

Sommaire

Introduction.....	1
Partie Théorique	3
1) L'aidant familial : un investissement réel et psychique dans la relation d'aide	3
1.1 Définitions et chiffres.....	3
1.2 La désignation de l'aidant au sein du système familiale	4
1.3 Les pertes et le "deuil blanc"	5
1.4 L'épuisement de l'Aidant.....	8
1.5 Culpabilité de l'Aidant et problématiques de séparation : une difficulté à être aidé?	9
2) Etre l'aidant de son parent : le bouleversement d'un système familial	11
2.1 La crise familiale	11
2.2 Changements et inversions dans les rôles : le bouleversement d'un système familial	12
3) Attachement et représentations des relations parent-enfant dans la relation d'aide ..	15
3.1 La théorie de l'Attachement.....	15
3.2 L'attachement et les représentations des relations parent-enfant à l'âge adulte.....	16
3.3 Les liens d'attachement et les relations parents-enfants dans la relation d'aide	18
Problématique	20
Partie Méthodologique	22
1. Population rencontrée.....	22
2. Outils et protocole de recherche.....	23
3. Résultats Cliniques	24
Articulation théorico-clinique.....	34
1. Positionnement dans la relation d'aide et structure d'attachement	34
2. L'importance de l'attachement dans la relation d'aide.....	37
3. Etre un « bon aidant » : une injonction morale, familiale ?	39
4. Questionnements et limites	41
Conclusion	45
Bibliographie	46
Annexes	48

Introduction

Ce mémoire présente une recherche en Psychologie Clinique et Sociale Clinique, basée sur un stage de Master 1, au sein d'une Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants d'un Centre Communal d'Action Sociale. La plateforme reçoit et soutient des aidants familiaux d'une personne âgée, en perte d'autonomie ou dépendante. Nous nous intéressons plus particulièrement à la situation d'aidants familiaux accompagnant leurs parents âgés au sein de ce mémoire.

Avec le vieillissement de la population sont apparus de nouveaux enjeux et questionnements sur la prise en charge de nos aînés. La sphère sociétale, mais aussi la sphère familiale, sont impactées par ce vieillissement. Davantage de générations (jusqu'à 5) sont ainsi amenées à "coexister". Nous avons vu apparaître la notion d'Aidant, d'abord professionnel (au domicile ou en institution), puis familial, lors de l'accompagnement par un proche. La société prend de plus en plus conscience de l'importance conjointe de ces aidants familiaux et professionnels. La journée du 6 Octobre leur est d'ailleurs consacrée depuis 2010.

Etre aidant familial peut s'étendre sur de nombreuses années. Il devient alors important d'effectuer en amont une certaine prévention sur ce qu'être Aidant peut impliquer, de prévenir l'épuisement et les difficultés psychologiques liées à ce statut. Il semble également capital d'aider les aidants, pour qu'ils puissent accompagner sereinement leurs proches. Leur permettre d'entrevoir des moments de répit, pour eux-mêmes, est une possibilité offerte par les aidants professionnels.

Etre aidant c'est aussi, pour certains, rencontrer des difficultés à se situer dans la relation d'aide et éprouver une certaine souffrance de devoir adopter ce statut auprès du proche. Les rencontres avec les aidants nous ont amené à nous interroger dans un premier temps sur la complexité de la relation d'aide, au travers des processus psychiques dans lesquels les aidants pouvaient se sentir impliqués. Quels impacts pouvaient avoir le vieillissement et les pertes du proche, sur la relation parent-enfant déjà existante ? Quels éléments pouvaient venir influencer la manière dont l'aidant semblait se positionner dans cette relation d'aide ? Et plus généralement qu'est ce qui pouvait conduire l'aidant à ressentir un épuisement face à cette relation d'aide, ou au contraire à la vivre plutôt sereinement.

La rencontre avec Madame A lors d'un entretien clinique nous amena à envisager certains éléments pouvant avoir un impact sur sa relation d'aide. Celle-ci nous expliquait ses difficultés à adopter ce rôle d'aidante auprès de sa mère, ce qu'elle mettait en lien avec son enfance. Elle disait avoir manqué (d'amour, d'affection,...) de ses parents. L'élaboration qu'elle pouvait faire de sa souffrance dans cet accompagnement auprès de sa mère nous amena à nous questionner sur l'influence que pourraient avoir les liens d'attachement de l'enfance entre l'aidant et son parent, et donc la structure d'attachement de l'aidant, dans la relation d'aide actuelle auprès de ce parent.

Afin de mener notre étude, nous présenterons dans un premier temps une partie théorique autour du rôle d'aidant, plus précisément auprès d'un parent âgé et de la notion d'attachement. Nous présenterons ensuite notre problématique de recherche et nos hypothèses que nous tenterons d'étudier au travers des situations de trois aidants accompagnants leur parent, Madame A, Madame B et Monsieur C, rencontrés à la Plateforme des Aidants. Nous articulerons ensuite la théorie présentée en début de recherche, avec les éléments cliniques de ces rencontres, afin de répondre à nos questionnements et d'en envisager d'autres, pour mieux cerner la complexité et les enjeux de la relation d'aide.

Partie Théorique

1) L'aidant familial : un investissement réel et psychique dans la relation d'aide

1.1 Définitions et chiffres

Différentes terminologies existent pour désigner l'aidant d'un proche. Cette notion est apparue récemment dans la littérature et il n'existe pas de consensus sur le terme et le statut, à ce jour. Bouati, Sagne, Hunsicker, Gavazzi et Couturier (2016) relèvent ce point et énumèrent les différentes appellations existantes, telles que *l'aidant familial, naturel, informel ou non professionnel*. Au sein de cette recherche, nous privilégierons le terme d'aidant familial.

Cette absence de terme général et l'apparition tardive d'une définition juridique peuvent ainsi renforcer les difficultés de l'aidant à se reconnaître comme tel. Pour en apprécier le statut et les aides auxquels il peut prétendre, l'Union Européenne propose une définition de l'aidant familial (naturel ou informel) comme *“la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, etc.”* (cité par Bouati et al. 2016).

Une autre définition de l'aidant familial établie par le Code de l'action sociale et des familles concerne davantage le champ du handicap. Cette définition juridique spécifie que *“est considéré comme un aidant familial, (...), le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine (...) et qui n'est pas salarié pour cette aide”*, cité par Rousset (2015). Cette définition de l'Aidant prend comme point de départ le handicap en général, mais comprend aussi les maladies neurodégénératives ou autres (cancer, VIH,...). En l'absence d'un consensus autour de la notion d'aidant familial d'une personne âgée, les auteurs proposent d'utiliser cette définition afin de l'appliquer aussi à ce type d'aidant.

La prise en charge d'un proche âgé, atteint d'une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, aurait trois impacts pour l'aidant familial. Un impact économique, par l'investissement de temps, d'énergie et d'argent dont l'aidant peut faire preuve, et un impact

psychique et relationnel (Charazac, 2009). Nous développerons ces processus psychiques et les changements relationnels possibles, liés à la relation d'aide, par la suite.

Mollard (2009) rapporte que selon une étude de 2008 de la Fondation Médéric Alzheimer, *“entre 70 et 85% du soutien comprenant l'aide et les soins à la personne”* seraient apportés par les aidants familiaux. En 2008, l'enquête de l'IFOP pour la MACIF révélait que 51% des aidants sont les conjoints et 25% les enfants des aidés. L'aide est apportée de manière régulière, 90% des aidants s'occupant au moins une fois par semaine de leur proche, dont 63% au quotidien. Bouati et al. (2016) nous rapportent aussi quelques chiffres concernant les aidants familiaux. La majorité de ces aidants seraient des femmes à 59% et dans 72% des situations, l'aidant est l'épouse ou l'époux de son proche aidé. Les aidants sont 74% à vivre au domicile du proche aidé. Ce sont les enfants (68%) qui sont majoritairement à l'origine d'une demande d'institutionnalisation du proche, et l'épouse dans 23% des situations. L'entrée en institution se ferait en moyenne plus de 3 ans après le début de l'accompagnement par l'aidant. Durant ces années, l'aidant en vient souvent lui-même à se retrouver en situation de difficultés, de souffrance ou d'épuisement.

Ainsi, après avoir défini ce qu'est un aidant familial, nous allons nous intéresser à des éléments de la relation d'aide pouvant amener une telle souffrance et un état d'épuisement chez l'Aidant. Les causes de l'épuisement peuvent être multiples et nous allons présenter certaines d'entre elles plus précisément.

1.2 La désignation de l'aidant au sein du système familiale

Au sein des familles, même avec une fratrie nombreuse, nous retrouvons toujours un des membres de la fratrie, désigné comme **aidant principal** par le reste de sa famille. Mollard (2009), évoque que la désignation de l'aidant comme aidant principal n'est pas faite au hasard et qu'il ne s'agit pas forcément d'un choix pour l'aidant lui-même, car il n'a pas toujours la possibilité de refuser, au vue de ses caractéristiques personnelles et de celles du reste de sa fratrie. En revanche, l'aidant peut parfois s'octroyer cette place lui-même, afin d'obtenir un statut privilégié auprès du parent. Il peut ensuite lui être très difficile de quitter cette place.

La désignation et les conflits pouvant avoir lieux au sein de la fratrie n'existent pas dans le cas d'un aidant enfant unique, mais celui-ci rencontre d'autres difficultés (Revault, 2015). Il se retrouve seul pour tout gérer et assumer, il ne pourra donc pas partager sa souffrance et son trop plein avec sa fratrie. Cela peut le mettre dans un certain **isolement** générant une souffrance importante.

En ce qui concerne les aidants qui sont membres d'une fratrie, souvent celle-ci peut être dispersée géographiquement et c'est alors l'enfant vivant le plus près du parent qui se voit attribuer "logiquement" ce rôle d'aidant principal. L'aidant peut ainsi se sentir soutenu par le reste de sa fratrie, ou qu'une seule partie, ou bien ne pas avoir l'impression d'être soutenu. Ainsi selon Revault (2015), le soutien peut être de différents degrés, il peut s'agir du "*soutien réel*" (appels téléphoniques réguliers, aides matériels, déplacements fréquents,...), d'un "*soutien de principe*", qui se voit plus rare et superficiel et qui laisse l'aidant dans un sentiment d'injustice, et enfin l'absence totale de soutien. Cette absence de soutien ou un soutien superficiel amènent des tensions et frustrations qui ne sont généralement pas verbalisées par l'aidant principal, mais qui vont s'accumuler et resurgir, par exemple au moment de l'enterrement du parent, pouvant parfois entraîner des séparations familiales.

La situation apparaît alors comme injuste pour l'aidant qui se retrouve à porter seul le poids de l'accompagnement de son parent, mais ayant conscience que sa fratrie n'est pas aussi proche que lui géographiquement, l'aidant n'a pas d'autre choix que d'accepter la situation, ou plutôt se résigner. L'auteur distingue ces deux points car l'acceptation conduirait à un calme, une paix intérieure, tandis que la **résignation** entraîne de la rancœur ou colère inconsciente.

Du côté du reste de la fratrie qui vit loin (l'auteur exclut les membres d'une fratrie qui auraient rompu tout lien), et ne peut se déplacer que rarement du fait de la distance géographique et de paramètres personnels ou professionnels, cela risque de les laisser dans un état de "*mauvaise conscience*", de **culpabilité**. En effet, nous vivons avec l'injonction morale selon laquelle nous devons aider et accompagner nos parents. Quand cela n'est pas possible pour les membres de la fratrie, ils peuvent tenter de se justifier auprès de l'aidant principal pour se rassurer eux-mêmes, essayer de ne pas penser et ne pas voir tout ce que l'aidant peut accomplir et vivre au quotidien. Ou encore envoyer un soutien matériel/financier, ou conseiller son frère ou sa sœur de faire appel à des aidants professionnels, ce qui risque de renforcer la colère de l'aidant.

1.3 Les pertes et le "deuil blanc"

1.3.1 Les pertes du proche aidé

En lien avec le vieillissement ou la maladie, le proche est amené à connaître des pertes physiques et/ou cognitives, entravant son autonomie. Son aidant doit alors faire face à ces changements plus ou moins importants chez ce proche aidé et aimé, qui n'est plus tout à fait le même qu'avant. Crochot et Bouteyre (2005) nous indiquent que les pathologies de type Alzheimer, Parkinson, démence à corps de Lewy, fronto temporale, etc, impliquent des pertes,

qui impactent l'autonomie et qui mènent parfois à une "dépendance complète". Ces pathologies sont notamment sources de troubles au niveau cognitif (fonctions supérieures, mémoire, orientation temporelle et spatiale, aphasie,...) mais également au niveau comportemental (apathie, bizarreries, délires, incontinence, agressivité, agitation,...).

Ces troubles font effraction dans la sphère familiale, et particulièrement sur l'aidant familial, qui doit alors faire face à ces changements, amenant des inquiétudes, de l'angoisse, de la peur,... L'aidant et la famille doivent alors se confronter à la dégénérescence du proche, à ses pertes physiques et intellectuelles, et peuvent pour certains ne plus être du tout reconnus par le proche aidé. L'aidant devient "un inconnu" pour cet être aimé, créant alors une douleur, une souffrance inqualifiable.

Pour le proche aidé lui-même, ces pertes sont compliquées à accepter et peuvent créer une souffrance importante. Revault (2015, p.29-36) parle notamment de "**despotisme de la personne âgée**", il s'agit d'une attitude adoptée par certaines personnes âgées, qui réagissent face à cette souffrance en devenant exigeantes, en voulant maîtriser l'Autre ou même en critiquant l'aidant dans son accompagnement,... Il propose de voir ce despotisme comme la conséquence de la souffrance liée au fait de "*ne plus être ce que l'on a été*" (p.29), en devenant dépendant d'un autre, mais aussi par le fait de se rapprocher de la mort, avec les angoisses que cela peut entraîner. Il importe alors pour l'aidant d'être dans une certaine réflexion par rapport au comportement du proche, afin d'éviter des comportements en miroir, plus ou moins violents (menaces, cris,...), ou de vengeance ("*sans volonté délibérée de faire mal, mais c'est une réaction de défense naturelle*", p.33), envers le proche aidé. La personne âgée est renfermée dans sa perte d'autonomie et ne voyant plus les autres autour, il importe que l'aidant lui montre qu'il existe, non pas sous forme de reproches, mais "*en modifiant son état d'esprit*" et en lui faisant ressentir "*sa sincérité et son désarroi*" (p.36).

Par ces pertes physiques, cognitives et cette possible perte de mémoire du proche aidé qui ne se rappelle plus de son entourage ou de certains événements de vie, l'aidant peut être amené à ne plus reconnaître lui non plus son proche aidé. Il peut ainsi avoir la sensation d'avoir perdu ce proche qui physiquement est pourtant toujours là. Des auteurs proposent alors de parler de "**deuil blanc**" ou "**pré-deuil**" pour définir cette situation de souffrance dans laquelle l'aidant peut se trouver.

1.3.2 Deuil blanc de l'aidant

Le deuil blanc fait référence aux travaux de Green (2007) sur la clinique du vide ou négatif, et notamment les concepts d'angoisse blanche, de deuil blanc et psychose blanche, où le blanc fait référence au vide, à l'absence. Il propose ainsi de voir l'angoisse blanche ou le

deuil blanc comme le résultat “*d’une des composantes du refoulement primaire : un désinvestissement massif, radical et temporaire, qui laisse des traces dans l’inconscient sous la forme de trous psychiques*” (p.252). Le désinvestissement de l’objet primaire, maternel, entraînerait donc cette angoisse blanche ou deuil blanc, “*traduisant la perte subie au niveau du narcissisme*” (p.252) et qui amènera ensuite des mouvements de haine et de réparation

Selon la Société Alzheimer du Canada (2013), le deuil blanc des aidants “*est le type de deuil que l’on ressent lorsqu’une personne atteinte d’un trouble cognitif n’a plus la même présence mentale ou affective que par le passé, bien qu’elle soit toujours présente sur le plan physique*”. Pancrazi (2008), cité par Pierron-Robinet, Bonnet et Mariage (2016) explique que le pré-deuil peut correspondre au “*deuil de l’image du proche et de la relation antérieure*”, ou encore dans le cadre d’une Maladie d’Alzheimer par exemple, lorsque le parent malade ne reconnaît plus son enfant.

