

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES
HUMAINES

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET ÉDUCATIVES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING
CENTER (DRTC) IN SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCE

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

VÉCU TRAUMATIQUE DE LA PERCEPTION DU HANDICAP MENTAL ET RÉSILIENCE FAMILIALE. CAS DES FAMILLES AYANT UN ENFANT VIVANT AVEC AUTISME

Mémoire présenté et soutenu publiquement en vue de l'obtention du diplôme de master en
psychologie

Spécialité :

Psychopathologie et clinique

Date : **25 Juillet 2023**

Par :

KUEMBOMVE MENGUINI Claudine Angèle

Licence en Psychologie

Jury :

Président : **NGBWA VANDELIN** (Maitre de Conférences)

Rapporteur : **BANINDJEL JOACHIM** (chargé de cours)

Examineur : **BITOGO JEAN BLAISE** (chargé de cours)

Juillet 2023



A toutes les familles, ayant un enfant vivant avec autisme

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'a été possible que grâce au concours de nombreuses personnes auxquelles nous tenons à exprimer nos remerciements.

Nous exprimons notre profonde gratitude à notre directeur de recherche, Dr Banindjel Joachen qui, en dépit de ses nombreuses sollicitations a bien voulu accepter de diriger ce travail et guider aussi nos premiers pas vers l'univers très exigeant de la recherche scientifique. Nous ne saurons oublier d'adresser nos remerciements :

A tous les enseignants du département de psychologie de la faculté des arts, lettres et sciences humaines qui nous ont soutenus et encouragés dans la réalisation de ce travail.

A toutes les familles qui ont participé à cette enquête

Nous exprimons enfin notre profonde gratitude à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE :	5
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
CHAPITRE II : HANDICAP ET TRAUMATISME.....	26
CHAPITRE III : RÉSILIENCE ET FAMILLE	45
DEUXIÈME PARTIE :	69
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	69
CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE	70
CHAPITRE V : PRÉSENTATION DE DONNES ET ANALYSE DES RÉSULTATS	83
CHAPITRE VI : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES	101
CONCLUSION GÉNÉRALE	127
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	130
ANNEXES	135
TABLE DES MATIERES	160

RÉSUMÉ

La présente étude traite du vécu traumatique de la perception du handicap mental et de la résilience dans les familles ayant un enfant vivant avec autisme. La perception du handicap mental dans nos sociétés contemporaines reste un problème épineux dans la mesure où le handicap en général est considéré comme un fardeau fragilisant ainsi la dynamique familiale. C'est donc à ce titre que la présente étude pose le problème de la difficulté pour les familles d'asseoir une stratégie de résilience lorsqu'elle se trouve être traumatisé de leur membre. L'étude se fixe pour objectif de comprendre comment la mise en place des processus de résilience favorise la capacité à surmonter la perception du handicap mental. Pour y parvenir, l'hypothèse suivante a été formulée : la mise en place des processus de résilience influence la capacité à surmonter le traumatisme causé par la perception du handicap mental chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme.

L'étude se situe dans un paradigme compréhensif avec pour méthode une démarche qualitative adossée sur des entretiens semis directifs réalisés sur un échantillon de quatre familles. L'analyse de contenu de type thématique a été réalisée. Il en découle que : les familles qui mobilisent une dynamique axée sur la capacité du développement des ressources internes (intra familiales), une mentalisation pour chaque membre de famille, une bonne élaboration d'une intellectualisation, un mécanisme de déni de la réalité et un étayage sur les tuteurs de résilience développe la capacité à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental. Autrement dit, les familles confrontées au handicap mental de leur enfant procèdent à une construction mentale positive à une réalité à travers des élaborations mentales sur le handicap, la recherche de la protection contre les idées sur le handicap et l'étayage groupal.

Mots clés : famille, handicap, traumatismes, autisme, résilience

ABSTRACT

The present study deals with the traumatic vecu of the perception of mental disabilities and family resilience in families with a child living with autism. The perception of mental handicap in our contemporary societies remains a thorny problem insofar as disability in general is considered a burden thus weakening family dynamics. It is therefore in this respect that this study poses the problem of the difficulty for families to establish a sturge of resilience when it happens to be traumatized of their member. The objective is the objective of understanding how the establishment of the resilience favors the To achieve this, the following hypothesis has been formulated: the implementation of the mentalization process and intellectualization promote the ability of families to overcome the perception of mental disability among families with a child living with autism.

The study is located in a comprehensive paradigm with a qualitative approach to a sample directive interview carried out on a sample of four families. The thematic type content analysis was caried out. It follows that: families who mobilize internal dynamics focused on the ability to develop internal resources (intra-family) a mentalization for each family member a good development of an intellectualization, a mechanism of denial of reality and a tutoring on tutors. In addition, families faced with their child's mental disability conducts a positive mental construction to a reality through mental disability development, the search for protection against ideas about disability and grouping.

Keywords: *family, disability, trauma, autism, resilience*

INTRODUCTION GENERALE

La perception du handicap en général et du handicap mental qu'on a aujourd'hui dans la société n'est pas assez reluisante. Les personnes handicapées font face à des défis dans leur vie quotidienne. Elles sont victimes de rejet, de marginalisation et de stigmatisation. A titre d'exemple elles ont un accès limité aux bâtiments et au transport public, la discrimination sur le lieu de travail, le manque de soutien pour les soins de santé et d'assistance et un manque de représentation dans les médias et la culture populaire. Ces problèmes limitent leur participation à la société et leur capacité à réaliser leur plein potentiel.

Dans cette perspective, avoir une personne handicapée dans sa famille devient un poids difficile à porter, bref un traumatisme (Ebersold et Bazin, 2005). Malgré cette situation, la littérature scientifique nous informe que des approches scientifiques ont été réalisées pour tenter de résoudre ce type de problème lequel se situe dans la stratégie de résilience.

En effet, la notion de résilience a été étudiée dans différentes disciplines, notamment en psychologie. Or depuis les dernières décennies, plusieurs chercheurs et cliniciens se sont intéressés aux écrits sur la résilience des familles lorsque celles-ci se trouvent confrontées à l'adversité. Il ressort d'expériences cliniques auprès des familles dont un membre est atteint de TSA que certaines d'entre elles démontrent une capacité à « rebondir » et à se transformer positivement malgré les événements malheureux (Gauvin & Lefebvre, 2010 ; Lefebvre & Levert, 2005). Pour plusieurs auteurs il s'agit de résilience familiale (Earvolino, 2007). C'est ainsi que certains d'entre eux tentent de comprendre, d'analyser et d'expliquer l'expérience des individus et des familles qui, au cours de leur existence sont confrontés à des traumatismes, malgré l'intérêt grandissant à l'égard de la résilience. Il n'existe pas de consensus sur sa définition (Ahern, 2006 ; Gillespie, 2007 ; Galambos & Lie, 2003), ce qui a pour effet de limiter le développement d'un corpus de connaissance cohérent ainsi que la transfert et l'utilisation de ce concept dans la pratique.

