la littérature sur les réalités vécues, les enjeux concernant le couple et les pistes d'intervention pertinentes à envisager à partir d'une recherche dans la banque de données PsycInfo et des écrits précédents d'une des auteures, qui travaille depuis plusieurs années sur le sujet. Il débute par un survol de la théorie sur l'attachement amoureux afin de bien comprendre ce concept et ce qu'il représente dans la vie des couples d'aînés en contexte de proche aidance. S'ensuivent les changements vécus dans la vie personnelle et conjugale rapportés par les proches aidants. Ensuite, il traite du défi qui consiste à concilier les rôles d'amoureux et de proche aidant. Il présente enfin des pistes d'intervention susceptibles de permettre aux travailleurs sociaux de mieux accompagner les couples qui font face à la maladie ou la perte d'autonomie dans l'objectif de maintenir ou d'améliorer leur relation amoureuse.

## 1. Bref survol de la théorie de l'attachement

Tous les défis que rencontrent les couples faisant face à la maladie et à la perte d'autonomie peuvent influencer les liens affectifs qu'ils partagent. De même, les liens affectifs peuvent aussi influencer la façon dont les couples traverseront cette épreuve. L'attachement amoureux est souvent utilisé pour mieux comprendre l'évolution des couples, leur stabilité ou leur rupture (Bartholomew et Horowitz, 1991; Hazan et Shaver, 1987; Mikulincer et Shaver, 2010). La théorie de l'attachement amoureux peut aider à comprendre comment la maladie et le rôle d'aidant transforment les relations amoureuses de ces couples. L'attachement se définit comme la propension qu'ont les individus à établir des liens forts avec des personnes spécifiques, nommées figures d'attachement, pour se sécuriser et se dynamiser tout au

long de leur développement (Bowlby, 1969). Pendant l'enfance, la figure d'attachement est généralement le parent, mais elle devient à l'âge adulte le conjoint ou la conjointe. Plusieurs conceptualisations des liens d'attachement adulte ont été élaborées au fil des ans (Bartholomew, 1990, 1997; Hazan et Shaver, 1987). Le modèle quadrifide de Bartholomew a reçu l'aval des chercheurs et des cliniciens. Ce modèle propose quatre styles d'attachement différents, qui sont formés par deux dimensions liées aux modèles internes de soi et des autres (MIO). La première dimension est l'anxiété d'abandon, qui est associée au modèle interne de soi. Si l'anxiété d'abandon est faible, cela signifie que la personne possède une vision positive d'elle-même, se croyant digne de l'amour des autres. Au contraire, si l'anxiété d'abandon s'avère forte chez un individu, celui-ci présentera un modèle interne de soi plutôt négatif, signifiant qu'il doute de sa valeur. Cet individu montrera une peur élevée du rejet et de l'abandon qui le rendra très sensible aux signes de non-disponibilité du conjoint. Des stratégies d'hyperactivation du système d'attachement se mettront en place afin d'obtenir de la réassurance, du soutien et de la proximité du partenaire amoureux. La seconde dimension, l'évitement de l'intimité, est jumelée au modèle des autres. Si elle est peu présente, cela implique que la personne détient un modèle positif de son amoureux, le croyant capable d'empathie, de soutien, de disponibilité et d'amour à son endroit. Toutefois, un modèle négatif implique que l'individu ne croit pas aux capacités de son conjoint de répondre adéquatement à ses demandes d'affection ou de soutien. Cela amène souvent l'individu à se comporter de façon très indépendante et autonome envers son partenaire, tenant à distance toute intimité émotionnelle. La personne mettra en place des stratégies de désactivation du système d'attachement pour minimiser toute démonstration d'un sentiment de vulnérabilité ou de besoin de réconfort et prouver sa grande indépendance et sa capacité à ne compter que sur elle-même. La formation des styles d'attachement s'obtient en combinant ces deux dimensions, comme l'illustre le tableau 1.

**Tableau 1** Présentation des quatre styles d'attachement selon les dimensions et les MIO

Dimensions	Anxiété d'abandon faible (modèle de soi positif)	Anxiété d'abandon fort (modèle de soi négatif)
Évitement de l'intimité faible (modèle des autres positif)	<b>Sécurisant</b> Population adulte : 50 %	<b>Préoccupé</b> Jeune adulte et adulte moyen : 15-20 % Adulte avancé : 2,5-10 %
Évitement de l'intimité fort (modèle des autres négatif)	<b>Détaché</b> Jeune adulte et adulte moyen : 15-20 % Adulte avancé : 30-37 %	<b>Craintif</b> Jeune adulte et adulte moyen : 10-20 % Adulte avancé : 10-25 %

Inspiré de : Bartholomew, 1991; 1997, Lopez et Gormley, 2003

Le style d'attachement présent chez les individus semble relativement stable au cours de la vie (Simpson, Collins, Tran et al., 2007), du moins jusqu'à la vieillesse. En effet, une proportion d'environ 50 % de la population adulte présente un style sécurisant (Bakemans-Karenburg et Van Ijzendoorn, 2009; Bartholomew et Horowitz, 1991; Lopez et Gormley, 2003; Mikulincer et Orbach, 1995), le style le plus fonctionnel au sein des relations conjugales. Toutefois, la prévalence des autres styles d'attachement se modifie au cours de la période adulte. Les adultes avancés voient leur évitement de l'intimité se développer davantage, ce qui favorise l'augmentation des styles détaché et craintif (Guédénéy et Guédénéy, 2010; Kafetsios et Sideridis, 2006; Magai, Hunziker, Mesias et al., 2000), puis leur anxiété d'abandon chuter, ce qui entraîne une diminution du style préoccupé (VanAssche, Luyten, Bruffaerts et al., 2013).