Certains auteurs s’opposent en revanche à cette notion de pré-deuil, comme Montani (2004), cité par Pierron-Robinet et al. (2016), qui considère qu’il “*ne peut être consommé du vivant du patient*”, car “*la permanence de l’objet d’amour dans la réalité extérieure entraînerait la paralysie des investissements de l’aidant familial et le gel de son pré-deuil*”. Joubert (2012) évoque le fait que la famille, face à ce proche devenant un “*étranger*”, ferait face à une angoisse d’effondrement lorsqu’elle penserait la séparation. Cela entraînerait une “*pathologie du contenant généalogique*” chez les proches qui se retrouvent alors “*blessés narcissiquement et en difficulté identitaire*”. La séparation actuelle d’avec le proche réel et l’image interne de celui-ci ne peut donc être pensée selon ces auteurs.

Cependant, Pierron-Robinet *et al.* (2016) pensent que dire que le pré deuil ne serait possible du vivant du proche malade est questionnant, puisque les pertes de ce dernier auraient des effets sur la réalité extérieure mais aussi sur le fantasmatique de l’aidant. Au niveau du fantasme, l’aidant désinvestit l’image familière de son proche et de la relation antérieure. En effet, le proche n’est plus celui qu’on connaissait et la relation s’en trouve alors changée. Mais la perte d’autonomie grandissante du proche amène l’aidant à s’investir davantage dans la relation d’aide, il s’agit là d’effets sur la réalité extérieure. Ce double mouvement correspondrait alors au travail de pré-deuil pour l’aidant familial.

Ce changement dans la relation au proche et l’investissement croissant de l’aidant dans la relation d’aide peuvent l’amener à ressentir une souffrance importante, être facteur d’un épuisement. Nous allons donc nous intéresser plus particulièrement à différents facteurs de cet épuisement, en plus des éléments exposés auparavant.

1.4 L'épuisement de l'Aidant

L'épuisement des aidants pourrait être considéré au travers de deux facteurs : sociaux et personnels (Bouati *et al*, 2016). Parmi les facteurs sociaux, ils évoquent l'**isolement** dans lequel l'aidant peut se sentir. Cet isolement est en lien avec la maladie et les troubles de l'aidé, pouvant être tabous et représentés négativement, ainsi que la durée de la maladie et donc les nombreuses années pendant lesquelles l'aidant accompagne son proche, avec une présence quotidienne de plus en plus importante au fil du temps. Cet isolement est lié aussi aux troubles de mémoire ou de comportements présentés par le proche, qui peuvent être fluctuants et ne pas être perçus par les autres. Concernant les facteurs personnels, les auteurs évoquent l'espoir impossible d'une guérison de la maladie de l'aidé, la culpabilité de l'aidant lorsqu'il doit décider à la place de son proche et "*l'ambivalence de ses sentiments entre compassion et colère*" à l'égard du proche aidé, qui s'éloigne de plus en plus de lui au fur et à mesure que la maladie évolue.

Ces facteurs de l'épuisement des aidants ont aussi été évoqué par Mollard (2009). Souvent, le proche aidé n'adhère pas aux soins et aux aides qui lui sont apportées, il ne reconnaît que rarement le statut et l'importance de son aidant familial, et il peut même être agressif envers lui. L'épuisement correspondrait ainsi à une "*faillite énergétique, la conséquence d'un sur investissement d'énergie en situation de faible retour*". Dans ce cadre, le concept de **fardeau** est apparu fin des années 80 pour "*quantifier les charges et les coûts de l'aide*". Il est divisé en fardeau objectif et subjectif, dont on mesure le lien. Le fardeau objectif correspondant à la présence de troubles cognitifs chez le proche aidé, l'importance de ses incapacités et la quantité d'aide fournie. Et le fardeau subjectif étant lié à la fatigue, l'isolement social et la dépression. Bocquet *et al*. (2001) évoquent aussi l'importance de la solitude chez les aidants familiaux et le sentiment d'être prisonniers de ce rôle d'aidant (Cité par Mollard, 2009).

Elle propose cependant d'être vigilant quant aux conclusions des études portées seulement sur l'individu car les aspects affectifs de la relation aidé-aidant ne sont pas présents. Le risque est de penser que l'aidant ne peut être qu'à une place passive, subissant cette situation, tandis que le proche aidé prendrait une place de "*bourreau, responsable de la charge imposée à son entourage*" (Mollard, 2009). Elle met en avant la crise familiale et le concept d'aidant désigné comme facteurs de l'épuisement, que nous évoquerons ultérieurement.

Gand, Hénaut et Sardas (2014) font aussi référence au concept du fardeau chez l'aidant, ce "fardeau" venant essentiellement faire référence à la manière dont l'aidant perçoit son stress. Plus le fardeau est élevé et plus la santé psychique et physique de l'aidant se voit impactées. Lorsqu'il est mesuré à l'aide d'outils tel que le Zarit Burden Inventory (ZBI), le fardeau fait

cependant référence selon eux, aux représentations subjectives de l'aidant sur la situation d'aide. Et même lorsqu'on s'intéresse à la réalité objective, celle-ci étant rapportée par l'aidant, on y retrouve ses représentations. Il convient donc d'être prudent et de ne pas seulement s'intéresser aux représentations subjectives de l'aidant pour évaluer ses besoins et les moments de crise, cela afin d'y répondre de manière adaptée.

1.5 Culpabilité de l'Aidant et problématiques de séparation : une difficulté à être aidé?

1.5.1 L'aide aux aidants : une possibilité de "répit"

Afin de prévenir l'épuisement, ou de soulager l'aidant quand celui-ci se sent épuisé, des actions envers les aidants et des services pouvant lui proposer du **répit** sont possibles. Gand *et al.* (2014) font l'état des aides existantes (p.14-16), apportées aux aidants. Les associations ont un grand rôle dans ce cadre. France Alzheimer depuis 1985 ainsi que d'autres associations ont été créées pour venir en aide aux familles, et particulièrement aux aidants familiaux, de personnes ayant une pathologie spécifique ou touchées par une perte d'autonomie, en lien avec le vieillissement. Nous avons pu voir aussi une volonté des services territoriaux, comme les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), à prendre part à ces actions en faveur des aidants et de nos aînés. Des mutuelles, caisses de retraite et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) sont aussi impliquées.

Au sein même d'établissements spécialisés de types EPHAD, peuvent être proposés Accueil de Jour, hébergement temporaire ou permanent, comme aide aux aidants et prise en charge pour leur proche aidé. Les auteurs répertorient cinq types de services d'aide aux aidants dans toutes ces instances : l'information, la formation, le soutien moral ou psychologique, le répit et les services complémentaires (livraison de repas, prise en charge de la toilette,...).

Le répit correspond à une *"interruption dans une occupation absorbante ou contraignante ; du repos"*, *"un arrêt momentané, la suspension de quelque chose de pénible ou d'une souffrance"* (Mollard, 2009). Les aidants ont souvent des difficultés à entrevoir des moments de répit pour eux-mêmes et laisser pendant un temps leur place d'aidant, malgré les conseils de l'entourage ou de professionnels. Mollard (2009) propose de voir cette difficulté à prendre du répit en lien avec la notion de **séparation**, définie par Charazac (1998) comme *"se distinguant à la fois du deuil et de l'absence. Le deuil marque la disparition irrémédiable de l'objet réel tandis que dans la séparation, ce dernier survit à l'éloignement"*. Dans le cadre de la maladie et des troubles du proche aidé, l'aidant se retrouve face à ce dernier qui est présent physiquement mais il n'est plus celui qu'il était avant et n'a plus le rôle qu'il pouvait avoir

auparavant dans le système familial. L'aidant peut alors se sentir comme étranger de ce proche, pourtant si familier. Comment se détacher de lui alors qu'il devient de plus en plus dépendant? L'aidant peut alors se retrouver dans un certain mouvement d'attachement et de détachement à la fois.

1.5.2 Entre angoisse de séparation et sentiment de culpabilité

Les doubles mouvements d'attachement et de détachement envers le proche aidé vont conduire l'aidant à ressentir un sentiment de **culpabilité**. Ceci étant d'autant plus vrai dans le cadre de la Maladie d'Alzheimer où le proche aidé peut se retrouver totalement perdu lorsqu'il ne voit plus son aidant près de lui, il a perdu sa capacité de pouvoir vivre l'absence de l'Autre. La culpabilité ressentie peut aussi découler de l'histoire interpersonnelle de l'aidant, qui peut voir dans le soutien apporté le moyen de "*payer une dette*" à son proche ou "*réparer une histoire antérieure douloureuse*" (Mollard, 2009).

La culpabilité peut aussi survenir du fait que l'aidant familial se retrouve dans un choix impensable qui est de choisir de prendre soin de lui au « détriment » de son proche aidé, car les services de répit sont souvent mis en avant pour leur soutien apporté à l'aidant, mais pas suffisamment comme des lieux de soins pour le proche. Selon elle, les résistances de l'aidant à recourir à des services de répit malgré son épuisement sont alors liées au fait que l'aidant pense que "*acter la séparation pourrait entraîner une décompensation irréversible pour la personne malade, qui serait l'équivalent d'un « je le ferais mourir »*". Penser la séparation serait alors trop culpabilisante pour l'aidant.

Joubert (2006) évoque aussi cette notion de culpabilité en lien avec la **réparation**. Elle repère chez les aidants la peur de perdre l'amour du proche aidé mais aussi le "*fantasme de meurtre sous-jacent*", venant les culpabiliser de manière importante. Elle évoque que pour les aidants, et plus généralement les descendants d'un parent malade, la position de ces enfants peut être de trois types.

Sous la forme d'un **sacrifice**, lorsqu'il souhaite s'en occuper jusqu'au bout en mettant de côté certaines choses, activités, autour de lui, ou en voulant faire mieux que ce que le parent a fait pour lui, afin d'obtenir l'amour du parent jusqu'à la fin. Ou sous la forme d'une **vengeance**, quand l'aidant estime que son parent ne s'est pas occupé de lui et par exemple ne rendra pas visite à son parent. On peut entendre derrière cela l'idée inconsciente "*je lui ferai subir ce qu'il m'a fait subir étant enfant*" et cette position peut parfois entraîner de la haine et une certaine maltraitance envers l'aidé. Dans cette position, la réparation ne serait pas possible. Et enfin, cela peut être vécu de manière **culpabilisante** lorsque l'aidant va venir par exemple attaquer le lien du couple parental, car l'Edipe inversé se trouve réactivé à cette période, et

lorsque l'aidant peut être à l'origine de la séparation du couple, lors de l'institutionnalisation du parent malade, par exemple.

Le fait même de penser à l'institutionnalisation va amener chez l'aidant un sentiment abandonnique, générant une culpabilité (Bouati *et al.*, 2016). L'institution doit alors prendre en compte cette culpabilité et soutenir l'aidant et la famille en générale dans cette nouvelle étape. Les institutions ou équipes d'aides à domicile, peuvent faire tiers pour la famille et permettent à l'aidant de retrouver sa place, en tant que membre de la famille, en tant qu' "enfant de", et non plus seulement comme aidant de son parent.

L'aidant familial est souvent désigné par ses proches parce que des caractéristiques interpersonnelles au sein de la fratrie le déterminent « naturellement » comme l'aidant principal. Cette dite fratrie se retrouve alors prise entre des sentiments d'injustice, d'impuissance ou de culpabilité, selon la place que chacun occupe.

Nous avons ainsi exposé différents processus inhérents à la relation d'aide (culpabilité, deuil blanc, angoisse de séparation, réparation,...), conduisant à l'épuisement des aidants familiaux, tout en abordant leur réticence à faire appel à des services d'aide aux aidants et de répit pour leurs proches.

Au travers de cette première partie, nous avons pu constater que l'investissement de l'aidant est réel, par les actes réalisés pour son proche, mais aussi psychique, au travers des processus psychologiques dans lesquels il se trouve engagé par cette relation d'aide. Nous avons commencé à évoquer la relation d'aide entre un "enfant aidant" et son parent âgé en perte d'autonomie, au travers des différents types de positions qu'il peut être amené à occuper (sacrifice, vengeance, culpabilité). Nous allons nous pencher davantage sur cette relation d'aide, dans le cadre d'aidants d'un parent âgé.

2) Etre l'aidant de son parent : le bouleversement d'un système familial

2.1 La crise familiale

La désignation de l'aidant au sein du système familial et les conflits possibles au sein de la fratrie, pourraient être facteurs d'une **crise familiale**. Mollard (2009) nous rappelle que

la notion “*de traumatisme et de crises de séparation dans la clinique du patient âgé et de sa famille*” a été mise en avant par Charazac (1988). Selon ce dernier, la démence du malade entraînerait un effet traumatique sur “*les assises narcissiques du groupe familial*”. La crise correspondrait à une rupture dans la vie d’une personne par rapport à un équilibre antérieur. Elle entraîne des sentiments et émotions d’agressivité, et souvent vient impacter la réorganisation du Moi. Cette crise peut alors prendre différentes formes, par exemple la crise individuelle, la crise de couple ou encore celle du groupe familial (Bouati *et al.*, 2016).

Un parent malade n’a plus les moyens de se réguler par lui-même et il demande de plus en plus l’aide et le soutien d’objets extérieurs (Mollard, 2009). La famille, soumise à cette épreuve, en vient à perdre sa capacité d’autorégulation et se retrouve dans un fonctionnement traumatique. Car, comme son parent aidé, l’aidant va rejoindre « *le registre de l’excès ou du défaut* » (toujours dans le trop ou trop peu), par rapport à l’accompagnement de son proche (trop peu d’aides extérieures, trop d’intimité avec le corps du parent,...). Darnaud (2007) a aussi mis en avant la “*théorie des crises à l’intérieur de la famille*”. Il montre ainsi comment la situation d’aide auprès d’un parent malade peut évoluer, l’aidant pouvant se retrouver dans le doute ou la culpabilité, venant le mettre dans un état de souffrance et amenant des fragilités familiales.

Ainsi la maladie du proche aidé, les conflits au sein de la fratrie et les changements au sein du système familial qui en découlent, peuvent amener des souffrances et plus généralement des crises, individuelles et familiales. D’autres éléments au sein de la relation d’aide peuvent venir expliquer le bouleversement de tout un système familial, lorsqu’un parent devient dépendant.

2.2 Changements et inversions dans les rôles : le bouleversement d’un système familial

2.2.1 Inversion des rôles : le fantasme infantile de parentalité inversée

Lorsque l’aidant est amené à accompagner son parent en fin de vie, la relation d’aide et la démence du proche viennent quelque part inverser les rôles parent-enfant que l’aidant a toujours connu. Il peut ainsi se retrouver à adopter une place de “parent” pour son propre parent. En effet, la maladie de la personne aidée va avoir des effets sur sa position de père ou de mère auprès de ses enfants. Lorsque le parent aidé était une figure d’identification importante pour l’enfant aidant, la structure identitaire de ce dernier risque d’être impactée par la maladie. L’aidant risque alors d’entrer dans des mécanismes de défense comme le déni, afin de “*tenir à distance le danger interne que cela représente pour lui.*” (Mollard, 2009).

Comme le proche aidé ne peut plus faire preuve de sa position de parent auprès de ses enfants, ces derniers risquent de se retrouver face à une **situation abandonnique** et le risque est que l'aidant sur investisse sa position de soignant auprès du parent. Cela pouvant conduire à un *“renversement de l'ordre des générations dans un enjeu de toute puissance et dans un fantasme d'immortalité”* (Mollard, 2009). Elle cite Carpenter *et al.* (2001) qui évoquent une alliance fusionnelle entre le parent aidé et son enfant aidant, qui restent ainsi dans l'illusion selon laquelle la mort du parent pourrait être évitée. Mais cependant, le fait de désigner un des enfants comme l'aidant principal du parent, ou encore l'épuisement de ce dernier, pourraient venir redistribuer les rôles de chacun des membres au sein du système familial (Darnaud, 2007).

Dans cette idée d'inversion des rôles il importe d'évoquer le **“fantasme infantile de parentalité inversée”** (Joubert 2006). Cela correspond au moment où petit, l'enfant ne parvient pas à imaginer que ses parents ont été enfants eux-mêmes avant lui, car il les idéalise et les voit forts et protecteurs. Enfant, il n'a pas intégré la différence des générations et la question de la filiation, mais voit les choses sur un plan narcissique. Il peut alors penser que lorsqu'il sera grand, ses parents seront petits. Il peut s'imaginer que lorsque cela sera le cas, il redonnera à ses parents ce qu'ils ont pu lui donner. Ainsi il pourra redonner l'amour à ses parents qu'il a lui-même reçu, ou se venger de ce qu'il a pu manquer, *“ceci comme expression de la haine, avec ou sans la réparation”*, le *“lien amour haine”* pourra alors se renverser (Klein, 1927, Citée par Joubert, 2006).