Certains auteurs particulièrement en sciences humaines et sociales associent davantage la résilience en un trait caractéristique inné chez un individu (Beardslee & Podorefsky, 1988) ; Garnezy (1993) alors que pour d'autres, la résilience est un processus qui se modifie tout au long de la vie (Fine 1991) ; Luthar et Al (2000) ; Richardson (2002), ou bien à un résultat Masten (2001). Cette dernière conception a notamment permis aux chercheurs de développer de nombreux instruments de mesure basés sur « des indicateurs de la résilience », tels que le sentiment d'auto-efficacité, la maîtrise de soi et l'estime de soi (Biscoe & Harris, 1998) (Sinclair & Wallston (2004) ; (Wagnild & Young, 1993). Le développement des connaissances

dans le domaine de la résilience individuelle a précédé celui de la résilience familiale. Même si peu d'auteurs s'y sont spécifiquement intéressés, pour certains, la résilience familiale se rapporte soit à la capacité d'une famille à s'adapter aux stressseurs et à « rebondir » lorsqu'un évènement traumatisant survient (Delage, 2008) ; (Hawley & Dehaan, 1996), soit à la capacité d'une famille à répondre positivement à une situation défavorable (Murphy & Smith, 2005) ou encore à la force avec laquelle une famille change sa dynamique pour résoudre les problèmes rencontrés (Lee & al., 2004). La plupart de ces définitions semblent être inspirées de la résilience individuelle, alors qu'étudiée en contexte familial, sa compréhension est plus complexe. Pelchat, et Damiani (2002) affirment que le soutien est essentiel pour permettre aux familles de cheminer lorsqu'elles sont confrontées à une épreuve, pour découvrir et mettre en œuvre des comportements ainsi que des attitudes de résilience (Girgis & Sanson, 1998) et pour garder un projet de vie satisfaisant selon les circonstances.

Or, les soins de réadaptation, traditionnellement dispensés à la personne ayant un handicap modéré ou sévère et à sa famille ont été fortement influencés par une approche biomédicale centrée sur les incapacités de la personne atteinte et non sur ses forces et ses ressources. Les résultats de plusieurs recherches démontrent que cette façon d'intervenir suscite d'insatisfaction chez les familles (Gadoury, 2001 ; Vanier et al., 2004). En effet, selon plusieurs auteurs, le manque de clarté quant au rôle des professionnels à l'égard de la prise en charge des familles, le manque de connaissances et de formation des professionnels ou les difficultés à faire face aux réactions émotionnelles de ces familles constitueraient des facteurs explicatifs (Chelsa, 2002) ; Chelsa & Stannard, (1997) ; Richard & Lussier, (2005).

Il est souvent observé que des professionnels dans leur travail d'accompagnement vivent des difficultés lors de la prise en charge des familles dont un membre souffre d'un TSA. Par ailleurs, le manque de réponses aux besoins exprimés associé à certaines lacunes dans les programmes d'interventions en soutien à ces familles, peut mettre en péril leur processus de résilience (Lefebvre & Levert, 2007).

Comme le précisent Ebersold et Bazin (2005), les parents n'ayant pas assez de ressources financières suffisantes pour l'accès au soin de santé, à la nutrition, pour l'éducation scolaire de leur enfant handicapé et pour eux-mêmes, peuvent avoir des difficultés à retrouver l'équilibre émotionnel, la sécurité psychique etc. Alors, pour y remédier, ces parents peuvent mettre en place des moyens adéquats pour rebondir et se structurer une meilleure perspective d'avenir. D'où le problème qui porte sur le défaut d'élaboration des stratégies de résilience dans le vécu traumatique des familles ayant un enfant vivant avec autisme. De ce problème il

en découle une question principale de recherche ainsi qu'il suit : Comment les familles ayant un enfant vivant avec autisme parviennent-elles à surmonter le traumatisme lié à la perception du handicap mental ? La réponse à cette question a donné lieu à l'hypothèse principale suivante : le processus de mentalisation et une intellectualisation participent à l'élaboration des stratégies de résilience chez les familles en situation d'un enfant présentant un handicap mental. L'objectif principal de l'étude est de comprendre et d'expliquer comment la mise en place du processus de mentalisation et une intellectualisation favorisent-t-elles la capacité des familles à surmonter la perception du handicap mental. Pour atteindre ces objectifs, nous avons adopté un devis qualitatif, l'échantillon d'étude était composé de 4 familles. Pour le constituer, nous avons recouru à la technique d'échantillonnage à choix raisonné. Les informations ont été collectées via l'entretien semi-directif. Les résultats obtenus vont rendre compte de la pertinence des hypothèses définies.

Notre travail s'articule autour de deux grandes parties ayant chacune trois chapitres. La première partie est désignée cadre théorique. Elle comprend la problématique, la revue de la littérature et l'insertion théorique. La deuxième partie est intitulée cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend la méthodologie, la présentation des résultats et enfin l'interprétation et la discussion des résultats.

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Dans ce chapitre, nous allons présenter le contexte et la justification de notre étude, formuler et poser le problème de notre recherche. Il s'agit aussi pour nous de présenter l'intérêt et les objectifs poursuivis par l'étude, le corpus d'hypothèses que nous tenterons de résoudre et sa délimitation.

Selon Campenhoudt et Quivy (2011) « la problématique est l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question du départ. Elle est l'angle sous lequel les phénomènes vont être étudiés, la manière dont on va les interroger » (page 81). Il s'agit de situer l'étude dans un contexte théorique. Pour Fernandez et Catteew (2001), la problématique est une articulation discutée de différentes propositions empiriques et théoriques qui visent à définir le problème de la recherche. En référence à la démarche proposée par ces auteurs, nous présenterons tour à tour, le contexte de l'étude, la position et la formulation du problème, l'hypothèse de l'étude, l'objectif de l'étude, le but de l'étude, l'intérêt de l'étude et la clarification des concepts clés de l'étude

1.1 - CONTEXTE DE L'ETUDE ET JUSTIFICATION

1.1.1. Contexte de l'étude

Le handicap est de nos jours au centre de débats sociaux. Il est abordé avec beaucoup d'intérêts, quand on sait que le handicap véhicule, presque toujours avec lui les notions de discrimination, de stigmatisation, de limitation substantielle, de désavantage et de restriction, de participation à la vie en société Bruns (2002) ; Aubry (2017) et Becuwe et Merle (2013).

L'OMS estimait déjà la prévalence du handicap à 10% de la population mondiale. En 2010, sur la base des estimations démographiques, elle estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre, soit environ 15% de la population mondiale. On note une croissance conséquente des taux des personnes handicapées, qui d'après l'OMS serait dû aux vieillissements des populations, les personnes âgées ayant un risque plus élevé de handicap ; à l'augmentation des problèmes de santé chroniques associés à un handicap dans le monde comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, ou les maladies mentales et aux phénomènes environnementaux tels que les catastrophes naturelles, les accidents de la circulation etc...

Selon l'enquête sur la santé dans le monde mené par l'OMS en 2016 environ 785 millions (15,6%) de personnes âgées de 15 ans et plus vivent avec un handicap tandis que les estimations de la charge mondiale de morbidité avancement un chiffre aux alentours de 975 millions (19,4%), cette différence de chiffre fait état de la situation grandissante et alarmante qu'est le handicap. Toujours en rapport avec la prolifération du taux de handicap, l'enquête sur la santé dans le monde estime que 110 millions de personnes (2,2%) ont de très grandes difficultés fonctionnelles tandis que les estimations de la charge de morbidité parlent de 190 millions de personnes (3,8%).

Dans le monde, les études les plus récentes estiment que le taux de prévalence des personnes autistes varierait entre 90 et 120 individus sur 10 000 soit environ 1% de la population.

En France, d'après l'enquête réalisée en 2004 sur l'appréciation des parents sur la prise en charge de leurs enfants handicapés par la DREES, les parents se sentent plus satisfaits lorsque les professionnels les impliquent, à la fois dans le domaine médical ou social. Cette implication doit être effective au moment de la prise en charge et tout au long de l'accompagnement. Dans cette étude, les parents ont une opinion globalement positive des

prises en charge médicale, sociale et éducative effective de leurs enfants en situation de handicap avec des taux de 80 à 90% de satisfactions.

