

SOMMAIRE

Introduction	2
1. Milieu professionnel	3
1.1. Terrains d'exercice	3
1.2. Public concerné	3
1.3. Mes interventions	4
2. La théorie de l'attachement : Construction précoce de la relation parent/enfant	7
2.1. Définition	7
2.2. L'attachement	7
2.3. Développement de l'attachement : 4 phases	8
2.4. le caregiving	11
2.5. Qualités du caregivers	12
2.6. Notion de stratégie	13
2.7. La « strange situation » (Ainsworth, 1963)	14
3. Restructuration du lien parent/enfant dans le cadre du vieillissement pathologique de type Alzheimer ou de troubles apparentés.....	15
3.1. Sujet âgé et figures d'attachement	15
3.2. Personne âgée et pathologies démentielles.....	16
3.3. Enfants adultes : comportement de caregiving envers le parent âgé dément.....	19
4. Institutionnalisation et restructuration du lien parent âgé dément/enfant adulte	23
4.1. Triade enfant adulte/Institution/Parent âgé malade	23
4.2. Parent âgé malade en institution	25
4.3. Positionnement institutionnel	26
5. Etude de cas.....	28
5.1. Histoire de vie	28
5.2. Conditions d'entrée	28
5.3. Mme G. dans l'institution	28
5.4. Expérience de séparation et de réunion avec sa fille	29
5.5. Positionnement de sa fille aînée	30
5.6. Positionnement de Mme G.	30
5.7. Positionnement professionnel	31
Conclusion	35

Introduction

Psychologue clinicienne depuis 2011, j'ai bénéficié d'un enseignement me permettant d'appréhender le sujet dans sa globalité et ce dans une perspective développementale. Les différentes théories étudiées au cours de mon cursus, qu'elles soient psychodynamiques, neurobiologiques, systémiques ou développementales, m'ont permis d'élaborer une approche clinique prenant en considération le sujet dans sa dimension bio-psycho-sociale. En tant que psychologue, il s'agit donc pour moi de prendre en compte la souffrance psychologique de la personne globale à partir des lois générales de développement et de fonctionnement.

La spécialisation de mon Master de psychologie clinique étant la gérontologie, ma pratique professionnelle a été plus axée sur la prise en charge du grand vieillissement et des pathologies pouvant y être associées. Aussi, depuis deux ans, j'exerce ma profession au sein de deux Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'un situé à Nice et l'autre à Menton. Je travaille donc avec un public dont la moyenne d'âge est d'environ 88 ans. Ma pratique actuelle paraît bien loin des problématiques inhérentes au secteur infanto-juvénile. Toutefois, comme le disait Antoine de Saint-Exupéry dans son œuvre *le Petit Prince* : « Toutes les grandes personnes ont d'abord été des enfants ». Il paraît évident que nous ne naissons pas vieux et que tout un chacun se situe à un instant t à une position définie de sa propre trajectoire développementale.

L'une de mes missions en EHPAD est d'accompagner psychologiquement les enfants adultes du parent âgé accueilli en institution, face aux problématiques émergentes du vieillissement pathologique. De ce fait, il me semblait pertinent de porter mon regard, plus en amont dans le cycle de vie, afin de mieux cerner les processus en jeu dans la construction de la relation parent/enfant. Cette étude me permettrait alors de mener une réflexion sur la restructuration de ce lien au moment où le parent âgé devient dépendant, dans le cadre d'une pathologie de type Alzheimer ou de troubles apparentés.

Pour ce faire, dans un premier temps je définirai mon secteur d'activité et mes missions actuelles. Par la suite, j'évoquerai les différents processus en jeu dans la construction précoce de la relation parent/enfant en rappelant les grandes lignes de la théorie de l'attachement. J'utiliserai alors cette approche comme support de ma réflexion. Pour finir, j'illustrerai mes propos à travers une étude de cas.

1. Milieu professionnel

1.1. Terrains d'exercice

J'exerce ma profession de psychologue clinicienne dans le secteur de la gérontologie. Je travaille depuis 3 ans au sein de deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Mon premier lieu d'exercice, situé à Nice, La Résidence Korian Sorgentino, est un établissement privé à but lucratif. Cette structure présente une capacité d'accueil de 82 lits. Les résidents accueillis sont répartis sur 6 étages dont deux unités spécifiques ; un espace confort dédié à l'accompagnement en fin de vie, et une unité protégée adaptée aux problématiques de déambulations rencontrées dans les pathologies neurodégénératives de type Alzheimer ou de troubles apparentés.

Mon second lieu de travail, situé à Menton, se nomme La Maison Russe de Sainte Anastasie. Il s'agit d'un établissement associatif privé à but non lucratif. Cet établissement accueille, quant à lui, 79 résidents. Les personnes âgées accueillies sont réparties sur 3 étages, toutes pathologies confondues.

1.2. Public concerné

Les personnes accueillies, ou résidents, doivent être âgées de plus de 60 ans, sauf dérogation spécifique. Ce sont des individus en perte d'autonomie, dont les possibilités sociales, cognitives ou physiques ne permettent plus un maintien à domicile. En EHPAD, on peut donc retrouver des sujets âgés dont le niveau d'autonomie peut varier d'une dépendance légère à une dépendance totale dans la réalisation des actes de la vie courante.

L'institutionnalisation peut être sollicitée par la personne âgée elle-même, son entourage, ou une tierce personne (tuteur, médecins, assistante sociale...) en fonction des problématiques rencontrées. Ainsi, une personne âgée peut être réorientée vers une institution, sans que cette décision ne relève de son choix, lorsque ses capacités cognitives ne lui permettent plus de prendre, seule, des décisions et/ou lorsque ses compétences motrices ne s'avèrent plus suffisantes pour légitimer un retour ou un maintien à domicile.

Il n'est pas rare que l'institutionnalisation fasse suite à une hospitalisation consécutive à une chute, une décompensation ou une aggravation de l'état général.

La famille peut également solliciter une entrée en structure, lorsqu'elle se trouve à court de ressources pour pouvoir répondre pleinement aux besoins du parent âgé, dont le degré de dépendance ne permet plus un maintien à domicile.

1.3.Mes interventions

1.3.1. Accompagnement psychologique du résident

L'entrée en institution est une rupture avec le milieu de vie familial. L'enjeu pour la personne âgée est donc de s'adapter au mieux à ce nouvel environnement, dont les règles de fonctionnement collectif viennent perturber les habitudes ancrées et bousculer les repères jusqu'alors intégrés.

Il s'agit donc pour moi, en tant que psychologue, d'accompagner le sujet âgé dans ce changement manifeste, en tentant de maintenir au mieux sa continuité identitaire. Pour ce faire, un travail à ses côtés, mais aussi auprès de ses proches, est engagé afin de reconstituer son histoire de vie, de déterminer ses goûts et habitudes, afin de veiller, par la suite, à ce qu'ils soient respectés et maintenus au mieux, au sein de l'institution.

Mon accompagnement commence donc en amont, lors de la visite de pré admission. Cette première rencontre me permet d'évaluer la demande de la personne entrante, de déterminer ses désirs et volontés, si possibles, ou de les reconstituer avec les aidants en présence. Il s'agit également d'évaluer le contexte d'entrée, et de déterminer le positionnement de la personne âgée face à ce projet.

Mon accompagnement se poursuit à l'entrée du résident, puis tout au long de son séjour. Je m'emploie à favoriser l'expression de son vécu et de ses émotions afin de l'aider à s'intégrer au mieux à son nouvel environnement.

J'interviens également dans la gestion des troubles du comportement pouvant émerger chez des résidents présentant une pathologie de type Alzheimer ou un trouble apparenté. Pour ce faire, j'emploie régulièrement des techniques de communication permettant de désamorcer certaines situations de crise.

1.3.2. Evaluation neuropsychologique

L'une de mes missions consiste à évaluer les capacités cognitives de la personne accueillie à son entrée puis tous les 6 mois. Pour ce faire, j'utilise le test Mini Mental State Examination (MMSE). Il s'agit d'une échelle de 30 items permettant de réaliser un état des lieux cognitifs de la personne évaluée. Cette évaluation permet de déterminer les ressources de la personne et de cibler les activités adaptées à ses possibilités. Elles ont également pour fonction de déterminer les capacités fonctionnelles pouvant être travaillées au sein d'ateliers mémoire.

Je peux également être amenée à recourir à d'autres supports d'évaluation à la demande du médecin traitant, ou lorsque leur utilisation me semble pertinente. Les échelles que j'utilise le plus souvent sont le Mini MMSE adapté aux personnes présentant des troubles majeur du fonctionnement cognitif, la Gériatric Depression Scale (GDS) évaluant le risque de dépression chez le sujet âgé, ou encore la Batterie Rapide d'Efficiences Frontales (BREF) permettant de déterminer les risques de présenter une pathologie de type frontale pour la personne évaluée.

1.3.3. Accompagnement et formation du personnel

Le bien-être du résident passe par le bien-être de ses aidants, d'où la nécessité d'accompagner les soignants dans leur pratique. Je travaille donc auprès des équipes pour tenter de répondre aux mieux à leurs questionnements, doutes et difficultés dans l'accompagnement de la personne âgée.

Pour ce faire, sur mon temps de présence, je dispose d'un téléphone portable, sur lequel je peux être jointe à tout moment. Les soignants peuvent me solliciter lorsqu'ils rencontrent des difficultés de prise en charge, notamment dans le cadre de troubles du comportement inhérents aux pathologies de type Alzheimer ou de troubles apparentés.