La maladie ou la perte d'autonomie bouleversent les conjoints, modifient leurs repères et créent des incertitudes; tous ces éléments mettent en jeu la sécurité du lien affectif que partage le couple. La majorité des études s'étant intéressées aux couples aux prises avec la maladie en lien avec

l'attachement amoureux ont retenu des échantillons d'adultes des trois périodes développementales. Ces études sont parvenues à la conclusion que les couples dont les deux partenaires présentent un attachement insécurisant sont plus enclins à vivre de la détresse psychologique et à être insatisfaits de leur vie conjugale (Braun, Hales, Gilad et al., 2012). La dimension de l'anxiété de l'abandon a été associée à la compulsion dans les soins alors que l'évitement de l'intimité est lié au manque de sensibilité au conjoint malade (Mikulincer, Gillath, Halevy et al., 2001; Porter, Keefe, Davis et al. 2012). Cependant, ces études ne tiennent pas compte des modifications des dimensions de l'attachement survenant pendant la période de l'adulte avancé et de la réalité sociale particulière des adultes âgés (retraite, possibilité que le proche aidant souffre lui-même d'une condition médicale défavorable à son rôle, risque d'isolement social, etc.). De plus, ces études, bien qu'elles définissent des éléments spécifiques à travailler en lien avec chacune de ces dimensions, ne proposent pas d'outil permettant aux intervenants de repérer ces dimensions et/ou styles chez leur clientèle. Toutefois, il est possible de tenir compte des changements survenant dans la vie du couple et des défis qui y sont associés pour pouvoir intervenir sur les dimensions relationnelles.

## **2. Changements dans la vie personnelle et conjugale rapportés par les proches aidants**

La majorité des proches aidants en couple rapportent des changements dans leur vie personnelle et relationnelle à la suite de l'annonce de la maladie et/ou à l'apparition de pertes d'autonomie fonctionnelle (physique ou cognitive) (Lecours, 2015). Ils évoquent entre autres une augmentation de leurs responsabilités, telles que l'ajout de tâches domestiques (Cano, Johansen, Leonard et al., 2005). Ils rapportent également des modifications dans leur rôle auprès de leur partenaire. Ils deviennent en quelque sorte des préposés aux bénéficiaires en aidant à l'habillage, à l'alimentation et à la prise de médication, ou encore en prodiguant des soins tels que prendre la tension artérielle, les glycémies, changer un sac de stomie, etc. (Cano, Johansen, Leonard et al., 2005). Évidemment, tous ces changements affectent le fonctionnement quotidien et les routines du couple, que ce soit par rapport aux sorties au restaurant, à la possibilité de manger à des heures différentes, aux activités sociales ou aux voyages, pour ne nommer que ceux-là (Cano, Johansen, Leonard et al., 2005; Peyrot, McMurry et Hedges, 1988). Dans un contexte où elle prend soin de son conjoint, les relations de la personne aidante se voient bouleversées. Elle doit s'adapter aux interactions avec le personnel médical, aux allées et venues régulières à leur domicile et plus précisément dans leur intimité selon un horaire peu flexible, ou encore composer avec un isolement accru lié à l'abandon de certaines activités ou à la réduction du réseau social, compte tenu du malaise de plusieurs face à la maladie ou la perte d'autonomie de l'autre (Armstrong et Kits, 2004; Bookwala et Schulz, 2000; Cheung et Hocking, 2004; Harris, Adams, Zubatsky et al., 2011; Lukkarinen et Kyngäs, 2003; Pinguart et Sorensen, 2006). Par ricochet, cela amène une transformation de l'image de soi : les proches aidants en viennent à se définir comme le conjoint d'une personne malade ou en perte d'autonomie fonctionnelle (Drummond, Brotman, Silverman et al., 2013; Montgomery, Rowe et Kosloski, 2007). Certains proches aidants se sentent valorisés par rapport à leur rôle, d'autres le vivent comme une lourde tâche (Appui Mauricie, 2018). Ce sentiment n'est pas ancré dans le temps, mais peut varier en fonction du niveau de fatigue du proche aidant, du soutien qu'il reçoit et de sa personnalité. En dernier lieu, les proches aidants en couple rapportent que la maladie ou la perte d'autonomie de leur conjoint a des conséquences sur leur avenir. Ils doivent faire le deuil de projets de couple dont ils avaient rêvé, ou encore de projets personnels. Pour certains, cela peut aller jusqu'à faire le deuil de leur relation amoureuse passée ou même du conjoint qu'ils ont toujours connu, car la maladie peut transformer cette personne de façon importante (Drummond, Brotman et Silverman, 2013; Hawkins, Ussher, Gilbert et al., 2009).

### 3. Défis de conciliation du rôle amoureux et du rôle de proche aidant

Dépendamment de la situation, aider son conjoint au quotidien peut devenir exigeant. Être proche aidant au sein d'un couple, c'est concilier le rôle d'amoureux et celui d'aidant. La plupart des proches aidants en couple veulent bien aider, mais ils souhaitent par-dessus tout préserver leur relation amoureuse. Il en ressort quatre défis qu'ils doivent relever lorsqu'ils accompagnent leur conjoint (Adamson, 2013; Cano, Johansen, Leonard et al., 2000; Drummond, Brotman, Silverman et al., 2013; Konstam, Surman, Hijjazi et al., 1998; Naaman, Radwan et Johnson, 2009; Trief, Wade, Britton et al., 2002). Le premier défi est d'arriver à conserver son équilibre personnel malgré toutes les émotions que lui font vivre la maladie et/ou les pertes d'autonomie fonctionnelle de son partenaire. Plusieurs proches aidants hésitent à livrer leur état d'âme à leur conjoint, car ils ne veulent pas le préoccuper davantage avec leurs appréhensions ou leur grande émotivité (Adamson, 2013; Hawkin, Eggleston et Brown, 2019; Lewis, Cochrane, Fletcher et al., 2008). Toutefois, si le proche aidant n'est pas suffisamment entouré, il s'expose au risque de développer des troubles anxieux (Fischer, Chesla, Skaff et al., 2002), des troubles de l'humeur (Nouwmen, Winkley, Twisk et al., 2010) ou des problèmes de mauvaise gestion du stress (Viggers et Caltabiano, 2012). Repousser la détresse psychologique n'est pas chose facile alors que plusieurs tâches s'ajoutent, que les rôles changent, que des écueils surgissent et que de multiples deuils sont vécus. Une étude a d'ailleurs démontré que les couples sont soumis à un stress intense lorsque la maladie frappe, surtout si celle-ci est de longue durée (D'Ardenne, 2004). Selon cette étude, il arrive souvent que le partenaire non atteint par la maladie ou la perte d'autonomie fonctionnelle soit plus affecté psychologiquement que le conjoint atteint (D'Ardenne, 2004). Dans un espace-temps très court, le proche aidant réalise parfois l'ampleur de la situation en même temps que tout ce qu'il devra mettre de côté (projets d'avenir, activités à l'extérieur et autres) pour prendre soin de son conjoint.

