**Psychopathologie de l’adulte**

**TD1&2 : Introduction aux structures**

qu’est-ce qu’une pathologie? Comment la différencier de la norme ? Grandes pathologies de l’adulte en fonction des classifications. Troubles anxieux, alimentaires, de l’humeur, etc. Sensibilisation vers les enfants et les personnes âgées. En TD, travail sur les institutions, à partir de leurs différents sigles. Description clinique des signes pouvant indiquer une pathologie. Quelles informations aller chercher chez l’autre pour comprendre sa pathologie ?

Monsieur C : accompagnement global (médical, psychologique, social & professionnel) →

Monsieur F : demande d’aide, SECOP ne peut offrir de lit

Monsieur G : est rassuré par le contexte médical

Madame H : poly-hospitalisation, comorbidité (humeur, obésité) ; manque d’observance du traitement, isolement

Monsieur K : soutien éducatif & psychothérapique → CMP ?

Madame L : réveil d’un coma provoqué par l’association d’alcool et d’anxiolytique ; transfert → MDSI ?

Monsieur M : lourd handicap autistique → MAS ?

Changement des sigles des institutions sanitaires & sociales. Ainsi, en février 2005, la COTOREP est-elle devenue la MDPH. C’est cette dernière qui établit la reconnaissance du statut et du degré de handicap. De même, la MDPH recouvre désormais le rôle dévolu au CDES, qui s’occupait de la reconnaissance des enfants handicapés (aménagement éducatif, etc.). Le statut de « handicapé » est difficile à reconnaître, stigmatisant. Or, il peut regrouper des psychopathologies, y compris transitoires.

**Monsieur K**

La MDPH a déjà reconnu son statut handicapé : il ne peut pas travailler à 100%. Les handicaps lourds (70, 80%) peuvent être employés dans des Entreprises adaptés, voire l’ESAT : coller des enveloppes, etc. Tâches répétitives & simples.

Monsieur K travaille en milieu ordinaire, mais avec un temps aménagé.

 → le soutenir dans son travail, tâche des éducateurs spécialisés : accompagnement sur le lieu de travail, dialogue avec le patron, auprès de la famille, etc.

→ soutien dans l’accompagnement social : sorties, café, etc.

→ SAVS : Service d’Accompagnement à la Vie Sociale. Moins orienté thérapeutique que le CMP ; plus d’accompagnement externe. Monsieur K aurait pu être suivi par le SAMSH, lequel est plus « lourd » en termes de structure. SAVS accueille une équipe pluridisciplinaire autour d’un psychiatre, avec éducateur, psychologue ; parfois une infirmière. Priorisation : travail, appartement. Constat passé avec la personne, qui implique un partenariat. K se verra par exemple proposer d’aller sur le lieu 2 fois par semaine, les éducateurs venant le voir 1 fois ; puis le contrat sera constamment réévalué.

**Madame L**

 Pour l’instant, elle va être transférée en Centre Hospitalier

ASPDRE (Admission en Soins Psychiatrique sur Décision du Représentant de l’État), sur décision du préfet ou du maire avec certificat médical.

SL (Soin Libre) : c’est la personne qui fait la demande de soin

ASPDT (Admission en Soins Psychiatrique sur Demande d’un Tiers), quand le patient représente un danger pour lui-même.

ASSDU (Admission en Soins psychiatrique en Situation d’Urgence) : menace de défenestration, etc.

Le sujet n’a plus la liberté de refuser la contrainte : il ne jouit plus des mêmes droits.

Deux critères :

* État mental rend impossible le consentement du sujet
* Besoin de soin

Incurique : qui ne parvient pas à prendre soin de lui, de son environnement → nécessité de l’intervention.

**Madame H**

Hospitalisation de jour : manière de passer d’une hospitalisation sous contrainte à une modalité vers plus d’autonomie.

Hôpital de jour : structure où l’on est pris en charge pendant la journée. On y part le matin, comme au travail. Activités proposées pendant la journée, soins, repas, temps éducatifs.

Le logement ne semble pas faire problème à Madame H. L’appartement thérapeutique ne répondrait pas à une demande, et romprait encore avec ses habitudes. Ces appartements sont loués par un hôpital ou une structure ; ils sont appropriés pour des personnes jouissant déjà d’une certaine autonomie.

La structure la plus appropriée pour Madame H semble l’Hôpital de Jour.

**Monsieur C**

SAMSAH + Entreprise Adaptée. Monsieur C a un besoin d’étayage : il se désorganise, a besoin de voir ses compétences soutenues. Son statut de handicapé est reconnu (AAH), ce qui lui permettrait un emploi du temps adapté 3-4 h/j plutôt que 8). Il pourrait éventuellement trouver une place dans une entreprise « normale » (qui doit statutairement accueillir une proportion de handicapés.

**Monsieur F**

Le SECOP de Bordeaux est à Charles Perrins.

Le CSAPA est peu approprié (il n’y a pas d’installation de l’addiction). Qu’est-ce que l’addiction ? La consommation est-elle réactionnelle ou pas chez Monsieur F ? Question de la prise du produit ; conséquences sur la vie du sujet (problèmes relationnels, familiaux, professionnels). Différence chronicité/abus. Chez Monsieur F, cela semble très réactionnel (et vraisemblablement causatif). Soir et nuit propices au réveil d’angoisses de séparation ; sentiment de solitude ; deuil.

Le CMP permettra d’essayer d’éviter l’hospitalisation. Monsieur F y serait reçu 2-3 f/semaine par un psychologue ou un psychiatre.

Le CATTP propose des activités, psychodrames, temps de parole en groupes.

**Monsieur G**

L’hospitalisation semble appropriée. La chimiothérapie (le somatique) et le soin psychologique pourraient s’y dérouler. Il serait ensuite pris en charge par le CSAPA.

**Qu’est-ce qu’un examen clinique ?**

Pistes de réflexion :

* Anamnèse (histoire du sujet) : comparaison avant/après ;
* Importance de la vision globale, holistique du patient, ce qui peut permettre de distinguer le psychologue du psychiatre, lequel sera peut-être plus focalisé sur la pathologie. Le psychologue est également attentif à ce qui va bien ;
* Recueil des signes infra-verbaux : incurie, débit verbal (mutisme, logorrhée) ;
* Recueil des signes verbaux ;
* Devoir d’interroger spécifiquement sur le risque suicidaire ; essayer d’identifier ce qui peut soulager, désamorcer une situation morbide ;
* La verbalisation de l’idéation suicidaire peut permettre d’éviter le passage à l’acte ;
* Congruence discours/ressenti : rires anxieux sur des éléments de tristesse ; plus souvent, voix monocorde.
* De l’anhédonie (insensibilité au plaisir) à l’athymhormie (anesthésie affective)
* Entretien semi-dirigé : questions, mais qui laissent la personne parler d’elle-même, et pas seulement de ce qui ne va pas.

**TD3 : Étude de cas : Madame P.**

Le DSM-IV relève d’un registre descriptif. Mais, une fois les symptômes énumérés, comment essayer de penser ? C’est là que le modèle psychodynamique est mobilisé. Des difficultés de communication sont encore présentes entre différentes sources, du fait des classifications diverses. On va voir posés des diagnostics différents à partir de grilles différentes. Ex. : la phobie sociale, dont le tableau symptomatique ne doit pas masquer la compréhension psychodynamique (décompensation psychotique, angoisse de morcellement). Point de vue poppérien – on conserve telle hypothèse tant qu’elle n’a pas été invalidée. Telle pathologie peut appeler telle modèle théorique et thérapeutique.

**Madame P.**

Introduction

Mme P., 28 ans, une fille d’un mois et demi. À l’hôpital, adressée par les urgences. Informations remontées par le service de psychiatrie.