Je peux être amenée à prendre le relais lorsque des résidents présentent, entre autres, des comportements agressifs, de l'anxiété massive liée à la désorientation temporo-spatiale ou encore un repli dépressif.

D'autre part, en réunions de transmissions quotidiennes, nous menons ensemble des réflexions concernant les difficultés rencontrées et tentons d'y trouver des solutions adaptées.

Par ailleurs, en fonction des besoins et demandes, je dispense des formations internes sur des thématiques ciblées telles que la bientraitance ou encore la gestion des troubles du comportement. Il s'agit alors de donner des pistes de réflexion et des outils de communication

aux équipes soignante, afin d'améliorer leur pratique et faciliter leurs prises en charge au quotidien.

1.3.4. Coordination des projets de vie personnalisés

J'ai également pour mission de coordonner l'élaboration des projets de vie personnalisés. Il s'agit de documents contractuels établis pour chacun des résidents. Y sont répertoriés les objectifs de prise en charge retenus par l'équipe pluridisciplinaire, en vue d'adapter au mieux l'accompagnement institutionnel aux besoins de la personne.

Une fois par an, et pour chaque résident, j'ai donc la responsabilité d'organiser une réunion de synthèse rassemblant une infirmière, l'infirmière cadre, le médecin coordinateur, une aide-soignante et l'animateur. En croisant nos regards professionnels, nous faisons le point sur la prise en charge actuelle du résident concerné, puis nous ciblons les objectifs prioritaires, sous forme d'interventions personnalisées, répondant au mieux aux problématiques évoquées.

Une fois le projet de vie personnalisé établi, je sollicite le résident et/ou sa famille pour une rencontre. Il s'agit alors de leur présenter le projet établi et de recueillir leurs remarques et desideratas. L'implication de la personne âgée accueillie, si ses ressources le permettent, peut favoriser une meilleure adhésion au projet. De plus, le concours de l'entourage familial, est vivement recherché car une collaboration efficace entre l'institution et la famille permet une meilleure perspective du résident dans sa globalité.

1.3.5. Accompagnement des familles

L'institutionnalisation n'est envisagée qu'en dernière intention. Lorsque le résident est accueilli, tout un contexte l'accompagne, qu'il soit, pathologique ou familial. Il est important, pour proposer un accompagnement adapté, de comprendre les conditions d'entrée mais également les relations inter familiales en jeu.

L'accompagnement des familles est donc une part non négligeable de ma mission de psychologue. Il s'agit d'apporter une écoute quant aux difficultés rencontrées face à la perte d'autonomie du parent âgé. Je travaille également au maintien du lien familial en renseignant les aidants sur les pathologies de type Alzheimer et de troubles apparentés, en vue de limiter la stigmatisation de la maladie liée à la désinformation. Je tente également de leur offrir des pistes de réflexion et des outils de communication pour maintenir au mieux le lien à leur

parent. La présence de la famille et des proches est un facteur essentiel au bien être du résident. C'est pour cela que mon accompagnement va dans le sens de son intégration dans le projet institutionnel de la personne accueillie.

C'est donc sur la problématique des enfants face à la dépendance de leur parent âgé que je vais axer ma réflexion. En m'appuyant sur la théorie de l'attachement dispensée au sein de ce D.U., je vais donc tenter de déterminer ce qui va se (re)jouer au niveau de la relation parent/enfant, lorsque le parent âgé décompense une maladie de type alzheimer ou un trouble apparenté.

2. La théorie de l'attachement : Construction précoce de la relation parent/enfant

2.1.Définition

La théorie de l'attachement est une théorie applicable à l'ensemble du cycle de vie ; de la petite enfance au grand vieillissement. Il s'agit d'un champ de la psychologie qui traite des relations entre les êtres humains. Cette approche part du principe qu'un sujet en état de vulnérabilité a besoin pour survivre de développer un lien privilégié avec un autre sujet, plus sage et plus fort, pouvant prendre soin de lui, de manière cohérente et sur une durée significative.

2.2.L'attachement

Le concept d'attachement prend source dans les travaux du psychiatre et psychanalyste John Bowlby, axés sur la relation mère-enfant. Son étude a démontré qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation affective avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. Cette personne devient alors pour lui une figure d'attachement.

2.2.1. Système d'attachement

L' « Alarme » est le terme désignant l'activation du système comportemental d'attachement causée par la peur ou le danger. Cette « alarme » s'enclenche lorsque les conditions internes et/ou environnementales changent soudainement, générant chez l'enfant une décharge d'émotions négatives.

Lorsque l'enfant se retrouve dans une telle situation de stress, il va alors se tourner vers sa figure d'attachement en mettant en activation son système d'attachement.

Il s'agit d'un mécanisme motivationnel, génétiquement programmé, et corrigé quant au but par la réponse de l'environnement. Ainsi, l'enfant va mettre en place un comportement dont la finalité est d'obtenir la proximité avec la figure d'attachement, en vue de se sécuriser. Lorsque la réponse apportée par la figure d'attachement est adaptée à la demande, l'enfant sera rassuré ou « secure » et le système d'attachement pourra se mettre en veille.

L'attachement part du bébé en direction d'une autre personne, plus forte et plus sage que lui appelé « caregiver », avec laquelle il est engagé dans des interactions sociales régulières. Cette personne se veut bienveillante et doit pouvoir répondre à ses besoins.

2.3. Développement de l'attachement : 4 phases

2.3.1. PHASE 1 : de la naissance à 3 mois

Pendant cette période, l'enfant est à même de s'orienter vers la personne humaine et de la suivre des yeux.

Trois types de comportements innés se distinguent dans sa modalité d'expression soit, les comportements actifs tels que s'accrocher ou suivre, les comportements aversifs tels que crier ou pleurer ou encore les comportements de signalisation tels que les vocalises ou les sourires. Autant de comportements qui ont pour principal objectif de capter l'attention des *caregivers*.

Bien qu'à cette phase l'enfant soit en mesure de distinguer les différentes personnes qui l'entourent, ses comportements sont indistinctement adressés à toute personne de l'entourage pouvant prendre soin de lui. Ses comportements ont pour but d'assurer sa survie.

2.3.2. PHASE 2 : De 3 mois à 6 mois

Lors de cette seconde phase, l'enfant développe des capacités à discriminer ses proches. Les comportements d'attachement se complexifient, avec une ébauche de but.

L'enfant apprend alors à différencier le familier de l'étranger. Il devient donc en mesure de discriminer une figure d'attachement principale.

La principale figure d'attachement est bien souvent la mère biologique, toutefois, toute personne adoptant un comportement « maternel » cohérent et constant sur un temps significatif peut tenir ce rôle.

C'est donc à cette personne privilégiée que seront adressés ses comportements d'attachement, en situation de stress. La recherche de proximité est au cœur de la demande.

2.3.3. PHASE 3 : De 6 mois à 3 ans

Pendant cette période, l'enfant est dans un contrôle actif de la distance avec sa figure d'attachement principale.

A partir de sa deuxième année de vie, il développe la capacité de discriminer les différentes personnes qui prennent soin de lui et de les investir comme autant de figures d'attachement potentielles. Ces nouvelles figures d'attachements seront alors hiérarchisées, la figure d'attachement principale demeurant au sommet de la hiérarchie. En situation de stress, l'enfant aura alors la possibilité de recourir à la figure d'attachement la plus disponible et pouvant répondre à son besoin immédiat de proximité.

L'enfant pourra donc avoir plusieurs figures d'attachement simultanées au sein de sa famille. Il pourra également investir des figures d'attachement consécutives correspondant aux personnes impliquées dans sa prise en soin sur des temps définis, telles que les nourrices. Il pourra également recourir à des figures d'attachement consécutives, après séparation, correspondant aux intervenants investis dans sa prise en soin suite à une rupture avec le milieu initial, tels que les membres du personnel d'une pouponnière, par exemple.

Ainsi, en situation de stress, l'enfant va activer son système d'attachement c'est-à-dire qu'il va mettre en place des comportements innés pour rechercher la proximité avec l'une des figures d'attachement pouvant le sécuriser. En fonction de la réponse du *caregiver* face au comportement mis en place, l'enfant va alors réévaluer et corriger son comportement afin d'obtenir la proximité recherchée. Ce n'est qu'une fois celle-ci obtenue, que le système d'attachement pourra être mis en veille

Avec l'avancée en âge et la généralisation des réponses adaptées de la figure d'attachement, la proximité physique sera moins recherchée en faveur de l'accessibilité à cette même figure. Donc, si l'enfant sait qu'il peut recourir à sa figure d'attachement lorsqu'il en a besoin, il sera moins dans une recherche active de sa proximité immédiate. Il s'agit du système extincteur.

Ce système ne pourra être opérationnel qu'à partir de l'accès à la représentation mentale. En effet, par ce biais, l'enfant va pouvoir intégrer des modèles internes opérant (MIO). Il s'agit

de schèmes mentaux que l'enfant va se construire en intériorisant des séquences interactives avec ses figures d'attachement. Ces MIO sont donc une intégration des réponses les plus saillantes et les plus fréquentes de la figure d'attachement, face au comportement mis en place. A partir de ces références intériorisées, l'enfant adaptera ses relations futures à autrui. De ce fait, si il a intégré qu'une figure d'attachement est disponible lorsqu'il en a besoin, il se sentira sécurisé et aura moins besoin de recourir à sa proximité physique.