Lorsque les parents deviennent dépendants, l'enfant devenu adulte voit ce fantasme refaire surface dans la réalité et il peut alors y avoir une confusion entre le *“parent externe, dans ses besoins actuels d'accompagnement, et l'infantile interne de l'accompagnant”* (Joubert, 2006). En effet le fantasme infantile se retrouve activé et face à la réalité des besoins du parent aidé, l'aidant peut avoir tendance à l'infantiliser et se situer dans des relations fusionnelles ou de rupture. Les positions au sein du système familial s'en trouvent alors inversées, avec d'un côté le parent qui se retrouve dans un positionnement infantile, qui peut aller jusqu'à une certaine détresse originaire et qui vient réactiver aussi l'infantile chez son enfant. Les enfants aidants se retrouvent donc quant à eux dans la logique suivante : *« Je te rendrai les soins primaires reçus, ou je t'en priverai si tu m'en as privé »* (Joubert, 2006).

Ce fantasme de parentalité inversée est aussi exposé par Bouati *et al* (2016) comme facteur de l'épuisement, car ils nous informent que durant cette période, les relations familiales voient un réaménagement s'opérer, bouleversant le système familial tout entier. Dans ce contexte, l'aidant peut avoir affaire par exemple à des affects agressifs ou *“une dette de réparation”*. Cela va souvent amener à une impasse dans la relation parent-enfant et le statut d'enfant aura d'ailleurs tendance à disparaître pour laisser entièrement place au statut d'Aidant.

L'aidant peut alors se retrouver dans un sentiment d'**impuissance** et des **conflits de loyauté** entre son parent aidé et le reste de sa famille. Les liens familiaux pouvant ainsi se trouver attaquer par la maladie du proche et le statut d'aidant.

2.2.2 L'attaque des liens familiaux par la dépendance du parent et la relation d'aide

La famille fait référence à un **ensemble de liens** (liens respectifs avec les familles d'origine, liens d'alliance, parentaux, fraternels, de filiation, généalogiques, de cohabitation et du groupe familial par rapport à l'extérieur). Les liens familiaux seraient tous attaqués avec la dépendance du parent aidé, et le lien amour-haine serait de nouveau mobilisé à cette occasion, entre le parent aidé et ses enfants (Joubert 2006). Mais aussi, le fantasme de parentalité inversée empêcherait "*la transmission psychique inconsciente entre les générations*" et amène une souffrance importante du lien.

Pour éviter ou soulager cette souffrance, l'auteur nous propose de voir l'institution comme un possible tiers entre le parent aidé et sa famille. L'institution pourrait alors aider la famille, et particulièrement l'aidant dans notre cas, à travailler sur le processus de différenciation, en l'aidant à contenir et élaborer ses fonctionnements de rupture, ou à l'inverse fusionnels, et les fonctionnements pervers groupaux. Cela pour permettre à l'aidant d'accepter la séparation d'avec le proche aidé et ne plus se situer dans un vécu traumatique.

Devenir aidant de son parent et les changements du proche liés à la maladie viennent impacter l'ensemble du système familial, dont les places de chaque membre se voient bouleversées, conduisant à des crises individuelles et familiales.

Nous voyons apparaître au sein de la relation d'aide une reviviscence de mécanismes ou fantasmes infantiles qui viennent se rejouer au moment de la fin de vie du parent.

Afin de comprendre ce qui peut se jouer dans ce système familial, nous proposons de nous intéresser plus particulièrement à la notion d'attachement et aux représentations des relations parent-enfant de l'enfance, de l'aidant.

3) Attachement et représentations des relations parent-enfant dans la relation d'aide

3.1 La théorie de l'Attachement

Après la Seconde Guerre Mondiale, les questions autour de la séparation et des pertes, et leurs conséquences sur le développement de l'enfant sont apparues. Bowlby (2002), pionnier de la théorie de l'attachement, s'est d'abord intéressé aux comportements d'attachement chez les primates, pour ensuite venir plus précisément les étudier dans la dyade mère-enfant chez l'humain. Il s'est intéressé à l'attachement afin de comprendre les réactions de l'enfant face à la séparation ou la perte de sa mère. Il précisa ainsi les différents comportements d'attachement (agrippement, sourire, succion) de l'enfant envers sa mère ou d'autres membres de la famille, les conduisant à devenir ses figures d'attachement. Les comportements de l'enfant tout au long de sa vie seraient notamment liés à ces comportements d'attachement. Ces derniers résultant des interactions de l'enfant avec son environnement, et particulièrement la figure principale d'attachement (la mère). Bowlby a ainsi permis de mettre en avant l'attachement comme un **besoin primaire**, pour l'enfant et sa mère, au même titre que l'alimentation par exemple.

Cette théorie de l'attachement a aussi été étayée par d'autres auteurs, comme Mary Salter Ainsworth, citée par Guédeney (2009). Elle s'intéressa aux effets de la séparation sur des nourrissons, afin d'étudier si la séparation serait elle-même traumatique, ou en revanche si le traumatisme résulterait de carences relationnelles précédents la séparation. Elle proposa d'étudier la relation mère-enfant au travers d'une situation standardisée de jeu libre (*La Situation Etrange*), avec une alternance entre la présence et l'absence de la mère aux côtés de son enfant, en sept étapes. Elle mit en avant trois types de réactions à cette situation, caractérisant le type d'attachement des enfants : sécurisant, insécurisant-fuyant et insécurisant ambivalent. Elle a aussi développé la notion de modèles internes opérants (MIO). Ils correspondent à ce que l'enfant retient de ses expériences d'attachement et viennent influencer ses relations et croyances futures.

Mary Main (1998) s'est intéressée à ces travaux et à partir de la *Situation Etrange* elle proposa un outil d'évaluation de l'attachement chez l'adulte, nommé l'Adult Attachment Interview (AAI). Elle a ainsi transposé les trois types d'attachement de l'enfance à l'âge adulte, en y ajoutant une quatrième catégorie. On retrouve ainsi la catégorie sécurité-autonomie, comprenant les individus ayant un discours cohérents et étant coopératifs durant l'entretien. Ces personnes ont souvent un accès facile aux souvenirs (positifs et négatifs) de leur enfance, et on retrouve ainsi un certain équilibre entre les souvenirs de l'enfance et les généralisations à l'âge adulte.

La seconde catégorie, le style d'attachement préoccupé, correspond aux personnes préoccupées par leurs expériences, pouvant paraître craintives, en colère, passives ou bouleversées et ont souvent des entretiens longs et des *“réponses hors propos”*. Ces individus rencontrent souvent des difficultés à prendre du recul par rapport à leurs relations d'attachement et à gérer leurs émotions. La troisième catégorie qui comprend les personnes ayant un attachement de type détaché, fait référence aux individus qui ont souvent des entretiens courts à l'AAI et une impossibilité d'accès à des souvenirs de l'enfance, ainsi que des descriptions normatives ou positives de leurs parents en contradiction avec les souvenirs racontés.

La quatrième catégorie mis en avant par Main fait référence aux personnes ayant un attachement désorganisé ou non résolu, qui présentent des perturbations au sein de leur discours ou leur raisonnement lorsque sont abordées des questions autour de la perte ou la maltraitance. Ainsi, cette dernière catégorie (désorganisation de l'attachement) n'a pas de correspondance chez l'enfant et elle a donc fait son apparition en lien avec la théorie de l'attachement chez l'adulte. Les trois dernières catégories d'attachement (préoccupé, détaché, désorganisé) correspondant ainsi à des modèles d'attachement insécures. Nous allons nous intéresser désormais à cette notion d'attachement, ainsi qu'aux relations parents-enfants, afin d'entrevoir leur importance à l'âge adulte.

3.2 L'attachement et les représentations des relations parent-enfant à l'âge adulte

Le concept d'attachement ne concerne pas seulement l'enfance, mais tout âge de la vie, il va du *“berceau au tombeau”*. Durant l'enfance, les relations d'attachement vont être intégrées par l'individu et viennent à l'âge adulte l'influencer dans ses réactions face à une situation stressante, on parle de schémas cognitifs durables (Mistycki et Guédeney, 2007). Ces schémas vont avoir des effets sur les relations interpersonnelles, notamment en situation de crise. Entre adultes, contrairement à l'enfance, la relation d'attachement est caractérisée par la réciprocité.

Les auteurs nous informent que la figure d'attachement peut cependant changer avec le temps, mais lorsqu'une relation d'attachement est établie avec une personne, elle a tendance à *“persister toute la vie”*, bien qu'elle puisse *“croître ou s'émousser en fonction de la situation et de la nature des autres attachements”*. Ainsi, malgré cette idée de maintien du style d'attachement dans la durée, il est possible à l'âge adulte de développer des relations harmonieuses avec son conjoint et ses propres enfants, bien qu'on ait eu des relations perturbées/douloureuses avec ses parents, par exemple.

A l'âge adulte, un style d'attachement sécure permettrait à l'individu d'avoir des ressources internes qui l'aident à évaluer positivement une situation stressante et ainsi d'y faire face de manière constructive, adaptée. En revanche lorsque l'individu présente un attachement insécure, cela sera considéré comme facteur à risque, qui implique des réactions et ajustements face au stress moins efficaces. En effet, le modèle d'attachement jouerait un rôle dans la régulation émotionnelle et donc sur la vulnérabilité ou au contraire la capacité de résilience.

Nous pouvons considérer au sein du rapport entre les parents et leurs enfants, deux modalités : **le lien et la relation** (Bidart et Pellissier, 2007). Le lien correspondant à une *“donnée inaltérable et inconditionnelle”* alors que la relation pourrait évoluer et serait d'intensité variable selon les événements vécus et l'histoire familiale. Ainsi on aurait l'idée d'une certaine permanence du lien, alors que la relation est davantage vue de manière changeante. Le passage de l'adolescence à l'âge adulte entraîne une transformation de cette dite relation, d'abord avec un changement au sein du *“régime de la parole”*, car lorsque l'on devient adulte on voit alors une autre façon d'échanger avec ses parents, une possibilité de leur dire des choses et que celles-ci soient entendues. Mais c'est aussi avoir une vision différente d'eux, non plus seulement comme parent mais comme personne à part entière, dans une dimension plus humaine et égalitaire.

Concernant le lien parent-enfant, il peut *“bouger”* mais reste cependant constant. Les auteurs remarquent son poids lorsque les rapports entre les membres de la famille sont douloureux. Les conflits familiaux viennent impacter non seulement les relations établies jusqu'alors mais aussi le parcours de vie. Le conflit peut être global, lorsqu'il touche l'ensemble du système familial et qu'il amène de la honte pour les nouvelles générations. Il peut aussi concerner un seul des parents, lors de séparations familiales notamment, ou encore les conflits liés aux secrets de famille (inceste, naissance illégitime...), ou encore, le conflit peut toucher un seul des enfants de la fratrie et ses parents.

Lorsque la famille est touchée par ces types de conflits, nous pouvons parler alors de **relations douloureuses** entre parents et enfants. Dans ces rapports douloureux, la permanence et la force de ce lien parental est important dans la vie de l'enfant devenu adulte. Bien que nous puissions penser que souffrant de ces rapports il aurait tendance à se situer dans une rupture du lien avec son parent, nous voyons cependant que le lien est très souvent maintenu. Ou alors, il peut être regretté lorsqu'il a été rompu, *“le lien dans ces cas-là apparaît comme le nœud du rapport intergénérationnel, et parfois comme son calvaire”* (Bidart et Pellissier, 2007). Pouvoir se considérer comme un adulte face à un parent qui a été *“défaillant”*, ou avec qui nous avons eu ces types de rapports douloureux, devient alors très complexe pour l'enfant, devenu adulte.

Mais c'est aussi dans ces relations douloureuses que l'on constate le mieux la force et la permanence du lien parental.

3.3 Les liens d'attachement et les relations parents-enfants dans la relation d'aide

Au sein même de la relation d'aide, il importe d'évoquer le poids des liens d'attachement. Selon Bouati *et al.* (2016), les liens d'attachement vont amener dans la relation d'aide, soit un étayage important et solide, soit une reviviscence des insécurités d'attachement, en lien avec la crise familiale. Les personnes qui auraient évoluées dans un contexte sécurisant pourraient créer de nouveaux liens, par exemple lorsque l'aidant prend la fonction de “*tuteur de résilience*” pour son proche aidé. Cela est possible lorsque l'aidant a des capacités d'empathie cognitive et affective, qu'il peut laisser son proche aidé “*libre de parler ou se taire*” et essaye de ne pas se décourager face aux échecs, mais plutôt de les prendre avec humour (Cyrulnik & Seron, 2003). Ils apprennent donc à communiquer différemment tout en facilitant l'estime de soi du parent aidé, afin de ne pas à tout prix lui faire entendre son erreur et donc de renforcer son sentiment de persécution.

Dans cette perspective, Cyrulnik et Seron (2003) proposent de faire référence aux travaux de Minuchin (1998) sur le fonctionnement familial et les différents types de fonctionnements existants. Les familles flexibles parviendraient à accepter les troubles et le proche comme il est. Les familles intriquées et enchevêtrées vont mettre en avant des rituels rigides et on trouve alors une insécurité relationnelle chez le proche aidé. Ces familles souvent renfermées, les frontières individuelles paraissent peu visibles, et donnent l'impression que les tensions ou souffrances d'un des membres affectent aussi l'autre. La famille désengagée comprend des fonctionnements familiaux qui ont des frontières très rigides et les membres ne se pensent pas interdépendants. En situation de tension, ils ont tendance à rester seuls dans leurs difficultés et ne parviennent pas à demander de l'aide ou le soutien de l'Autre. Enfin, les familles désorganisées sont marquées par des souffrances affectives et une certaine détresse chez ses membres.

La relation d'aide serait aussi influencée par le **genre** de l'aidant et son parent. La crise familiale réactive les liens précoces parent-enfant, en lien avec la “*conflictualité œdipienne*”, avec l'idée que ce qui était inhérent au fantasme pourrait ressurgir dans le réel. Bouati *et al.* (2016) proposent ainsi de s'inscrire dans une **approche psychodynamique** et de déterminer les modalités interpersonnelles liées au genre de l'aidant. Lorsque l'aidant est une femme et accompagne sa mère (donc lien fille/mère), on verrait souvent apparaître un “*désir inconscient de contrôler l'objet et une recherche de réparation*” auprès de la mère. Elle était autrefois

l'”*objet d'identification et de désirs*”, mais aussi a pu susciter des pulsions hostiles, liées à l'ambivalence œdipienne amour/haine. Dans cette relation, la demande d'aide ou d'institutionnalisation est souvent tardive, de la part de la fille aidante, et les sentiments d'épuisement et de culpabilité sont importants.

Lorsque l'aidant est un homme et accompagne sa mère (lien fils/mère), ils sont fréquemment dans une relation fusionnelle, car la relation est marquée par le retour d'un désir incestueux, expérimenté durant l'enfance. Le fils va se positionner d'une manière “paternante” vis à vis de sa mère, cela permettant notamment à l'aidant d'être dans du lien social et s'ouvrir aux autres. Il occupe une position de “*protecteur paternaliste*” et va par exemple demander l'avis de multiples spécialistes.

Quand la relation d'aide concerne une fille aidante de son père, la tendance est à la surprotection maternante, en lien avec un désir infantile de séduction du père. Dans ce contexte, la fille aura tendance à vouloir maintenir son père au domicile, dans un courant tendre qui permet de faire supporter les contraintes et transformations liées à la dépendance. Enfin, lorsque l'aidant est le fils du père aidé, il met souvent tout en place pour institutionnaliser son père ce qui peut générer une culpabilité œdipienne importante. Le fils se situe dans ce projet d'institutionnalisation car il se trouve dans un mouvement d'évitement de la relation, le père étant donc le “*modèle identificatoire qui se dérobe ou devient effrayant* ».

Nous constatons ainsi que les expériences en lien avec les figures d'attachement de l'enfance, amèneraient chez l'individu une sécurité ou insécurité de son attachement. Cette sécurité ou insécurité de l'attachement aurait notamment des impacts sur la régulation émotionnelle et les relations aux autres.

Nous voyons que le lien entre un parent et son enfant a tendance à se maintenir dans la durée, même si quelques changements peuvent survenir. Avec la dépendance et le rôle d'aidant, la relation parent enfant est quant à elle touchée par de nombreux changements. Nous remarquons aussi que selon le genre de l'aidant et celui de son aidé, des comportements et types d'aides différentes peuvent être apportées.

A partir de notre revue théorique, nous allons maintenant proposer notre problématique de recherche et l'hypothèse générale, que nous tenterons d'étudier au travers des rencontres cliniques avec les aidants, au sein de la Plateforme.