Antécédents :

* Somatique & personnel : avortement en 93, fausse couche en 97
* Familial et psychiatrique : frère pris en charge
1. Présentation générale
* Relever d’éventuelles discordances vestimentaires, mais aussi le soin, etc.
* Activité psychomotrice : hyperactivité
* Attitude envers le praticien (ici, les soignants) :
	+ Refuse tout d’abord toute relation
	+ Contenue
	+ Sans enjeu médicamenteux, elle commence à s’ouvrir
	+ Intrusive, envahissante (soignant, patient)
	+ Exigeante (à l’égard des médecins, rapport à la satisfaction immédiate des demandes)
* Insight :
	+ N’évoque que des troubles somatiques
	+ Anosognosie, déni (stupeur, sidération : elle ne peut pas penser du tout le pourquoi de sa présence). *L’anosognosie est un terme neurologique ; la faiblesse de l’insight relève de la psychiatrie.*
	+ Temporalité : passage du déni à la dénégation (évolution positive) ; elle prend en considération ce qu’on lui dit, même si elle ne l’intègre pas
	+ Accepte mieux ma prise de médicaments
	+ Plainte somatique : elle commence à se plaindre, à formuler une demande : c’est là un signe d’évolution positive
* Fiabilité : (*relative aux tentatives de manipulation, de dissimulation ; question de l’authenticité*)
1. Humeur et affect
* Humeur : (*disposition émotionnelle pérenne*)
* Affect :
	+ Grande labilité émotionnelle : changements auxquels elle doit faire face constamment (exalté, irritable)
	+ Intensité du vécu des émotions : hyperesthésie, hyperréactivité émotionnelle (penser ici en termes d’intensité, plutôt que de tonalité affective)
* Concordance émotionnelle : (*Possibilité d’un clivage entre ce qui est exprimé et la façon dont ça l’est, assez caractéristique de la schizophrénie ; incongruence du délire, morbide et néanmoins raconté avec jovialité*)
	+ Mme P. est très concordante. (*Intérêt pour le thérapeute, a fortiori à l’égard d’un tel patient hyperesthésique, de se montrer aussi neutre, calme que possible.*)
1. Pensée et discours
* Cours ou forme de la pensée :
	+ Coq-à-l’âne, fuite des idées, difficulté de garder l’attention. La pensée (tachypsychie) va tellement vite que la parole ne la suit pas. La logique n’est pas perdue, mais elle n’est pas apparente
* Contenu de la pensée :
	+ Délire : Mme P. se dit missionnée (nourrir tous les bébés que les mères impures ne peuvent pas nourrir)

*(Sur les différents types de délires :*

* + - *Mystique*
		- *D’influence (je suis commandé, on m’a demandé de faire ça)*
		- *De persécution*

*Le délire peut par ailleurs être :*

* + - *Secteur*
		- *Réseau*

*Certains délirants (dont le délire est sectarisé) sont très fonctionnels : quand il est réticulaire, la fonctionnalité va se perdre. Un lacanien va chercher à établir un réseau en secteur, de contenir le délire en l’écartant du réseau.)*

* + Discours mono-idéique

Mécanismes sous-tendant le délire :

* + Mégalomanie (exprimée dans la « mission » dont Mme P. se croit pourvue)
	+ Interruptions du discours : blocages de la pensée
1. Perceptions sensorielle pathologiques
* Déviations temporelles et spatiales : intrusivité, perte des limites spatiales
	+ Crise clastique : Mme P. a été extrêmement désorientée
1. Sensorium et cognition
* Travail dans le tertiaire ( ?) ; ne montre pas de carence cognitive ; mais liens du discours altérés
1. Contrôle des pulsions et dangerosité
* Impulsivité : mouvement vers l’autre, incapacité à contenir (elle est, littéralement, contenue la 2e nuit) ; registre libidinal sans limité
* Question du sommeil (qui n’est classé dans aucune des présentes catégories) : ne dort pas du tout, malgré le traitement hypnotique

Idée de diagnostic

C’est la désorganisation et la manie qui prédominent. Il n’y a pas de discordance, qui est assez propre à la schizophrénie.

Manie : élation, exaltation, intensité du vécu des émotions ; tachypsychie provoquant une fuite des idées.

La pathologie relèverait ainsi d’un trouble de l’humeur. Dans la manie, on peut délirer. Le délire va céder avec la normo-thymie. Sinon, on tombera dans le trouble schizophrénique (éléments de perte de rapport à la réalité).

On peut donc suggérer un épisode maniaque.

Le trouble n’est pas nécessairement bipolaire ; il peut être unipolaire, même si c’est plus rare. Dans l’épisode mixte, les symptômes maniaques et dépressifs sont présents. À nouveau, ce qui importe ici, ce n’est pas la tonalité de l’émotion, mais leur intensité.

Dans le diagnostic différentiel, écarter les causes :

* Somatique : hypothyroïdie (manifestations ressemblent à la dépression)
* Toxique

**TD4 : Étude de cas : Monsieur R.**

1. Présentation générale
	* Attitude & apparence physique : S’il ne nous est pas décrit, on peut l’imaginer abîmé, marqué ; marques de l’anxiété : ongles rongés
	* Activité psychomotrice & comportement : idem supra. Évitement du regard ? Sueur, tremblements ; agitation psychomotrice ? On peut remarquer toutefois que, dès que la question du lien est soulevée, M. R. procède à un évitement.
	* Attitude envers le praticien : elle évolue. Il semble s’ouvrir peu à peu.
	* Insight :
		+ Dans le rapport à l’alcool : il peut le décrire, mais n’en parle pas comme d’un problème
		+ Anxiété : conscience de son caractère envahissant, handicapant
		+ Attitude de victimisation ?
	* Fiabilité : très bonne
2. Humeur et affect
	* Humeur : anxieuse. C’est la base sur laquelle il vit les choses.
	* Affect :
		+ Peur, qui revient le plus régulièrement, et très intense ;
		+ Dysphorie, mélange entre anxiété et dépression ; registre triste (niveau de tonalité affective de ce qui est vécu)
	* Concordance émotionnelle : très bonne. Il raconte de façon douloureuse quelque chose qui l’est aussi.
3. Pensée et discours
	* Cours ou forme de la pensée : cohérents, organisés. Il a sans doute besoin d’étayage dans le discours (notamment dans la thématique de la séparation). Présence d’effondrements (qui ne sont pas des barrages, des craquées verbales, des néologismes, qui seraient des marqueurs de la schizophrénie, de la perte d’une syntaxe commune avec autrui.)
	* Contenu de la pensée : obsession du regard de l’autre sur lui. Dimension interprétative, basée sur ce qu’il prête d’intentions chez autrui. Grande sensibilité à ce qui l’entoure : à fleur de peau, avec hypervigilance.
	* Discours : on peut imaginer qu’il fait des pauses. Fonctionnement très fatigant.
4. Perceptions sensorielles pathologiques
	* Hallucinations ou illusions : Illusions sous l’emprise de l’alcool ?
	* Sentiments de dépersonnalisation ou de déréalisation : -
5. Sensorium et cognition
	* Vigilance : hypervigilance ; troubles du sommeil. Difficulté de l’endormissement (moment de séparation).
	* Orientation : -
	* Mémoire : -
	* Concentration & attention : peut-être altérée par son hypervigilance
	* Abstraction : -
	* Connaissances acquises et intelligence : autodépréciation (mais pas d’autocritique !)
6. Contrôle des pulsions et dangerosité
	* Alcool recherché pour ses effets désinhibiteurs (effets qui ne seraient pas le fait d’une pathologie) ;
	* ≠ paranoïa ;
	* ≠ attaque de panique. Entité diagnostique : « trouble panique » → évitement (on va tout faire pour que ça ne se représente pas) →Perturbation des relations sociales, professionnelles, sur la durée.