Plus la situation est stressante plus les modèles représentationnels les plus anciens correspondant au système motivationnel activé seront réveillés.

L'enfant va alors pouvoir commencer à explorer son environnement, interne et externe, en utilisant le ou les *caregiver(s)* comme **base de sécurité**. En situation de stress, il pourra alors retrouver du confort et du soutien auprès de la Figure d'attachement et se constituer un **havre de sécurité**.

2.3.4. PHASE 4 : De 3 ans à 12 ans

A cette période, l'enfant s'inscrit dans une activité d'exploration active. L'accessibilité à la figure d'attachement lui permet d'être moins effrayé par l'étranger et donc moins affecté par une séparation, lorsque celle-ci a été négociée.

Par ailleurs, il développe des capacités langagières et des compétences cognitives lui permettant de concevoir différemment les interactions à son environnement. L'enfant est moins dans la recherche de proximité physique avec la figure d'attachement et passe plus de temps avec ses pairs et les autres adultes. Plus son système d'attachement est sécurisé, plus son exploration dans les apprentissages, l'est également.

Vers l'âge de 4 ans, l'enfant commence à prendre en considération son propre état d'esprit mais également l'état d'esprit d'autrui. Il comprend alors que les désirs et opinions des uns et des autres ne sont pas toujours convergents. Aussi, afin d'obtenir de l'autre ce dont il a besoin, il va devoir apprendre à négocier et faire des compromis ; s'installe alors un partenariat corrigé quant au but, entre lui et la figure d'attachement.

C'est également à cette période que l'enfant construit son estime de soi. En effet, s'il obtient du réconfort lorsqu'il en a besoin et que sa figure d'attachement se rend disponible quand

nécessaire, l'enfant se sentira en sécurité. Il va alors construire une image des autres comme étant dignes de confiance et une image de lui-même comme objet de valeur.

A cette étape du développement, l'enfant va donc aller à la rencontre d'autrui en prenant comme référence relationnelle ses Modèles internes opérants précoces. Au fil des rencontres et des nouvelles interactions, l'enfant va rencontrer de nouvelles figures d'attachement, dont il va également intérioriser les réponses les plus fréquentes. De nouveaux MIO vont alors pouvoir s'élaborer. Son modèle de l'environnement interpersonnel et de lui-même est donc en perpétuel mouvement, et ce, tout au long de sa vie.

2.4. Le caregiving

2.4.1. Définition

Le caregiving correspond à la manière dont ceux qui prodiguent les soins, les caregivers, répondent aux besoins de proximité et de sécurité exprimés par autre sujet plus vulnérable. Cette capacité est génétiquement programmée. Le développement du système de caregiving débute dès l'enfance et l'adolescence et se finalise lors de l'accès à la parentalité.

2.4.2. Système de caregiving

Le système de caregiving a été mis en exergue au cours de l'étude menée par Bowlby sur la relation mère/enfant. Contrairement à l'attachement, il part de la figure parentale en direction de l'enfant.

En effet, lorsque l'enfant exprime des émotions révélatrices d'un état de vulnérabilité, la figure parentale va activer automatiquement son système de caregiving.

Le parent va donc percevoir les signaux de détresse émis par l'enfant, y être sensible et tenter de les interpréter. Il va alors user de diverses stratégies pour tenter de lui apporter protection et réconfort telles qu'étreindre, bercer, nourrir ou encore consoler. Pour répondre au mieux aux besoins évolutifs de l'enfant, il devra donc faire preuve de souplesse et de capacités adaptatives.

2.4.3. Transmission transgénérationnelle

Plus un parent a des représentations d'attachement sécuritaire, plus il sera à même de répondre aux besoins de son bébé. En effet, les expériences précoces d'attachements des parents vont influencer leurs représentations internes de l'attachement, ou MIO. Les parents vont donc se

servir de ces références intériorisées afin de mettre en place des comportements en réponse aux signaux de l'enfant.

Le système de caregiving va donc être fonction de la représentation précoce que le parent se fait de l'attachement. Les comportements de caregiving qu'il adoptera serviront alors d'expériences d'attachement primordiales pour l'enfant.

De ce fait, plus le parent aura un attachement sécure plus son enfant aura de chance d'avoir un attachement sécure également.

D'autre part, l'environnement socioculturel, le contexte familial ou encore la morphologie de l'enfant peuvent être autant de facteurs pouvant influencer le caregiving.

2.5. Qualités du caregivers

2.5.1. Les 4 échelles évaluatives (Ainsworth, 1978)

A travers ses travaux menés sur le caregiving, Mary Ainsworth, psychologue du développement a pu dégager 4 échelles pour évaluer la manière d'être de la mère avec son bébé.

La première échelle définie, dite de « sensibilité maternelle », permet de déterminer la capacité de la mère à percevoir et interpréter correctement les signaux de son bébé et d'y répondre rapidement et de manière adaptée.

La seconde échelle dite d'« acceptation des comportements du bébé », a pour rôle d'identifier le seuil de tolérance de la mère face aux signaux émis par son enfant.

La troisième échelle dite de « coopération avec les rythmes du bébé » a, quant à elle, pour but de déterminer en quelle mesure la mère est à même de respecter les besoins vitaux cycliques de son enfant tels que le nourrissage ou le sommeil.

Pour finir la dernière échelle dite de « disponibilité émotionnelle » mesure les possibilités thymiques de la mère à entrer en interaction avec son enfant.

2.5.2. La fonction réflexive (Fonagy, 1991)

Peter Fonagy, psychologue clinicien et psychanalyste, dans son étude sur les troubles de la personnalité limite, va, quant à lui, développer le concept de « fonction réflexive ». Il s'agit d'une théorie de l'esprit élaborée dans un contexte interpersonnel et appliquée à la relation affective parent/enfant. Selon lui, l'état mental et affectif du parent va influencer son interprétation des signaux émis par l'enfant. De ce décryptage effectué découleront des

comportements de caregiving auxquels l'enfant réagira à son tour, en adaptant son comportement.

2.6. Notion de stratégie

Des recherches sur la relation mère/enfant menées par Mary Main, psychologue américaine, ont permis de dégager la notion de stratégie. Il s'agit d'un concept partant du postulat que l'efficacité du système d'attachement de l'enfant dépend des qualités de caregiving de sa mère.

2.6.1. La stratégie primaire

Lorsque l'adulte répond de manière appropriée aux besoins de proximité, de protection et de consolation du bébé, ce dernier va pouvoir développer un sentiment de sécurité. Son système d'attachement pourra alors s'exprimer librement lorsqu'il en aura besoin. Il pourra donc développer une base de sécurité. On parlera alors d'attachement sécurisé.

2.6.2. Les stratégies secondaires ou inconditionnelles

Lorsque l'adulte ne répond pas de manière adéquate aux besoins de proximité mais que ses réponses restent prévisibles et peu angoissantes, l'enfant ne trouvant pas la réassurance espérée immédiate, va soit hyperactiver son système d'attachement, soit l'inhiber. On parlera alors d'attachement insécurisé.

2.6.3. Stratégie impossible

Lorsque l'adulte ne répond pas de manière adéquate aux besoins de proximité, et ce, de façon imprévisible et angoissante, l'enfant va montrer des processus cognitifs et des comportements désorganisés reposant sur plusieurs modèles d'attachement coexistant. On parle alors d'attachement désorganisé.

Pour se protéger, l'enfant sera alors amené à faire une exclusion défensive. Il s'agit d'un processus permettant d'exclure de la conscience ce qui provoquerait une situation paradoxale intenable. Une telle modalité d'attachement impacterait sur la perception et l'interprétation de soi-même et d'autrui.

2.7. La « strange situation » (Ainsworth, 1963)

Dans son étude sur la qualité de l'attachement, Mary Ainsworth va développer un protocole expérimental qu'elle appellera « La strange situation ». Cette expérience en sept épisodes de séparations et de réunions entre l'enfant et sa figure d'attachement avait pour but d'évaluer les réactions de l'enfant face à la séparation et aux retrouvailles avec sa mère, en milieu non familial. Il s'agissait d'évaluer la capacité de l'enfant à utiliser sa mère comme base de sécurité.

Cette étude a pu mettre en exergue 3 modèles type d'attachement à savoir, l'attachement sécure, l'attachement insécure évitant et l'attachement insécure ambivalent résistant.

2.7.1. L'attachement sécure

L'enfant exprime facilement toutes ses émotions, face à la séparation, à l'introduction d'une personne inconnue et au retour de sa mère. Il est triste au départ de sa mère mais reste consolable par l'étrangère. Après réassurance, il peut explorer son environnement. Quand il retrouve la proximité avec sa figure d'attachement, il exprime son contentement et peut continuer son exploration.

2.7.2. L'attachement insécure évitant

Face à la situation test, l'enfant exprime peu ses émotions et privilégie l'exploration. Il recherche peu la proximité avec les intervenants et s'intéresse plus à son environnement. La stratégie d'évitement peut donner une impression d'indépendance de l'enfant alors qu'en réalité, ce dernier est dans une minimisation de son besoin de réconfort.