Problématique

La revue théorique présentée nous a permis d'identifier les mécanismes psychiques rencontrés chez une majorité d'aidants, en lien avec le vieillissement de leur parent et cette nouvelle relation venant les lier : la relation d'aide. Bien qu'une permanence du lien parent-enfant depuis l'enfance puisse exister (Bidart & Pelissier, 2007), nous voyons en revanche que la relation parent-enfant peut changer à plusieurs étapes de la vie, et particulièrement lorsqu'un individu est amené à devenir l'aidant de son parent.

Les pertes du proche aidé peuvent amener l'aidant à se situer dans un « deuil blanc ». Il ne reconnaît plus son parent et la relation qu'ils avaient auparavant, et en même temps il se voit s'investir de plus en plus dans la relation d'aide auprès de lui. Nous nous situons dans la lignée des auteurs tels que Pierron-Robinet *et al.* (2016) qui suggèrent que ce pré-deuil est possible du vivant du parent. La relation d'aide amènerait l'aidant à se sentir ainsi dans une inversion des rôles au sein du système familial, à une place de « parent » pour son propre parent.

L'aidant peut alors ne plus vraiment se sentir l'« enfant de » et se retrouver face à un fantasme infantile de parentalité inversée, en se situant plutôt dans des mouvements de fusion ou de rupture avec le parent. L'infantile de l'aidant pourrait ainsi se voir convoquer et influencer son positionnement dans la relation d'aide, avec la logique infantile suivante venant s'actualiser « *Quand je serai grand et que tu seras petit, je te protégerai comme tu me protèges ou je te maltraiterai comme tu me maltraites* » (Charazac, 2017, p.). Nous prenons ainsi appui sur les trois positions, citées par Joubert (2006), pouvant être adoptées par l'aidant dans la relation d'aide et étant le *sacrifice*, la *culpabilité* et la *vengeance*.

Nous privilégierons une approche plutôt de type psychodynamique et systémique, comme le proposent Bouati *et al.* (2016) car nous souhaitons nous intéresser à l'histoire individuelle et familiale de l'aidant, ainsi qu'aux processus et conflits conscients et inconscients le liant à son parent aidé, depuis l'enfance et au sein de la relation d'aide. Nous prenons donc aussi appui sur la théorie de l'attachement et notamment sur les structures d'attachement proposées par Main (1998), qui sont la sécurité, la préoccupation, le détachement et la désorganisation de l'attachement. Nous faisons ainsi le choix de nous situer dans la perspective des auteurs s'étant intéressé au poids et à l'impact que pourrait avoir les liens d'attachement dans la relation d'aide. Des liens d'attachement sécurisés permettraient à l'aidant d'avoir certaines ressources pour faire face à la situation complexe dans laquelle il se trouve en mobilisant ses ressources, et des liens insécurisés pourraient provoquer des réactions

moins efficaces et certaines insécurités dans la relation aidant-aidé (Mistycki et Guedeney, 2007 ; Bouati *et al.*, 2016).

Nous souhaitons donc nous intéresser à l'incidence que pourraient avoir la structure d'attachement de l'aidant, dans la relation d'aide auprès de son parent. Nous émettons ainsi l'hypothèse générale selon laquelle la relation d'aide de l'aidant est influencée par sa structure d'attachement.

Nous allons maintenant transformer cette hypothèse générale en hypothèses opérationnelles et présenter la méthodologie utilisée, pour envisager plus précisément la place que pourrait prendre cette structure d'attachement dans la relation d'aide. Nous nous appuierons ainsi sur des rencontres cliniques avec trois aidants lors du stage à la Plateforme et nous essayerons ensuite de mieux entrevoir leurs situations à l'aide d'éléments théoriques.

Partie Méthodologique

Notre hypothèse générale nous permet ainsi de développer les trois hypothèses opérationnelles suivantes :

La relation d'aide est davantage fondée sur un sentiment de culpabilité lorsque la structure d'attachement de l'aidant est préoccupée.

Lorsque l'aidant privilégie une structure d'attachement désorganisée, la relation d'aide est davantage fondée sur un sentiment de vengeance.

Lorsque la structure d'attachement privilégiée est sécurisée, la relation d'aide prendrait davantage la forme d'un sacrifice pour l'aidant.

1. Population rencontrée

Notre population comprend donc des aidants familiaux s'occupant d'un de leur parent en perte d'autonomie ou dépendant et étant âgés entre 48 et 62 ans au moment de l'étude. Ces personnes, accompagnées et soutenues à la Plateforme des Aidants, pouvaient participer à des formations, groupes de parole, des temps de bien-être et de lien social et être soutenues lors d'entretiens avec la psychologue ou l'assistante en soins gériatriques.

Les aidants étaient volontaires pour s'inscrire aux différents ateliers, temps de formation et solliciter un soutien psychologique. En fonction de leur situation, de leurs questions, de leur souffrance exprimée, l'équipe pouvait suggérer certains types d'activités ou le soutien psychologique. Il leur était ensuite laissé la possibilité ou non de s'en saisir.

Certains aidants font appel à la Plateforme parce qu'ils souhaitent comprendre ce qui peut se jouer au sein de la relation d'aide avec le proche, se questionner sur leur propre fonctionnement dans l'accompagnement ou ceux de membres de leurs familles. Ils peuvent aussi chercher des informations sur les aides pouvant leur être apportées, partager leur vécu et apprendre de l'expérience d'autres aidants. Le soutien psychologique proposé par la Plateforme ne s'inscrit cependant pas dans une perspective de psychothérapie, l'aidant peut bénéficier d'environ 4 à 5 rencontres avec la psychologue, par an. Il s'agit davantage d'un soutien dans l'élaboration des questionnements et souffrances ressentis au sein de la relation d'aide.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéresserons plus particulièrement à trois aidants rencontrés lors d'entretiens et temps en groupe, Madame A, Madame B et Monsieur C. Par la suite nous préciserons plus en détails le style d'attachement privilégié et la position qu'ils semblent investir dans la relation d'aide.

2. Outils et protocole de recherche

Afin de nous intéresser à la relation d'aide entre l'aidant et son aidé, et particulièrement à la position que semble prendre l'aidant dans cet accompagnement, ainsi qu'à sa structure d'attachement, nous avons utilisé plusieurs outils.

Tout d'abord, nous avons eu l'occasion d'être dans une posture d'observation clinique, lors de temps en groupe. Il s'agissait durant ces temps de prendre un moment de bien-être, ou se retrouver lors de groupes de paroles pour échanger sur une thématique concernant les aidants. Nous avons eu l'occasion lors de ces moments et des temps informels, d'être à l'écoute des processus conscients et inconscients liés à la relation d'aide. Nous étions dans une écoute attentive et bienveillante de la parole des aidants, toujours dans une perspective de répit ou de soutien pour eux. Nous nous sommes aussi intéressés au non-verbal, au discours latent des aidants, au travers du langage corporel (sourire, visage fermé, pleurs, tonalité de la voix, tremblements,...).

La Plateforme proposant un soutien psychologique aux aidants, nous avons aussi eu l'occasion de nous rencontrer lors d'entretiens cliniques, qui nous serviront également d'outils dans le cadre de cette recherche. Nous avons abordé lors de ces entretiens différentes problématiques en lien avec le statut d'aidant, notamment autour de l'épuisement, des conflits familiaux, leur culpabilité d'entrevoir du répit ou en lien avec l'institutionnalisation, l'accompagnement de la fin de vie du proche aidé, le deuil,... Les entretiens étaient ainsi non directifs ou semi-directifs. Dans le cadre de cette recherche, nous avons fait le choix de nous concentrer sur les entretiens avec des aidants nous ayant évoqué leurs représentations des relations parent-enfant de l'enfance et leur façon de vivre et d'investir leur statut. Durant ces entretiens cliniques, nous avons toujours tenté de faire preuve d'empathie, de bienveillance et de soutien envers les aidants, en les accompagnants dans l'élaboration de leur situation et leur souffrance.

De plus, nous avons pris soin d'étudier les mouvements transférentiels et contre transférentiels rencontrés dans la relation avec ces aidants. Nous avons ainsi pris en compte les processus d'identification à l'histoire des aidants possibles, car *“Un des aspects les plus délicats pour la compréhension de l'autre, c'est de ne pas entreprendre une identification active par rapport à lui”* (Marbeau-Cleirens, 2013, p.42). Ainsi en tant que psychologue, il ne faut pas se demander ce que nous ferions si nous étions dans la situation du patient, mais se demander ce que nous pourrions faire, si nous étions lui, pour avancer dans ses difficultés. Pour cela nous avons essayé de considérer l'aidant comme un individu unique, avec ses caractéristiques propres, ses défenses, son fonctionnement psychique, différent du nôtre. Nous avons ainsi veillé à ne pas être non plus dans des mécanismes de projection, car *“La personne*

se répète en se projetant elle-même ; la perception et l'écoute perdent alors leur fonction d'ouverture vers l'autre, car le sujet se voit lui-même partout" (Marbeau-Cleirens, 2013, p.50).

Enfin, nous avons réalisé la passation de l'AAI avec l'un des aidants, afin de nous intéresser plus amplement à son histoire de vie, et particulièrement aux représentations des relations aux parents dans l'enfance. Cet outil nous a permis d'étudier ses représentations, de déterminer la structure d'attachement de l'aidant, afin de vérifier nos hypothèses sur le lien entre sa structure d'attachement et son positionnement dans la relation d'aide. Cela a été fait aussi dans une perspective pour l'aidant, à sa demande, d'en apprendre davantage sur son fonctionnement et ses relations aux autres, en lien avec son vécu.

Afin d'appréhender la structure d'attachement des deux autres aidants à qui nous n'avons pas eu l'occasion de faire passer l'AAI, nous nous sommes appuyé sur l'EDICODE. Ainsi à partir des entretiens cliniques réalisés et cet outil, nous avons pu appréhender la structure d'attachement que semblaient privilégier ces aidants.

3. Résultats Cliniques

Afin de questionner nos hypothèses, nous avons fait le choix de nous intéresser plus particulièrement à la relation d'aide de trois aidants accompagnant leurs parents âgés. Nous allons ainsi présenter sous formes de vignettes cliniques la manière dont ces aidants peuvent vivre la relation d'aide, en lien avec des représentations des relations au parent de l'enfance évoquées. Nous allons ainsi nous intéresser aux structures d'attachement que ces aidants semblent privilégier, en évoquant les résultats obtenus à l'aide des outils présentés précédemment.

Vignette clinique 1 : La rencontre de Madame A

Anamnèse

Madame A a 61 ans, elle est l'aidante de sa mère, depuis qu'elle a été diagnostiquée malade Alzheimer en 2015. Le père de Mme A est décédé en 2012 et son mari en 2015. Madame A a une fille et une sœur. Sa sœur a 11 ans de moins qu'elle et vit à des centaines de kilomètres, elles ont rompu les liens depuis longtemps. Elle est donc l'aidante principale de sa mère.

Elle a souhaité bénéficier d'un soutien psychologique à la Plateforme lors de deux entretiens car elle rencontrait des difficultés dans la relation d'aide avec sa mère, elle souffrait de problème de sommeil et avait l'impression d'avoir certains symptômes dépressifs (repli sur soi, boule dans la gorge, envie de pleurer régulièrement,...). Lors de notre stage nous avons pu

assister à l'un de ces deux entretiens et avoir un entretien téléphonique en fin de stage, avec Madame.

Madame A nous expliquait ainsi qu'elle apportait une aide quotidienne à sa mère, cette dernière étant toujours à son domicile et Madame A habitant à côté. Elle lui faisait ses courses, son linge et s'occupait des tâches d'hygiène et administratives. Elles partageaient aussi un repas chaque dimanche ensemble. Durant la semaine, la mère de Mme passait des journées en Accueil de Jour et le reste du temps à son propre domicile. Elle évoqua que dans un premier temps il avait été impossible pour elle d'envisager un EHPAD pour sa mère, mais cette dernière ayant des problèmes d'anorexie et ayant dû être hospitalisée, elle attendait maintenant l'évaluation de la situation par le psychiatre, afin de voir ses préconisations (tutelle, EPHAD,...). Elle avait pu décaler un peu son positionnement, afin d'envisager l'orientation qui serait prescrite par ce professionnel.

Madame A nous confia qu'il était compliqué pour elle d'être autant présente pour sa mère, de lui apporter cette aide au quotidien, alors qu'elle-même considérait avoir manqué d'amour, de protection, et de soins de la part de ses parents durant l'enfance et tout au long de sa vie. Elle ne parvenait pas à se rappeler d'un moment où elle avait pu ressentir l'amour de cette mère, lorsque nous lui avons demandé. Après un temps, elle avait pu dire que le seul moment dont elle se souvenait à cet instant, c'était lorsqu'elle était jeune adulte et qu'elle avait connu une rupture amoureuse, sa mère avait pu lui dire quelques mots réconfortants. Afin de l'aider à ressentir les sentiments, le lien qui pouvait exister entre elle et sa mère, nous lui avons proposé de prendre un temps avec elle, en passant par le regard et le toucher pour tenter de faire passer leurs émotions. Madame A nous exprima qu'il était inconcevable pour elle d'envisager prendre la main de sa mère dans la sienne. Elle ressentait selon elle, trop de colère vis à vis de cette mère.

L'accompagnement de Madame A auprès de sa mère étant d'autant plus compliqué que cette dernière pensait que l'implication de sa fille dans la relation d'aide était normale. Cela pouvait amener chez Madame A des affects plutôt agressifs envers sa mère et une certaine souffrance liée à cette non reconnaissance de son statut d'aidante. De plus, Madame A nous expliqua qu'elle avait eu l'impression de toujours avoir connu ses parents malades, son père ayant eu une tuberculose et un cancer du côlon et sa mère une allergie à la pénicilline, l'appendicite, une hystérectomie et était sous antidépresseurs et anxiolytiques. Madame A pensait que sa mère avait pu être dans une dépression chronique tout au long de sa vie, et elle mit cela en lien avec l'éducation et l'enfance qu'avait pu avoir sa mère. Elle a eu ainsi l'impression d'avoir été « parentifiée », d'être parent à la place de ses parents et disait vouloir lutter contre cela aujourd'hui.

Madame A annula le troisième entretien qui avait été fixé, car selon elle, elle n'en ressentait plus le besoin. Elle a pu nous expliquer cela par le fait qu'elle se sentait aller mieux, qu'elle avait pu se tourner vers son médecin qui lui avait prescrit un traitement homéopathique. Elle se sentait ainsi plus calme et plus apaisée et ses problèmes de sommeil semblaient résolus. Elle évoqua que sa relation avec sa mère restait toujours compliquée mais qu'elle prenait les choses différemment, que son positionnement avait changé. Elle confia qu'elle n'hésiterait pas à se tourner de nouveau vers la Plateforme en cas de besoin.

Résultats à l'EDICODE

Nous avons donc fait le choix d'utiliser l'outil EDICODE afin de nous intéresser à la structure d'attachement que Madame A pourrait privilégier, à partir de l'entretien clinique réalisé. Les résultats obtenus après la cotation semblent indiquer chez Mme A, une sécurité de l'attachement. Bien qu'elle estime avoir eu des liens d'attachement douloureux avec ses parents, elle semble avoir pu trouver dans son environnement des figures d'attachement lui ayant permis de privilégier un mode sécurisé.

Si l'on s'intéresse aux scores par facteurs (Voir Annexes, Figures 1), nous constatons que seulement les scores obtenus en fluidité (6,40) se rapprochent du profil préoccupé (6,50), tandis que les quatre autres facteurs se situent davantage vers le profil sécurisé. Pendant l'entretien, le discours présenté par Madame A nous a ainsi paru cohérent et coopératif. Elle nous a paru authentique et semblait avoir une certaine adéquation dans son discours, ce qui correspond aux caractéristiques du discours des personnes présentant un attachement sécurisé. Nous faisons ainsi l'hypothèse qu'elle privilégierait un attachement sécurisé.

Observations et questionnements

Au sein de la relation d'aide auprès de sa mère, nous voyons que Mme A s'investissait de manière quotidienne. Elle a mis en avant des représentations négatives de sa relation à sa mère depuis l'enfance. Bien qu'elle évoquait ces rapports douloureux et la difficulté pour elle d'accompagner sa mère, elle ne semblait pas se situer dans des mécanismes de rupture au sein de la relation d'aide. Certes, elle a pu se situer dans des affects agressifs, en miroir, face au comportement de sa mère, et dans une souffrance face à cet accompagnement. Mais elle continuait à être présente tous les jours pour elle, à l'accompagner dans les tâches de la vie quotidienne.