Le second défi des proches aidants consiste à offrir du soutien à leur amoureux tout en n'outrepasant pas leurs limites et en maintenant le plus possible l'autonomie de leur partenaire. Ils offrent souvent du soutien sur plusieurs plans à leur conjoint, notamment sur les plans physique, psychologique, émotionnel et financier. Plus la perte d'autonomie fonctionnelle ou la maladie s'aggravent, plus les besoins s'accroissent et plus le proche aidant est sollicité (Barusch et Spaid, 1996; Montgomery, Rowe et Kosloski, 2007). Il lui est parfois difficile d'établir une limite face aux demandes de son conjoint. La personne qui aide peut vivre beaucoup de culpabilité par rapport à son propre besoin de soutien extérieur pour répondre aux besoins de son conjoint, se sentir diminuée par sa difficulté à offrir une assistance convenable ou encore craindre les réactions de son conjoint devant son malaise face aux nouveaux besoins qui apparaissent (Institut universitaire de gériatrie, 2015). La personne aidée peut aussi accueillir de façon très négative l'idée que ce soit une personne inconnue, extérieure au couple, qui vienne donner le soin. Les études (Badr, Acitelli, Duck et al., 2001; Badr et Acitelli, 2005) concluent que le fait de demeurer une équipe face à la maladie ou à la perte d'autonomie offre au couple une plus grande satisfaction conjugale et solidifie les liens entre les partenaires. Plus les proches aidants développent un juste équilibre entre leur autonomie et leur besoin d'aide face à leur conjoint malade, plus ces couples manifestent de la résilience face aux épreuves et plus ils se disent satisfaits de leur vie conjugale (Yorgason, Piercy et Piercy, 2007).

Le troisième défi que devra relever le proche aidant est celui de maintenir une bonne communication avec son conjoint. La maladie et la perte d'autonomie mettent à rude épreuve cette dimension chez les couples. Aux conflits existants viennent s'ajouter des désaccords découlant de situations associées à la maladie ou à la perte d'autonomie. Les conflits peuvent porter sur la modification du mode de vie (ex. : adapter son alimentation), sur l'investissement du conjoint malade dans son traitement (ex. : le conjoint suit ou non la lettre les recommandations du médecin traitant), sur la décision de subir ou non un traitement ou une opération, etc. (Cano, Johansen, Leonard et al., 2005).

Il semble que plus les partenaires démontrent de l'empathie l'un envers l'autre, plus leur vie conjugale demeure satisfaisante (Burridge, Williams, Yates et al., 2007; Pistrang et Barker, 1995). Une étude montre que les couples qui entretiennent des communications ouvertes à propos de la maladie, de ses conséquences, de l'implication des traitements, des modifications de la routine quotidienne et de leurs émotions ressenties dans ces contextes sont plus satisfaits de leurs relations (Zunkel, 2003), ressentent plus de cohésion et présentent moins de conflits destructeurs (Northouse, 1984).

Le dernier défi consiste à rester satisfait de sa vie conjugale et sexuelle, deux dimensions importantes d'une relation amoureuse épanouie, malgré la maladie ou les pertes d'autonomie fonctionnelle. La maladie ou les pertes qui affectent l'un des conjoints pourront amener le couple à devoir redéfinir plusieurs dimensions, notamment les projets communs prévus, la façon d'exprimer leur affection et leur sexualité, les activités partagées, leur routine quotidienne et leur manière de communiquer (Cano, Johansen, Leonard et al., 2005). Plus la maladie ou les pertes fonctionnelles s'amplifient, plus le stress conjugal augmente, engendrant plusieurs conséquences sur les plans de la satisfaction conjugale (Mahrer-Imhof, Hoffman et Froelicher, 2007; Wadham, Simpson, Rust et al., 2016), de la vie sexuelle (Hawkins, Ussher, Gilbert et al., 2009; Holdsworth et McCabe, 2018; Tripoli, Sartori, de Araujo et al., 2011; Sumanen, Ojanlatva, Koskenvuo et al., 2005); de l'intimité ou des manifestations d'affection (O'Farrell, Murray et Hotz, 2000; Ussher, Perz et Gilbert, 2012); de la communication (augmentation de l'évitement) (Esmail, Huang, Lee et al., 2010; Badr, Acitelli, Carmack et al., 2008). Il risque d'y avoir une augmentation des conflits conjugaux (Trief, Sandberg, Greenberg et al., 2003), des difficultés d'adaptation (Esmail, Huang, Lee et al., 2010; Holdsworth et McCabe, 2018) et un abandon d'activités ou de projets communs (Lukkarinen et Kyngäs, 2003). De plus, la crainte d'un jugement lié à une vie sexuelle active à un âge avancé peut faire en sorte que les partenaires se questionnent ou n'en parlent pas avec des membres de la famille ou des amis.

138

Bref, il est important que le couple dans cette situation reçoive des services susceptibles de le soutenir dans sa démarche visant à améliorer sa relation conjugale malgré la présence d'un trouble neurocognitif (Wadham, Simpson, Rust et al., 2016) ou d'une autre altération de la santé, et ce, peu importe son milieu de vie.

## 4. Pratiques d'intervention

Un proche aidant qui utilise les services du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale ou de ressources privées le fait souvent dans l'espoir d'améliorer sa qualité de vie, d'être mieux outillé, de recevoir du soutien et de l'aide. Mais comment les travailleurs sociaux ou intervenants sociaux peuvent-ils soutenir un proche aidant qui s'occupe de son partenaire malade ou en personne en perte d'autonomie? Comment peuvent-ils l'accompagner et l'aider à être satisfait de sa vie de couple, des moments d'intimité qu'il partage avec son conjoint?