Diagnostic différentiel :

* + Lien avec une affection somatique
	+ Lien avec une substance

Proposition diagnostique :

* + **Dépendance à l’alcool** : critères de tolérance (effet escompté : désinhibiteur) ; quantité, durée, impact ;
	+ Comorbidité avec un trouble anxieux : **phobie sociale**

(Éliminer explicitement les diagnostics écartés)

Domaine professionnel

Centres pour handicapés

SP Sections spécialisées

Accueil de Jour

SAJ : Sections d’Activités de Jour

SACAT : Sections Annexes aux Établissements et Services d’Aide par le Travail

SAMSAH

Service d’Accompagnement Médical et Social d’Adultes Handicapés ne travaillant pas

SAVS

Services d’Accompagnement à la Vie Sociale

*(Uniquement en ESAT)*

Reconnaissance travailleur handicapé

(entreprises publiques et privées)

Structure médicalisée

Accompagnement

Hébergement

Entreprises Adaptés

(anciennement ateliers protégés)

FAM

Foyer d’Accueil Médicalisé

Foyers d’hébergement pour travailleurs handicapés

MAS

Maison d’Accueil Spécialisée

Foyers de vie pour adultes handicapés

ESAT

Établissement et Service d’Aide

 par le Travail

Filières de prise en charge en santé mentale

Soin

|  |
| --- |
| CHCentre Hospitalier |
| HJHôpital de Jour |
| MDSI *(anciennement CMS)*Maison Départementale de la Solidarité et de l’Insertion |
| Appartement thérapeutiques |
| CMPCentre Médico-psychologique |
| CATTP |

Milieu judiciaire

|  |
| --- |
| MANA |
| UNAFAM |
| CEID |
| CAUVA |
| CSAPA |

MDSI

MDPH

**Familiarisation avec le territoire sanitaire et social de prise en charge de la personne âgée**

**TD2 : Initiation aux différentes structures**

Il s’agit d’associer à chacune des huit vignettes découvertes au TD1 l’une des huit structures, chacune n’apparaissant qu’une seule fois. On sera attentif, afin d’orienter vers la bonne structure, à relever dans chaque vignette les éléments pertinents (âge, isolement/réseau, validité/handicap, état du diagnostic, etc.).

**Vignette 1 : CCAS : Centre Communal d’Action Sociale**

Le CCAS coordonne les actions menées dans le champ social sur le territoire communal.

Il a pour missions :

* Préserver de la précarité
* Prendre en compte l’urgence sociale
* Favoriser l’insertion sociale, professionnelle, par un accompagnement adapté
* Contribuer au maintien à domicile des seniors
* Participer à la prise en charge des personnes âgées à travers des établissements spécialisés
* Accueillir pour écouter et orienter
* Animer un réseau de partenaires

**Vignette 2 : CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche**

Il a quatre missions :

* Diagnostic
* Prise en soin
* Enseignement et recherche
* Coordination des consultations mémoires

Les CMRR reçoivent les patients dont les troubles nécessitent une expertise plus approfondie. Ils ont un rôle d’expertise en cas de diagnostic complexe.

**Vignette 3 : SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile**

Ils ont pour mission :

* De prévenir ou différer l’entrée à l’hôpital ou dans un établissement d’hébergement
* De raccourcir, lorsque cela est possible, les séjours hospitaliers

Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non-médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou handicapées.

**Vignette 4 : MAIA : Maison pour l’Autonomie et l’Intégration des Malades Alzheimer**

L’objectif d’une MAIA est d’organiser le système de prise en charge des personnes souffrant de maladie d’Alzheimer en situation complexe via le service de gestion de cas.

Pour ces personnes en situation complexe exclusivement :

* Améliorer l’articulation entre les services de soin, d’information et d’accompagnement
* Accompagnent dans les démarches médicales et sociales

*Nota* : la MAIA, contrairement à ce que l’acronyme pourrait le laisser entendre, *n’est pas* une structure d’hébergement, et n’est pas réservée aux patients Alzheimer.

Relever par ailleurs que M. Z. est atteint du [syndrome de Diogène](http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_de_Diog%C3%A8ne).

**Vignette 5 : CM : Consultation Mémoire**

Elles permettent :

* Aux patients présentant des troubles de la mémoire, de bénéficier d’un diagnostic précis et d’une prise en charge adaptée de la maladie d’Alzheimer et autres maladies apparentées
* De bénéficier d’équipes médicales pluridisciplinaires (au minimum neurologue ou gériatre ou psychiatre et psychologue), les Consultations Mémoires (de proximité) sont généralement organisées en milieu hospitalier.

*Nota* : Les psychologues y réalisent les bilans neuropsychologiques.

**Vignette 6 : EHPAD : Établissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes**

* Établissement médicalisé autorisé à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus
* Établissement médico-social

**Vignette 7 : CLIC : Centre Local d’Information et de Coordination**

A pour mission d’accueillir et d’informer les personnes âgées, en déterminant leurs besoins et les éventuelles situations de crise.

Services :

* Conseils et informations sur les prestations, les services d’aide à domicile, les types d’hébergement
* Accompagnent dans les démarches
* Actions de prévention
* Groupes d’échanges et d’information pour les aidants familiers qui accompagnent une personne atteinte de démence

**Vignette 8 : RPA : Résidence pour Personnes Âgées**

* Gérée par le CCAS. Accueille des personnes âgées qui ne peuvent ou ne souhaitent plus rester au domicile, pour cause de solitude, de maison devenue trop grande ou inadaptée, problèmes de santé non ou peu invalidants
* Cette formule d’hébergement s’adresse à des personnes autonomes, valides ou semi-valides. Les résidents doivent être autonomes dans leurs déplacements et la plupart des actes de la vie courante, car une Résidence pour Personne Âgée n’est pas une structure médicalisée.

**TD3 : Description détaillée des différentes structures**

**CCAS : Centre Communal d’Action Sociale**

Le CCAS coordonne les actions menées dans le champ social sur le territoire communal. Il dispose d’une personnalité juridique propre.

Ces services :

* Direction des actions gérontologiques
* CLIC (Centre Local d’Information et Coordination)
* Portage des repas à domicile pour les seniors
* Direction de l’insertion
* PLIE (Plan Local d’Insertion pour l’Emploi)
* PLAJE (Plan d’Aide aux Jeunes)
* RSA
* Services d’instruction des prestations sociales (carte transport demandeur d’emploi, aide sociale aux personnes âgées, aide sociale aux personnes handicapées…)

Il a pour missions :

* Préserver de la précarité
* Prendre en compte l’urgence sociale
* Favoriser l’insertion sociale, professionnelle, par un accompagnement adapté
* Contribuer au maintien à domicile des seniors
* Participer à la prise en charge des personnes âgées à travers des établissements spécialisés
* Accueillir pour écouter et orienter
* Animer un réseau de partenaires

**Rôle du psychologue**

Entretiens cliniques individualisés

* Accueil, écoute/soutien psychologique individualisé
* Évaluation du besoin d’accompagnement psychologique/information sur les différents modes de prise en charge, proposition et orientation
* Entretiens familiaux

Conseil et soutien aux équipes du CCAS

* Éclairage sur les situations problématiques/aide à la résolution des problèmes déontologiques
* Favoriser l’articulation du travail entre les acteurs de terrain et les coordinateurs

Supervision des équipes d’aide à domicile (groupes de parole, entretiens individuels)

Participation à l’élaboration d’actions sociales diverses sur le territoire communal (clubs, associations culturelles, sportives, voyages…)

**CLIC : Centre Local d’Information et de Coordination**

Missions :

* Accueillir et informer les personnes âgées, leur faciliter l’accès aux droits
* Détecter leurs besoins et les éventuelles situations de crise
* Aide à la décision
* Animation et développement de réseaux professionnels

Services :

* Conseils et informations sur les prestations, les services d’aide à domicile, les types d’hébergement
* Accompagnent dans les démarches : assistance dans les démarches et mise en relation avec les services compétents proches de chez vous
* Actions de prévention : une évaluation personnalisée et globale des besoins et une proposition de plan d’aides à domicile (portage de repas, téléassistance, aides techniques…)
* Groupes d’échanges et d’information pour les aidants familiers qui accompagnent une personne atteinte de démence

À ce jour, plus de 50% des CLIC sont gérés par une association, plus de 25% par une commune ou un CCAS, 10% par un établissement hospitalier et, un peu moins directement, par un Conseil Général.