Madame A a semblé ressentir certains sentiments de vengeance envers sa mère, en ne souhaitant pas lui apporter le soutien dont elle estimait ne pas avoir eu droit de sa part. Elle a su en revanche ne pas se laisser envahir par sa colère et ainsi ne pas s'enfermer dans une

certaine haine et des comportements de vengeance envers sa mère. Elle a pu présenter aussi dans cette relation d'aide certains sentiments de sacrifice, en restant dans une présence et un soutien quotidien auprès de sa mère, malgré leurs rapports douloureux. Elle s'est investie réellement et psychiquement de manière importante dans la relation d'aide.

Nous pouvons nous questionner sur les raisons conscientes et inconscientes qui ont poussées Madame A à s'investir autant dans cette relation d'aide, alors que cela semblait être difficile pour elle, en lien avec les rapports douloureux qu'elle a toujours eu avec sa mère. Souhaitait-elle chercher dans cette relation l'affection et la reconnaissance dont elle avait pu manquer ? Cherchait-elle la réparation des liens d'attachements douloureux avec cette mère ? Ce que nous avons pu constater, c'est qu'elle a su élaborer sur ses propres mouvements dans cette relation d'aide et envisager des aides et moments de répit, pour sa mère et elle-même. Elle a aussi pu questionner son positionnement et ainsi s'en décaler afin de vivre la relation d'aide plus sereinement et ne pas se situer dans une position de vengeance.

Vignette clinique 2 : La rencontre avec Madame B

Anamnèse

Madame B a 48 ans, elle est fille unique et est revenue vivre à Angers en 2013 pour ses parents. Elle vit avec son mari, avec qui elle a trois filles. Ses parents vivent toujours à leur domicile. Le père de Mme est incontinent et souffre de pertes physiques (jambes, difficultés dans les déplacements) et cognitives (parole). La mère de Mme ne semble pas connaître un vieillissement pathologique, mais elle peut exprimer un certain épuisement, notamment dû à des difficultés de sommeil. Elle évoque ces derniers en lien avec le fait que son mari, le père de Mme, la réveille et qu'elle cogite. La mère de Mme pourrait être ainsi considérée comme l'aidante principale de son mari, car elle est présente au quotidien pour l'accompagner et le soutenir, bien que Mme B apporte aussi une aide réelle à son père.

Madame B est venue nous rencontrer en entretien psychologique car elle se sentait à fleur de peau, « *prête à exploser tout le temps* ». Elle ressentait une certaine confusion dans ses rôles de mère, de femme, de fille et d'infirmière au quotidien. Elle souffrait aussi de rêves liés à son rôle d'aidante, et les tâches qu'elle pouvait être amenée à accomplir dans la relation d'aide. Le fait d'être confrontée aux pertes de son père, à ses changements dans son comportement (*"il semble être dans l'attente, présent mais ne parle presque plus"*), semblait être source de souffrance pour elle.

L'aide apportée par Madame B concerne principalement son père, bien qu'elle puisse accomplir des tâches venant soutenir ses deux parents. Elle peut ainsi leur faire des courses,

notamment pour les choses lourdes. Elle ressent le besoin et l'obligation d'être davantage présente à leurs côtés lorsque ces derniers "*vont mal*", sinon elle pourrait ressentir une certaine culpabilité. Elle nous expliqua aussi que sa mère refusait d'apporter certaines aides à son père, car elle disait ne pas vouloir être l'infirmière de son mari. Madame B, qui a une profession d'infirmière au quotidien, ne voyait pas pourquoi elle serait infirmière pour les autres, et pas pour son père. Elle pouvait ainsi participer à la toilette ou la mise en place de l'étui pénien de son père, presque tous les soirs. Cela dépassait quelque part les limites qu'elle avait pu se fixer selon elle, mais la relation d'aide l'avait conduite à s'investir de telle manière qu'elle les avait franchies. C'est notamment ces soins et l'étui pénien qui venaient hanter Madame lors de son sommeil. Elle disait qu'elle se voyait dans ce cauchemar mettre à son père ses sous-vêtements et que lui pleurait et elle sentait ses larmes couler sur ses mains.

Elle confia qu'elle avait toujours été mise à une place importante pour ses parents, l'impression d'avoir été surprotégée par eux, notamment en lien avec le fait qu'elle soit fille unique. Elle a d'ailleurs évoqué une souffrance de ne pas avoir eu de frère ou sœur. Elle pensait avoir eu une relation fusionnelle avec son père dans l'enfance, et plus généralement tout au long de sa vie, avec l'idée suivante : "*c'était mon père et moi contre ma mère*". Elle évoquait aussi qu'elle avait toujours été quelque part l'infirmière de son père, déjà à l'adolescence quand son père était tombé malade et qu'elle se souvenait lui masser le dos.

Résultats à l'EDICODE

Nous nous sommes aussi intéressés à la structure d'attachement que semblait présenter Madame B à l'aide de l'EDICODE. Les résultats obtenus (Annexes, Figures 2) semblent nous indiquer qu'elle privilégie un attachement préoccupé. En effet, quatre des cinq facteurs (fluidité, adéquation, réflexivité et authenticité) se situent davantage vers un profil préoccupé, seul le facteur cohérence (5,00) se rapproche du profil détaché (6,30), alors que la préoccupation se situe vers 3,10.

Durant l'entretien, nous avons pu constater qu'elle amenait des éléments relatifs à la relation d'aide, mais aussi de nombreux éléments concernant ses filles et son rôle de mère, sa relation avec son mari,... Nous avons pu remarquer pendant les deux entretiens que Madame B commençait par évoquer la relation d'aide et son statut d'aidante, puis pendant une bonne partie de l'entretien, elle parlait d'autres éléments de sa vie personnelle ou familiale (difficultés au sein du couple, projets, parcours scolaires de ses filles,...). C'est ensuite en fin d'entretien qu'elle revenait sur les difficultés rencontrées dans la relation d'aide, en ayant été débordées par ses émotions, lors de nos deux rencontres.

Madame B a ainsi pu faire part d'un certain bouleversement, surtout en fin d'entretien, lorsque ses sentiments douloureux venaient faire surface. Nous avons pu remarquer sa réactivité émotionnelle, assez importante. La préoccupation de l'attachement étant notamment décrite par cela, nous pensons qu'elle semble effectivement privilégier ce type d'attachement. Mais aussi par la fluidité et l'authenticité dont son discours semblait faire preuve, elle parlait vraiment d'elle-même, à cœur ouvert, et pouvait ainsi avoir des difficultés à contenir ses émotions.

Observations et questionnements

Madame B a exposé des représentations de ses relations dans l'enfance à ses parents, et particulièrement à son père, très positives. Elle nous a surtout fait part de la relation avec son père lors de ces entretiens, qu'elle qualifiait de fusionnelle depuis toujours et qui était amenée à connaître certains changements, par l'aide qu'elle apportait.

Nous remarquons ainsi que Madame B se situe bien dans une relation d'aide, auprès de son père en particulier, mais l'aidant principal semble en revanche être sa mère, qui accompagne au quotidien ce père. Madame B s'investit de manière réelle dans la relation d'aide, en apportant une présence, une aide dans des tâches du quotidien (courses) et de soin auprès de son père. Nous pouvons nous questionner sur la place que serait amenée à prendre Madame B, au sein de la relation d'aide, si elle était aidante principale de ce père. Certains des processus psychiques rencontrés dans la relation d'aide seraient-ils davantage présents? Verrions-nous apparaître des processus différents ou différemment ?

Nous pouvons ainsi avoir l'impression au regard de ce qu'elle a pu montrer en entretien, que la relation d'aide entre son père et elle semble davantage fondée sur un sentiment de culpabilité. Madame B disait elle-même de ses parents "se sentir obligé de s'en occuper quand ils vont mal" car elle ne voulait pas culpabiliser dans le futur et pouvoir se dire « j'aurai été une bonne fille », selon ses mots. Nous pouvons aussi apprécier ce sentiment de culpabilité, au travers des rêves, ou plutôt cauchemars, dont elle nous a fait part, et qui pourraient révéler une certaine culpabilité inconsciente, d'être dans une confusion des rôles face à ce père. Était-elle à une place de fille, de mère, de femme ou d'infirmière ? Elle nous a aussi fait part de sa difficulté à « s'autoriser à faire seule » dans sa vie en général. Cet empêchement qu'elle ressentait pourrait-il traduire une certaine forme de culpabilité en elle ?

Nous nous sommes rencontrés à deux reprises durant mon stage, à deux mois d'intervalle et Madame B semblait avoir conservé le même positionnement dans la relation

d'aide auprès de son père. La relation d'aide semblait davantage fondée sur un sentiment de culpabilité, bien que nous pourrions discuter cela par la suite.

Vignette clinique 3 : La rencontre avec Monsieur C

Anamnèse

Monsieur C a 61 ans au moment de nos rencontres. Il est l'aidant de sa mère qui a 99 ans, veuve de son père, et vivant en Foyer Logement. Il est le cadet d'une fratrie de trois, dont un grand frère décédé et une grande sœur avec qui il a huit années d'écart. Il est célibataire et n'a pas d'enfants. Il a été fiancé mais a perdu sa femme, décédée peu avant leur mariage lorsqu'il avait 22 ans. La mère de Monsieur ne semble pas souffrir de troubles mnésiques, cependant elle a une Dégénérescence Maculaire liée à l'âge (DMLA), lui causant des troubles visuels.

Monsieur C a souhaité bénéficier de temps collectifs et individuels à la Plateforme car il ressentait un certain épuisement, un isolement et des conflits avec sa sœur, dans la relation d'aide. Nous avons pu nous rencontrer au total une dizaine de fois avec Monsieur C, durant nos quatre mois de stage, en activités collectives ou en entretiens individuels. Avant d'être l'aidant de sa mère, il avait pu nous confier qu'il avait été l'aidant de son père pendant plusieurs années, et que son aide s'était ensuite déplacée sur sa mère à son décès. Il a pu nous dire qu'à sa mort, *« je sentais qu'il manquait quelqu'un donc j'essayais d'être fils et mari en même temps »*. Il a pu se sentir dans cette relation d'aide dans un certain conflit par rapport aux rôles qu'il pouvait accomplir auprès de sa mère.

La relation d'aide auprès de sa mère se traduisait par une présence quotidienne, souvent à plusieurs reprises par jour. Il pouvait ainsi s'investir dans des tâches quotidiennes pour soulager sa mère, car il la sentait fatiguée et parfois en souffrance, par son état physique. Il réalisait ainsi des tâches ménagères, administratives, de soins (pilulier,...), et partageait des moments avec sa mère durant des repas ou instants informels afin d'échanger avec elle et lui apporter une présence.

Il avait pris l'année passée la décision de faire emménager sa mère en Foyer Logement, suite à une hospitalisation de cette dernière. Cela avait pu être source de conflit avec sa sœur, qui pensait que leur mère était trop âgée et qu'il ne trouverait jamais une place, selon lui. Monsieur B a ainsi eu l'impression d'avoir dû se battre seul, mais il a réussi à lui trouver une place. Il a fait part d'un conflit interne par rapport à cette sœur, dont il estimait qu'elle ne s'investissait pas comme il l'aurait voulu dans l'accompagnement de leur mère. Il a évoqué avoir été plus proche de son frère que de sa sœur durant sa vie, et que certaines paroles et

actions ou inactions de cette dernière dans la relation d'aide, ou dans leur relation au sein de la fratrie, avaient pu être sources de colère ou souffrance pour lui.

Monsieur C a pu nous faire part d'une certaine sensation d'inversion des rôles dans la relation d'aide, en nous exprimant les idées suivantes « *c'était un peu comme un enfant que j'avais à surveiller* », « *c'était plus trop des parents* ». Il a aussi exprimé l'épuisement qu'il pouvait ressentir, car depuis sa retraite les moments de détente, où il pouvait penser à son bien-être, n'existaient plus vraiment. Il passait une majorité de son temps à s'investir dans son rôle d'aidant, mais aussi au sein du Foyer Logement où il était délégué des résidents et leurs familles. Cela pouvait lui laisser une certaine sensation d'isolement, qu'il a pu un peu écarter en se réinscrivant dans du lien social au sein de la Plateforme.

Passation et résultats à l'AAI

Nous nous sommes rencontrés avec Monsieur C dans un premier temps lors de moments en groupe organisés par la Plateforme (bien-être et détente). Nous avons pu entrevoir dans un premier temps la manière dont il semblait vivre et s'investir dans la relation d'aide auprès de sa mère. Il a su nous faire part de son désir d'entamer un suivi psychologique afin d'élaborer sur la relation d'aide, les conflits avec sa sœur et ses propres mouvements psychiques. Nous lui avons ainsi proposé de réaliser l'AAI lors de notre première rencontre afin de mieux entrevoir son histoire familiale et individuelle, et lui proposer ensuite un retour pour l'accompagner dans la compréhension de son fonctionnement relationnel.

Nous avons pu avoir accès à de nombreux souvenirs et représentations de son enfance, en lien avec la relation à ses parents, à l'aide de cet outil. Nous avons pu constater la prévalence d'éléments positifs dans son discours concernant son enfance. L'entretien a duré plus de 90 minutes, Monsieur C a pu donner des souvenirs précis et nombreux. Il a notamment pu évoquer la relation de « *fusion* » qu'il avait eue avec sa mère depuis l'enfance, une relation humainement forte selon lui. Monsieur C a d'ailleurs fait part des moments douloureux de séparation (entrée à l'école, centre aéré, colonie). La séparation d'avec sa mère était vécue selon lui comme un « *déchirement* ». Il a d'ailleurs écrit sa famille comme ne « *s'étant jamais séparée* ».

A l'aide de l'AAI, nous avons ainsi eu accès aux personnes qui avaient pu faire figures d'attachement pour Monsieur C dans l'enfance (mère, père, grands-parents) et l'importance de ses liens d'attachement tout au long de sa vie. Nous avons pu avoir aussi un regard sur les processus conscients et inconscients qui semblaient se jouer dans la relation d'aide et sur différents événements de vie, tels que les pertes de sa femme, son frère et son père.

Les résultats de Monsieur C à l'AAI (voir Annexes, Figures 3) nous montrent qu'il semble se situer vers un profil d'attachement sécurisé pour trois facteurs : cohérence (7,17), adéquation (5,57) et réflexivité (6,50). Cependant, pour les facteurs fluidité (6,80) et authenticité (6,33), il se situe davantage vers une préoccupation de l'attachement. Nous pouvons ainsi nous questionner sur l'insécurité possible de l'attachement, chez Monsieur C et une possible désorganisation de son attachement. En lien avec l'entretien, les événements traumatiques dont il a pu nous faire part et dont certains ne semblent pas résolus, nous nous situons donc dans cette hypothèse d'une désorganisation de l'attachement.

Nous avons ensuite proposé une rencontre à Monsieur C pour lui restituer certains éléments et qu'il puisse nous faire part de la manière dont il avait vécu la passation. Il a pu nous dire qu'il s'était senti à l'aise durant notre entrevue, qu'il n'y avait pas repensé plus que cela par la suite et que donc l'AAI ne semblaient pas eu avoir d'effets spécifiques sur lui. Il a pu en revanche exprimer l'envie qu'il avait de pouvoir avoir un retour suite à tout ce qu'il avait pu nous confier, afin d'en apprendre plus sur son fonctionnement et ses relations. Lors de cet entretien, nous avons aussi pris le temps de le questionner sur son rôle d'aidant, afin de savoir s'il souhaitait nous faire part d'autres éléments. Il nous a informé que dans sa vie, il était *“socialement dans un désert”*, qu'il était compliqué pour lui de vivre le regard de l'Autre dans la relation d'aide. Il exprimait le fait de ne pas pouvoir expliquer aux autres la situation car ils ne pourraient pas comprendre ou connaître réellement ce qu'il vit, et qu'en plus ils pouvaient se permettre de donner des conseils et que cela était blessant pour lui.

Observations et questionnements

Nous avons ainsi constaté les représentations positives qu'avait Monsieur C de ses relations à sa mère depuis l'enfance, leur proximité encore actuelle, même si le vieillissement de sa mère amenait parfois un décalage entre eux selon lui. Nous avons vu par son profil d'attachement qu'il a pu se situer dans une sécurité d'attachement dans trois facteurs et une préoccupation dans les deux autres. Nous pouvons ainsi nous questionner sur le fait que Monsieur C aurait pu bénéficier d'une certaine sécurité d'attachement dans l'enfance, mais que les événements traumatiques comme le décès de sa grand-mère dans l'enfance, celui de sa femme lorsqu'il était jeune adulte et ceux des autres membres de sa famille à l'âge adulte, pourraient avoir été des facteurs de la désorganisation de son attachement.