En France, environ 700 000 personnes sont atteintes d'un trouble du spectre autistique dont 60 000 personnes autistes, 8 000 enfants autistes naissent chaque année. Ce qui représente une personne sur 100.

La proportion filles / garçons est de 3 à 4 garçons pour une fille. Cette différence entre les deux sexes est liée au quotient intellectuel. En ce qui concerne le groupe des personnes avec autisme sans déficience. Cette proportion peut montrer jusqu'à 9 garçons pour une fille inversement pour le groupe des personnes avec autisme ayant une déficience intellectuelle sévère, la proportion peut descendre à 2 pour 1. On ne sait pas exactement pourquoi il est ainsi.

Aux États-Unis, environ 1 enfant sur 40 est atteint d'autisme, selon une enquête réalisée en 2016, mais publiée en 2018 le 27 avril 2018 par les centers for disease control and prevention (CDC) américains, la prévalence de l'autisme aurait atteint 1 enfant sur 59 aux États-Unis en 2014 contre 1 sur 68 en 2008.

1. Le tiers (31%) des personnes autistes aurait une déficience intellectuelle (DI).
2. Le quart aurait une intelligence limite.
3. 44% qui auraient une intelligence moyenne ou supérieure à la moyenne.

Au Québec, le taux de prévalence est en constante augmentation : il est estimé aujourd'hui à environ 1,5%. Selon un rapport produit par la fondation Miriam, on recensait en 2014 plus ou moins 76 000 personnes autistes au Québec. Quant au rapport de l'institut national de santé publique intitulé. "Surveillance au trouble du spectre de l'autisme" et produit en 2017, il mentionne qu'il y a au Québec 16 940 enfants âgés de 1 à 17 ans et ayant un diagnostic faisant ainsi de cette condition-là plus recensée en milieu scolaire.

Chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 17 ans, la prévalence globale du T.S.A selon le rapport 2018 du système national de surveillance du trouble du spectre de l'autisme est de 1 sur 66.

Au Cameroun, la loi du 13 avril 2010 sur la protection et la promotion de la personne handicapée définit le handicap comme « Toute limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement ». Ainsi, est considérée comme personne handicapée « toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-

même toute ou une partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale du fait d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou non ». Par ailleurs l'article 3 de ladite loi déclare que le terme « personne handicapée » s'applique aux catégories suivantes : les handicapés physiques, les handicapés mentaux, les handicapés sociaux et les polyhandicapés ».

1.1.2 Justification

Le choix de ce sujet a été motivé par des facteurs scientifiques, sociaux et personnels.

1. Sur le plan scientifique, nous avons choisi ce thème en rapport à la littérature assez fournie sur le phénomène étudié à savoir : le vécu traumatique de la perception du handicap et résilience familiale. En effet, depuis une dizaine d'années le concept de résilience est omniprésent dans la littérature scientifique et professionnelle francophone en sciences humaines et sociales, en raison notamment des ouvrages de recherche et de vulgarisation publiés par Cyrulnik (1998-1999).

Toutefois, l'usage de ce concept était déjà répandu depuis longtemps dans la littérature non américaine en particulier depuis les travaux de Werner et Smith (1982) ; Rutter (1985) ou Masten et Garmezy (1985) pour ne citer que quelques-uns des précurseurs dans ce domaine dans méta analyse de plusieurs publications scientifiques. Théorêt (2005) fait une mise en garde en ces termes : « ce concept n'est pas simple et recèle une multiplicité de sens qui impose un sens de réflexion et de révision » (p 634). La principale difficulté dans la compréhension de ce concept réside dans le fait qu'il existe à peu près autant des définitions qu'il y'a d'auteurs qui se prononcent sur ce sujet, avec des cadres idéologiques d'obédiences comportementaliste, cognitiviste, socioconstructiviste, ou psychanalytique.

De même certains travaux se limitent à des études de la résilience dans des contextes bien définis, tels que les environnements socio-économiques ou les performances scolaires et l'adaptation sociale de l'enfant en termes d'études à postériori des effets du développement à l'issue d'un processus complexe (Werner et Smith (1982)). D'autres auteurs, surtout en Europe francophone mettent l'accent sur l'étude des traumatismes chez l'adulte. Dans le contexte des études portant sur le handicap chez l'enfant, la résilience prend inévitablement une orientation particulière car elle est confrontée aux exigences propres aux domaines du développement de celui-ci. Elle devrait s'inscrire dans une approche écologique afin de mettre en lumière, d'une part, les capacités et incapacités propres à l'enfant (onto système) et d'autre part les relations de celui-ci avec son environnement, essentiellement son micro système etc... les rapports complexes entre la résilience et les handicaps chez l'enfant nous semble utile de mettre en

évidence deux réflexions : la première concerne les contraintes d'ordre conceptuels tandis que la seconde renvoie aux perspectives d'ordre pragmatique. Force de constater que les contraintes de la résilience sont secrétées intrinsèquement par le modèle explicatif lui-même.

1. Du point de vue social, construire une société inclusive pour toutes les personnes autistes à tous les âges de leur vie. La place des personnes et de leurs familles dans la société, à l'école, dans des logements correspondant à leurs souhaits au travail, dans les loisirs comme tout un chacun. Elle ne doit pas être faite de diagnostic et d'accompagnements dans des lieux inadaptés à l'accomplissement d'un projet de vie : la rue, l'hôpital, des établissements à l'écart etc. Ce principe entraîne un changement de paradigme dans la manière d'organiser les services et l'action publique.

2. Permettre aux personnes porteuses de trouble du spectre autistique, nos enfants, de vivre dans le respect et la dignité en leur apportant le maximum d'autonomie et de bien-être, en évitant tout sur handicap ;

3. De permettre à leur famille de retrouver la confiance et de rompre avec l'isolement et le désespoir qui peuvent amener à des solutions extrêmes

4. Aidez les gens à mieux appréhender la chose à connaître la maladie qui est mal connue

➤ Du point de vue personnel, cette souffrance psychique me touche particulièrement parce qu'elle fait partie de mon environnement je le vis quotidiennement, un membre de ma famille en souffre. J'ai été blessée dans mon narcissisme face à cette problématique.

Ce travail nous permet d'une part de nous situer à un moment de formation de psychologue clinicienne entreprise depuis les travaux de Master et d'autre part, de dégager certaines pistes pouvant nous être utiles à construire une identité propre à cette orientation visant un mieux-être de la personne atteinte à savoir : le vécu traumatique de la perception du handicap mental. Ce travail vient combler un besoin personnel, celui de se sentir utile et efficace dans la formulation des réponses à apporter aux problèmes qui touchent à l'humain.

Toutefois, la résilience, parce que c'est un concept qu'on utilise en psychologie et qui nous intéresse dans cette étude. En effet, la dimension sur laquelle la plupart des spécialistes de la résilience met l'accent et qui m'a semblé fondamentale est celle du lien : on ne devient pas résilient tout seul, la résilience s'étaye sur la relation à l'autre point. Tout individu a besoin de l'autre pour se développer, à commencer par le nourrisson qui ne saurait survivre sans des soins (physiques et affectifs) appropriés, sans un donneur de soins pare-excitant. Envisager la

résilience comme la construction, voire la reconstruction d'un pare-excitations, d'une enveloppe protectrice filtrante, m'a relevé ma sensibilité à cette notion du tissage du lien.