Pour cela, il est nécessaire d'avoir une certaine connaissance du couple, de son histoire et de sa vision du futur. L'accompagnement, lorsque cela est possible, peut débuter avant que des problèmes surviennent ou que la maladie prenne trop de place dans le couple. La présente section vise à décrire quelques pistes concrètes d'intervention adaptés à certains besoins repérés chez le proche aidant, mais aussi à leur situation particulière.

Rappelons que la proactivité demeure une qualité importante chez les travailleurs sociaux dans la recherche de solutions de rechange. Ceux-ci possèdent les habiletés et les compétences nécessaires pour aider le proche aidant à accepter que sa routine quotidienne soit modifiée et que son conjoint ne puisse plus répondre à ses besoins comme auparavant. Plus le proche aidant accepte cette réalité

et comble ses besoins en souffrance auprès de ressources extérieures au couple, plus le couple se dit satisfait de sa vie conjugale (Appui Mauricie, 2018; Gottman, 2011). Prenons l'exemple d'un couple marié depuis plus de 55 ans, dont l'un des conjoints est maintenant atteint d'une maladie d'Alzheimer avec des comportements déroutants (agressivité verbale et physique, fugue, etc.) qui nécessitent une surveillance 24h/24h. Son épouse ne dort plus la nuit et reste constamment sur le qui-vive par crainte de se faire frapper ou de devoir suivre son époux à l'extérieur de la maison. Si cette situation perdure depuis des mois, voire des années, il est probable qu'elle refusera d'avoir recours à une mesure de répit tel un hébergement temporaire dans une unité avec porte codée. Elle pourra difficilement envisager cette option pour son conjoint, qui selon elle « ne mérite pas cela ». Comment l'amener à considérer cette possibilité qui pourrait lui permettre d'aller rendre visite à son conjoint sans avoir à assurer ses soins, de contrôler son agressivité au moyen d'une approche prothétique et d'améliorer ainsi sa qualité de vie de proche aidante et de conjointe? Naturellement, chaque cas est unique. Par contre, le fait de s'arrêter aux différents besoins des proches aidants en tant que conjoints, amoureux et amants permet de jeter un nouveau regard sur leur situation de vie et leur réalité. Les interventions suggérées dans le tableau 2 sont issues de la recension des écrits (Badr, Acitelli, Carmack et al., 2008; D'Ardenne, 2004; Esmail, Huang, Lee et al., 2010; Esmail, Munro et Gibson, 2007; Giese-Davis, Hermanson, Koopman et al., 2000; Gottman, 2011; Hawkins, Ussher, Gilbert et al., 2009) et des observations des auteures sur le terrain à partir de leur animation d'ateliers « *Rester amoureux malgré la proche aidance* » auprès des proches aidants aînés et de leur pratique clinique au sein d'un CISSS.

**Tableau 2** Les besoins des proches aidants en situation de couple et les pistes d'intervention possibles

Besoin d'être reconnu(e) comme proche aidant(e)	Concrètement...
<p><b>Accompagner la personne à se reconnaître comme proche aidant pour s'ouvrir sur la possibilité d'avoir de l'aide, du soutien, de l'écoute, etc.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être présent et disponible pour le proche aidant qui pourrait être en état de choc à la suite de l'annonce d'un diagnostic grave ou dégénératif de son conjoint. La seule présence d'un intervenant social peut suffire; aucun besoin de remplir les silences.</li> <li>▪ Prendre le temps d'écouter le nouveau proche aidant, de lui faire comprendre qu'il n'a pas à tout prendre sur ses épaules, qu'il y a des ressources et de l'aide disponibles pour la personne aidée et pour lui-même. Lui remettre les dépliants et les coordonnées de différentes ressources.</li> <li>▪ Permettre au proche aidant de parler de ses nouveaux rôles et responsabilités par rapport à son conjoint et de l'implication que cela peut avoir sur sa vie quotidienne.</li> <li>▪ Discuter avec le proche aidant des changements qu'il observe par rapport à sa relation avec les autres (personnel médical, présence fréquente de membres de la famille ou de prestataires de services) à son domicile, dans son chez-soi.</li> <li>▪ Discuter avec le proche aidant de l'isolement que le couple peut vivre lorsqu'un des membres est malade ou en perte d'autonomie (involontairement, ou par choix pour éviter le malaise face aux amis).</li> <li>▪ Discuter avec le proche aidant de sa vision du futur (le sien, celui de la personne aidée et celui du couple), le deuil de certains projets (projets de retraite, de voyages), de la personne qu'il a choisi d'aimer.</li> <li>▪ Mettre en place une vigie sociale (rencontres ou appels ponctuels) si nécessaire.</li> <li>▪ Travailler sur le lien de confiance.</li> <li>▪ S'assurer d'être disponible et à l'écoute au moment qui convient au proche aidant.</li> <li>▪ Valoriser le rôle du proche aidant.</li> <li>▪ Etc.</li> </ul>

**Besoin d'être reconnu(e)  
comme le conjoint ou la conjointe  
de la personne aidée**

**Concrètement...**

**Maintenir l'unicité du couple en impliquant le conjoint de la personne aidée dans les discussions, les plans d'intervention, la divulgation d'informations et les rencontres menées auprès du conjoint malade afin de maintenir le couple.**

- Renforcer l'équipe que forme le couple en misant sur une saine communication.
- Discuter avec le couple des moyens à mettre en place pour conserver la relation amoureuse bien vivante en l'incitant à pratiquer des activités ou passe-temps que chacun des partenaires apprécie (ex. : aller au cinéma, cuisiner, pique-niquer dans un parc, etc.).
- Garder une ouverture d'esprit par rapport au fait que les aînés ont une vie sexuelle et intime.
- Faire sentir au couple qu'il y a de l'espace pour parler de l'intimité et de la sexualité, qu'il est normal de se questionner, d'avoir besoin de conseils.
- Écouter, conseiller ou indiquer des ressources en cas de besoin.
- Trouver de nouveaux projets que les membres du couple peuvent vivre ensemble, aussi modestes soient-ils (planifier, anticiper, réaliser).
- S'assurer que chacun des conjoints comprend bien la réalité de l'autre et les aider à cheminer dans une dynamique de couple en changement.
- Amener les membres du couple à parler de leurs émotions et sentiments.
- Etc.