Il existe des CLIC de différents niveaux, de 1 à 3

1. Mission d’accueil, d’écoute et d’information
2. Niveau 1, plus mise en place de plans d’aide et d’évaluation, groupe de parole
3. Niveau 2 + constitution de dossiers de prise en charge, etc.

**Rôle du psychologue**

* Coordination et mise en place d’actions gérontologiques sur territoire du CLIC
* Visite à domicile dans le cadre de l’évaluation des besoins des personnes dépendantes
* Animation de réunions de concertation entre les professionnels intervenant à domicile (réunions de synthèse)
* Actions de soutien à l’aidant familial et professionnel
* Mise en place et animation de groupes de parole et d’analyse des pratiques professionnelles
* Participation à la formation des professionnels

**MAIA : Maison pour l’Autonomie et l’Intégration des Malades Alzheimer**

Missions :

* Organiser le système de prise en charge des personnes souffrant de maladie d’Alzheimer en situation complexe via le service de gestion de cas (référent, coordinateur unique)
* Améliorer l’ l’articulation entre les services de soin, d’information et d’accompagnement
* Élaboration de nouvelles stratégies de prise en charge de la maladie d’Alzheimer
* Définition d’actions de formation pour les intervenants, et évaluation des pratiques

Services :

* Accompagnent dans les démarches médicales et sociales, pour les personnes en situation complexe uniquement
* Création d’un espace d’accueil, d’écoute et d’évaluation pluridisciplinaire de la situation vécue par un malade atteinte d’une maladie d’Alzheimer et par ses proches

Les MAIA ont été créées dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, elles sont au stade de l’expérimentation. Fin 2011, il y avait 55 MAIA en France, l’objectif est qu’il y en ait 500 en 2014.

**Rôle du psychologue « gestionnaire de cas »**

* Évaluation à domicile des besoins sanitaires et sociaux de la personne identifiée comme étant un « cas complexe »
* Coordination de la prise en charge des différents intervenants impliqués
* Proposition d’un plan d’aide adapté à la personne
* Accomplissement des démarches administratives pour l’accessibilité de la personne eux différents services et aides
* Suivi du plan des services planifiés, et réunions périodiques de ce plan
* Réorientation, identification et gestion des situations de maltraitance
* Information auprès des familles

**CM : Consultation Mémoire**

Population concernée :

* Patient âgé présentant des troubles cognitifs
* Patient préalablement adressé par un médecin traitant

Mission :

* Diagnostiquer et prendre en charge de façon adaptée la maladie d’Alzheimer et autres maladies apparentées

Services :

* Bénéficient d’équipes médicales pluridisciplinaires (au minimum neurologue ou gériatre ou psychiatre ET psychologue), les Consultations Mémoires (de proximité) sont généralement organisées en milieu hospitalier, mais pas exclusivement
* L’évaluation comporte plusieurs étapes, elles sont réalisées en ambulatoire (une à trois séances sans hospitalisation) ou en hôpital de jour si des examens plus techniques sont nécessaires. La consultation consiste en un bilan initial qui comprend une évaluation clinique, des examens biologiques et d’imagerie médicale (scanner ou IRM. Puis des consultations de réévaluation et de suivi peuvent avoir lieu une à deux fois par an.

À ce jour, plus de 300 CM ont été labellisées en France.

Pour la région Aquitaine : 20 CM.

Bilan psychologique : 1h30/2h. Le psychologue donne au médecin un compte rendu à partir duquel il va établir son diagnostic.

**Rôle du psychologue**

* Bilan neuropsychologique à visée diagnostique
* Bilan neuropsychologique à visée de suivi
* Participation aux réunions de synthèse avec l’équipe pluridisciplinaire

**CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche**

Ont été créés par le premier plan national sur la maladie d’Alzheimer.

Il en existe généralement un par région (pour l’Aquitaine : CHU Pellegrin).

Les consultations mémoires constituent un premier niveau du dispositif de diagnostic et de prise en charge de la maladie d’Alzheimer. Les CMRR reçoivent les patients dont les troubles nécessitent une expertise plus approfondies. Ils ont un rôle d’expertise en cas de diagnostic complexe.

Population :

* Patients atteints de maladies neurodégénératives dont les troubles nécessitent une expertise, et des examens cliniques, neuropsychologiques et/ou d’imagerie médicale approfondis.

Missions :

* Même mission de diagnostic et de prise en charge que la CM
* Mission d’enseignement, de recherche et de coordination des consultations mémoires de la région dont le CMRR est référent

**Rôle du psychologue :**

* Bilan neuropsychologique dans les cas nécessitant une expertise neuropsychologique
* Bilan neuropsychologique de suivi
* Participation aux réunions de synthèse avec l’équipe pluridisciplinaire
* Participation aux protocoles de recherche thérapeutiques (pharmacologiques et non-pharmacologiques)
* Participation à la formation des professionnels

**EHPAD : Établissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes**

Population :

* Personnes âgées dépendantes
* 60 ans et plus

Mission :

* Hébergement temporaire et permanent

Services :

* Soins infirmiers et médicaux
* Prise en charge des tâches quotidiennes (repas, toilette…)
* Et de plus en plus souvent : animateur, psychologue, psychomotricien…

Un EHPAD est un établissement médicalisé. Il doit alors justifier d’équipements adaptés et de personnels spécialisés, selon le nombre de places disponibles. Il s’agit de la forme d’institution pour personnes âgées la plus répandue en France.

Un EHPAD est un établissement médico-social. Il peut être public, privé associatif ou privé lucratif.

**Rôle du psychologue**

* Entretiens individuels auprès des résidents
* Participation aux projets d’accompagnement personnalisé (projets de vie) des résidants
* Accompagnement des familles
* Supervision des ateliers d’activité/orientation en lien avec les professionnels impliqués
* Soutien et information auprès des équipes soignantes

**SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile**

Les SSIAD sont des services sociaux et médico-sociaux.

Population concernée :

* 60 ans et plus, malades ou dépendantes, ayant des droites ouverts dans une caisse de maladie
* Personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap, ou atteinte de maladies chroniques, sous réserve de l’accord du médecin conseil de la CPAM

Missions :

* Prévenir ou différer l’entrée à l’hôpital ou dans un établissement d’hébergement
* Raccourcir, lorsque cela est possible, les séjours hospitaliers

Services :

* Soins infirmiers et d’hygiène générale ainsi que l’aide à l’accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne
* Intervention

Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non-médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou handicapées.

**Rôle du psychologue**

* Coordination et analyse des pratiques professionnelles
* Entretiens individuels et évaluation des patients à domicile

**Résidence pour Personnes Âgées**

Ce n’est pas une structure médicalisée. Gérée par le CCAS.

Les logements se présentent sous la forme de studios d’une ou deux pièces pouvant accueillir des personnes seules ou des couples. Les résidents meublent leur logement avec leur propre mobilier. Il existe également généralement des parties communes (ex. salle à manger, bibliothèque, salle télé…).