1.2 CONSTATS ET PROBLÈME DE L'ÉTUDE

1.2.1 constats

La situation des familles vivant avec un enfant en difficulté constitue une problématique majeure de la société en général. Le vécu du handicap est une réalité qui tire sa raison d'être dans leur vulnérabilité, les parents souffrent du fait du handicap mental, de leurs fils comme relevant de l'évidence. C'est le constat que nous avons fait dans le cadre de notre perspective enquête. Après avoir recensé un certain nombre des parents, il nous a été donné de constater que cette catégorie de parents ou de familles éprouve des problèmes spécifiques liés à leur situation. Il s'agit entre autres de la fatigue liée aux troubles de sommeil, au stress cumulatif et l'épuisement psychique. L'expression de reviviscence chez les parents d'enfants autistes qui s'observe par leur manque de concentration, ils sont comme stéréotypés à des moments. Nous observons également des attitudes d'hypovigilance, de la colère, de l'irritabilité, de l'impulsivité, du retrait social, du repli sur soi, de l'amertume, de l'anxiété, de l'hyperactivité réactionnelle, une labilité émotionnelle, (passe du rire aux larmes), une perte d'intérêts, de l'estime de soi, la perte de la toute-puissance. En outre, le vécu traumatique de la perception du handicap mental de leur enfant expose les parents à une série d'expériences douloureuses sur plusieurs plans dans leur existence : personnel, relationnel, social, psychologique, professionnel, financier. Aussi, ils ont du mal à communiquer avec les autres à se socialiser parce qu'ils sont encore dans le déni de la réalité. Ces parents ressentent une incapacité de renverser la situation handicapante de leurs fils. Pour faire face à cela, ces parents devraient mobiliser un ensemble de mécanismes adaptatifs afin de surmonter le traumatisme lié à ce handicap

1.2.2 Formulation et position du problème

Pour Cyrulnik, lorsque les parents ayant un enfant vivant avec autisme possèdent des « tuteurs de résilience » après un évènement traumatique, ils arrivent à tricoter les liens affectifs qui leur permettront de sortir vainqueur de cette situation.

Selon Everly et Coll (2000) les personnes victimes de traumatisme peuvent surmonter leur traumatisme en cherchant un soutien social. Il indique que la société fournit aux victimes de l'information de la compagnie et un soutien affectif et instrumental. Comme le font

remarquer Hocksema et Davis (1999), le fait de bénéficier d'un soutien social positif après un traumatisme est lié à une meilleure adaptation. Les chercheurs ont établi une distinction entre les différents types de soutien sociaux (Leymann & Lindell (1990).

Ainsi, le soutien affectif se caractérise par l'importance accordée à l'estime, à l'intérêt et à l'écoute et met l'accent sur les sentiments de la victime et ses réactions affectives. Le soutien d'appréciation insiste sur la comparaison sociale, l'affirmation et la rétroaction, dans le but d'aider la victime à donner un sens à son expérience. Le soutien d'information fournit aux victimes les conseils, les suggestions, les directives et les renseignements dont elles ont besoin. Enfin, le soutien instrumental se manifeste par de l'aide matérielle comme de l'argent, un abri, du temps et des efforts. (Leymann & Lindell 1992).

Les travaux sur la résilience familiale montrent qu'en situation de traumatisme dû à un membre de la famille vivant avec un handicap mental, la situation peut être gérée lorsque la famille se mobilise pour faire de leur membre une personne à part entière (Cyrulnik 2001). En outre, la famille essaye de faire des efforts pour s'adapter à la nouvelle situation.

Selon Arnaut et Anzieux (2002) déclarent que la mentalisation est le fait de mettre en pensée les excitations internes. En d'autres termes, il s'agit de conférer un sens à la blessure, et ses auteurs pensent que cette phase d'élaboration passe par la mise en sens du vécu traumatique.

Selon Garmez et al. (1974) la résilience se définit comme étant la mise en évidence de l'interaction entre les facteurs de protection psychologique et (ou environnementales aux enfants de se développer dans les meilleures conditions en dépit d'un contexte familial difficile).

Selon Arnaut (2003) donne d'autres indicateurs familiaux qui sont en mesure de jouer un rôle protecteur : la chaleur humaine, la cohésion et l'harmonie familiale qui sont susceptibles de favoriser la résilience. Il s'agit de l'amour, de l'acceptation fondamentale, de l'empathie, de la confiance que l'enfant reçoit de son entourage et vice versa. Baddoura (1998, p. 81).

Selon Delage (2008) a regroupé les facteurs de protection susceptibles de favoriser la résilience dans 7 rubriques : le maintien d'un espoir bien partagé par tous, le maintien d'une certaine prise sur la situation, la capacité familiale à continuer à fonctionner (ou fonctionnalité familiale), le maintien d'une sécurité globale liée à la qualité des attachements intra familiaux et des liens avec l'extérieur, l'existence avec l'éthique au sein de la famille, l'existence ou le développement d'une dimension spirituelle et la capacité de mentalisation de chacun au cœur

du travail de la résilience. Or il nous a été donné de constater que malgré ces stratégies conçues et élaborées dans le cadre des résiliences familiales, il est difficile pour certaines familles que nous avons rencontrées d'asseoir une stratégie d'adaptation lorsqu'elles se trouvent être traumatisées par le handicap de leur membre. Au regard de ces observations, ces familles en situation n'arrivent pas à se développer des stratégies de résilience car elles n'acceptent pas leur nouvelle situation. Aussi, elles ont du mal à communiquer avec les autres, à se socialiser parce qu'elles sont encore dans le déni de la réalité. Elles ont un manque d'intérêt social, c'est-à-dire qu'elles ne cherchent pas à coopérer, à aller vers les autres. Elles développent des troubles d'adaptation car vivant dans un climat d'incertitude. Elles ont des problèmes identitaires qui peuvent conduire à la dépression. Elles ont une faible estime de soi car n'arrivent pas à avoir confiance en eux, à prendre des décisions. Elles ont tendance à se présenter de façon dévalorisante se sentant incompétentes.

1.2.3 Enoncé du problème

Nous nous situons dans le domaine de la psychopathologie et clinique plus précisément en systémique ; car les familles ayant un enfant vivant avec autisme constituent un système : parents (père, mère, frères et sœurs).

Les constats que nous venons de faire aussi du constat théorique qu'empirique montrent que certains parents en difficultés, malgré les souffrances dues à la situation handicapante de leur fils, trouvent des moyens de s'adapter positivement, de se reconstruire tandis que d'autres n'arrivent pas du tout simplement parce que le chagrin, la souffrance éprouvée perdurent dans leur vécu ; ce qui trouble mécanisme de résilience. Ces constats ont attiré notre attention et nous ont amenés à nous intéresser de plus près au problème lié à l'impact du vécu des parents sur les stratégies de résilience chez ces derniers.

Par ailleurs, ces parents n'ont pas assez de ressources financières suffisantes pour l'accès au soin de santé, à la nutrition, pour l'éducation scolaire de leur enfant handicapé et pour eux-mêmes, celui de retrouver l'équilibre émotionnel, la sécurité psychique etc. Alors, pour y remédier, ces parents doivent mettre en place des moyens adéquats pour rebondir et se structurer une meilleure perspective d'avenir. D'où le problème porte sur le défaut d'élaboration des stratégies de résilience dans le vécu traumatique des familles ayant un enfant vivant avec autisme.

1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE

Notre question de recherche se formule de la manière suivante : comment les familles ayant un enfant vivant avec autisme parviennent – elles à surmonter le traumatisme lié à la perception du handicap mental ?