**Besoin d'être reconnu(e) comme  
expert(e) de la situation vécue**

**Concrètement...**

**Considérer les connaissances, les expériences, les angoisses et les inquiétudes de la personne qui aide.**

- Permettre au proche aidant d'avoir un espace à lui pour ventiler, s'informer, s'outiller (information/formation).
- Explorer avec le proche aidant différentes histoires de leur vie commune/anecdotes pour en apprendre davantage sur son parcours et leur vie de couple.
- Remplir le formulaire *Votre histoire et habitudes de vie*. Ce type de formulaire permet de sensibiliser le proche aidant au fait que les professionnels tiennent compte de leur savoir expérientiel et qu'ils tenteront d'en tenir compte pour diminuer l'anxiété que pourrait vivre la personne aidée lors d'un hébergement temporaire, par exemple.
- Considérer les propos amenés par le proche aidant sur ce qu'il connaît de la personne aidée (les interventions qui fonctionnent, celles qui ne fonctionnent pas). Le rassurer sur le fait qu'il pourra participer aux prises de décisions concernant la personne aidée, qu'il sera consulté avant de tenter des interventions, que ce soit sur le plan médical, comportemental ou autre, avec l'accord de la personne aidée.
- Etc.

**Besoin de répit**

**Concrètement...**

**Proposer des services selon le panier de services du RSSS, mais aussi différents services du milieu communautaire, privé et d'économie sociale.**

- Connaître les services du RSSS, des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale.
- Aider le proche aidant à identifier son besoin de répit.
- Accompagner dans la prise de conscience des bienfaits possibles de services de répit pour le proche aidant et pour le couple.
- Soutenir et accompagner le couple dans l'identification de nouveaux enjeux dus à la perte d'autonomie de l'un ou l'autre et des options possibles en lien avec de l'aide et des services.
- Identifier le service à mettre en place pour permettre au proche aidant d'avoir un répit bénéfique, c'est-à-dire de réellement se reposer. (Si une proche aidante vit de l'anxiété chaque fois qu'elle laisse son conjoint à la maison avec une personne qui assure sa surveillance, peut-être que cette mesure de répit ne lui convient pas. Elle reviendra à la maison plus fatiguée qu'avant de partir.)
- Mobiliser les ressources auprès des proches aidants. Favoriser les liens entre les ressources et le proche aidant.
- Etc.



Besoin d'intimité dans tout type de milieu	Concrètement...
<p><b>Revoir les façons de faire et proposer des alternatives, toujours en essayant de respecter le besoin d'intimité des deux membres du couple.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valoriser les manifestations d'affection (se prendre la main, s'embrasser, se coller, etc.).</li> <li>▪ Accompagner le couple dans la recherche de solutions pour favoriser les moments de rapprochement et de complicité à deux. Ces moments renforcent l'intimité entre les conjoints.</li> <li>▪ Aborder le sujet de l'intimité et de la sexualité dans le couple à un moment propice durant la rencontre. Le couple ressentira alors cette ouverture à discuter sur le sujet, le malaise sera moins présent et ils pourront ensemble définir leurs besoins et les pistes de solutions possibles.</li> <li>▪ Etc.</li> </ul> <p>Plus spécifique aux CHSLD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre à la disposition du couple une chambre privée propice à l'expression de sa sexualité.</li> <li>▪ Proposer une chambre privée pour la « nuit aux couples qui souhaitent être seuls » (p. 5), s'il y a absence de risque.</li> <li>▪ Encourager d'autres façons de s'apporter du réconfort ou de se démontrer de l'amour et de l'affection lorsqu'il n'est plus possible d'avoir de l'intimité physique au sein du couple.</li> <li>▪ Etc.</li> </ul> <p>(Société Alzheimer, 2019)</p>
Besoin d'une communication saine dans la dyade	Concrètement...
<p><b>Une communication saine au sein du couple est primordiale. Par contre, selon le diagnostic de la personne aidée et l'évolution de la maladie, la communication peut devenir plus difficile.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer une saine communication entre tous les acteurs œuvrant autour du conjoint malade. Éviter les non-dits et les sous-entendus.</li> <li>▪ Déterminer avec le couple les moments où sont discutés les enjeux relatifs à la maladie ou à la perte d'autonomie.</li> <li>▪ Dénouer des désaccords (ex. : par rapport à des traitements, des demandes d'aide, des interventions, etc.).</li> <li>▪ Permettre aux membres de la dyade d'échanger sur leurs émotions, leurs craintes, leurs déceptions, leurs doutes, leurs limites, etc. Aider le couple à poursuivre les discussions et favoriser le renforcement de leurs liens conjugaux en réduisant les tensions.</li> <li>▪ Aider les membres du couple à identifier et nommer les attentes de l'un envers l'autre; amener le couple à en discuter ouvertement.</li> <li>▪ Échanger à propos de leur image corporelle et de la perception de leur conjoint, parfois considéré comme un patient et non plus comme un partenaire sexuel.</li> <li>▪ Etc.</li> </ul>

Les pistes d'intervention présentées dans le tableau précédent ne s'appliquent pas à toutes les situations, mais proposent des idées susceptibles d'aider certains intervenants dans le cadre de leurs fonctions.