Population concernée

* Personnes âgées qui ne peuvent ou ne souhaitent plus rester au domicile, pour cause de solitude, de maison devenue trop grande ou inadaptée, problèmes de santé non ou peu invalidants
* Cette formule d’hébergement s’adresse à des personnes autonomes, valides ou semi-valides. Les résidents doivent être autonomes dans leurs déplacements et la plupart des actes de la vie courante, car une Résidence pour Personne Âgée n’est pas une structure médicalisée.
* Personnes pouvant se déplacer seule

Mission :

* Offrir un environnement plus sécurisant et adapté

Services :

* Une infirmière fréquemment présente permet d’assurer une surveillance légère et de prévenir les secours rapidement en cas de besoin
* Aide à domicile et partage des repas possibles si demandés

Démarches d’inscription

* Faire la demande par courrier au maire de la commune dont la personne dépend
* Inscription sur liste d’attente jusqu’à ce qu’un logement se libère

**Rôle du psychologue**

* Accompagnement des résidents et de leur famille
* Supervision des actions d’animation en lien avec les professionnels impliqués

**TD 4 : Étude du cas de M. B., selon les trois étapes d’évolution de sa maladie**

**Première phase**

1. **Description de la situation de M. B :**
* 80 ans et 75 ans (*Nota* : on est généralement considéré comme « très âgé » à partir de 85 ans)
* Faible niveau scolaire
* Pauillac + moyen de locomotion limité → isolement, secteur médico-social peu couvert
* Environnement familial sécurisant et stimulant
* Peu de recours, demande d’aide financière ?
* Antécédents médicaux : épilepsie, HTA, problèmes d’audition
1. **Troubles**
* Trouble de la mémoire épisodique
* Trouble du langage : manque du mot
* Manque d’ « assurance » dans le discours
* Conscience des troubles
* Peur du regard des autres
* Risque de retrait social
* Apparition de symptômes dépressifs
* Banalisation des troubles
* Défaut de dépendance
* Épouse commence à endosser le rôle d’aidante

→ Troubles cognitifs et psychoaffectifs

Même si on peut parler de troubles débutants, ils ont sans doute commencé il y a des années ; mais aujourd’hui il y a répercussion, et c’est ce qui alerte.

1. **Quelles solutions possibles ?**
* Une CM pour un diagnostic
* Un CLIC pour informations sur aides médico-sociales possibles
* Prise en charge du problème d’audition, car la diminution des capacités sensorielles contribue au déficit cognitif

**Deuxième phase**

1. **Situation**
* Difficulté autour de l’annonce du diagnostic (1 malade sur 2 non-diagnostiqué)
	+ Pour le médecin (hétérogénéité dans la pratique d’annonce du diagnostic)
	+ En libéral : diagnostic de démence mais pas nécessairement de suivi des malades
	+ Ambivalence du patient et de son entourage
* Sentiment d’incompétence et d’impuissance de l’aidante
* Manque d’information des familles : paradoxes de la sur-médiatisation
1. **Troubles**
* Aggravation des troubles cognitifs et donc augmentation du degré de dépendance : si aide mise en place, nécessité de réévaluer la dépendance
* Troubles dysarthriques
* Troubles praxiques
* Rôle d’aidant de plus en plus important : jusque-là, supervision des tâches de son mari, maintenant elle « fait à sa place »
* Trouble du comportement : agressivité, émoussement affectif (i.e. : désintérêt à l’égard du monde extérieur)
* Modification du caractère
* Possible dangerosité pour l’entourage
1. **Solutions possibles ?**
* CLIC pour établir un plan d’aide
* SSIAD, pour les soins et la toilette
* Accueil de jour, groupe de parole ( ?)

**Troisième phase**

1. **Troubles**
* Anosognosie (disparition de la plainte)
* Pas de diagnostic mais prise de médicaments
* Dysarthrie
* Désorientation temporelle
* Troubles du comportement : stéréotypie comportementale, apathie, indifférence
* Isolement +++

D’évidence, l’intervention arrive à un niveau très tardif : il eût fallu intervenir en amont, et prévenir l’épuisement de l’aidant.

1. **Situation**
* Épuisement de l’aidante : sentiment de fardeau
* Aggravation de la dépendance
* Inversion du système nycthéméral
* Éloignement des proches : sentiment d’isolement et de solitude

→ Situation de crise

1. **Solutions**
* Placement en EHPAD

À défaut :

* Hébergement temporaire pour soulager l’aidante ? (Certaines places en EHPAD disponibles, souvent dans des cas où l’aidant doit se faire opérer, part, etc.)
* Renforcement des soins/aides à domicile.

**TD1/2 : Étude de cas clinique : Attachement et enfants adoptés (Marie & Tom)**

**Analyse de contenu des histoires à compléter**

**Analyse des dessins des enfants suivant les grilles de Pianta et de Fury**

**Marie**

Marie recherche une base de sécurité, une proximité avec la figure d’attachement. Les figures d’attachements sont prévenantes, bienveillantes : elles préviennent (sic) du danger. Recherche d’un havre de sécurité, vers lequel se diriger pour gérer la situation de stress. Marie, quant à elle, reste dans l’insécurité : **elle a besoin d’une base (c’est-à-dire qu’elle ne s’est pas constitué ce havre)**. Dans l’une des histoires, elle ne peut même pas se référer à la grand-mère. L’absence physique provoque une détresse : elle a encore besoin de la proximité physique pour ressentir la sécurité.

1. L’anniversaire

Production orale peu aisée. Récit bref, hésitant. Affects positifs. Pas d’échéance. Récit qui répond à la consigne. Histoire vraisemblable. Vocabulaire positif : « heureux, s’amuser, chasse aux trésors ». Marie attribue à ses parents des intentions positives.

1. Le sirop renversé

Récit cohérent et bref. Répond à la consigne. Présente les parents comme des figures d’autorité (alors que, chez Tom, cette notion est inversé : c’est lui qui conduit ; il demande à sa sœur plutôt qu’aux parents.)

Rôle de l’examinateur : que se passe-t-il après qu’elle est allée dans sa chambre ? Il aurait dû proposer une relance.

1. La sortie dans le parc

Transgression de l’autorité, laquelle elle défie. « Ça t’apprendra » : est-ce une invitation à l’autonomie (ce que laisse entendre la fin, neutre (« ils partent »), et pas catastrophique.

1. Le monstre dans la chambre

Marie commence par : « Après, elle a peur. » Ainsi, elle exprime aussi bien les affects négatifs que positifs. Elle n’est donc pas l’objet d’exclusion des affects. (Tom, lui, est dans l’incapacité d’intégrer ce sentiment de peur : il fait une exclusion défensive. En découle une histoire invraisemblable.) Marie active des comportements d’attachement, **recherche une base de sécurité ; le havre de sécurité n’est pas présent**. Elle active des comportements de sécurité à l’égard de sa sœur. Sans havre de sécurité, elle ne retrouve pas de sécurité, et fait des cauchemars. De même, l’enfant est renvoyé dans sa chambre. Est-ce une invitation à l’autonomie pour lui apprendre à gérer ses émotions ?

1. Le départ

Représentations désorganisées : le départ active une détresse qui va avoir des retentissements sur la forme du récit. Elle active des stratégies primaires (agrippement) qu’elle ne transforme pas en stratégies secondaires (en activant son attachement sur la grand-mère). S’agit-il là d’une réactivation d’une précédente séparation (à 6 mois) ? À cet âge, les MIO sont sensori-moteurs, au niveau du comportement. S’il y a des traces de cette séparation, ce serait à ce niveau. Est-ce la réactivation de la séparation des foyers d’accueil ?...