De cette question principale de recherche découlent les questions spécifiques

QS1 : comment la mise en place du processus de mentalisation détermine la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental ?

QS2 : comment une intellectualisation bien élaborée conditionne-t-elle la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental ?

QS3 : en quoi le déni de la réalité influence la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental ?

QS4 : comment la prise en compte des tuteurs de résilience favorise-t-elle la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental ?

En guise de réponse à cette question de recherche, nous nous sommes attelés à formuler une hypothèse: le processus de mentalisation et une intellectualisation participent à l'élaboration des stratégies de résilience chez les familles ayant un enfant présentant un handicap mental. Elle a valeur d'idée directrice de la présente étude. De cette hypothèse générale en découle les hypothèses spécifiques suivantes :

HS1 : la mise en place du processus de mentalisation détermine la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental à travers la construction mentale positive de la réalité.

HS2 : une intellectualisation bien élaborée favorise la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental à partir des élaborations mentales sur le handicap mental.

HS3 : le déni de la réalité influence la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental.

HS4 : la prise en compte des tuteurs de résilience favorise la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental.

1.4. L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de l'étude est de comprendre et d'expliquer comment la mise en place du processus de mentalisation et une intellectualisation favorise-t-elle la capacité des familles à surmonter la perception du handicap mental.

L'opérationnalisation de cet objectif principal à donner lieu à quatre objectifs spécifiques :

OS₁ : cerner comment la mise en place du processus de mentalisation détermine la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental.

OS₂ : saisir comment une intellectualisation bien élaborée favorise la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental.

OS₃ : expliquer comment le déni de la réalité influence la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental

OS₄ : montrer comment la prise en compte des tuteurs de résilience favorise la capacité des familles à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental.

1.5. LES INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

Les intérêts de cette étude se déclinent sur trois intérêts principaux : l'intérêt scientifique, l'intérêt économique et l'intérêt social.

En ce qui concerne l'intérêt scientifique, les résultats de cette étude permettraient un renforcement et une contribution théorique du concept « mentalisation du handicap dans la famille ». Cette recherche apporte une dimension nouvelle dans la résilience familiale en situation de handicap.

En ce qui concerne l'intérêt social, l'importance de cette étude est le fait qu'elle vise à promouvoir le bien-être des individus en général, et en particulier, celles des familles et puis, leur épanouissement complet, dans l'optique de leur pleine participation ultérieure au développement durable du pays.

Ce travail intéresse aussi toute la communauté éducative entre autres, les parents, les enseignants, l'administration scolaire, etc. Il intéresse également les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les Ministères de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MINAS), de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF).

1.5. LES DÉLIMITATIONS DE L'ÉTUDE

Cette limite se fera sur le plan thématique, théorique et spatio-temporel.

1.5.1. Au plan thématique

Notre travail porte sur le vécu traumatique de la perception du handicap mental et résilience familiale. Du point de vue de cette thématique, il est question de présenter le traumatisme et le handicap mental.

1.5.2. Au plan théorique

Ici, nous nous servons de l'approche psychanalytique pour appréhender le traumatisme et la résilience. Nous allons combiner à cette approche les théories qui permettent d'expliquer l'adaptation. Cette théorisation nous permettra de mieux cerner les contours traumatiques liés au handicap de l'enfant et d'expliquer le processus de résilience chez les parents.

1.5.3. Au plan spatio-temporel

En ce qui concerne la délimitation spatio-temporelle, elle se déroulera dans la région du centre Cameroun plus précisément à Yaoundé : dans l'arrondissement de Yaoundé I^{er} au centre ELA à Emana, dans le département du Mfoundi. Les données seront collectées en partenariat avec le Centre Médico Pédagogique ELA de Yaoundé.

1.6. CLARIFICATION DES CONCEPTS

1.6.1. Famille

Selon le dictionnaire Larousse (1988) c'est l'ensemble de toutes les personnes ayant un lien de parenté. La famille et les relations qui s'y développent constituent le creuset où se construit l'identité de la personne. L'espace relationnel familial sera stimulant pour les uns, destructeurs pour les autres. Il mettra en place des logiques de vie qui place les individus sur une trajectoire. Il répond avec plus ou moins de bonheur aux besoins affectifs, cognitifs et sociaux des enfants. Il facilite ou non la gestion du stress chez ses membres. C'est dans la pratique quotidienne, dans l'agir des acteurs mais aussi dans les représentations mentales de ceux-ci que se concrétisent les relations familiales. Il reste encore à savoir comment celles-ci sont en train de se modifier avec les bouleversements de la société actuelle.

En Afrique et au Cameroun, la souche authentique de la famille tend à faire place à des nouvelles formes familiales qui sont générées par les mutations socioculturelles. Ces familles font de plus en plus face à diverses contraintes dues aux multiples sollicitations du modernisme. La pression et le désir de changement ressenti par la famille camerounaise pour s'arrimer à la nouveauté, la prédispose à une vulnérabilité sans faille. La recrudescence des modes de vie occidentales imposées dans les mœurs africaines expose la famille camerounaise aux grands risques d'aliénation, de déculturation, de désorganisation, de déséquilibre, etc. En outre, l'opposition ouverte entre les valeurs traditionnelles et les exigences du modernisme d'une part et le brassage de cultures en milieu urbain d'autre part, prédispose lesdites familles à une très grande fragilité. Dans ce contexte, la famille camerounaise est entraînée dans un processus de déconstruction. Cette déconstruction elle-même peut s'identifier à deux niveaux : soit la famille se désintègre c'est-à-dire sorti de la sphère du mouvement de modernisme, soit elle se désengage et se désolidarise de ce mouvement de modernisme.

« Le fonctionnement de la famille africaine contemporaine est marqué par une tension permanente qui oppose les valeurs de la tradition aux sollicitations diverses de la modernité. Cette situation potentiellement conflictuelle imprègne les rapports intrafamiliaux en remettant en question les rôles des Ims et des autres » (Tsala Tsala, 2007, p.31-32).

Il s'agit d'une situation qui paraît inconfortable, dramatique et même pathologique, due au vécu familial douloureux.

5. **Le vécu familial** : c'est l'expérience que les parents ont vécu face à un événement traumatique.

Quatre axes fondamentaux sont impliqués dans le vécu familial : les axes affectif, cognitif, social et idéologique (Pourtois, 1997). Ces axes sont affectés par les types de stressors qui entrent en ligne de compte et qui peuvent être des événements dus à des facteurs externes à la famille, comme la perte de l'emploi, ou des facteurs internes à la famille. Les facteurs internes non prévisibles sont des événements critiques dont est affecté un membre de la famille dans son ensemble. À côté de ceux-ci, il y a des stressors qui sont inhérents au développement de la famille. Le développement de la famille peut être considéré en analogie au développement ontogénique comme une suite de « tâches développementales familiales » (Duval, 1977), inhérentes au cycle de la famille. Ces tâches sont déterminées par des facteurs biologiques, psychologiques et culturels. Le cycle de la vie familiale commence par la transition du statut du couple dans un microsystème à 3 personnes suite à la naissance d'un enfant. Cet événement

déstabilise l'homéostasie du couple et il en résulte, comme tâche, l'adaptation à une organisation plus complexe. L'étape du cycle de la famille avec des adolescents, dû au développement d'un enfant vers une autonomie plus accentuée, exige l'adaptation à une situation nouvelle qui tient compte du statut de l'enfant en tant que jeune adulte. Ces tâches de développement familial exigent un changement de deuxième ordre. Cette dynamique de changement implique une réorganisation des structures acquises, des règles de convivialité du couple ou de la famille, aboutissant normalement à une régulation sociale plus exigeante.