## CONCLUSION

La proche aidance est un concept complexe en ce sens qu'elle touche une multitude de personnes, de près ou de loin, de tous les âges, dans toutes les sphères sociales et économiques. C'est aussi un sujet sur lequel les chercheurs se penchent de plus en plus compte tenu du contexte actuel, où une grande partie des soins et services donnés à domicile à des personnes malades ou en perte d'autonomie sont fournis par le conjoint ou la conjointe. À l'heure actuelle, toutefois, les travailleurs sociaux qui souhaitent tenir compte de la réalité conjugale du proche aidant trouvent peu d'outils d'évaluation et d'intervention pour les soutenir. La majorité des outils existants n'accordent que peu d'importance

aux aspects relationnels en lien avec la vie conjugale. L'outil de cheminement clinique informatisé (Dubuc, Bonin, Mathieu et al., 2011), pour sa part, comporte une brève section sur la vie intime, affective et sexuelle, alors que la *Grille d'évaluation du fardeau du proche aidant* (Zarit, Orr et Zarit, 1985) présente une seule question liée à l'intimité. Ces outils n'ont pas comme objectif précis de cibler des besoins en lien avec les dimensions de l'attachement amoureux. Par ailleurs, la recension des écrits sur le sujet n'a pas permis de découvrir d'outils ou de pistes d'intervention susceptibles de venir en aide aux intervenants qui expriment des besoins à cet égard. Une recherche quantitative en cours au Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG) du Cégep de Drummondville s'intéresse à la question de l'attachement amoureux des partenaires aînés vivant en contexte de proche aidance et aux conséquences émotionnelles (présence de détresse psychologique) et relationnelles (satisfaction sexuelle, satisfaction conjugale, soutien conjugal) qui y sont associées. Cette étude vise à répondre à un besoin des intervenants desservant des couples d'aînés en contexte de proche aidance en les outillant pour qu'ils puissent mieux comprendre les besoins de ces couples et ajuster leurs interventions en conséquence. Plus spécifiquement, l'étude vise à identifier et mieux comprendre les liens d'attachement chez les proches aidants aînés en couple, à mieux cerner les besoins des aidants en lien avec leurs styles ou dimensions de l'attachement, à proposer des pistes d'intervention afin de mieux répondre aux besoins qui auront été identifiés, à créer une trousse pour les intervenants des milieux communautaires (outils d'évaluation et d'intervention) et à la diffuser dans les organismes œuvrant auprès des proches aidants. La possibilité de documenter cette réalité au sein du couple permettra une meilleure compréhension des besoins amoureux des couples en contexte de proche aidance et un meilleur accompagnement. Les intervenants mieux informés, formés et outillés ressentiront moins de malaise à explorer le sujet de l'intimité et de la sexualité au sein des couples, ce qui peut avoir des effets bénéfiques.

142

Cet article avait pour objectif de présenter un état de la littérature portant sur les réalités vécues, les enjeux concernant le couple et les pistes d'interventions à explorer. Même si la maladie ou le vieillissement fait parfois des ravages sur le corps, il est normal d'avoir une vie sexuelle, de ressentir le besoin d'aimer et d'être aimé à titre d'amants, et ce, sans se sentir jugés. Les travailleurs sociaux ont tout intérêt à revoir leur pratique et à s'outiller pour aider les couples en contexte de proche aidance à optimiser leur relation amoureuse. Il convient de garder à l'esprit que les proches aidants et les conjoints aidés vivent beaucoup de changements dans leur quotidien et leur routine, ainsi qu'au sein de leur relation. La proche aidance comporte son lot de défis, dont celui de concilier le rôle amoureux et le rôle de proche aidant.

Des pistes d'intervention sont possibles pour les travailleurs sociaux qui œuvrent auprès de couples. Pour ceux et celles qui utilisent déjà certains outils cliniques tels que l'outil de cheminement clinique informatisé (Dubuc, Bonin, Mathieu et al., 2011) ou la grille du fardeau du proche aidant (Zarit, Orr et Zarit, 1985), il est pertinent d'explorer ce sujet avec les couples, d'utiliser les questions proposées et d'inviter les membres du couple à s'exprimer au sujet de la délicate conciliation du rôle de conjoint et du rôle de proche aidant, lequel doit aussi être concilié avec celui de la personne en perte d'autonomie qui souhaite garder l'amour de son conjoint malgré les embûches, les pertes et la maladie.

---

### **ABSTRACT:**

*Social workers assist couples in which one of the members is affected by a disease or loss of autonomy. The couple experiences many consequences relating to their responsibilities, their role as lovers, their self-image, and their future perspective; these factors influence their emotional bonds. It is important to understand the nature of the attachment bond in the context of caregiving. This article aims to present a literature review of real situations, the principal challenges for these couples, how*

*social workers can adapt their interventions to personal and marital changes, and the difficulties of reconciling caregiving and loving. A few of the interventions that can be used with these couples are presented to social workers. Finally, a brief presentation of research currently conducted at the Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG) is included. This research aims to develop an intervention package for social workers.*