1. Le retour

Elle joue, elle verbalise les retrouvailles. Il n’y a donc pas d’évitement. Mais elle replace les parents comme des figures d’autorité, soucieuses de leurs enfants néanmoins. Marie va reprendre la grand-mère au niveau de sa responsabilité.

Quelle représentation de l’attachement chez Marie ?

* Plutôt sécurisé (présence des deux affects)
* Néanmoins (épisode du monstre) : figures parentales autoritaires, emphase sur la discipline ; et persistance de l’insécurité en situation de stress.

Peut-on en savoir plus avec le dessin de la famille ?

* Sécure : personnages ; complets, différenciés ; parents bien distincts des enfants ; personnages sexués ; proximité entre personnages ; sourires. On n’est pas dans une famille effrayante.
* Personnage barré ;
* Pauvreté au niveau des affects, restriction qui est de même celle des couleurs. Il en était de même dans ses réponses.

→ Difficulté de l’interprétation. Nécessité de mesures complémentaires. Il faudrait sans doute des tests projectifs à partir de photos montrant des situations d’attachement, afin d’observer ses réactions.

**Tom**

La mère s’endort dans le parc : figure négligente, qui n’a pas à l’esprit ses enfants. Alternance d’hyper-tendresse et de comportements explosifs (à l’instar du ballon qui éclate). Dans deux histoires, la mère active des gestes de tendresse, de protection à l’égard du frère cadet (les « bisous » à la tête du montres ; le sirop, pour lequel elle dit de ne pas se lever.)

Dessin :

* Mère évincée dans la maison, sans visage
* Réponses aux questions : « le plus gentil, maman, parce qu’elle est calme. »
* L’adoption apparaît dans les questions
* Père abîmé : il se blesse toujours. Davantage présent que la mère. Active des comportements de caregiving, mais qui s’avèrent inefficaces.

Histoire par histoire :

1. L’anniversaire
* Évitement des contacts avec la mère
* Attribution d’intentions positives au père
* Discours incohérent, histoire invraisemblable. Vidéo : concordance entre les émotions attribuées aux personnages, et le fait de le jouer ? S’il est seulement dans la verbalisation, cela relève de l’évitement. Il n’intégrera pas son récit.
1. Le sirop renversé

Mère violente, « fou (sic) de rage »

1. La sortie dans le parc

Père active des comportements de caregiving. Incohérence dans la représentation des émotions. **Surinvestissement du sémantique au détriment de l’épisodique**. Paradoxe : c’est le caregiver qui est abîmé. Le sourire relève-t-il d’une stratégie défensive ?

1. Le monstre dans la chambre

Incapacité d’intégrer le contenu de la peur dans son histoire, laquelle est invraisemblable, avec des incohérences narratives. Le frère est à chaque fois « embarqué ».

1. Le départ

Les figures féminines dorment : ici, c’est la grand-mère. Évitement de la thématique de la séparation. Inversion des rôles (qu’on retrouve dans l’attachement sécurisé.) Mensonge, duperie des adultes. Figures d’attachement négligentes. Tom **anticipe** les retrouvailles. **Il ne les joue pas cependant**. Cette fois, c’est la mère qui fait mal au père. Il ne parvient pas à adopter des stratégies comportementales cohérentes. Thématique de la chute : on glisse, on laisse tomber, an casse.

1. Le retour

Activation de comportements d’attachement. Mais thématique violente initiée par la grand-mère : « Les parents peuvent vous écraser. » Évitement des retrouvailles. Mépris des adultes (grand-mère « bigleuse »). Inversion des rôles (départ en voiture avec son frère). C’est lui qui se fait mal, qui est abîmé.

Dessin :

* Père tourné vers les deux enfants, mère à l’écart
* Thématique de l’agressivité
* Dessin d’un contexte : maison, soleil, arbre
* Impulsivité : tracé, cheveux, dessin du t-shirt du père

→ Dessin **ambivalent**, désagréable

→ Narration au niveau **désorganisé**

Il faudrait savoir si l’enfant a beaucoup d’imagination, pour déterminer s’il est influencé. Sans doute pas, car il y a trop d’atteinte au **corporel**. Adoption très présente dans son discours.

Réponses aux questions : c’est l’expression de ce qu’il vit avec ses parents adoptifs. L’arrivée du frère a-t-elle été un facteur de **réactivation** ? Est-il détaché de ce qu’il dit ? Influence de la télévision ? De l’approche de l’adolescence ?

**TD 2/2 – L’attachement – Analyse des textes & Éclaircissements notionnels**

*(En encadré, la reprise des questions du TD2 ; en italique, mes rajouts personnels)*

**Analyse des textes**

1. ***Éclaircissement conceptuels et méthodologiques***
2. Concept, théorie, paradigme

Pierrehumbert et Miljkovitch parlent de paradigme de l’attachement plutôt que de la théorie de l’attachement (p. 280, 2e §), alors que Gauthier et al. font référence aux concepts de la théorie de l’attachement (pp. 110, 111, 118, 131, 136, 137) plutôt qu’à la théorie de l’attachement tout simplement.

Concept, théorie, ou paradigmes ? À quoi font référence ces termes ? Quelles nuances introduisent les auteurs ?

***Concept****: représentation générale et abstraite d’un objet, d’un événement, d’une situation ; idée clairement définie.*

Une **théorie** est un système explicatif d’un phénomène. Ici, elle vient éclairer sur les comportements des enfants placés.

Les cas cliniques ne permettent pas de généraliser ; Gauthier est ainsi dans une perspective de recherche appliquée.

La recherche scientifique impliquerait une étude longitudinale ; l’observation des enfants restant en famille d’accueil.

Théorie : ensemble organisé de concepts proposant une explication d’un phénomène, d’une réalité.

Le **paradigme** est un système explicatif, mais il est reconnu comme vrai par une majorité d’experts de ce domaine. Quand la théorie se vérifie, on parle de paradigme. Il regroupe des chercheurs qui partagent une même définition de leur objet de recherche, des problématiques voisines, et des démarches méthodologiques proches.

*Paradigme : représentation du monde, manière de voir les choses, modèle cohérent de vision du monde reposant sur une base définie (théorie ou courant de pensée).*

*Alt. : Dans les sciences comportementales, un paradigme expérimental désigne une installation expérimentale, c’est-à-dire une manière de conduire un certain type d’expérience selon un protocole déterminé, et en référence à une théorie sous-jacente qu’il a pour fonction d’éprouver en validant ou infirmant l’hypothèse qui en est issue en montrant un certain nombre de phénomènes. Le protocole constituant son ossature offre un cadre expérimental au sein duquel on va pouvoir faire varier un ou plusieurs paramètres. En ce sens technique, il se présente comme un modèle empirique, par distinction du sens épistémologique d’un modèle théorique, d’une manière générale de penser (sens qu’il a chez Kuhn).*

1. Qu’est-ce qu’une méta-analyse ?

Pierrehumbert et Miljkovitch se réfèrent à la méta-analyse de Van Ijzendoorn. Qu’est-ce qu’une méta-analyse, quelles informations apporte-t-elle ?

*Démarche statistique combinant les résultats d’une série d’études indépendantes sur un problème donné. Elle permet une analyse plus précise des données par l’augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Elle permet de dépasser le caractère contradictoire de certaines études, et de détecter les biais méthodologiques de certaines études.*

1. Statistiques

Pierrehumbert et Miljkovitch écrivent que « l’attachement au père explique 2% de la variance sur ces dimensions et l’attachement à la mère 30%. » Sur le plan des analyses statistiques, qu’est-ce que cela veut dire ?