Kaës (1976) parle de l'appareil psychique familial pour montrer que l'individu est la somme des psychismes individuels de son milieu familial. Ce cadre invariant indifférencié permet à chaque membre de la famille de réaliser une bonne intégration somato-psychique et de structurer un "Moi" individuel autonome, dont la fonction est aussi de contenir les psychismes individuels.

En 1985, Anzieu évoque le vécu familial comme étant une enveloppe familiale. Comme un moi-peau familial, l'enveloppe familiale assure les fonctions principales de pare-excitation interne et externe, de frontière entre l'intérieur et l'extérieur de la famille, de filtre des échanges, de contenant des psychismes individuels. La nature rigide ou souple de cette enveloppe psychique détermine le fonctionnement intrafamilial et ses rapports avec le monde extérieur.

Le fonctionnement psychique familial décrit selon le type de relation, la nature de l'angoisse et les mécanismes de défense utilisés ; traduit la façon dont la famille gère ses conflits. Une relation d'objet génital partiel caractérise la famille qui s'organise autour de l'angoisse de castration. Une relation d'objet partiel caractérise une famille anaclitique confrontée aux angoisses de perte. Une relation de type fusionnel caractérise la famille psychotique qui vit une angoisse de morcellement. Ruffot quant à lui évoque les mécanismes de défense familiaux qui s'élaborent par l'appareil psychique familial.

Ils visent à réduire les excitations qui élèvent son niveau de tension interne. Une famille pathologique développe divers mécanismes de défense : déni de la différence des êtres, déni de la différence des sexes, déni de la différence des générations, déni de la loi et du pouvoir sexuel, déni de la mort et d'autres (Ruffot 1991, 296).

Pour lui, chaque famille engendre naturellement des mythes et transmet des fantasmes originaires. Trois organisateurs dynamisent et structurent de façon successive la vie profonde du groupe familial dans le sens de l'autonomisation progressive des psychismes individuels par rapport à la psyché groupale : illusion groupale, émergence des imagos paternelles et

maternelles, apparition des fantasmes originaires. Eigner (1991) repère trois organisateurs inconscients de la famille dans son fonctionnement courant : le choix d'objet, le soi familial et l'inter fantasmatisation. Au demeurant, la famille a un vécu unifié ou différencié quand elle a pu se constituer une enveloppe narcissique stable délimitant le dedans et le dehors exerçant ainsi les fonctions d'un « *moi-peau* ».

1.6.2. Handicap

Le handicap est une désignation au sens multiples selon différents auteurs dans le domaine. Cependant, dans le cadre de ce cours, nous tenterons d'élucider certaines définitions connues du public :

6. Étymologiquement, le substantif masculin « handicap » fut attesté pour la première fois en 1827 et fut emprunté au jargon Anglais « Hand In Cap » qui signifie littéralement « Les Mains Dans Le Chapeau » ... Le substantif handicap revêt le sens de « course ouverte à des chevaux dont la chance de vaincre, naturellement inégale, sont égalisées par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus lourd ou de parcourir une distance plus longue ». C'est donc « une épreuve sportive où l'égalité des chances des candidats concurrents est compensée au départ ». En outre, un (désavantage) accordé à un concurrent pour que les chances se trouvent égales.

7. Selon l'OMS, le handicap est « toute limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, menant à des difficultés psychologiques, intellectuelles, sociales et physiques ». ... Ainsi, est considérée comme handicapée toute personne dont l'intégrité physique et mentale est passagèrement ou définitivement diminuée soit congénitalement soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident à sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise.

8. Selon Le dictionnaire Larousse, le handicap est « une infirmité physique ou mentale, acquise ou de naissance », pouvant être conçu comme un désavantage (inconvenient) qui place en position d'infériorité.

9. Dans le cadre de notre étude, le handicap est une perturbation fonctionnelle durable ou partielle de la faculté concernant la perception, la pensée, le langage, la parole, les apprentissages et tout concept qui dévie toute norme typique. C'est-à-dire une infériorité que le sujet doit supporter. C'est bien entendu un désavantage, un inconvenient, une entrave et un gêne qui accompagne l'individu et qui doit, dès lors, faire partie de son vécu quotidien.

Selon la loi du 11 Février 2005, le mot handicap désigne « toute limitation d'activité aux restrictions de participation de la vie en société subir dans son environnement par une personne en raison d'une interaction substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques sensorielles, mentales cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

1.6.2.1 Le handicap mental

L'association Américaine de retard mental (AAMR/ le définit comme un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne (quotient intellectuel ou $QL < 70$ / ? associé à des limitations du comportement adaptif, avec survenue des troubles avant 14 ans (27,28). Le champ du handicap mental peut-il se restreindre à la seule notion de déficience intellectuelle ? Qu'en est-il des déficiences acquises des suites d'une pathologie ou d'un trouble accident à l'âge adulte ? Et des troubles des fonctions supérieures qui n'entraînent pas de retard mental ? On peut également considérer que le terme de handicap mental regroupe tout ce qui va « réduire les facultés intellectuelles du sujet, sa compréhension, ses apprentissages, son jugement, son attention, sa capacité à décider » (30), quelque soient l'âge de survenue et la mesure du DI. C'est dans ce sens que nous utiliserons par la suite le terme de handicap mental.

1.6.2.2 Handicap cognitif

Le terme de handicap mental et handicap physique, dans leur définition classique, ne suffisent pas de décrire toutes les situations. Le concept de handicap cognitif permet de préciser certaines atteintes.

« On appelle trouble cognitif, toute altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions cognitives résultant d'un dysfonctionnement cérébral, quelle qu'en soit l'étiologie ».

Les fonctions cognitives sont les « processus cérébraux par lesquels l'être humain acquiert l'information, la traite, la manipule, la communique et s'en sert pour agir » : perception, attention, mémoire, fonctions exécutives, langage, calcul, représentation dans l'espace et le temps, raisonnement, émotion..., parmi les troubles cognitifs on retrouve les troubles des apprentissages , les traumatismes crâniens, les accidents vasculaires cérébraux, troubles envahissants du développement...

Le terme handicap mental, dans son sens général, recouvre donc le terme de handicap cognitif.

1.6.3. Autisme

Selon le dictionnaire Larousse, l'autisme signifie repliement pathologique sur soi-même accompagné de perte de contact avec la réalité extérieure.

L'autisme : selon Syllamy (1980). Disposition pathologique au repliement sur soi-même entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginaire selon Eugen Bleuler en (1857-1939).

1.6.4. Traumatisme

Selon Larousse c'est l'ensemble des conséquences physiques ou psychologiques engendrées par un trauma. Ensemble des troubles de la vie affective et de la personnalité déclenché chez un sujet par un choc émotionnel. C'est un choc violent pouvant provoquer des troubles somatiques et psychiques. On l'assimile également à l'ensemble des troubles engendrés par une atteinte de l'organisme, et en particulier dans la région crânienne, avec ou sans blessure, les unes transitoires, liées au choc, les autres plus ou moins durables, souvent à la suite d'une émotion intense.

Dans le sens psychanalytique, état de l'organisme caractérisé par un excès d'excitation telle que la décharge est impossible et que l'organisme tend à s'ajuster en se fermant en toute excitation supplémentaire, par exemple au moyen de l'évanouissement pour diminuer la tension émotionnelle des traumatisés, une cure de sommeil et un soutien psychothérapeutique sont souvent nécessaires.