## **KEYWORDS :**

*Attachment bond, caregiving, couple, intervention, social worker*

---

## **RÉFÉRENCES**

- Adamson, N. A. (2013). « Emotionally focused therapy with couples facing breast cancer: A theoretical foundation and descriptive case study », *Journal of psychosocial oncology*, vol. 31, n° 6, 712-726.
- Appui Mauricie (2018). *Prendre soin de moi tout en prenant soin de l'autre : guide de prévention de l'épuisement aux proches aidant*, 2<sup>ème</sup> édition, Extrait du site d'Appui Mauricie, <https://www.lappui.org/Regions/Mauricie/Actualites-et-activites/Actualites/2018/prendre-soin-de-soi-tout-en-prenant-soin-de-l-autre-Guide-de-prevention-de-l-epuisement-destines-aux-proches-aidants-La-reedition>.
- Armstrong, P. et O. Kits (2004). « One hundred years of caregiving » : 45-74, dans K. Grant, C. Amaratunga, P. Armstrong, M. Boscoe, A. Pederson et K. Wilson (sous la dir.), *Caring for/caring about: Women, home care and unpaid caregiving*, Ontario, Canada : Garamond Press.
- Badr, H., Acitelli, L. K. et C. L. Carmack Taylor (2008). « Does talking about their relationship affect couple's marital and psychological adjustment to lung cancer? », *Journal of cancer survivor*, vol. 2, n° 1, 53-64.
- Badr, H. et L. K. Acitelli (2005). « Dyadic Adjustment in Chronic Illness: Does Relationship Talk Matter? », *Journal of Family Psychology*, vol. 19, n° 3, 465-469.
- Badr, H., Acitelli, L. K., Duck, S. et W. Carl (2001). « Weaving social support and relationships together » : 1-14, dans S. Duck (sous la dir.), *Personal Relationships: Their implications for clinical and community Psychology*, Chichester : Wiley.
- Bakemans-Kranenburg, M. J. et M. H. Van Ijzendoorn (2009). « The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups », *Attachment and human development*, vol. 11, n° 3, 223-263.
- Barusch, A. et W. Spaid (1996). « Spouse caregivers and the caregiving experience: Does cognitive impairment make a difference? », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 25, 93-106.
- Bartholomew, K. (1997). « Adult attachment processes: Individual and couple perspectives », *British journal of medical psychology*, vol. 70, 249-263.
- Bartholomew, K. et L. M. Horowitz (1991) « Attachment styles among young adults: a test of a four-category model », *Journal of Personality and social Psychology*, vol. 61, 226-244.
- Bartholomew, K. (1990). « Avoidance of intimacy: An attachment perspective », *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 7, 147-178.
- Bookwala, J. et R. Schulz (2000). « A comparison of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives: The caregiver health effects study », *Psychology and Aging*, vol. 15, 607-616.
- Bowlby, J. (1969). *The making and breaking of affectionate bonds*, Londres : Tavistock.
- Braun, M., Hales, S., Gilad, L., Mikulincer, M., Rydall, A. et G. Rodin (2012). « Caregiving styles and attachment orientations in couples facing advanced cancer », *Psycho-oncology*, vol. 21, 935-943.
- Burrige, A. C., Williams, W. H., Yates, P. J., Harris, A. et C. Ward (2007). « Spousal relationship satisfaction following acquired brain injury: The role of insight and socio-emotional skill », *Neuropsychological Rehabilitation*, vol. 17, 95-105.
- Cano, A., Johansen, A. B., Leonard, M. T. et J. DeGroot-Hanawalt (2005). « What are the marital problems of chronic pain patients », *Current Pain and Headache reports*, vol. 9, 96-100.

- Cheung, J. et P. Hocking (2004). « The experience of spousal carers of people with multiple sclerosis », *Qualitative Health Research*, vol. 14, 153-166.
- D'Ardenne, P. (2004). « The couple sharing long-term illness », *Sexual and relationship therapy*, vol. 19, n° 3, 291-308.
- Dubuc, N., Bonin, L., Mathieu, L., Tousignant, M., Tourigny, A., Morin, D. et Y. Couturier (2011). « Développement, implantation et évaluation d'outils de cheminements cliniques (OCC) pour le suivi en communauté de personnes âgées présentant divers profils d'incapacité et certains indices de fragilité », *Présentation au deuxième atelier international des profils de la fragilité à l'intégration des services à l'Équipe des IRSC sur la fragilité et le vieillissement*, Montréal, Canada (11 novembre).
- Drummond, J. D., Brotman, S., Silverman, M., Sussman, T., Orzeck, P., Barylack, L. et I. Wallach (2013). « The impact of caregiving: older women's experiences of sexuality and intimacy », *Journal of women and social work*, vol. 28, n° 4, 415-428.
- Dupras, A. et H. Dionne (2013). « La sexualité des aînés vivant en centre d'hébergement : un besoin de reconnaissance », *Pluriâges*, vol. 4, n° 1, 24-30.
- Esmail, S., Huang, J., Lee, I. et T. Maruska (2010). « Couple's experience when men are diagnosed with multiple sclerosis in the context of their sexual relationship », *Sexuality and disability*, vol. 28, n° 1, 15-27.
- Esmail, S., Munro, B. et N. Gibson (2007). « Couple's experience with multiple sclerosis in the context of their sexual relationship », *Sexuality and disability*, vol. 25, n° 4, 163-177.
- Fischer, L., Chesla, C. A., Skaff, M. M., Mullan, J. T. et R. A. Kanter (2002). « Depression and anxiety among partners of European-American and Latino patients with type 2 diabetes », *Diabetes Care*, vol. 25, 1564-1570.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D. et D. Spiegel (2000). « Quality of couple's relationship and adjustment to metastatic breast cancer », *Journal of family psychology*, vol. 14, n° 2, 251-256.
- Gottman, J. M. (2011). *The science of trust: Emotional attunement for couples*, New York, NY, US : W W Norton & Co.
- Guédény, N. et A. Guédény (2010). *L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée*, Paris : Elsevier Masson.
- Harris, S., Adams, M., Zubatsky, M. et M. White (2011). « Caregiver perspective of how Alzheimer's disease and related disorders affect couple intimacy », *Aging and Mental Health*, vol. 15, 950-960.
- Hawkins, L. G., Eggleton, D. et C. C. Brown (2019). « Utilizing a Narrative Therapy Approach with Couples Who Have Experienced a Traumatic Brain Injury to Increase Intimacy », *Contemporary Family Therapy*, vol. 41, 304-315.
- Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M. et K. Sundquist (2009). « Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partner in a sexual relationship with a person with cancer », *Cancer nursing*, vol. 32, n° 4, 271-280.
- Hazan, C. et P. Shaver (1987). « Romantic love conceptualized as an attachment process », *Journal of personality and social psychology*, vol. 52, n° 3, 511-524.
- Holdsworth, K. et M. McCabe (2018). « The impact of dementia on relationships, intimacy and sexuality in later life couples: an integrative qualitative analysis of existing littérature », *Clinical gerontologist*, vol. 41, n° 1, 3-19.
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2015). *Gérer ses émotions*, Montréal, QC : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Kafetsios, K. et G. D. Sideridis (2006). « Attachment, Social Support and Well-being in Young and Older Adults », *Journal of Health Psychology*, vol. 11, n° 6, 863-876.
- Konstam, V., Surman, O., Hijjazi, K. H., Fierstein, J., Konstam, M., Turbett, A. et al. (1998). « Marital adjustment in heart transplantation patients and their spouses: A longitudinal perspective », *American journal of family therapy*, vol. 26, 147-158.
- Lecours, C. (2015). « Portrait des proches aidants et les conséquences de leurs responsabilités d'aidant », dans *Coup d'œil sociodémographique*. Extrait du site de l'institut de la statistique du Québec [https://www.lappui.org/content/download/11137/file/ISQ\\_Portrait%20PA\\_Consequences.pdf](https://www.lappui.org/content/download/11137/file/ISQ_Portrait%20PA_Consequences.pdf).
- Lewis, M. F., Cochrane, B. B., Fletcher, K. A., Zahlis, E. H., Shands, M. E., Gralow, J. R. et K. Schmitz (2008). « Helping her heal: A pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast cancer », *Psycho-Oncology*, vol. 17, 131-137.
- Lopez, F. G. et G. Gormley (2003). « Stability and change in adult attachment style over first-year college transition: Relation to self-confidence, coping, and distress patterns », *Journal of counselling psychology*, vol. 49, 355-364.