Monsieur C semblerait selon nous se situer davantage dans une position de sacrifice dans la relation d'aide auprès de sa mère. Nous émettons cette hypothèse car il semblait s'investir de manière très importante dans cet accompagnement, laissant de côté pendant un long moment des instants « rien que pour lui », en souhaitant faire tout aussi bien, voire mieux,

que ce que sa mère avait pu faire pour lui dans son enfance. Nous pourrions ainsi nous questionner sur la place que pourrait avoir aussi le sentiment de culpabilité, inconscient ou conscient et dont il pourrait faire part, s'il ne se situait pas dans cette position de sacrifice.

Il a su se tourner vers la Plateforme pour chercher notamment ce type d'instant. A la fin de notre stage, Monsieur C présentait un épuisement plus important qu'en début de stage (quatre mois s'étant écoulés). Il souffrait toujours des conflits avec sa sœur et semblait présenter toujours le même investissement et la même position dans la relation d'aide. Il nous évoquait une souffrance psychique importante dans sa vie quotidienne. Il avait fait appel à un service de répit proposant des séjours pour les aidants et leurs aidés, et souhaitait ainsi partir pour les fêtes de fin d'année avec sa mère, afin de prendre du recul et « souffler un peu ».

Au travers cette partie, nous avons pu nous rendre davantage compte de ce que pouvait impliquer une relation d'aide auprès de son parent, dans l'investissement réel et psychique que cela peut générer. Les rencontres avec Madame A, Madame B et Monsieur C, nous ont montré le positionnement qu'ils semblaient adopter dans cette relation d'aide, les processus psychiques qui en découlaient, et tout cela en lien avec les représentations des relations qu'ils avaient pu avoir avec le parent aidé durant l'enfance et tout au long de leur vie, et donc en lien avec leur structure d'attachement.

Nous avons pu commencer à nous questionner sur le lien que semblaient prendre les liens d'attachement de ces aidants dans leur relation d'aide auprès de leur parent. Nous étayerons davantage nos propos sur ce lien qui pourrait exister entre la structure d'attachement et la relation d'aide, dans la partie théorico-clinique qui va suivre. Nous allons ainsi reprendre certains éléments afin de mieux les entrevoir et proposer aussi d'autres pistes de lecture de ces situations

Articulation théorico-clinique

1. Positionnement dans la relation d'aide et structure d'attachement

1.1 La culpabilité de l'aidant

Lors de nos rencontres cliniques, nous avons remarqué la culpabilité ressentie dans la relation d'aide, notamment au travers de la position que semblait adopter Madame B auprès de son père. Après nous être intéressés à sa situation, nous souhaitons questionner le lien que pourrait avoir la culpabilité dans la relation d'aide avec une problématique d'Œdipe inversé, qui semblerait se voir réactivée à l'occasion de la relation d'aide (Joubert 2006). Par la confusion des rôles (de femme, de fille, de mère et de soignante) et les cauchemars dont elle a pu nous faire part, nous envisageons la place que pourrait avoir la culpabilité pour elle de se retrouver dans ces mouvements œdipiens. En effet, la relation d'aide évoluerait vers une forme de « parentification » avec l'avancée dans la dépendance du parent, ravivant chez l'aidant des désirs œdipiens pouvant conduire à « *réactiver le conflit œdipien refoulé, et les désirs ambivalents qui lui sont liés* » (Pierron, 2015 ; p.367), cette ambivalence pouvant être à l'origine d'un sentiment de culpabilité.

Madame B a pu nous faire part de son besoin de contrôle dans sa vie et les pertes de son père, sources de souffrance importante pour elle. Cela nous a permis d'envisager d'autres pistes de réflexion pour comprendre la culpabilité pouvant être ressentie par les aidants. En effet, nous avons pu envisager ainsi que le manque de contrôle de l'aidant sur les pertes de son proche et leur relation changeante pourrait peut-être créer chez lui un sentiment de culpabilité. Pierron (2015) a étudié ce point et selon elle « *le processus neurodégénératif va de plus en plus apparaître aux yeux de l'aidant, comme un phénomène qui lui échappe, signalant au plan fantasmatique, sa perte de maîtrise* ». (p.321). L'aidant qui souhaite maintenir en vie ce parent, objet d'amour pour lui, se retrouve dans un sentiment d'échec face à l'angoisse de mort provoquée par le vieillissement ou la maladie. Ces troubles viendraient impacter l'image du « parent rêvé », mais aussi inconsciemment, cela l'écarterait de l'image « d'aidant idéal ». L'aidant ne pourrait alors plus répondre aux exigences de son Idéal du Moi et cela engendrerait chez lui « *un regain de culpabilité* » (p.322).

Ainsi, les résistances ou l'absence de demande d'aides de l'aidant lui permettraient de renforcer son sentiment de maîtrise dans la relation d'aide et satisfaire les exigences de l'Idéal du Moi. Cela lui permettrait ainsi de réduire son sentiment de culpabilité en ayant un sentiment de contrôle sur la situation et nous pouvons voir ici un des facteurs des résistances rencontrés chez certains aidants, à faire appel à des structures d'aides aux aidants ou de répit.

Nous envisageons ainsi le lien étroit, possible, entre les pertes du proche aidé, amenant chez l'aidant cette sensation de pré-deuil, pouvant le conduire à se situer dans des sentiments de culpabilité et donc alourdir son "fardeau" dans la relation d'aide. Nous souhaitons aussi questionner le lien que pourrait avoir la structure d'attachement de l'aidant sur ses ressentis culpabilisants dans la relation d'aide. L'attachement serait vu comme une théorie de la régulation des affects et des émotions (Reynaud, 2011). Des stratégies d'attachement insécures pourraient alors être un frein dans cette régulation des émotions et ainsi, nous pourrions retrouver dans la relation d'aide davantage de sentiments de culpabilité, notamment.

De plus, la préoccupation de l'attachement entraînerait un style d'attachement davantage tourné vers une hyper-régulation des émotions, avec un individu qui voit ses émotions le déborder et se retrouve dans l'incapacité de refouler ses expériences émotionnelles. Par cette hyper-régulation, liée à la préoccupation de l'attachement, les individus pourraient être davantage sujets à la dépression. Dans la situation d'aidants préoccupés nous suggérons ainsi que les processus psychiques inhérents à l'aide (culpabilité, angoisses,...) pourraient être majorés par ce style d'attachement lorsqu'il est privilégié.

1.2 Les affects agressifs et la position de vengeance

Au travers du récit de Madame A, nous avons vu qu'elle été emprise à des affects agressifs et de colère dans la relation d'aide auprès de sa mère. Nous étions partis du postulat que des représentations de relations négatives au parent dans l'enfance amèneraient l'aidant à prendre des positions de vengeance dans la relation d'aide. Nous avons entendu chez Madame A un sentiment de vengeance, mais nous avons pu constater qu'elle a su s'en décaler, ce qui lui a permis d'adopter une autre position et vivre la relation d'aide différemment.

Les liens d'attachement entre elle et sa mère ont semblé être marqués par une certaine insécurité, au regard de la souffrance évoquée par Madame A dans la relation à sa mère. Bien que nous pensions qu'elle aurait pu développer une insécurité d'attachement dans l'enfance et à l'âge adulte, Madame A a semblé avoir trouvé les ressources nécessaires dans son environnement pour privilégier un attachement sécurisé. Nous nous questionnons ainsi sur les figures d'attachement primaires ou secondaires, en dehors de ses parents, auxquelles Madame A a pu s'identifier pour développer un attachement sécurisé. Mais nous constatons aussi que le vécu en tant que tel ne révélerait pas la sécurité de l'attachement de la personne, ce sont ces représentations. Ainsi même si une personne a pu vivre des événements douloureux, elle peut parvenir à développer un attachement sécurisé (Main, cité par Miljkovitch, 2007).

Nous nous demandons ainsi si la sécurité d'attachement présentée par Madame A ne serait pas un des facteurs lui ayant permis de ne pas se situer dans une position de vengeance au sein de la relation d'aide, et de pouvoir élaborer sur ses affects agressifs afin de s'en décaler. Si Madame A avait un attachement insécurisé, serait-elle parvenue à dépasser ses représentations négatives de la relation à sa mère et ses émotions de colère envers elle, pour vivre plus sereinement la relation d'aide ?

Nous nous questionnons aussi sur cette position de vengeance, qui semble impliquer chez l'aidant des comportements en miroir et de rupture envers son aidé, pouvant parfois aller jusqu'à une certaine maltraitance. Nous avons l'impression d'avoir rencontré peu d'aidants au sein de la Plateforme, venant chercher du soutien dans leur relation d'aide et semblant être dans ce type de position. Nous pensons avoir rencontré en revanche une majorité d'aidants faisant part d'une position de sacrifice ou de culpabilité au sein de leur relation d'aide. Nous pensons que la position de vengeance, par ses mouvements agressifs et de rupture, pourrait être un frein à la demande d'aides aux aidants (soutien psychologique, formation,...). En revanche lorsque cette position de vengeance est adoptée, les aidants pourraient davantage avoir recours à des services de répit (hébergement temporaire, EHPAD,...), du fait de ces conduites de rupture.

1.3 L'aide sous la forme d'un sacrifice

Lors de notre stage à la Plateforme, nous avons pu constater qu'un certain nombre d'aidants faisant part d'un investissement important dans la relation d'aide, laissant progressivement leurs activités, voire leurs relations sociales. Ils faisaient part d'un certain besoin de faire aussi bien, voire mieux que ce que leur parent aidé avait pu faire pour eux. Nous avons repéré ce phénomène chez Monsieur C dont l'investissement était quotidien, se rendant parfois plusieurs fois par jour aux côtés de sa mère pour l'accompagner et la soutenir. Madame A qui s'investissait aussi au quotidien, sacrifiant ses propres mouvements psychiques, pour faire mieux que ce que sa mère avait pu faire pour elle ? Joubert (2006) avait fait part de ses éléments chez les aidants semblant adopter une position de sacrifice dans la relation d'aide.

Nous proposons de voir cette position de sacrifice notamment au travers de l'angoisse de séparation. Entrevoir des moments de répit ou l'institutionnalisation de son proche peut être impensable pour certains aidants, en prise à des angoisses de séparation importantes (Mollard, 2009). Ceci est lié aux pertes et à la maladie du proche évoluant, qui nécessite une présence de plus en plus constante. Lorsque l'aidant ne vit pas avec son parent et que ce dernier vit seul à son domicile, les angoisses de séparation de l'aidant auraient tendance à se voir majorer (Pierron, 2015). Ceci correspond aux situations de Madame A et Monsieur C (leurs mères vivaient seules à leur domicile). De façon plus générale, chez les aidants rencontrés et dont le

parent aidé vivait seul au domicile, nous avons pu constater l'anxiété que cela pouvait susciter, avec la crainte d'une chute, d'un malaise, une arnaque, *etc.* Laisser et savoir son parent loin de soi peut renforcer des angoisses de séparation.

Nous avons fait l'hypothèse selon laquelle les aidants aux structures d'attachement sécurisées auraient eu tendance à davantage prendre cette position dans la relation d'aide. Monsieur B présente une structure d'attachement désorganisée, donc insécure et pourtant il semble adopter une position de sacrifice. Ainsi la sécurité de l'attachement ne serait pas déterminante de la position de sacrifice. Nous pourrions nous demander si elle pourrait influencer la manière dont l'aidant peut « vivre ce sacrifice », ajuster sa position et entrevoir des aides et moments de répit.

2. L'importance de l'attachement dans la relation d'aide

La figure d'attachement de l'enfant, souvent le parent, va lui permettre par sa disponibilité et sa chaleur émotionnelle, de développer une sécurité interne qui lui permettra notamment de réguler ses émotions, sa détresse et son angoisse de manière équilibrée (Reynaud, 2011). A l'âge adulte, des stratégies d'attachement vont être privilégiées et l'individu pourrait alors privilégier une *stratégie primaire* (sécurisée, capacité à réguler ses émotions) ou dans une *stratégie secondaire*, avec d'un côté la *stratégie d'hyper activation émotionnelle* (préoccupée), et de l'autre la *stratégie de désactivation émotionnelle* (détachement, répression émotionnelle).

Des auteurs comme Fonagy *et al.* (1996) ont démontré le lien existant entre le modèle d'attachement privilégié par l'individu, ce dernier influence sa capacité de régulation émotionnelle. Plus précisément, il y aurait un lien entre la préoccupation d'attachement et les psychopathologies telles que la dépression, l'anxiété et le trouble de la personnalité limite. Et entre le détachement et les conduites toxicomaniaques, alimentaires et la personnalité antisociale. Il semble important de prendre en compte les stratégies d'attachement de l'aidant dans la relation d'aide auprès de son proche. Une préoccupation d'attachement pouvant conduire au débordement des émotions, nous pouvons imaginer ainsi que dans la relation d'aide, l'aidant serait davantage confronté aux sentiments de culpabilité, de deuil blanc face aux pertes du proche, d'angoisses et d'un épuisement ou effondrement psychique.

Lors de nos entretiens, Madame B a fait part davantage d'une souffrance face aux pertes de son père et d'une culpabilité dans la relation d'aide. La souffrance et l'épuisement exprimés par Madame A concernaient davantage les rapports douloureux qui la liaient à sa mère. Pour Monsieur B sa souffrance et son épuisement étaient liés aux conflits avec sa sœur, son

isolement et certaines angoisses de séparation. Nous pourrions nous demander si avec la dépendance de son père qui risque de s'accroître au fil des années, Madame B pourrait peut-être présenter davantage de signes d'un débordement émotionnel, celle-ci ayant un attachement préoccupé.

Dans la revue théorique, nous avons exprimé l'importance de la sécurité des liens d'attachement dans la relation d'aide. Cette sécurité permet à l'aidant d'évaluer sa position dans la relation d'aide, de faire face aux difficultés rencontrées face à la dépendance du proche, en développant de nouveaux liens et en s'ajustant (Cyrulnik & Seron, 2003 ; Bouati *et al.*, 2016). Madame A, qui semble présenter une structure d'attachement sécurisée, a trouvé les ressources nécessaires pour se questionner sur sa position et ainsi s'en défaire, pour « *y faire face de manière constructive* » (Mistycki et Guedeney, 2007). Elle a su ainsi se tourner vers des aides pour les aidants, des structures de répit pour elle et sa mère, comme l'Accueil de Jour et se sentait prête à envisager un EHPAD selon les préconisations du médecin psychiatre.

En revanche Monsieur C, qui semble privilégier un modèle d'attachement désorganisé, a su se tourner vers la Plateforme et donc des aides aux aidants, présentant un épuisement. Mais nous nous questionnons sur ses difficultés à entrevoir réellement du répit. Il n'avait pas souhaité envisagé un EHPAD pour sa mère, qui lui aurait permis de ne plus prendre en charge certaines tâches, sa mère étant en foyer logement, il repoussait les aides suggérées par les autres aidants lors de temps en groupe. Lorsque Monsieur C exprima une souffrance importante face à son épuisement et les conflits avec sa sœur, il décida de se tourner vers un séjour d'une semaine pour aidants et aidés. Il a su se tourner vers ce séjour pour couper avec les conflits avec sa sœur et vivre différemment l'accompagnement de sa mère pendant cette semaine. Mais il n'a pas souhaité une solution de répit qui lui aurait permis de ne pas être dans cette relation d'aide, un hébergement temporaire par exemple.

Nous pouvons donc nous questionner sur l'influence que pourrait avoir l'insécurité de l'attachement de Monsieur C, dans cette impossibilité à entrevoir réellement la séparation avec sa mère pour entrevoir du répit. Son insécurité et les stratégies moins efficaces dans la gestion des émotions qui en découlent entraîneraient-elles davantage d'angoisses de séparation chez lui et une impossibilité de se positionner autrement dans sa relation d'aide ? L'attachement à lui seul pourrait-il expliquer cette différence dans la situation de Madame A et Monsieur C, ou d'autres facteurs doivent-ils être pris en compte ?