2.7.3. L'attachement insécure ambivalent résistant

Face à la situation test, l'enfant exprime majoritairement ses émotions négatives et n'explore que peu son environnement. Le départ de la mère suscite une grande détresse chez l'enfant, qui demeure inconsolable. L'enfant va alors hyperactiver son système d'attachement jusqu'au retour de sa mère. Lors des retrouvailles avec sa mère, la recherche de proximité sera plus ou moins forte. L'enfant présentera une ambivalence dans le maintien du contact, pouvant par exemple s'agripper à sa mère tout en manifestant des signes d'agressivité envers elle.

2.7.4. L'attachement désorganisé (Main, 1986)

Quelque années plus tard, Mary Main, alors élève de Mary Ainsworth dégagera une quatrième configuration de l'attachement.

Face à une situation de séparation et de retrouvailles expérimentale, l'enfant présente des comportements bizarres, opposés ou encore contradictoires. Il ne présente aucune stratégie cohérente. Il s'exprime par des grimaces, semble effrayé ou peut présenter des comportements stéréotypés. Ses comportements sont inadaptés et inattendus. On parlera alors d'attachement désorganisé.

3. Restructuration du lien parent/enfant dans le cadre du vieillissement pathologique de type Alzheimer ou de troubles apparentés.

La théorie de l'attachement permet d'avoir un éclairage théorique sur les processus en jeu dans la construction précoce de la relation parent/enfant. A partir de cette approche, je vais à présent mener une réflexion quant à la restructuration de ce lien lorsque le parent âgé décompense une pathologie de type Alzheimer ou de troubles apparentés. Il s'agit donc de mettre en lien les connaissances théoriques acquises au sein de ce DU au service de ma pratique professionnelle actuelle.

3.1. Sujet âgé et figures d'attachement

Du fait de l'arrêt des activités professionnelles et de ce fait d'une moindre implication dans les activités de la communauté, le sujet âgé se retire peu à peu des réseaux sociaux. Il conserve toutefois un noyau de figures d'attachement sur lequel il peut se reposer, représenté essentiellement par les membres de son entourage. Ces figures d'attachement sont incarnées par le conjoint, s'il est encore en vie, par les amis ou la fratrie, mais également par les enfants adultes. Ces figures d'attachement simultanées sont alors hiérarchisées, le conjoint étant généralement au sommet de la hiérarchie. Lorsque ce dernier vient à disparaître, l'enjeu pour la personne âgée est de pouvoir réinvestir les autres figures d'attachement afin de conserver une base de sécurité indispensable à son bien-être.

Il n'est pas rare d'observer une permanence symbolique de la personne disparue par son évocation régulière par le conjoint survivant. Ce phénomène peut s'illustrer par le fait de continuer à parler à son partenaire défunt comme s'il était toujours présent. On pourrait alors

parler d'attachement symbolique dont le rôle serait de maintenir la base de sécurité de la personne âgée face à l'absence de sa figure d'attachement principale.

Par ailleurs, on peut également observer un attachement matériel important chez la personne âgée. Cet attachement peut se faire envers un lieu, un objet ou encore un animal. En effet, on observe régulièrement un investissement important du lieu de résidence de la personne âgée, notamment lorsqu'il a été occupé pendant de longues années en présence de ses figures d'attachement. Ce foyer semble alors investi d'une histoire commune et de souvenirs dont la proximité permettrait la permanence d'une sécurité et d'un réconfort, malgré l'absence réelle des figures y étant associées. Ainsi, la simple présence au sein de ces lieux semblerait représenter, à elle seule, une base de sécurité pour la personne âgée. Les murs, reflets des liens passés, pourraient donc représenter une figure d'attachement matérielle en substitution à celles perdues.

D'autre part, on peut supposer que les croyances peuvent également être un support d'attachement. En effet, le sujet âgé étant exposé à des stress liés aux pertes de certaines figures d'attachement, peut se tourner vers la spiritualité afin de supporter les séparations et diminuer la peur de la mort. La foi serait alors une source permanente de réconfort et de sécurité. On pourrait alors parler de figure d'attachement spirituelle.

Ces différentes figures d'attachement auxquels semblent se référer le sujet âgé pourraient donc être garantes de la continuité de son bien-être face aux situations de stress associées aux problématiques de perte recrudescents en fin de cycle de vie.

3.2. Personne âgée et pathologies démentielles

3.2.1. Symptomatologie

La maladie d'Alzheimer ou les troubles apparentés, sont des pathologies neurodégénératives. Elles sont donc évolutives et s'insinuent progressivement. Les premiers signes de la maladie peuvent passer inaperçus. Cela peut se traduire chez la personne atteinte, par des oublis, des changements d'humeur ou de comportements ou encore des difficultés à communiquer.

Bien souvent, les prémices de la pathologie ne sont pas reconnus comme tels. Certaines stratégies compensatoires, telles que l'usage de pense-bêtes, l'abandon progressif de certaines activités autrefois investies ou encore la sollicitation du conjoint - *s'il est encore en vie*-,

peuvent venir masquer les difficultés rencontrées par la personne malade, dans la gestion de son quotidien.

Les pathologies démentielles étant progressives, les troubles vont s'intensifier au fil du temps. On verra alors apparaître, au-delà des troubles de la mémoire immédiate, une altération de la mémoire des faits récents puis des plus anciens. Les troubles du langage seront quant à eux de plus en plus envahissants, rendant ainsi la communication avec autrui plus difficiles. La désorientation temporo-spatiale s'accroîtra, ne permettant plus au sujet âgé de se repérer seul. Par ailleurs, des troubles de la reconnaissance des objets, puis des visages viendront à terme compléter le tableau clinique, rendant l'entourage familial méconnaissable pour le sujet malade. Ces pathologies sont jusqu'alors incurables et leur issue est donc fatale.

3.2.2. Parent âgé dément et Réactivation du système d'attachement

La perte lente et progressive de ses facultés cognitives et mnésiques va venir altérer les capacités adaptatives du parent âgé. Il ne sera donc plus en mesure de répondre de manière cohérente aux exigences de son environnement. Cet état d'impuissance et de vulnérabilité face à la maladie, va donc être une source de stress et d'angoisse pour le parent malade.

De ce fait, on peut imaginer lorsque les conditions internes et/ou environnementales changent soudainement et que le parent âgé n'a pas les ressources suffisantes pour s'y adapter, il va donc ressentir du stress ou encore de la peur. Cette situation rendue anxiogène par l'impossibilité cognitive de la personne à la concevoir et à la traiter de façon adaptée, pourrait donc activer le système d'attachement du parent âgé.

En fonction des MIO intériorisés et de l'accessibilité de ses MIO en mémoire, le parent âgé pourrait donc être amené à mettre en place des comportements dont la finalité serait d'obtenir rapidement la proximité avec l'une des figures d'attachement disponibles en vue de se sécuriser. Une fois la réassurance escomptée obtenue, le système d'attachement pourra être mis en veille, jusqu'à la prochaine nécessité de régulation.

Ainsi, par exemple, en état de désorientation importante, le parent âgé pourrait alors être amené à ne plus quitter son lieu de vie, ou à s'en éloigner le moins possible. Cette figure d'attachement matériel, tiendrait alors le rôle de repère principal et le sécuriserait, tel un port d'attache.

Pour se rassurer, le parent âgé pourrait également recourir à des méthodes acquises, telles que téléphoner par exemple, dans une recherche de proximité immédiate ou médiatisée, avec ses

figures d'attachement. En fonction de l'efficacité de la réponse, le comportement pourra s'éteindre ou non.

Lorsque les stratégies mises en place sont inefficaces et que la proximité avec la figure d'attachement n'est pas possible, le sentiment de sécurité n'est donc pas retrouvé. Pour reprendre le concept de stratégie élaboré par Mary Main, on peut alors supposer que le parent âgé va être amené à mettre en place des stratégies secondaires ou inconditionnelles pour obtenir la réassurance espérée. Pour ce faire, il pourrait donc soit hyperactiver son système d'attachement, soit l'inhiber.

Pour reprendre l'illustration précédente, il n'est pas rare que les familles ne pouvant être jointes au moment voulu, fassent état d'appels téléphoniques intempestifs de leur parent âgé. Il s'agirait donc là d'un exemple d'hyperactivation du système d'attachement dont la finalité serait d'obtenir la proximité avec la figure d'attachement en vue d'une réassurance et d'un apaisement. Le système ne pourrait donc se mettre en veille que lorsque la proximité serait trouvée. De ce fait, tant que les appels restent sans réponse, ils sont donc réitérés.

Par ailleurs, lorsque les ressources cognitives de la personne sont fortement amoindries, l'accès aux stratégies complexes et ou mentalisées sera de plus en plus compromis. On pourrait alors supposer qu'en situation de stress, ce sont les modèles représentationnels les plus anciens qui seraient réactivés.

De ce fait, on pourrait émettre l'hypothèse que plus la maladie de type Alzheimer ou de troubles apparentés évolue, plus les comportements mis en place résulteront de schèmes mentaux archaïques.

Par exemple, une personne dont les capacités cognitives, mnésiques mais surtout langagières seraient sévèrement altérées pourraient recourir aux cris, aux larmes ou à l'agrippement pour maintenir la proximité physique avec sa figure d'attachement.