- Lukkarinen, H. et H. Kyngäs (2003). « Experiences of onset of coronary disease in a spouse », *European Journal of cardiovascular nursing*, vol. 2, 189-194.
- Magai, C., Hunziker, J., Mesias, W. et C. Culver (2000). « Adult attachment style and emotional biases », *International journal of behavioral development*, vol. 24, n° 3, 301-309.
- Mahrer-Imhof, R., Hoffman, A. et E. S. Froelicher (2007). « Impact of cardiac disease on couples' relationships », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 57, 513-521.
- Mikulincer, M. et P. Shaver (2010). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change* (2<sup>e</sup> éd.), New York : Guilford.
- Mikulincer, M., Gillath, O., Halevy, V., Avihou, N., Avidan, S. et N. Eshkoli (2001). « Attachment theory and reactions to others' needs: evidence that activation of the sense of attachment security promotes empathic responses », *Journal of personality and social psychology*, vol. 81, n° 6, 1205-1224.
- Mikulincer, M. et I. Orbach (1995). « Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 68, n° 5, 917-925.
- Montgomery, R., Rowe, J. et K. Kosloski (2007). « Family caregiving » : 19-56, dans J. A. Blackburn et C. N. Dulmus (sous la dir.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice and policy*, Hoboken, NJ : John Wiley.
- Naaman, S., Radwan, K. et S. Johnson (2009). « Coping with early breast cancer: couple adjustment processes and couple-based intervention », *Psychiatry*, vol. 72, n° 4, 321-345.
- Northouse, L. L. (1984). « The impact of cancer on the family: Overview of the literature », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 14, n° 3, 87-113.
- Nouwmen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K. et F. Pouwer (2010). « Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: A systematic review and meta-analysis », *Diabetologia*, vol. 53, 2480-2486.
- O'Farrell, P., Murray, J. et S. B. Hotz (2000). « Psychologic distress among spouse of patients undergoing cardiac rehabilitation », *Heart and Lung*, vol. 29, 97-104.
- Pelletier, C. et M. Beaulieu (2016). « Rôles et défis actuels en gérontologie dans le réseau public du Québec », *Revue Intervention*, vol. 143, 135-146.
- Peyrot, M., McMurry, J. F. et R. Hedges (1988). « Marital adjustment to adult diabetes: Interpersonal congruence and spouse satisfaction », *Journal of marriage and family*, vol. 50, 363-376.
- Pinquart, M. et S. Sorensen (2006). « Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, vol. 61B, 33-45.
- Pistrang, N. et C. Barker (1995). « The partner relationship in psychological response to breast cancer », *Social Science and Medicine*, vol. 40, 789-797.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Davis, D., Rumble, M., Scipio, C. et J. Garst (2012). « Attachment styles in patients with lung cancer and their spouses: associations with patient and spouse adjustment », *Support Care cancer*, vol. 20, n° 10, 2459-2466.
- Sanders, S. (2005) « Is the Glass Half Empty or Half Full? », *Social Work in Health Care*, vol. 40, n° 3, 57-73.
- Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S. et K. C. Haydon (2007). « Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 92, n° 2, 355-367.
- Société Alzheimer Canada (2019). *Conversation : Maladies neurodégénératives, intimité et sexualité*. Extrait du site de la Société Alzheimer Canada, [https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-conversations/conversations\\_1-intimite-et-la-sexualite.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-conversations/conversations_1-intimite-et-la-sexualite.pdf).
- Sumanen, M., Ojanlatva, A., Koskenvuo, M. et K. Mattila (2005). « GPs should discuss sex life issues with coronary hearts patients », *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 20, n° 4, 443-452.
- Trief, P. M., Sandberg, J., Greenberg, R. P., Graff, K., Castronova, N., Yoon, M. et R. S. Weinstock (2003). « Describing support: A qualitative study of couples living with diabetes », *Families systems and Health*, vol. 21, 57-67.
- Trief, P. M., Wade, M. J., Britton, K. D. et R. S. Weinstock (2002). « A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes », *Diabetes Care*, vol. 25, 1154-1158.
- Tripoli, T. M. H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girão, M. J. et E. Schor (2011). « Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis », *Journal of sexual medicine*, vol. 8, 497-503.

- Ussher, J. M., Perz, J. et E. Gilbert (2012). « Changes to sexual well-being intimacy after breast cancer », *Cancer nursing*, vol. 38, n° 6, 456-465.
- VanAssche, L., Luyten, P., Bruffaerts, R., Persoons, P., van de Ven, L. et M. Vanderbulcke (2013). « Attachment in old age: Theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice », *Clinical psychology review*, vol. 33, n° 1, 67-81.
- Viggers, L. C. et M. L. Caltabiano (2012). « Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain », *Nursing et Health Sciences*, vol. 14, 508-513.
- Wadham, O., Simpson, J., Rust, J. et C. Murray (2016). « Couples' shared experience of dementia : a meta-synthesis of impact upon relationships and couplehood », *Aging and mental health*, vol. 20, n° 5, 463-473.
- Yorgason, J. B., Piercy, F. et S. K. Piercy (2007). « Acquired hearing impairment in older couple relationships: an exploration of couple resilience processes », *Journal of aging studies*, vol. 21, n° 3, 215-228.
- Zarit, S. H., Orr, N. K. et J. M. Zarit (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease*, New York University Press, New York.
- Zunkel, G. (2003). « Relational coping processes: Couples' responses to a diagnosis of early stage breast cancer », *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 20, 39-55.