Nous souhaitons nous situer dans une perspective « révisionniste » de l'attachement. Cette dernière suggère l'hypothèse selon laquelle les « *modèles d'attachement peuvent évoluer*,


s'aménager et se modifier au cours de la vie » (Lewis, 1997, cité par Reynaud, 2011), ainsi nous considérons que le modèle d'attachement privilégié par un individu peut être marqué par une stabilité ou alors se voir modifier en fonction des relations d'attachement que la personne développera tout au long de sa vie. Un individu a pu avoir des représentations d'attachement de l'enfance plutôt insécurisées, mais il peut éprouver des liens d'attachement différents à l'âge adulte et privilégier un modèle sécurisé afin de « *s'adapter à la situation affective actuelle* ». Une personne qui aurait connu un modèle d'attachement sécurisé dans l'enfance pourra développer une insécurité d'attachement à l'âge adulte, notamment si son environnement lui fait vivre des expériences de séparation et de perte notamment. Nous souhaitons ainsi nous écarter d'une perspective selon laquelle la théorie de l'attachement serait déterministe (Miljkovitch, 2007).

Au travers de l'histoire des trois aidants que nous avons rencontrés et le modèle d'attachement qu'ils semblaient privilégier, nous nous sommes questionné sur l'évolution qu'ils avaient pu connaître entre l'enfance et l'âge adulte, dans la sécurité ou insécurité de leurs relations d'attachement tout au long de leur vie. Nous avons ainsi envisagé la possible insécurité des liens d'attachement de l'enfance chez Madame A et sa possibilité d'avoir eu accès à des relations d'attachement sécurisées en dehors de ses parents durant l'enfance ou à l'âge adulte, pour développer un modèle sécurisé. En revanche, nous envisageons la possibilité pour Madame B et Monsieur C d'avoir eu des liens d'attachement sécurisés aux parents durant l'enfance, au vu de leurs représentations très positives et d'avoir connu des événements de vie douloureux les ayant conduits à se situer dans une insécurité d'attachement. Nous pouvons aussi nous demander, bien qu'ils aient des représentations des liens d'attachement de l'enfance positives, si ces liens leur ont réellement permis de développer une sécurité d'attachement durant l'enfance, ou s'ils privilégiaient déjà un modèle insécurisé.

3. Etre un « bon aidant » : une injonction morale, familiale ?

3.1 Qu'est-ce qu'être « bon aidant » ?

Pour mieux entrevoir les différents facteurs qui pourraient aussi influencer le positionnement et la manière dont l'aidant vit la relation d'aide auprès de son parent, nous souhaitons nous intéresser à cette idée de « bon aidant ». Lors de notre stage, nous avons rencontré des aidants se questionnant sur la pertinence de l'aide apportée et leur position. Mais que serait être un bon aidant, une aide adaptée ? Charazac, Gaillard-Chatelard et Gallice (2017) ont ainsi proposé une définition de « l'aide et l'aidant normaux », comme reposant sur « la

capacité de s'adapter à la fois aux besoins subjectifs de l'aidé et à la réalité de sa situation, et d'agir sur l'un et l'autre dans le sens du changement » (p.68).

Ainsi, l'aidant adapté, normal, peut tout à fait rencontrer des sentiments de découragement, de colère, se sentir déprimé face aux mouvements psychiques ressentis envers son proche aidé ou lui-même. Ceci ne remet pas en question « *l'ensemble des qualités de son aide* » (p.69). Il peut entrevoir ses erreurs dans la relation d'aide, demander de l'aide et partager des expériences et liens nouveaux avec son proche. Nous pourrions considérer ainsi que les aidants rencontrés à la Plateforme, par leur initiative de demande d'aide et de partage de leur expérience d'aidant, dans les temps de groupe ou individuel, font preuve d'une certaine adaptation dans leur rôle d'aidant. Mais pour pouvoir parler réellement d'aidant adapté, il faudrait pouvoir envisager que cette demande d'aide et ce partage puisse faire émerger chez lui un besoin d'agir, de changer les choses. Il nous a semblé que cela avait pu être possible pour Madame A notamment.

Cette définition de l'aidant normal, adapté, semble se rapprocher des descriptions que nous avons faites de la relation d'aide entre un aidant et son aidé qui partagent des liens d'attachement sécurisés. Nous nous demandons ainsi si cette image du « bon aidant » ne pourrait pas être influencée par le modèle familial dans lequel l'aidant a évolué. Quelle place pourrait avoir l'éducation et la culture de l'aidant dans sa façon d'envisager son rôle et l'image qu'il a de ce que serait être un bon aidant pour lui ?

3.2 L'influence du modèle parental, culturel et de l'éducation

Monsieur C, pendant l'entretien durant lequel nous lui avons fait passer l'AAI, nous a exprimé « *c'est une logique familiale, c'est une famille qui s'est jamais séparée* ». Monsieur C nous a évoqué son enfance, aux côtés de ses parents, mais aussi de ses grands-parents qui vivaient dans une maison concomitante à la leur. Dans son modèle familial, les membres de la famille ont toujours vécu dans un périmètre géographique rapproché et prenaient soin de leurs aînés, les prenant à domicile si le vieillissement le nécessitait. Quel poids pouvait avoir ce modèle familial dans la relation d'aide actuelle auprès de son père ? Cette logique familiale ne renforcerait-elle pas chez lui ses angoisses de séparation, son impossibilité à prendre du recul pour entrevoir du répit pour lui ? Et plus généralement pour Madame A et Madame B, ainsi que tous les aidants, descendants, que nous avons rencontrés, quel est le poids du modèle parental, de l'éducation, dans la construction du modèle de bon aidant ?

Pierron (2015) propose ainsi d'entrevoir la place que pourrait avoir cette culture familiale sur le rôle d'aidant familial. Par culture familiale, elle envisage les expériences

familiales liées au vieillissement que l'aidant a pu vivre. Par exemple lorsque enfant, les grands-parents avaient pu être pris en charge au sein du foyer familial par ses propres parents. Lorsque l'aidant devenu adulte est lui-même amené à prendre en charge ses parents, le souvenir de cet accompagnement marqué de plaisir ou de déplaisir, viendrait influencer la manière dont l'aidant pourrait envisager la relation d'aide. La culture familiale qui renvoie « *aux rites et aux traditions, mis en œuvre au sein de la famille, pour accompagner le vieillissement d'un ascendant, va aussi avoir une incidence sur la représentation d'aidant familial* » (Pierron, 2015, p.466). Mais bien que cette culture familiale peut dans certains cas influencer la représentation du rôle d'aidant, elle ne parviendra pas à elle seule à déterminer la manière dont l'aidant envisagera son rôle.

Le modèle socio-culturel pourrait aussi influencer la représentation de l'aidant familial. Nous pouvons constater certains « archétypes féminins » pouvant suggérer que certains rôles pourraient être prédéterminés selon le sexe de l'individu. Dans la situation d'aidants, les femmes pourraient par exemple se voir naturellement désignées comme aidant familial du parent, avec par exemple l'idée selon laquelle « *avant les femmes se sacrifiaient pour leur famille, maintenant elles essayent de tout assumer* » (Pierron, 2015, p.466). Ou encore la nostalgie et la crainte de certains aidants, évoquant qu'eux s'occupent de leurs parents mais pensant que les générations futures ne s'occuperont sûrement pas d'eux, face à cette société qui perdrait des valeurs comme la solidarité.

Ainsi, la structure d'attachement, les représentations des relations au parent dans l'enfance, le modèle familial, la culture familiale et l'éducation qui ont permis de transmettre des valeurs, viendraient influencer la relation d'aide. Chez les aidants accompagnants un parent, 80% évoquent l'influence de l'éducation qu'ils ont reçus, dans la relation d'aide. Nous avons pu repérer cela de manière importante dans le discours de Monsieur C, mais nous nous questionnons aussi sur l'éducation qui aurait pu être transmise à Madame A, et les valeurs concernant l'aide aux aînés. Cela pourrait-il aussi influencer son investissement au sein de la relation d'aide ?

4. Questionnements et limites

Notre recherche nous a permis d'étudier certains de nos questionnements, notamment sur l'incidence que pourrait avoir la structure d'attachement sur la relation d'aide, et particulièrement sur la position que l'aidant pourrait adopter auprès de son aidé. Mais au cours

de notre recherche, nous avons pu développer d'autres questionnements, en lien avec nos observations et les résultats obtenus.

Nous souhaitons d'abord mettre l'accent sur un des outils que nous avons eu l'occasion de faire passer à Monsieur C, l'AAI. Ce test nous a semblé nous avoir permis un accès à de nombreux souvenirs et représentations de cet aidant, en lien avec ses figures d'attachement tout au long de sa vie. Nous avons eu accès à certains de ces éléments pour Madame A et Madame B lors de nos entretiens, mais en moindre quantité et de manière moins précise. Cela a pu d'ailleurs être une limite au sein de notre recherche, puisque nous n'avons pas pu avoir accès à autant d'éléments cliniques, individuels ou familiaux, pour tous nos aidants. Bien qu'en nous basant sur les entretiens psychologiques que nous avons réalisé avec Madame A et Madame B, nous avons pu entrevoir certains éléments et déterminer quel pourrait être le modèle d'attachement qu'elles privilégiaient à l'aide de l'EDICODE, cela permet selon nous une moins bonne fiabilité de nos résultats, qu'avec l'AAI.

Mais selon nous, il est important de ne pas envisager l'AAI seulement à des fins de recherche, sans prendre en compte l'utilité et les effets possibles sur la personne que nous rencontrons. Concernant Monsieur C, il nous a évoqué que cette passation n'avait pas eu d'effets particuliers selon lui. Mais il souhaitait réellement pouvoir bénéficier d'un retour après la passation, afin de mieux se comprendre ou mieux comprendre ses relations. Nous avons ainsi utilisé cet outil à diverses fins, pour aider Monsieur C dans la compréhension de ses fonctionnements, mais aussi dans le cadre de notre recherche, pour avoir accès à davantage d'éléments de vie et représentations, et pouvoir faire du lien entre l'attachement et la relation d'aide.

Nous voulons aussi nous questionner sur les bases théoriques qui ont pu nous servir durant cette recherche, et particulièrement celle proposée par Joubert (2006) sur les positions (*culpabilité, vengeance, sacrifice*) pouvant être adoptées par l'aidant dans la relation d'aide auprès de son parent. Bien qu'en effet les aidants semblent davantage se situer vers l'une ou l'autre position, nous souhaitons mettre l'accent sur le fait qu'une position ne serait pas déterminée indéfiniment dans la relation d'aide, selon nous. Nous suggérons ainsi que la position adoptée par l'aidant pourrait changer au cours de la relation d'aide, comme nous avons pu le souligner avec l'histoire de Madame A. Mais aussi nous pourrions nous questionner sur le fait qu'un aidant pourrait parfois adopter plusieurs positions à la fois, par exemple être dans une position de vengeance et culpabilisante. Nous suggérons ainsi l'importance que pourrait avoir la sécurité de la structure d'attachement de l'aidant, dans sa capacité à questionner sa

position et évoluer au sein de la relation d'aide, notamment lorsque la position adoptée est source de nombreux conflits internes.

Les rencontres cliniques et l'histoire des aidants nous ont aussi permis d'entrevoir la notion de bénéfices secondaires et les satisfactions pouvant être tirées de la relation d'aide, par l'aidant. En effet, nous avons exposé les processus psychiques dans lesquels l'aidant peut se retrouver face à la relation d'aide, le conduisant à un certain épuisement et les changements au sein du système familial, pouvant être source de souffrance. Mais la relation d'aide ne pourrait-elle pas aussi amener des bénéfices secondaires, des satisfactions pour l'aidant ?

L'aidant peut être amené à connaître des moments de partage dans la relation d'aide avec son parent, des instants agréables, où « *la satisfaction du descendant s'oriente ici, vers le plaisir des retrouvailles avec le Moi familial du parent* » (Pierron, 2015, p.471). Les troubles du parent peuvent aussi amener l'aidant à le voir différent de ce qu'il était avant, et il pourrait alors rencontrer dans la réalité, l'image fantasmatique idéale de son parent, venant répondre à ses attentes affectives. Par exemple, lorsque le parent deviendrait plus affectueux, plus doux, lors de son vieillissement ou sa maladie. L'aidant pourrait alors tirer satisfaction de ces changements, et donc de la relation d'aide. Cela pourrait aussi être le cas lorsque l'aidant investit de nouveaux rôles et apprentissages par cette relation d'aide et qu'il pourrait ainsi en retirer « *gain narcissique, visant à valoriser le Moi, face au Monde extérieur* » (Pierron, 2015, p.472). Seulement un quart des aidants accompagnant leur parent indiqueraient une absence de satisfactions dans la relation d'aide.

Nous voyons ainsi que la relation d'aide, qui peut être complexe et difficile à vivre sur certains points pour l'aidant, peut aussi amener des sources de satisfaction et des moments de proximité. La relation d'aide ne pourrait-elle pas permettre à l'aidant d'y trouver certains bénéfices, pouvant expliquer certaines de ses réticences à entrevoir des aides et du répit ? Nous avons pu envisager cela, notamment pour Monsieur C, qui ne souhaitait pas entrevoir certaines aides qui auraient peut-être pu l'aider à soulager une partie de son épuisement.

La structure d'attachement de l'aide semble ainsi avoir une influence sur la relation d'aide, et sur le positionnement de l'aidant au sein de celle-ci. Nous avons vu que l'insécurité d'attachement pourrait conduire à des comportements moins adaptés face au stress et une difficulté dans la gestion des émotions que l'aidant peut rencontrer dans la relation d'aide. La préoccupation de l'attachement est un modèle qui privilégié, pourrait amener l'aidant à être plus facilement débordé par des sentiments de culpabilité, d'angoisses et d'effondrement psychique (Pierron, 2015).

Il importe donc selon nous de prendre en compte l'histoire individuelle et familiale de l'aidant, et son modèle d'attachement pour mieux entrevoir son positionnement. La relation d'aide serait davantage vécue sur un sentiment de culpabilité et d'angoisses de perte, lorsque la structure d'attachement de l'aidant est insécurisée, et particulièrement préoccupée. Privilégier un modèle d'attachement sécure permettrait à l'aidant de se questionner, d'élaborer sur sa position au sein de la relation d'aide, de recourir ainsi à des services d'aides aux aidants et de répit, et de développer de nouveaux liens avec le parent, pour mieux vivre l'accompagnement.

Les valeurs transmises par l'éducation et la culture familiale dans lequel l'aidant a évolué semblent aussi avoir une importance sur la façon dont l'aidant entrevoit son statut (Pierron, 2015). Le modèle socio-culturel de l'aidant pourrait influencer aussi l'image qu'à l'aidant de ce que doit être un « bon aidant » et comment il devrait s'investir dans la relation d'aide pour cela.

Nous voyons ainsi l'importance de prendre en compte les liens d'attachement qui lient l'aidant à son parent, pour mieux comprendre ce qui peut venir se jouer ou rejouer dans cette relation d'aide et sur le psychisme de l'aidant.

Conclusion

Notre recherche nous a ainsi permis d'envisager la place de la structure d'attachement de l'aidant familial, dans la relation d'aide auprès de son parent. Nous avons pu considérer l'importance que semblaient prendre les liens d'attachement au parent et plus généralement la structure d'attachement de l'aidant, dans sa manière de se positionner et de vivre la relation d'aide. La sécurité de l'attachement permettrait donc à l'aidant d'avoir davantage de ressources face aux difficultés rencontrées dans cette relation d'aide, de questionner son positionnement, l'aide qu'il apporte et de s'ajuster. Face à l'épuisement ressenti, il pourrait davantage accéder à ses ressources internes pour réfléchir à sa situation et entrevoir les changements nécessaires pour vivre l'aide plus sereinement.

Nous rappelons donc que la position adoptée par l'aidant au sein de la relation d'aide ne serait pas figée, elle pourrait évoluer dans le temps. Tout comme le modèle d'attachement de l'enfance, qui ne serait pas toujours le même à l'âge adulte. Des liens d'attachement insécurisés durant l'enfance ne conduiraient pas toujours à une insécurité de l'attachement à l'âge adulte. L'attachement est donc un processus qui évolue tout au long de la vie.

Au sein de l'insécurité d'attachement, selon le modèle privilégié (préoccupation, détachement, désorganisation), nous pourrions voir apparaître davantage certaines réactions ou difficultés psychiques. Par exemple, la préoccupation de l'attachement conduirait souvent à une hyper-régulation des émotions et générerait certains processus psychiques (culpabilité, angoisse,...) de manière plus importante dans la relation d'aide auprès du parent.

Durant notre stage à la Plateforme, nous avons aussi rencontré un certain nombre d'aidants accompagnants leurs conjoint(e)s. Nous souhaitons maintenant ouvrir notre recherche vers une nouvelle perspective, qui nous a questionnée suite à notre recherche. Nous avons envisagé la place de la structure et des liens d'attachement, dans la relation d'aide entre un aidant et son parent. Nous pourrions nous demander si au sein de la relation d'aide entre conjoints, l'attachement prendrait la même place et aurait les mêmes effets. Nous pouvons ainsi nous demander si le modèle d'attachement privilégié par l'aidant, aurait une influence dans son accompagnement auprès de son/sa conjoint(e)?