D'autre part, la mémoire et l'orientation étant altérées dans ce type de pathologies, certains éléments de vie peuvent être effacés, tels que les deuils. Aussi, la perte de certaines figures d'attachement peut être totalement annihilée. La recherche de proximité avec elles peut alors être sollicitée en période de stress. Il n'est pas rare en effet d'entendre une personne âgée atteinte d'une pathologie sévère appeler sa propre mère. Les souvenirs anciens étant atteints plus tardivement dans l'évolution de la maladie, ils seraient donc ramenés au premier plan. Les parents représentant les figures d'attachement précoces, seraient donc la cible du système d'attachement réactivé à ce moment précis. Penser aux figures d'attachement précoces

comme si elles étaient encore en vie pourrait alors avoir des vertus sécurisantes, constater la non réponse aux appels pourrait toutefois maintenir l'état d'anxiété. De ce fait, même si le parent âgé dément peut parfois recourir à des stratégies par l'évocation de figures d'attachement disparues, la réassurance n'est pas toujours efficace par ce biais.

On constate donc que le système d'attachement, prenant source dans la petite enfance et partant du bébé vers le parent, irait dans le sens inverse, dans le cadre d'une pathologie de type Alzheimer ou de troubles apparentés. Ce serait donc le parent âgé dément, en état de vulnérabilité, qui activerait son système en direction d'une autre personne, plus forte et plus sage que lui.

3.3. Enfants adultes : comportement de caregiving envers le parent âgé dément

A ce jour, 80 % des sujets présentant une pathologie Alzheimer ou un trouble apparenté, vivent encore chez eux. Du fait de l'amélioration des services à domicile, l'accompagnement au quotidien peut durer de longues années. L'entourage familial demeure leur principale ressource de soutien. En effet, selon une étude de la DRESS et de l'HID, en 2013, 90% des aidants sont des membres de la famille dont 30% représentés par les enfants de la personne malade. L'une des figures d'attachement les plus sollicitées est donc l'enfant adulte.

3.3.1. Inversion de la fonction parentale

Le caregiving correspond à la manière dont ceux qui prodiguent les soins, les caregivers, répondent au mieux au besoin de proximité et de sécurité d'un autre plus vulnérable. Ce système, génétiquement programmé, débute à la petite enfance et se finalise lors de l'accès à la parentalité. Le système de caregiving part généralement de la figure parentale en direction de l'enfant.

Or, au moment où le parent devient dépendant, dans le cadre d'une pathologie de type Alzheimer ou de troubles apparentés, il montre une vulnérabilité et une fragilité manifeste. Ne pouvant plus répondre seul à ses besoins, il se positionne donc dans une demande latente d'aide.

L'enfant adulte va alors se sentir investi d'une mission de protection envers son parent vieillissant. L'enfant adulte deviendrait donc la figure d'attachement de son propre parent. Il y aurait donc une inversion dans la relation parent/enfant, le parent devenant l'aidé et l'enfant

devenant l'aidant. Il s'agirait donc pour l'enfant de remplir la fonction de parent de son propre parent.

3.3.2. Figure d'attachement privilégiée

Nous avons vu préalablement que les figures d'attachement précoces étaient hiérarchisées, la figure maternelle demeurant au sommet de la hiérarchie.

Toutefois, dans le cas où la figure maternelle n'est plus en vie, on peut imaginer que la hiérarchie se modifie en faveur d'une nouvelle figure privilégiée. On peut constater que cette fonction est bien souvent incarnée par le conjoint.

Toutefois, lorsque le parent âgé perd sa figure d'attachement principale, on peut donc supposer qu'il va se tourner vers ses figures d'attachement secondaires, représentés généralement par les enfants.

Lorsque les enfants sont plusieurs dans la fratrie, le parent âgé aura plusieurs figures d'attachement simultanées. Toutefois, l'une d'entre elles sera privilégiée. On peut donc émettre l'hypothèse que la figure principale qui sera investie par le parent âgé sera l'enfant au sommet de la nouvelle hiérarchie.

Cette classification des figures d'attachement résulterait alors des relations antérieures. De ce fait, on peut supposer que plus la relation parent/enfant est sécurisée, plus l'enfant concerné est susceptible d'être investi en tant que figure d'attachement privilégiée.

3.3.3. Problématiques familiales

La désignation par le parent âgé d'une figure d'attachement principale au sein de la fratrie pourrait alors réveiller certaines problématiques familiales de l'ordre de la rivalité, l'injustice ou encore de la lutte de pouvoir.

En effet, il n'est pas rare d'être confronté à des discordes entre le référent familial désigné et les autres membres de la fratrie. On peut alors assister à des courses à la légitimité d'être « enfant de » et à la revendication d'un droit de décision sur le parent âgé.

Par ailleurs, les disponibilités géographiques désignent souvent, de fait, la personne qui sera en charge de répondre aux besoins d'aide du parent âgé dépendant, sans qu'il ne s'agisse d'un choix réel du parent.

Par exemple, on peut être amené à rencontrer des enfants adultes se plaignant d'être seuls en charge de leur parent, en raison de leur proximité géographique. Ces enfants adultes expriment souvent un désarroi et une rancœur envers le reste de la fratrie qui n'est pas dans un accompagnement actif du parent dépendant. Ils se sentent abandonnés avec cette obligation de répondre aux besoins de leur parent. Un sentiment d'injustice quant à cette configuration d'accompagnement peut alors être prégnant.

3.3.4. Enfant adulte et Caregiving

Au fil du temps, face à la perte d'autonomie grandissante de son parent âgé, l'enfant adulte peut être amené à s'écarter de son positionnement d'enfant pour incarner le rôle de soignant. L'altération majeure des fonctions cognitives et mnésiques conduirait le parent âgé à recourir à des conduites archaïques d'attachement pour exprimer sa détresse. N'étant plus inscrit dans un mode de communication au monde cohérent, il s'agit donc pour l'enfant adulte de décrypter les signaux émis par son parent dément afin de tenter d'y répondre de manière appropriée.

La façon dont l'enfant adulte interprètera ses signaux sera donc fonction de ses propres représentations de l'attachement.

On sait que plus un parent a des représentations d'attachement « sécuritaire », plus il est à même de répondre aux besoins de son enfant. Donc, plus un parent est « sécuritaire » plus son enfant aura de chance de l'être.

Ainsi, plus le parent âgé aura su répondre de manière adaptée aux besoins de son enfant quand il était jeune, plus ce dernier aura pu se construire une représentation précoce de l'attachement « sécuritaire ». Aussi, au moment de l'accès à la parentalité, l'enfant adulte sera à même de mettre en place des comportements de caregiving adaptés aux besoins de son enfant. De même, lorsque l'enfant adulte deviendra la figure d'attachement de son propre parent, il sera également en mesure de lui procurer soins et protection de façon adaptée.

L'enfant adulte sécuritaire serait donc plus serein face à la pathologie du parent âgé. Il semblerait être plus armé à faire face à la charge de s'occuper de ce parent malade.

Selon notre réflexion, l'enfant adulte présentant un attachement insécuritaire évitant aurait, quant à lui, tendance à déléguer plus facilement les soins de son parent âgé. Il se mettrait plus facilement en retrait, se dégageant de la prise en soin du parent malade.

L'enfant adulte présentant un attachement insécurisé ambivalent, quant à lui, exprimerait majoritairement des émotions négatives face aux troubles cognitifs et du comportement présentés par le parent âgé malade. Il aurait alors tendance à hyperactiver son système de caregiving, surinvestissant son rôle d'aidant auprès de son parent. Cet accompagnement pourrait alors mener l'enfant adulte à devancer les besoins de son parent ne favorisant ainsi pas le maintien de son autonomie. Les réponses apportées pourraient donc parfois être inadaptées aux besoins et possibilités du parent âgé. On pourrait alors assister à des comportements de l'ordre de l'agressivité réactionnelle ou encore de l'infantilisation par exemple. L'enfant insécurisé ambivalent, de par son investissement exacerbé encourrait alors le risque de s'épuiser à la tâche. Ce type d'attachement pourrait alors être un facteur risque de décompensation psychique de type dépressif.

3.3.5. Accompagnement de l'enfant adulte

Selon le concept de fonction réflexive développé par Fonagy en 1991, l'état mental et affectif du caregiver va influencer son interprétation des signaux émis par le sujet en position de vulnérabilité. De cette lecture des signaux découleront donc des comportements de caregiving auxquels le sujet, en état de vulnérabilité, répondra.

Selon une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le risque de décompensation psychique et/ou somatique est trois fois plus important chez l'aidant naturel que chez une personne lambda.

On peut donc imaginer que face aux problématiques émergentes liées à la pathologie - *telles que l'apparition de troubles du comportement par exemple* – l'enfant adulte va être confronté à des situations et des problématiques nouvelles auxquelles il n'est pas toujours préparé. Un manque de recul émotionnel, de compétences spécifiques et d'informations pourrait alors engendrer une véritable détresse psychologique chez lui. L'impossibilité de se ressourcer auprès de ses propres figures d'attachement, de recourir à des aides extérieures ou encore d'accéder aux informations nécessaires pourrait favoriser le risque dépressif. Les responsabilités lourdes et croissantes de la prise en charge pourraient alors se muer en fardeau.

De ce fait, l'interprétation et les réponses que l'enfant adulte apportera alors aux signaux émis par son parent âgé malade dépendraient de cette fragilité émotionnelle du moment. Les

réactions du parent âgé s'adaptent alors aux comportements mis en place par l'enfant adulte.