Freud appelle traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de ses mécanismes de défense. Le traumatisme psychique pose en particulier des problèmes d'indemnité des dommages subis relevant de l'expertise psychologique, psychiatrique et médico-légale.

1. Traumatismes psychiques

Le traumatisme désigne une expérience de violence hors norme au cours de laquelle l'intégrité psychique d'un individu ou d'un groupe a été menacée. Lorsque le traumatisme désigne l'effet sur l'individu d'un événement, on parle d'événement traumatogène ou potentiellement traumatique. La notion de traumatisme psychique ne se réduit pas à cette

conception factuelle. Par ailleurs, un même « événement » vécu par plusieurs personnes, pourra avoir des effets traumatiques très différents d'une personne à l'autre. Pour avoir un effet potentiellement traumatique, l'événement doit représenter une menace pour l'intégrité de la personne, dépassant ses possibilités de réaction : survenant de manière soudaine et non anticipée, et s'accompagnant d'un sentiment de terreur, de détresse, d'effroi, de solitude, d'abandon.

2. Types de traumatismes

Selon Terr, il y a deux types de traumatismes. Le traumatisme de type I : il se rapporte à un événement unique, isolé, limité dans le temps (accident, catastrophe naturelle, agression physique, viol, deuil traumatique, etc.). Le traumatisme de type II : il correspond à une situation qui se répète ; l'individu se trouve réexposé à un danger identique ou comparable (violences familiales, guerres, traumatismes secondaires, professionnels de l'aide à la découverte du handicap de son propre enfant).

3. Vécu traumatique

Dans le vécu traumatique, la personne peut avoir conscience des événements traumatisants qu'elle a vécus, mais le souvenir en est comme bloqué sans que ni la prise de conscience, ni le temps écoulé ne puisse réellement le transformer. La personne vit ce moment-là dans un temps immuable.

Synthèse

Aujourd'hui la, santé physique et psychologique des aidants est une thématique peu abordée et portant d'une importance primordiale. Le fardeau familial est un concept majeur qu'il faut prendre en compte de manière systémique dans le domaine du handicap est spécifiquement celui de TSA.

Les parents d'enfants avec TSA sont les premiers acteurs dans les interventions mises en place auprès de leur enfant. Ils occupent la place d'aidants familiaux dès lors qu'ils se tiennent quotidiennement au côté de leur enfant avec un handicap. Cette situation d'aide a été longuement étudiée auprès de la population atteinte de TSA mais en relevant les difficultés auxquelles font face les aidants lorsqu'ils doivent prendre soin d'une personne atteinte d'une maladie ou d'un handicap.

Cette place d'aidant informel (par opposition à la place d'aidants formels occupée par les professionnels de santé) représente pour eux une charge tant subjective en termes de

sentiments négatifs perçus, qu'objective, en termes de quantité de soin apportés à l'enfant mais aussi d'abandon d'activités telles que le travail ou encore les loisirs. Les manques scientifiques dans ces domaines mais aussi la demande grandissante d'élaborer des projets d'aide aux aidants en France montre qu'il est essentiel de centrer le travail de mémoire autour de la notion du « vécu traumatique des parents » afin de permettre un constat sur la situation des aidants d'enfants avec TSA. « Les résultats des études anglophones mettent en lumière que les parents d'enfants avec TSA présentent un fardeau plus important que les parents ayant des enfants avec d'autres incapacités. » Roger et al. (2014). La vie des parents et de la famille d'enfants avec un handicap se voit impactée par de multiples facteurs biopsychosociaux qui sont majorés lorsqu'un enfant présente un TSA.

4. Manifestation des traumatismes psychiques

Lorsqu'il y a eu traumatisme psychique, des troubles peuvent apparaître de manière transitoire ou durable. Nous citerons des :

1. Manifestations immédiates ; pendant l'événement traumatique, le corps réagit : c'est la réaction très courte d'immobilité ou « freezing » du système parasympathique, puis celle de fuite ou combat du système sympathique (accélération du cœur, de la respiration, du pouls) une fois l'événement terminée, survient la phase de réaction de stress aigu (Agitation, angoisse, souvenirs intrusifs, absence d'émotions, etc.). Ce sont des réactions normales et naturelles après une expérience traumatique.

2. Manifestions post-immédiates : l'événement post traumatique peut être vécu comme :

1. Une vague de stress aigu ;
2. Un choc ou chaos émotionnel ;
3. Un sentiment d' impuissance;
4. Un deuil impossible;
5. Une crise de sens dans la vie.

3. Manifestations différées : après une période, il peut arriver que les réactions prennent la forme de symptômes tels que :

1. L'hyperexcitation somatique (agitation, angoisse)
2. Les souvenirs récurrents intrusifs
3. La dissociation (détachement)

4. L'évitement (anxiété situationnelle ou sociale) ;
5. L'état de stress post-traumatique peut être associé à d'autres problèmes tels que :
L'alcoolisme, la dépression, l'anxiété, les troubles de sommeil, etc.

CHAPITRE II : HANDICAP ET TRAUMATISME

La revue de littérature est le support analytique de la littérature relative à un thème de recherche donnée. Elle vise à mettre en exergue les contributions des auteurs qui ont traité des thèmes similaires à celui-ci. Tabi (1990) soutient à cet effet que : « la revue de littérature est l'état de connaissance sur un sujet, c'est-à-dire un inventaire des principaux travaux étudiés afin d'envisager les nouvelles orientations ». Ainsi, dans ce chapitre, nous présenterons les points de vue de certains auteurs à partir des travaux antérieurement effectués et préciserons les théories qui correspondent le mieux dans notre travail.

2. 1. GENERALITE SUR LE HANDICAP

Pour l'OMS, « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromis »

Selon la C.I.H elle propose un ensemble de divers modèles de handicaps et comprend le handicap comme une description de la situation d'une personne plutôt comme une caractéristique de la personne

2.1.1 Classification des handicaps selon la CIH et l'OMS

Cette classification est établie à l'aide de cinq catégories : le handicap moteur, le handicap sensoriel, handicap mental, des maladies invalidantes. Elle permet un classement et une vision générale des différents types de handicaps selon la cause ou la déficience concernée il en existe plusieurs mais celle de l'OMS reste la plus reconnue.

1. Le handicap moteur se caractérise par une capacité limitée pour un individu de se déplacer, de réaliser des gestes, ou de bouger certains membres. L'atteinte à la motricité peut être partielle ou totale, temporaire ou incurable, selon son origine. Exemples : paralysies, imputations, infirmité motrice cérébrale, spinobifida, myopathie.

2. Le handicap sensoriel fait référence aux difficultés liées aux organes sensoriels. Ainsi on distingue deux types de handicap sensoriel : le handicap visuel (qui sous-entend une déficience de la fonction visuelle exemple : cécité et malvoyance, amblyopie, achromatopsie). Le handicap auditif qui désigne une perte partielle (mal entendant ou totale de l'audition. Un handicap qui peut parfois entraîner des troubles de la parole exemple : surdité).

3. Le handicap psychique qui se définit par l'atteinte d'une pathologie mentale entraînant des troubles mentaux, affectifs et émotionnels, soit une perturbation dans la

personnalité, sans pour autant avoir des conséquences sur les fonctions intellectuelles. Exemples : Schizophrénie, maladies bipolaires, hypochondriaques.

4. Le handicap mental ; il s'agit d'une déficience des fonctions mentales intellectuelles, qui entraînent des difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation conduisant automatiquement à des problèmes d'expression et de communication chez la personne atteinte. Exemples : autisme, trisomie 21

5. Les maladies invalidantes sont des maladies qui, de par leurs effets sur l'organisme peuvent générer un handicap, et évoluer dans le temps. On peut notamment citer les maladies respiratoires, digestives ou infectieuses. Exemples : épilepsie, sclérose en plaque.