Bibliographie

Bidart, C. et Pellissier, A. (2007). Transitions, continuités, rupture : devenir adulte « avec » ses parents. Repéré à : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00189713/document>

Bouati, N., Sagne, A., Hunsicker, M., Gavazzi, G. et Couturier, P. (2016). L'épuisement des aidants familiaux : une crise intrafamiliale masquée ? Approche psychodynamique et systémique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 14(1), 67-76.

Bowlby, J. (2002). Attachement et perte / 1 : L'attachement. Paris : Presses Universitaires de France.

Charazac, P. (2009). Soigner la maladie d'Alzheimer : Guidance des aidants et relation soignante. Paris : Dunod.

Charazac, P., Gaillard-Chatelard, I. et Gallice, I. (2017). La relation Aidant-Aidé dans la maladie d'Alzheimer. Malakoff : Dunod.

Crochot, E. et Bouteyre, E. (2005). Être le parent de son propre parent atteint d'un syndrome démentiel de type Alzheimer : Des capacités de résilience pour cette parentalité spécifique. *Dialogue*, 169(3), 111-123. doi: 10.3917/dia.169.0111

Cyrułnik, B. et Serron, C. (2003). La résilience ou comment renaitre de sa souffrance ? Paris : Fabert.

Darnaud, T. (2007). L'impact familial de la maladie d'Alzheimer. Comprendre pour accompagner. Paris : Chronique sociale.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. et Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Gand, S., Hénaut, L. et Sardas, J. C. (2014). Aider les proches aidants. Comprendre les besoins et organiser les services sur les territoires. Paris : Presse des Mines.

Green, A. (1983). Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris : Editions de Minuit.

Guédeney, N. et Guédeney, A. (2009). L'attachement : approche théorique : du bébé à la personne âgée. Issy-Les-Moulineaux Cedex : Masson.

Joubert, C. (2012). La crise de la sénescence et son impact familial. *Santé mentale*, 12(171), 56-61.

- Main, M. (1998). De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance*, 51(3), 13-27.
- Marbeau-Cleirens, B. (2013). Chapitre III. Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans l'entretien clinique. Dans C. Chilland (dir.), *L'entretien clinique* (p.41-82). Paris : Presses Universitaires de France
- Miljkovitch, R. (2007). La théorie de l'attachement : une théorie déterministe ? Dans B. Pierrehumbert (dir.), *L'attachement, de la théorie à la clinique* (p.89-93). Toulouse : ERES.
- Mistycki, V. et Guédney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 2(89), 43-51. doi: 10.3917/rsi.089.0043
- Mollard, J. (2009). Aider les proches. *Gérontologie et société*, 32(128-129), 257-272. doi: 10.3917/gs.128.0257
- Pierron, G. (2015). Les enjeux psychiques de la relation d'aide entre l'aidant familial et son proche atteint de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, lorsque le patient vit à domicile. (Thèse de doctorat inédite). Université de Franche-Comté.
- Pierron-Robinet, G., Bonnet, M. et Mariage, A. (2016). L'attachement blanc dans la relation d'aide. *Dialogue*, 2(212), 117-127. doi: 10.3917/dia.212.0117
- Revault, J. Y. (2015). Accompagner un parent dépendant. Pour mieux comprendre et partager. Saint-Julien-en-Genevois Cedex : Jouvence.
- Reynaud, M. (2011). Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression. (Thèse de doctorat, Université de Bourgogne). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00873019/document>
- Rousset, G. (2015). Focus – Le rôle des aidants familiaux, une réponse à la vulnérabilité reconnue et encouragée par le droit. *Informations sociales*, 188(2), 96-98. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-2-page-96.htm>.
- Société Alzheimer du Canada. (2013). Le deuil blanc. Ressource pour les personnes atteintes de l'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et leurs proches. Repéré à http://alzheimer.ca/sites/default/files/Files/national/Core-lit-brochures/ambiguous_loss_family_f.pdf

Annexes

4. L'AAI

Canevas AAI français / BI, 25.2.11.11.92

Canevas AAI français

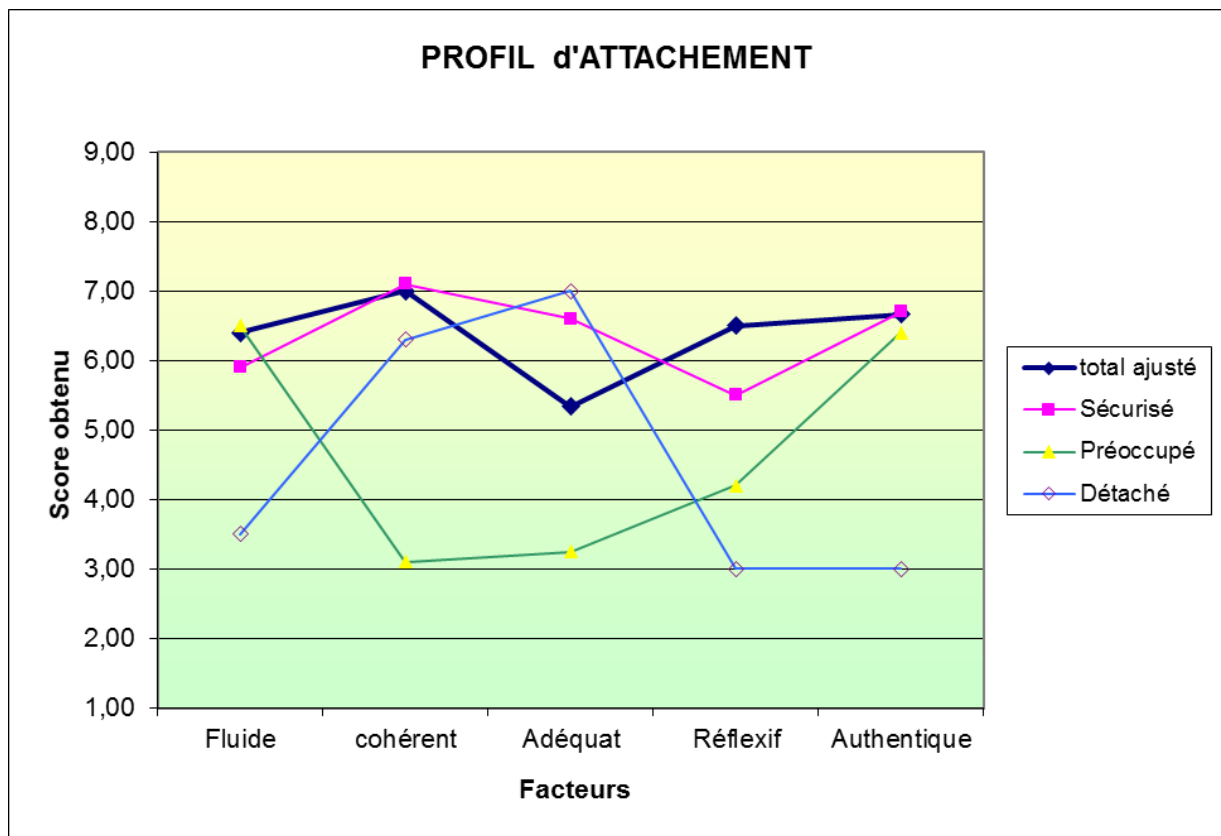
1. (2-3 min. au plus) Sit. familiale dans l'enfance (où vivaient, déplacements, activité de la famille, etc);
 - gds-parents connus ? Décédés avant naissance ? Si oui, mère (père) avait quel âge ? A parlé de ces gds-parents ?
 - frères, sœurs ou qqn autre vivant sous même toit ? Actuellement vivent alentour ou dispersés ?
2. Décrire relations avec parents quand jeune enfant. Commencer en remontant aussi loin que possible.
3. Cinq adjectifs reflétant relation avec mère. Temps de réflexion.
 - la relation (ou il/elle) était...: un souvenir, un événement à l'esprit ? (pour chacun).
4. Cinq adjectifs reflétant relation avec père. Temps de réflexion.
 - questions comme ci-dessus.
5. De quel parent le plus proche ? Pourquoi pas même sentiment à l'égard de l'autre ?
6. Qd. était troublé (bouleversé, perturbé,...), faisait quoi ?
 - a) qd. émotionnellement perturbé; événements spécifiques ?
 - b) si blessure ou mal physiquement; événements ?
 - c) qd malade, qq se passait ?
7. Première séparation que se souvient. Comment a réagi, comment parents ont réagi ? D'autres séparations ?
8. A pu se sentir rejeté comme enfant ?
 - quel âge ? Que ressentait; comment réagi ?
 - pourquoi attitude parent; parent réalisait qu'il/elle rejetait ?
9. Arrivé que parents menacent (p-être pour discipline; ou en plaisantant) ?
 - arrive que parents interrogés aient souvenirs de menaces de abandonner ou éloigner; arrive aussi que souvenirs de mauvais traitements. Est-ce arrivé; dans la famille ?
 - à quel âge, quelle gravité, quelle fréquence ?
 - affecté comme adulte par cette expérience ? Cela affecte attitudes avec propres enfants ?
 - parfois inquiet, préoccupé comme enfant ? Événement ?
10. Pense effet de ces expériences sur la personnalité adulte ? Quelque expérience ayant influencé négativement son développement ?
11. Comprend attitudes des parents durant son enfance ? Pourquoi pense qu'ils se sont comportés de telle ou telle façon ?
12. D'autres adultes proches durant enfance, ou autres adultes particul. importants (même si pas parenté) ?
 - (-âges; vivaient dans le ménage ?
 - avaient responsabilités éducatives ?
 - pourquoi important ?)
13. Perte d'un parent ou d'autres proches durant enfance ?
 - âge; circonstances ?
 - comment réagi à l'époque; événem. soudain ou attendu ?
 - souvenir des sentiments à l'époque ?
 - sentiments face à ce départ ont changé par la suite ?
 - souvenir de funérailles ?
 - effet sur le(s) parent(s) restant(s) ?
 - effet sur sa personnalité d'adulte ?
 - effet sur attitude envers propre enfant ?
- 13a. Autres personnes importantes décédées durant enfance; questions comme plus haut.
- 13b. Idem durant âge adulte; questions comme plus haut.
14. Beaucoup de changements dans relation avec parents depuis enfance ?
15. Genre de relation avec parents, maintenant comme adulte ?
16. Sentiments actuellement, lorsque séparé de son propre enfant ?
 - Se sent parfois préoccupé relativement à son enfant ?
17. Trois désirs pour son enfant dans 20 ans. Quelle sorte de futur souhaiterait à enfant. Laisser temps de réflexion.
18. Une chose particulière tirée de propre expérience comme enfant ? (Que souhaiterait que son enfant tire de sa relation avec ses parents ?)

Selon M. Main. Trad.: Blaise Pierrehumbert,
S.U.P.E.A., 25 A, Rue du Bugnon, CH - 1005 - Lausanne

Figures 1 : Madame A

Facteurs	Total ajusté	Items						
		TOTAL	1	2	3	4	5	6
Fluide			1	6	10	12	17	
	6,40	32	7	6	7	6	6	
Cohérent			2	7	9	11	13	18
	7,00	42	7	7	8	7	6	7
Adéquat			3	14	19			
	5,33	16	7	5	4			
Réflexif			4	8	15	20		
	6,50	26	7	7	6	6		
Authentique			5	16	21			
	6,67	20	7	6	7			

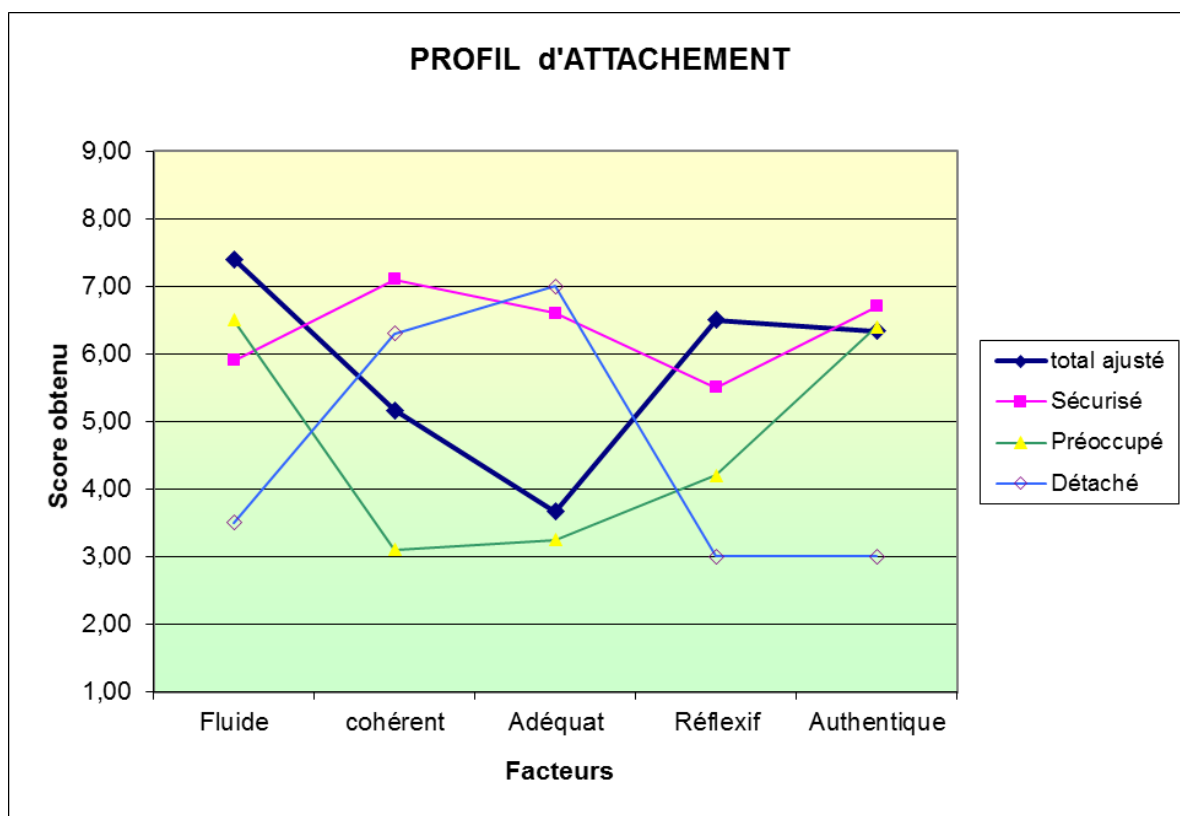
	total ajusté	Sécurisé	Préoccupé	Détaché
Fluide	6,40	5,90	6,50	3,50
cohérent	7,00	7,10	3,10	6,30
Adéquat	5,33	6,60	3,25	7,00
Réflexif	6,50	5,50	4,20	3,00
Authentique	6,67	6,70	6,40	3,00



Figures 2 : Madame B

Facteurs	Total ajusté	Items						
		TOTAL	1	2	3	4	5	6
Fluide			1	6	10	12	17	
	7,40	37	8	8	7	7	7	
Cohérent			2	7	9	11	13	18
	5,17	31	6	4	6	5	4	6
Adéquat			3	14	19			
	3,67	11	3	4	4			
Réflexif			4	8	15	20		
	6,50	26	7	7	6	6		
Authentique			5	16	21			
	6,33	19	6	6	7			

	total ajusté	Sécurisé	Préoccupé	Détaché
Fluide	7,40	5,90	6,50	3,50
cohérent	5,17	7,10	3,10	6,30
Adéquat	3,67	6,60	3,25	7,00
Réflexif	6,50	5,50	4,20	3,00
Authentique	6,33	6,70	6,40	3,00



Figures 3 : Monsieur C

Facteurs	Total ajusté	Items						
		TOTAL	1	2	3	4	5	6
Fluide			1	6	10	12	17	
	6,80	34	7	8	7	5	7	
Cohérent			2	7	9	11	13	18
	7,17	43	8	7	7	7	7	7
Adéquat			3	14	19			
	5,67	17	7	6	4			
Réflexif			4	8	15	20		
	6,50	26	7	6	7	6		
Authentique			5	16	21			
	6,33	19	6	6	7			

	total ajusté	Sécurisé	Préoccupé	Détaché
Fluide	6,80	5,90	6,50	3,50
cohérent	7,17	7,10	3,10	6,30
Adéquat	5,67	6,60	3,25	7,00
Réflexif	6,50	5,50	4,20	3,00
Authentique	6,33	6,70	6,40	3,00