*η2 est de 0.02 (resp. 0.30). 2% (resp. 30%) de la variation est expliquée par l’attachement au père (resp. à la mère).*

1. ***Réflexions théoriques et cliniques***

Sur le texte de Pierrehumbert & Miljkovitch

La notion de Modèle Interne Opérant est-elle seulement reliée à l’approche de Mary Main ? Qu’est-ce qui permet à Pierrehumbert et Miljkovitch d’affirmer cela ? En vous basant sur les travaux de la psychologie adulte notamment exposés dans le livre synthèse de Guedeney et Guedeney, pouvez-vous dire que cela est juste ?

*Le MIO est défini par Bowlby. Avec Ainsworth, on pouvait, grâce à la situation étrange, juger des comportements (des enfants) issus des représentations ; grâce à Main, on a directement accès aux représentations (parentales). Avec les narratifs d’attachement (Bretherton, p.283, §1), on peut désormais également évaluer les représentations infantiles d’attachement.*

Main est la première à avoir opérationnalisé les MIO, avec l’idée que les MIO des parents est le reflet de leurs relations précoces. Il y aurait une influence de ces expériences sur les modèles représentationnels.

Les modèles d’attachement construits ne déterminent pas cependant à eux seuls le type de rapport que l’on établit avec quelqu’un. Il faut avoir tenu compte du partenaire de la relation. De fait, à l’adolescence, il y a un remaniement du MIO grâce à l’accès à la pensée formelle.

---

En quoi les catégories de Mary Main pour l’attachement à l’âge adulte sont-elles similaires à celles d’Ainsworth dans le paradigme de la situation inhabituelle (dite étrange) ? En quoi sont-elles différentes ?

Différences des MIO sensori-moteurs (séquences intériorisées) chez Ainsworth ; et représentationnels chez Main.

Niveau épisodique : souvenir riche en émotion, débordement :

* Sémantique (incohérences narratives, histoires invraisemblables), représentation générale des figures d’attachement ;
* Procédural : action sur les figurines ; l’enfant « joue » les émotions.

Différentes catégories (Main):

* Autonome : adulte circule librement dans ses souvenirs. L’enfant explore en même temps librement en sa présence ;
* Détaché : difficulté pour le sujet d’évoquer ses souvenirs ; ne compte que sur ses propres ressources ; les autres sont à distance. Ex. : mère évitée dans les retrouvailles ;
* Préoccupé : enfant préoccupé par les autres ; niveau de détresse élevé.

*Tableau comparatif : cf. p. 287, §2 les correspondances. « Dans la situation étrange, les comportements de l’enfant ne traduisent en effet pas vraiment le modèle interne de celui-ci, mais plutôt la rencontre entre ses attentes et le modèle de l’adulte. Il y a donc lieu ici d’anticiper des taux de correspondance intergénérationnelle plus modestes. »*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Main*** | ***Ainsworth*** |
| *Autonome* | *Sécure* |
| *Détaché* | *Insécure-évitant* |
| *Préoccupé* | *Insécure-ambivalent* |
|  | *Désorganisé* |

---

Bowlby, en s’appuyant sur les travaux de psychologie cognitive de Tulving et Donaldson, distingue trois niveaux de mémoire. Quels sont-ils ? En quoi cette distinction devient-elle utile à P & M pour comprendre les différences d’attachement au père et à la mère ?

À quel niveau de mémoire se situe le Ca-Mir ?

3 niveaux de mémoires :

* Procédural : évocation impossible. C’est ce niveau qui va guider nos actions sans qu’on ait besoin d’y penser ;
* Sémantique : représentation consciente, généralisée, que l’enfant développe à partir de l’ensemble de ses expériences. Mémoire accessible par la réflexion et la verbalisation. Peut provenir à la fois des événements vécus, et à la fois d’autres sources que je n’ai pas nécessairement vécues ;
* Épisodiques : souvenir d’épisodes spécifiques de la vie de la personne riches en émotions ; sont stockés.

Le père vient transmettre à l’enfant une vision normalisée de la séparation. L’enfant intègre les stratégies défensives du père, lequel lui apprend que face à une situation d’angoisse, il faut faire bonne figure. Le père réinterprète le vécu de l’enfant, ce que ce dernier va intégrer dans un processus défensif.

Le père participe à un stockage de l’information en mémoire sémantique. Le père détaché a appris, pour gérer l’insécurité, à transformer, déformer les représentations, pour que celles-ci ne risquent pas d’ébranler son système de représentations préétablies. Il va former une représentation générale de son enfant déconnectée des épisodes spécifiques.

CaMir : niveau sémantique, qui peut lui-même être activé par le niveau épisodique.

*Le Ca-Mir se situe à un niveau de mémoire sémantique (p.285, §4) ; de même, p.286, §1.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tulving & Donaldson*** |  | ***Bowlby*** |
| *Mémoire procédurale* | *Schématisme de l’action, attentes provenant de l’apprentissage des situations sociales (****inconscient****)* | *Séquence de régulation émotionnelle (être effrayé, chercher la présence de la mère, être réconforté)* | *Activation des comportements d’attachement suivie d’une terminaison grâce à la présence physique de la mère* |
| *Mémoire sémantique* | *Représentations ou propositions généralisées (habituellement* ***consciente****)* | *Re-narration proposée par la mère va inciter l’enfant à un encodage sémantique : « Je suis courageux. Les mamans aiment les enfants courageux. » Création d’une association, d’un modèle.* |  |
| *Mémoire épisodique* | *Encodage à long terme d’événements ponctuels à forte composante affective (****conscient****)* | *Stockage (« le jour où le gros chien a essayé de m’attraper… »* |  |

---

Modèle Interne Opérant, stratégie de l’information ou style de régulation émotionnelle ? Quelle est l’implication de la phrase de P & M : « Les modèles internes opérants décrits dans la théorie de l’attachement participeraient à la régulation des comportements relationnels, à différents niveaux du traitement de l’information » ?

Les MIO sont constitués d’informations stockées aux 3 niveaux de mémoire :

* Procédural : agit sur le niveau émotionnel ;
* Épisodique : active des émotions que le sujet va pouvoir (ou pas) réguler. En effet, l’enfant ambivalent est débordé par l’émotion ; l’évitant, lui, en est coupé.

Traitement : sélection de l’information qui sera congruente au modèle établie ; les autres, incongruentes, seront exclues. Exclusion défensives, informations non-intégrées.

*P. 282, §3 : « Les* ***MIO*** *décrits par la théorie de l’attachement participeraient ainsi à la* ***régulation des comportements relationnels****, à différents niveaux de* ***traitement de l’information****. » Modèle hiérarchique, du modèle opérant, par le traitement de l’information, puis l’induction d’un comportement relationnel.*

---

Que mesurent les histoires à compléter ? Sur quelle partie de la théorie de l’attachement repose cette mesure ? Quelle est la procédure ? Quelle grille de cotation ?

Cf. TD1

*Le CaMir (auto-questionnaire d’attachement adulte) mesure le style de régulation émotionnelle (autonome ou flexible, détaché ou désactivé, préoccupé ou hyperactivé). Questionnaire sur les représentations adultes en rapport avec l’attachement. 9 échelles associées trois à trois à 3 styles. Évaluation de la capacité des 9 échelles du CaMir (parents) à prédire chacune des 9 échelles du complètement d’histoire (enfant), afin d’évaluer quantitativement la part de l’influence de* l’histoire *du père et de celle de la mère sur* les histoires *de l’enfant.*

---

Qu’est-ce qu’une méta-analyse ? Quelles informations la méta-analyse de Van Ijzendoorn apporte-t-elle ? En quoi le travail de Van Ijzendoorn et celui de P & M sont-ils distincts ?

Traitement statistique de toutes les recherches sur un même modèle. Ici, environ 20 études, 850 sujets. Résultats présentant une valeur prédictive plus importante (d’où une correspondance de 70% des styles d’attachement parents/enfants).