On pourrait donc assister à des réponses comportementales inappropriées de la part des enfants aidant face à la demande exprimée par le parent âgé. Cette configuration pourrait conduire à une extinction ou hyperactivation du système d'attachement du parent âgé. Dans le cas d'une hyperactivation du système d'attachement on pourrait assister, par exemple, à une recrudescence des troubles du comportement du parent malade.

La conception d'accueil de jour pour les personnes âgées atteintes de pathologie Alzheimer a été pensée en réponse à cette problématique. En effet, il s'agit de proposer un accompagnement journalier au parent dépendant, à une fréquence variable allant de 1 à 5 jours par semaine, afin de pouvoir décharger momentanément l'aidant et lui permettre de se ressourcer.

Cette proposition d'accompagnement permettrait donc à l'enfant adulte de prendre du recul quant aux problématiques de son parent et viserait à limiter les éventuelles décompensations. Des plateformes de répit pour les aidants sont également en voie de développement. Leur objectif serait d'offrir un moment privilégié de partage, de formation et d'écoute aux aidants afin de les accompagner dans la gestion des troubles inhérents à la pathologie de leur parent. L'objectif principal de telles structures serait donc de favoriser un meilleur accompagnement du parent âgé à domicile en travaillant au maintien d'un contexte psychologique favorable des aidants. Les accueils de jour peuvent également tenir lieu d'étape transitionnelle avec une institutionnalisation du parent malade.

4. Institutionnalisation et restructuration du lien parent âgé dément/enfant adulte

4.1. Triade enfant adulte/Institution/Parent âgé malade

L'institutionnalisation est souvent sollicitée au moment où la famille n'est plus en mesure d'accompagner le parent âgé, malade, à domicile. La demande peut provenir de l'enfant lui-même, ou de tierces personnes dont les compétences permettent de juger de la faisabilité ou non, d'un maintien à domicile. L'enfant adulte, jusqu'alors aidant principal, va donc être dans un passage de relais.

L'entrée en structure, s'inscrit alors comme une rupture avec un fonctionnement antérieur. En tant que figure d'attachement privilégiée, l'enfant adulte qui a tenu, jusque-là, le rôle de référent principal, doit déléguer sa fonction de soignant à la structure.

Il s'agit pour lui de remettre l'accompagnement de son parent âgé entre les mains de tierces personnes, qu'il ne connaît pas encore. Cette démarche ne se fait pas sans inquiétudes.

En effet, en découvrant la vie en structure, l'enfant adulte va la confronter d'emblée à ses perceptions et à ses attentes.

On peut ainsi imaginer qu'un enfant sécure aura plus tendance à faire confiance et à coopérer avec l'institution dans l'intérêt de son parent. Il saura peu à peu déléguer son rôle de soignants aux professionnels de santé pour reprendre sa position d'enfant. Il s'impliquerait plus facilement dans la prise en charge, respectant le rôle de chacun. En tant que figure d'attachement, son accompagnement serait alors de l'ordre affectif, privilégiant une réassurance émotionnelle au moment de ses visites.

Le parent âgé malade serait alors plus serein face à l'institutionnalisation et présenterait moins de troubles du comportement, sa figure d'attachement étant accessible et fonctionnelle.

On peut imaginer que l'enfant adulte présentant un attachement insécure évitant déléguerait aisément la prise en charge de son parent. Il serait moins présent et peu impliqué dans l'accompagnement de son parent âgé. Ses visites seraient plus espacées voire inexistantes. Son comportement auprès des équipes pourrait alors être fuyant, l'enfant insécure ne semblant pas à même émotionnellement de s'investir dans la prise en charge de son parent malade.

Le parent âgé malade ne pouvant se référer à sa figure d'attachement pourrait alors soit inhiber, soit hyperactiver son système d'attachement en l'absence de son enfant. Sa figure d'attachement restant inaccessible il pourrait être susceptible de présenter plus de troubles du comportement de l'ordre de l'agressivité, de l'agitation ou inversement de l'ordre de l'apathie.

Pour finir, on peut supposer que l'enfant insécure ambivalent aurait plus de mal à accepter l'institutionnalisation du parent. Il aurait des difficultés à faire confiance et à déléguer son rôle de soignant principal. Il serait susceptible de se mettre en position de rivalité avec l'institution, pensant être le seul à pouvoir répondre au mieux aux besoins de son parent malade. On peut observer chez lui une ambivalence caractéristique entre son impossibilité de maintenir une prise en charge en raison de son épuisement et son implication exacerbée, voire

compulsive dans l'accompagnement en structure de son parent. Son intervention, généralement de l'ordre de l'ingérence, semblerait refléter un désir inconscient de mettre l'institution en échec afin de maintenir sa légitimité d'être en tant que figure d'attachement unique. N'étant pas en mesure de se repositionner en tant qu'enfant, il maintiendrait donc un positionnement de soignant. Les comportements mis en place auprès du parent âgé pourraient alors être inscrits dans une continuité de ceux mis en place avant l'institutionnalisation.

Le parent âgé pris entre deux feux pourrait alors être susceptible de présenter des signes anxieux. Le caregiving de leur figure d'attachement principal pouvant être ressenti comme envahissant, ils pourraient alors présenter une inhibition de leur système d'attachement apparenté à de l'apathie ou à des troubles dépressifs.

4.2. Parent âgé malade en institution

L'entrée en institution pour le parent âgé malade pourrait s'apparenter à la « strange situation » définie par Mary Ainsworth, le caregivers étant ici l'enfant adulte, le parent âgé étant dans une position de vulnérabilité.

En effet, le parent âgé se retrouve de fait en milieu non familial. Ses repères, déjà altérés par la maladie, ne s'en retrouvent que plus bouleversés. On peut ainsi évaluer ses réactions face à la séparation et aux retrouvailles avec son enfant adulte et déterminer sa capacité à l'utiliser comme base de sécurité.

Nous avons pu constater que lorsque le parent âgé malade présente un attachement sécure, il est triste lors de la séparation avec son enfant. Toutefois, il est rassuré et consolable par les équipes soignantes. Il peut alors continuer à investir la vie institutionnelle en participant aux activités proposées par exemple. Lorsqu'il retrouve sa figure d'attachement au moment des visites, il exprime de la joie et du contentement.

Lorsque le parent âgé présente un attachement insécure évitant, il n'exprime pas ou peu d'émotions au moment de la séparation avec son enfant. Il semble être dans une inhibition comportementale. Il ne sollicite pas les équipes et semble accorder peu d'intérêt à son environnement. Il ne prend pas d'initiative et a besoin de stimulations pour réaliser les actes du quotidien. Lorsque son enfant lui rend visite, il n'exprime que peu d'émotions, maintien une forme d'indifférence à sa présence, et continue l'activité en cours, telle que manger par exemple.

Pour finir, lorsque le parent âgé présente un attachement insécurité ambivalent, il exprime un grand désarroi au moment de la séparation avec son enfant. Son système d'attachement semble être hyperactivé. En effet, on peut constater une recrudescence de comportements aversifs, tels que des larmes ou des cris. Il est difficilement consolable par les équipes. Lorsque son enfant lui rend visite, il semble à la fois satisfait, mais maintient des comportements ambivalents caractérisés, par exemple, par des injures, de l'agressivité puis des larmes ou encore des supplications. Il est difficilement rassurable.

4.3. Positionnement institutionnel

4.3.1. Accompagnement de la personne âgée

L'entrée en structure vient signifier la rupture avec plusieurs figures d'attachement simultanées, telles que le lieu de vie ou encore la présence permanente des enfants.

Le parent âgé en perte de repères se retrouve donc en milieu non familial, entouré d'inconnus.

Il s'agit pour chaque membre de l'équipe de créer avec le nouvel arrivant, une relation de confiance leur permettant d'être identifiés à leur tour comme figures d'attachement consécutives, après séparation.

Pour ce faire, l'institution se doit de maintenir une prise en soin cohérente et ce, autant que possible, avec du personnel fixe. En effet, la proximité avec une même personne engagée dans une relation de soins continue permettrait alors à la personne âgée de prendre des repères et d'identifier le soignant dans sa mission et sa fonction. Il pourra alors s'y référer lorsqu'il en aura besoin.

Par ailleurs, apporter une réponse adaptée, en temps voulu, aux demandes et aux besoins du sujet âgé malade, lui permettrait au fil du temps de modifier, si nécessaire, ses représentations mentales du caregiving, ou MIO. Il pourrait alors développer un mode de relation sécuritaire avec le personnel, qui s'inscrirait plus profondément sur un versant émotionnel. Un tel remaniement lui permettrait de mieux vivre son institutionnalisation et de développer une confiance en l'autre et en soi, comme digne de l'attention d'autrui.

En tant que psychologue, ma mission sera de cet ordre. En proposant des rencontres régulières et continues, je travaille donc à l'établissement d'une relation d'attachement sécuritaire. De ce fait, un sujet âgé en difficulté sera d'autant plus rassurable que la relation de confiance sera efficace. Il s'agit pour moi et pour l'ensemble des équipes de tenir lieu de figures d'attachement simultanées auxquels le sujet âgé pourra recourir en cas de besoin.

4.3.2. Accompagnement de l'enfant adulte

Comme nous l'avons vu précédemment, l'entrée du parent en structure peut s'avérer éprouvante pour la famille.

Il s'agit donc pour l'institution de rassurer l'enfant adulte sur la capacité des équipes à prendre le relais de soignant, en répondant au mieux et de façon cohérente aux besoins du parent malade. En mettant en évidence les compétences de caregiving des équipes, l'enfant se sentira sécurisé et pourra, de fait, déléguer plus sereinement son rôle d'aidant. Il pourra alors reprendre peu à peu un positionnement d'enfant.

Ma fonction de psychologue est d'offrir à l'enfant adulte un espace d'écoute et d'accueil quant à ses questionnements et inquiétudes. En travaillant à l'établissement d'une relation de confiance, je me positionne donc en tant que figure d'attachement à laquelle il pourra se référer en cas de difficultés.

La prise en considération de son vécu et de ses émotions permettra donc de modifier sa perception interne des qualités du caregiving institutionnelle. Au fil du temps, il pourra alors plus facilement déléguer son rôle de soignant et reprendre un accompagnement de son parent plus axé sur l'apport affectif.

D'autre part, il s'agit pour moi de l'impliquer aux mieux dans le projet d'accompagnement de son parent en apportant une écoute bienveillante et attentive à ses problématiques et en y tenant compte au mieux. Afin de limiter l'ingérence de l'enfant adulte dans les décisions de prise en soin, il conviendra d'anticiper son implication en sollicitant sa participation à l'élaboration du projet de vie de son parent, dans un cadre structuré. Sa participation et ses remarques seront prises en considération et valorisées, afin de lui permettre de continuer à s'impliquer auprès de son parent. Il s'agit donc de limiter l'émergence d'une relation de rivalité avec l'institution en favorisant la coopération, en faveur du bien-être du parent âgé malade.

La présence de l'enfant est un facteur bénéfique au maintien du bien-être du parent âgé en perte d'autonomie. Aussi, mon accompagnement en EHPAD s'inscrit dans une volonté de maintien de la relation parent/enfant.

5. Etude de cas

5.1.Histoire de vie

Mme G. est née le 28 novembre 1923 en Italie. Elle est issue d'une fratrie de 3 enfants, dont deux autres sœurs. Elle a passé son enfance à Florence avant de venir s'installer en France, proche de Marseille. Elle y a rencontré son époux, qu'elle a suivi en Corse, région d'où il était originaire.

De leur union sont nées deux filles. Ils ont par la suite déménagé pour venir s'installer à Menton, ville frontalière avec l'Italie. Mme G. était femme au foyer et son époux travaillait dans les chemins de fer.

A l'âge adulte, ses enfants ont quitté la maison familiale. Sa fille cadette est allée s'installer à Florence, en Italie, et son aînée a élu domicile à Menton. Mme G. a donc vécu plusieurs années avec son époux dans leur villa de Menton. Suite au décès de son conjoint, elle s'est installée à Menton, chez sa fille la plus proche géographiquement.

5.2.Conditions d'entrée

Mme G. a été diagnostiquée comme présentant une pathologie neurodégénérative de type Alzheimer ou de troubles apparentés. Sa fille s'en est donc occupée à domicile pendant plusieurs années, avec la présence d'aides à domicile. Cette dernière présentant, elle-même, de gros problèmes de santé ayant justifié l'amputation de ses deux jambes, la prise en charge à domicile de sa mère est donc devenue de plus en plus contraignante. La seconde fille de Mme G. résidant en Italie et s'occupant de son propre mari, gravement malade, n'était, quant à elle, pas en mesure de s'investir auprès de sa mère, en prenant un relais de soin.

Après une chute à domicile, Mme G. a été transférée à l'hôpital de Menton. Le maintien à la maison étant fortement compromis selon l'avis des spécialistes de santé, sa fille a donc entamé des démarches en vue d'une institutionnalisation. Mme G. a donc intégré l'EHPAD de la Maison Russe en janvier 2013.

5.3.Mme G. dans l'institution

A son entrée au sein de la Maison Russe, Mme G. présente une allure soignée. Elle se déplace avec un déambulateur et possède une bonne autonomie dans ses déplacements. Ses capacités cognitives sont partiellement préservées. Elle détient donc encore suffisamment de ressources pour s'adapter à son environnement et interagir avec efficacité. Elle apprécie les échanges et

les sollicitations mais ne prend pas d'initiatives. Au départ de sa fille, elle ne réagit que peu, intégrant le projet de visites prochaines.

Peu à peu, elle s'isole en chambre, limitant ses sorties. Elle est en demande et se sert régulièrement du bouton d'appel pour se faire entendre. Elle semble d'emblée avoir investi chambre, qu'elle prend alors comme repère principal. Elle s'en éloigne peu et limite ses déplacements à des allers retours jusqu'au lieu de vie.

En l'espace d'un an, l'état général de Mme G a commencé à décliner. Présentant des comportements moteurs aberrant de l'ordre de la déambulation, Mme G. passait ses journées à errer, refusant l'hydratation et l'alimentation. En état de fatigue avancée, ses possibilités psychomotrices se sont donc altérées. Sur demande du médecin traitant, et avec accord de sa fille, Mme G. a donc été hospitalisée pour aggravation de l'état général.

A son retour d'hospitalisation, Mme G. avait récupéré des forces. Toutefois, ses compétences motrices, jusqu'alors conservées, se sont retrouvées amoindries. Mme G. ne pouvait donc plus se déplacer, seule, sans risque de chute. Par ailleurs, ses capacités cognitives et mnésiques se sont rapidement altérées. Mme G., ne pouvant plus s'exprimer de manière cohérente, a commencé à utiliser des comportements plus archaïques, tels que crier, pleurer ou appeler.

5.4. Expérience de séparation et de réunion avec sa fille

Dès l'entrée en structure, sa fille aînée, identifiée comme personne référente, est impliquée dans sa prise en charge institutionnelle. Elle lui rend visite régulièrement, autant que faire se peut, en raison de ses propres problèmes de santé. Lors de ses visites, Mme G. semble plus apaisée. Elle identifie parfaitement sa fille et semble s'apaiser en sa présence. Plus les troubles mnésiques et cognitifs vont s'intensifier, plus les visites de sa fille vont s'espacer puis se raréfier.

En l'absence de sa fille, les comportements aversifs de Mme G. flambent. En effet, elle s'inscrit progressivement dans un mode de communication au monde plus archaïque, pouvant passer des journées à crier ou à appeler. Elle s'apaise momentanément au contact des équipes soignantes puis réactive son comportement d'appel dès qu'elle se retrouve seule.

La réassurance par la présence des équipes soignantes est de plus en plus difficile, le vécu d'insécurité de Mme G. semblant permanent.

Les troubles du comportement sont donc généralement maintenus malgré la présence et le réconfort des équipes. Lorsqu'elle reçoit à nouveau la visite de sa fille, Mme G. s'apaise momentanément puis réactive son comportement, pleurant, criant ou suppliant.

5.5. Positionnement de sa fille aînée

Sa fille aînée s'est retrouvée désignée en tant que figure d'attachement privilégiée en raison de l'impossibilité de sa cadette à s'impliquer et de par sa proximité géographique avérée. Dès notre première rencontre, elle me fait part de ce sentiment d'obligation de s'occuper de sa mère et de son vécu de solitude face à cet accompagnement.

De plus, en difficulté elle-même, d'un point de vue de santé, elle présente des facteurs de vulnérabilités psychologiques dans l'accompagnement de sa mère.

Au cours de nos entretiens, elle exprime sa détresse et son désarroi face à l'évolution de la pathologie de sa mère. Elle semble avoir de plus en plus de difficultés à tolérer les comportements mis en place par celle-ci. Elle semble donc dépourvue des ressources mentales et émotionnelles suffisantes pour supporter la proximité avec sa mère malade.

On peut donc supposer que, ne se sentant pas en mesure de répondre aux besoins et aux demandes de sa mère, dont la maladie évolue, elle va alors entrer, peu à peu, dans un système d'évitement de la situation redoutée. De moins en moins présente, elle limiterait alors son implication dans l'accompagnement institutionnel de sa mère.

La raréfaction de ses visites reflèterait donc son impossibilité émotionnelle à gérer l'évolution pathologique de sa mère. On pourrait alors supposer que cette fille présenterait un attachement insécure évitant, expliquant le retrait progressif de sa présence auprès de sa mère.

5.6. Positionnement de Mme G.

Mme G. semble avoir investi sa fille aînée en tant que figure d'attachement principale. A son entrée en institution, elle présente les ressources suffisantes pour favoriser l'accessibilité à la proximité physique de sa figure d'attachement. Elle est donc facilement rassurable.

Avec l'évolution pathologique, ses ressources cognitives ne lui permettent plus le recours à des stratégies mentalisées. Les représentations intériorisées ne sont plus suffisamment accessibles en mémoire. De ce fait, en situation de vulnérabilité, Mme G. va être amenée peu à peu à recourir à des schèmes mentaux plus archaïques. Son système d'attachement s'exprimera donc par la mise en place de comportements aversifs de l'ordre du cri, de l'appel ou encore des pleurs. Mme G. appelle régulièrement sa fille ou encore sa propre mère. Elle semble avoir annihilé le décès de cette dernière et se sécurise lorsqu'elle en évoque la présence.