*Van Ijzendoorn mesure l’influence de la représentation parentale sur les comportements d’attachement (relevés dans la situation étrange d’Ainsworth) ; P & M relève l’influence de ces mêmes représentations parentales sur les représentations infantiles mesurées par le complétement d’histoire de Bretherton. (p. 287, §2).*

---

Rôle du père et de la mère dans la construction des modèles internes opérants ? Que veulent dire P & M quand ils écrivent que l’attachement au père explique 2% de la variance sur ces dimensions, et l’attachement à la mère 30% ? Donnez à la fois l’explication statistique et l’explication psychologique. Que nous apprend cette recherche sur le rôle du père dans la construction des modèles internes opérants ?

Ici, influence du père à un niveau sémantique.

Le père n’exerce pas la même influence que la mère dans le domaine des représentations.

Influence du père statistiquement significative, mais modeste, car ne rendant compte que de 2% de la variabilité des enfants.

*Amplitude de l’effet de la mère plus élevé (24%) que celui du père (14%), p. 289, §1. Chiffre théorisé par Bowlby à travers le concept de monotropie (attachement à un partenaire exclusif). Père relève d’un attachement secondaire. Attachement du père au pouvoir prédictif inférieur à celui de la mère au niveau développemental.*

*Un père détaché semble paradoxalement transmettre des représentations (niveau sémantique) normalisées de la fonction parentale, stéréotypée, les parents apparaissant comme « normalement bons ». L’enfant y gagnerait en termes d’économie psychique de pouvoir maintenir à un niveau minimal d’activation les émotions habituellement associées aux représentations d’attachement. Crittenden : détachement associé à une valorisation défensive de la sphère cognitive au détriment de la sphère émotionnelle. Fonagy : transmission intergénérationnelle de processus défensifs.*

*Relation intergénérationnelle avec la mère très différente. Mère autonome associée à une faible réactivité à la séparation (indication probable de l’absence d’anxiété face à la séparation). Hypothèse : l’enfant d’une mère sécure serait plus apte à représenter les émotions négatives, dont la séparation, sans l’éviter ni mettre en scène, défensivement, des parents exagérément protecteurs.*

*Forme (blocage, désorganisation subite de la mise en scène) associée à la mémoire procédurale, influencé par la mère ; fond associé à la mémoire sémantique, à un niveau plus élaboré des MIO, et influencé par le père.*

Sur le texte de Gauthier et al.

Évaluation : Quels sont les domaines révélateurs de la qualité de l’attachement à ses deux familles (biologique ou d’accueil) ? Décrivez et commentez chacun de ces domaines, indiquez à quel niveau de fonctionnement de l’enfant ils font référence.

C’est dans une clinique de l’attachement que l’on évalue l’attachement développé dans la famille d’accueil, et celui à l’égard de la famille biologique.

Période critique pendant laquelle construire une base de sécurité. Si on rompt cette continuité, les symptômes apparaissent. Période des 8-24 mois, pendant laquelle l’enfant apprend à s’appuyer sur la figure d’attachement.

L’équipe de Gauthier va donner un avis, aider à la prise de décision pour le maintien ou non dans la famille d’accueil.

Procédure, protocole (« domaines » révélateurs de la qualité de l’attachement.)

Présentation de l’enfant : anamnèse, histoire de l’enfant ; va permettre de repérer des troubles apparus à la suite d’une séparation ; relever à quel âge l’enfant a été séparé.

Famille d’accueil : il doit l’utiliser comme une figure d’attachement dans une situation inconnue (situation étrange). Avec sa famille biologique, qu’il ne connaît pas, la réaction sera beaucoup plus vive, et on ne verra pas si c’est réactif, ou si c’est le fait de la méconnaissance de sa famille biologique.

Observation du comportement de l’enfant dans la situation étrange. Les MIO de l’enfant sont sensori-moteurs ; il a bien des attentes à l’égard des figures d’attachement, en termes d’accessibilité et de disponibilité.

Quand on le peut, on observe l’enfant avec ses deux familles.

---

Implication clinique des liens d’attachement ou de leur carence

Quelles sont les difficultés psychologiques associées avec des difficultés de l’attachement décrites dans l’article de Gauthier et al. ? À quel âge les observe-t-on ? Comment expliquer que les enfants placés en famille d’accueil puis retournés dans leur propre famille biologique soient à risque de développer des difficultés à long terme ? Quelles difficultés psychologiques vont-ils rencontrer ?

Observations d’éventuelles troubles/symptômes avant et après une visite à ses parents.

Spécificité de la fonction de chacun des trois membres de l’équipe :

* Pédopsychiatre : repérera les symptômes & troubles psychiatriques de l’enfant ;
* Neuropédiatre ;
* Psychiatre développementaliste : sait repérer les dysharmonies de l’attachement.

Troubles externalisés : relations d’agression.

Troubles internalisés : troubles du sommeil (l’enfant va vérifier la nuit si la figure d’attachement est bien présente) ; agrippement, accrochage ; angoisses de séparation.

Période sensible : 0-2 ans ; période critique : 8-24 mois.

L’enfant s’est attaché à la famille d’accueil ; le processus d’attachement est long à construire. Une séparation serait traumatisante ; elle serait un nouveau changement pour l’enfant. Il risquerait de perdre son sentiment d’appartenance.

*Maltraitance conduit à un mélange complexe de réactions sécure et insécure (p. 110). La majorité des enfants désorganisés développent des comportements agressifs à 5 et 7 ans, se retrouvant parmi les enfants à haut risque de troubles externalisés et internalisés. Réactions de dissociation tout au long du développement, troubles psychiatriques à l’adolescence.*

---

Intervention

 Que veulent dire Gauthier et al. quand ils écrivent :

p. 113, §2 : « L’intervention de notre clinique est rarement de nature thérapeutique, car dans notre expérience, des mesures thérapeutiques sont vouées à l’échec tant que la continuité dans la vie de l’enfant n’est pas assurée. »

Ou encore, p. 120, §1 : « Notre expérience nous a graduellement appris que tout effort psychothérapeutique n’avait que peu d’effet tant qu’un enfant n’est pas assuré de continuité dans sa famille – biologique ou d’accueil. » Pourquoi les auteurs insistent-ils sur la continuité ?

pp. 133-134 : Quels sont les différents points de vue des cliniciens sur le retour dans la famille biologique ou le maintien dans une famille d’accueil ? Que veulent dire les auteurs quand ils écrivent p. 137 : « Notre expérience est essentiellement clinique. Il serait important que nous puissions suivre l’évolution de ces enfants dans une démarche de recherche. »

L’enfant va développer des troubles réactifs par rapport à la séparation.

L’objectif de Gauthier et al. est évaluatif ; il n’est pas thérapeutique. L’enfant a besoin de continuité avant de pouvoir envisager un nouveau contexte de vie, contexte sécurisant, dont les relations, les interactions permettront une réorganisation plus adaptée des MIO.

Deux points de vue (dilemme p. 134) :

* De l’enfant : une séparation serait traumatisante dans le cadre de sa construction des liens d’attachement ;
* De la famille biologique, des droites des parents.

Démarche clinique distincte de celle de recherche.

*La continuité est indispensable au bon développement d’une MIO sécure, ce que la relation thérapeutique, par essence ponctuelle, ne peut assurer. Seule la stabilité d’un foyer offrant une relation d’attachement appropriée, assurée sur la durée, permet le développement d’une personnalité autonome.*

 *Clinique vs. Théorique/recherche. Un* follow up *offert par une étude longitudinale permettrait de confirmer scientifiquement l’impact positif sur le développement de l’enfant à partir de bases sécures (vs. l’enfant désorganisé).*