Lorsque sa fille lui rend visite, elle est contente et apaisée mais maintient également des comportements d'appels et de plaintes. Au moment de la séparation avec sa fille, elle présente un fort désarroi et hyperactive son système d'attachement. La présence des soignants semblent l'apaiser momentanément, mais ses comportements se réactivent instantanément et s'amplifient à leur départ. Ces observations permettraient alors d'imaginer que Mme G. présenterait un modèle d'attachement insécure ambivalent.

Par ailleurs, la raréfaction des visites de sa fille pourrait majorer les comportements aversifs chez Mme G. En effet, sa figure d'attachement principale demeurant inaccessible, la régulation émotionnelle de Mme G. serait moins efficiente.

En effet, en situation de détresse et de vulnérabilité, Mme G. enclencherait son système d'attachement mais pourrait difficilement le mettre en veille, de par l'inaccessibilité de sa figure d'attachement principale. De ce fait, la recrudescence des comportements d'appels pourrait donc être également une conséquence de l'absence de la figure d'attachement principale.

5.7. Positionnement professionnel

Selon nos observations, le bien-être de Mme G. serait fonction du lien avec sa fille, définie en tant que figure d'attachement privilégiée.

5.7.1. Accompagnement de la fille

La fille aînée étant en difficulté vis-à-vis de l'évolution des troubles de Mme G., il s'agit pour moi en tant que psychologue de lui proposer un soutien moral. Cet accompagnement personnalisé pourrait alors servir d'étayage face à la situation actuelle et à la souffrance qui y est associée. Lui proposer un espace d'écoute lui permettrait de s'exprimer en toute liberté et

de pouvoir verbaliser son ressenti et ses émotions face à ses propres problématiques et à celles rencontrées dans la relation à sa mère. En travaillant au maintien de l'état mental et affectif de sa fille, on pourrait alors limiter les comportements évitant, liés à la détresse rencontrée face aux troubles de sa mère.

De plus, ces temps d'accompagnement privilégiés permettraient d'effectuer une réflexion commune quant à la façon d'appréhender les comportements de Mme G. Le but serait d'offrir à la fille de Mme G. la possibilité d'envisager des stratégies lui permettant de faire face, au mieux, aux événements vécus. Il s'agit également de l'accompagner à définir ses propres capacités et limites en tant qu'individu, afin d'amenuiser les mises en difficultés.

Le travail psychologique doit également aller dans le sens d'une réassurance quant aux qualités du « caregiving » institutionnel, afin que la fille de Mme G. puisse concevoir la prise en charge des équipes comme un relais fiable. De ce fait, plus la confiance en l'institution sera développée, plus la fille de Mme G. pourra se ressourcer et se sentir moins en difficultés dans l'accompagnement de sa mère.

5.7.2. Accompagnement de Mme G.

Mme G. présenterait un attachement insécure ambivalent. En situation de vulnérabilité permanente liée à l'évolution de la pathologie, elle montre des comportements archaïques tels que crier, pleurer ou encore appeler, visant à obtenir la proximité physique avec sa figure d'attachement.

Mme G. appelle régulièrement sa mère. Ce recours semble être une réminiscence d'un comportement d'appels précoce. Mon accompagnement vise à la faire verbaliser quant à cette figure d'attachement primordiale qui semble la sécuriser. Par le biais de l'évocation, Mme G. s'apaise alors momentanément.

Par ailleurs, en tant que psychologue, il s'agit pour moi de créer une relation continue et pérenne avec Mme G. afin d'être identifiée en tant que figure d'attachement potentielle. En multipliant mes interventions à ses côtés, mon objectif est donc d'être identifiée comme étant une personne positive.

Les compétences mnésiques de Mme G. étant sévèrement altérées, le travail sur ses représentations internes de l'attachement (ou MIO) semble compromis. Toutefois, chez les personnes atteintes de Maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, la dimension

émotionnelle semble préservée. Ainsi, c'est sur cet axe que j'orienterais mon accompagnement. En effet, si à chaque activation du système d'attachement, une réponse cohérente est apportée, par mes soins ou par un membre de l'équipe soignante, une empreinte émotionnelle positive pourra y être associée.

De ce fait, Mme G. pourra au fil du temps généraliser ce vécu positif à l'ensemble des réponses environnementales. Se sentant sécurisée, son système d'attachement pourrait alors être activé avec moins de récurrence.

Afin de mener à bien un tel accompagnement, un travail avec les équipes soignantes est donc nécessaire.

5.7.3. Accompagnement des équipes

Les comportements actifs d'appels de Mme G. étant quasi permanents, il s'agit d'accompagner les équipes quant à cette prise en charge qui peut s'avérer complexe. Au sein de l'institution, l'équipe soignante tient le rôle de « caregiver ». De ce fait, elle est désignée comme figure d'attachement consécutive, après séparation.

Nous avons vu que Mme G. met en place un comportement dont la finalité est d'obtenir la proximité avec sa figure d'attachement, en vue de se sécuriser. Lorsque la réponse apportée par la figure d'attachement est adaptée à sa demande, elle est rassurée ou « secure ». Or ce sentiment de sécurité n'est pas pérenne chez Mme G. car ses comportements se réactivent aussitôt le soin apporté. De ce fait, l'accompagnement de Mme G. peut s'avérer problématique pour les équipes, pouvant se sentir peu à peu en échec vis-à-vis de leurs interventions.

Le risque serait alors que les soignants, se sentant démunis face au maintien des comportements d'appels, malgré les soins prodigués, entrent dans un comportement évitant face au caractère anxiogène de la situation. En répondant de moins en moins aux appels répétés par Mme G., le système d'attachement de cette dernière ne pourrait donc pas se mettre en veille, même ponctuellement. La proximité recherchée par Mme G. serait donc vouée à l'échec. Son système d'attachement resterait donc activé et une émotion négative risquerait d'être associée à cette indisponibilité de la figure d'attachement.

Afin d'éviter une telle situation, il s'agit pour moi en tant que psychologue, d'entendre les difficultés rencontrées par les équipes et de pouvoir mener, avec elles, une réflexion quant à la façon d'appréhender la prise en charge de Mme G.

Afin de limiter le sentiment d'échec et l'épuisement, les relais d'accompagnement doivent être privilégiés et fortement encouragés. En effet, les équipes sont composées de plusieurs individus, tous engagés dans une relation continue de soins avec Mme G. Chaque soignant est donc potentiellement identifiable en tant que figure d'attachement. De ce fait, lorsqu'un soignant ne se sent plus la ressource émotionnelle pour répondre à la demande et aux besoins de Mme G., l'un de ses collègues doit être apte à prendre la continuité de sa prise en charge. Par ce biais, Mme G. obtiendrait la proximité avec l'une des figures engagées dans son accompagnement. Ayant obtenu une réponse à ses appels, le système d'attachement de Mme G. pourra alors être mis en veille, momentanément. Mme G. pourrait alors, à long terme, associer des émotions positives quant aux capacités de caregiving de l'institution et activer son système d'attachement moins fréquemment.

De ce fait, en apprenant à déléguer momentanément leur prise en soin, les soignants seraient alors plus enclins à maintenir à long terme un accompagnement adapté et bienveillant.

5.7.4. Pour conclure...

Mon travail en tant que psychologue consiste à veiller au maintien du bien-être du résident accueilli. Pour ce faire, je me dois d'analyser les situations rencontrées afin de mener une réflexion cohérente avec les problématiques dégagées. Le maintien de la relation parent/enfant me semble ici essentiel au bon accompagnement de Mme G. Sa prise en charge optimisée passe donc par la mise en place d'un soutien psychologique à sa fille, figure d'attachement principale, mais également aux équipes de soins, figures d'attachement secondaires consécutives, après séparation avec le milieu initial familial.

Conclusion

En m'inscrivant au sein de ce DU de psychopathologie Infanto-Juvenile, je desirais acquerir des connaissances afin d'elargir mon champs d'intervention. Psychologue clinicienne en activite dans le secteur de la gerontologie, je desirais obtenir des competences specifiques afin de mieux cerner les problematiques rencontrees dans le domaine de la petite enfance. Au-dela de cet objectif, pleinement rempli par le biais des sessions d'enseignement, j'ai egalement eu l'opportunité de acceder a des outils me permettant de mener une reflexion constructive quant a ma pratique actuelle en EHPAD.

En effet, l'approche de la theorie de l'attachement m'a permise, de mieux apprehender les processus en jeu dans la construction precoce des relations parent/enfant puis de les etendre a la restructuration de ce lien lorsque le parent devient dependant dans le cadre d'une pathologie Alzheimer ou de troubles apparentes. Ce nouvel eclaireage theorique m'a offert l'opportunité de repenser ma pratique et de conceptualiser certaines configurations relationnelles retrouvees dans l'accompagnement en fin de vie

Par ailleurs, cette reflexion a conforté mon desir de m'investir plus en avant dans le secteur infanto-juvenile. En effet, il apparait clairement qu'un accompagnement specifique en amont peut influencer positivement sur les problematiques rencontrees plus tard, et notamment en fin de cycle de vie.

En proposant un accompagnement psychologique continu et adapte, je pourrais, en tant que figure d'attachement, travailler a la modification des representations internes (MIO) du sujet en souffrance. Par ce biais, le fonctionnement de la personne pourrait alors etre modifie en faveur d'un nouveau fonctionnement moins couteux. Cette approche en debut de cycle de vie impacterait donc sur les perspectives a venir du sujet. Un projet d'exercice en cabinet a donc emerge au cours de ce cursus de formation enrichissant.