6. La déficience psychologique, physiologique ou anatomique, elle correspond à l'aspect lésionnel du handicap. L'incapacité qui est une réduction partielle au totale d'une capacité elle correspond à l'aspect fonctionnel du handicap. Le désavantage pour l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle

En 2001, une révision de CIH est proposée par l'OMS afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap et d'affirmer que l'invalidation est le résultat d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement la CIH laisse la place à la CIF

2.1.2 Causes du handicap

Une cause est tout simplement une raison ou l'origine de quelque chose. Les causes du handicap sont nombreuses. Toutefois, nous les catégoriserons en deux grandes familles à savoir : les causes physiques et les causes psychophysiologiques ;

2.1.2.1 Les Causes physiques

Les causes physiques sont des apparences visibles des conditions survenues ou éléments qui permettent de déterminer l'origine et sert de fondement pour affirmer de la présence et/ou de l'absence du handicap. On distingue 3 types des causes physiques du handicap :

7. Les accidents

Un accident est un événement généralement non souhaité, aléatoire et fortuit, qui apparaît ponctuellement dans le temps et dans l'espace, à la suite d'une ou de plusieurs causes qui entraînent les dommages vis-à-vis des personnes, des biens ou de l'environnement. Parmi les accidents graves nous pouvons citer :

Les accidents du travail : ce sont des accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail.

Les accidents de la vie quotidienne : ce sont des accidents qui peuvent surgir n'importe où, dans la vie humaine.

Les accidents de la route : ce sont des accidents qui ont lieu sur les réseaux routiers, en train, un engin roulant (automobile, moto, vélo) ou toute autre chose ou personne et qui engendre les blessures humaines ou des dégâts matériels.

8. Les maladies génétiques

Une maladie génétique est une maladie due à une ou plusieurs anomalies sur un ou plusieurs chromosomes (c'est un élément microscopique constitué des molécules d'ADN et des protéines) qui entraîne un défaut de fonctionnement des certaines cellules de l'organisme. Les maladies génétiques sont classées en fonction de leurs gènes (c'est une unité de base héréditaire qui, en principe, prédétermine un trait précis de la force d'un organisme vivant) responsable de l'anomalie. S'il est situé sur la paire de chromosomes sexuels, la maladie est dite « gonosomale » (qui détermine le sexe de la personne). C'est par exemple encore de la maladie dite hémophilie (une anomalie constitutionnelle de la coagulation sanguine en rapport avec un déficit d'un facteur de la coagulation).

Bref, toutes les maladies génétiques ne sont pas héréditaires. En revanche, toutes les maladies héréditaires sont selon toutes logiques génétiques (les maladies génétiques ne sont pas héréditaires, car la mutation génétique portée par un gamète n'est pas nécessairement sur le gène du jeune homme de l'émetteur).

9. Les maladies chroniques

Ce sont des maladies qui nécessitent une prise en charge sur une période des plusieurs années, voire des plusieurs décennies. Elles affectent aussi fortement la vie sociale, familiale, professionnelle quotidienne de ceux qui en souffrent. C'est par exemple : le diabète, insuffisance rénale, le cancer, les ulcères d'estomac (maux), les maladies respiratoires ; les maladies digestives.

Cependant, cinq (5) critères définissent si une maladie est chronique ou de longue durée :

10. La présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive ;

11. Une ancienneté de plusieurs mois et l'impact de la maladie quotidienne ;
12. La dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle ;
13. Besoin des soins médicaux ou paramédicaux ;
14. Besoin psychologique, d'éducation et d'adaptation.

2.1.2.2 Les causes gestationnelles

1. Les causes extérieures à la conception de l'embryon

2. Les infections chroniques (blennorragie, syphilis, tuberculose) ;
3. Les intoxications chroniques (alcoolisme, tabagisme, cocaïnisme,) ;
4. Les troubles nutritifs (diabète, cancer, psychopathie, carence en vitamine).

5. Les causes agissantes au moment de la conception

L'alcoolisme aigu, hérédité, la consanguinité, la disproportion d'âge entre les parents.

6. Les causes pendant la grossesse :

Les émotions, les traumatismes abdominaux (douleurs aiguës) et les tentatives d'avortement, les affections aiguës, la malaria, la fièvre typhoïde, les infections chroniques et les processus congénitaux.

7. Les causes agissantes pendant la naissance

Les traumatismes obstétricaux (césarienne), asphyxie (manque d'oxygène), usage d'anesthésie pendant l'accouchement.

8. Les causes postérieures à la naissance :

Ce sont les causes d'ordre médical (encéphalite), les causes d'ordre social (misère et sous-alimentation, les causes d'ordre moral et affectif (frustration, carence et manque).

Pour une bonne rééducation, il faut voir la volonté quand le patient d'adhérer à la prise en charge... La première frustration de la vie d'un enfant est lorsqu'on met au monde tôt, très vite, trop jeune. Cela occasionne une inadaptation sociale, familiale.

2.1.2.3 Le handicap cognitif (trouble de l'attention, de mémoire)

Il est la conséquence des dysfonctionnements des fonctions cognitives (lire, parler, mémoriser et comprendre). C'est par exemple le trouble de l'attention, de la mémoire, du

langage, des identifications perceptives (gnosies) et des gestes (praxies), à mobiliser ses capacités. On regroupe six catégories des troubles cognitifs :

9. **La dyslexie ou la dysorthographe** : ce sont des troubles spécifiques de l'acquisition du langage écrit.

10. **La dysphasie** : ce sont des troubles spécifiques du développement du langage oral.

11. **La dyspraxie** : ce sont des troubles spécifiques du développement moteur et des fonctions visuo-spatiales. Ici les gestes peuvent ne pas correspondre avec les mots.

12. **Le trouble d'attention (sans hyperactivité)** : ce sont des troubles spécifiques du développement des processus attentionnels ou des fonctions exécutives.

13. **Le trouble spécifique du développement de processus mnésique** : exemple : les gens qui prononcent des gros mots non compris.

14. **La dyscalculie** : ce sont des troubles spécifiques des activités mnésiques. Ce sont des troubles d'apprentissage du calcul lié à une difficulté d'utilisation du système symbolique.

2.1.2.4 Le concept de représentation sociale : polysémique

Les personnes en situation de handicap constituent un nombre non négligeable de citoyens, or nous vivons dans un contexte culturel qui, en la matière n'a pas véritablement progressé, qui fait même preuve d'archaïsme, voire d'obscurantisme. Les représentations sociales sont un phénomène présent dans toute société. Chaque culture avec son histoire ses traditions, met aussi sa propre norme sociale qui induira son interprétation de la réalité. Aujourd'hui, ces représentations sociales constituent des normes sociales qui président dans nos sociétés : « elles nous emprisonnent et nous immobilisent dans un archaïsme s'agissant du regard porté sur le handicap » Gardou (2010). Partant, elles nous empêchent d'accepter la diversité. Si le handicap rythme avec « sorcier » « génie » « démon », « faute », « sanction », « malédiction », « vagabondage », « agression », « punition », « transgression », « péchés » il conduit forcément à la peur et à la honte. Cette signification du handicap nous fait penser à ce que Korff Sausse (2004) appelle « l'inquiétante étrangeté qui met à nu nos propres imperfections et reflète une image dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître ». Nous dirons comme Poizat (2009), que le problème de la prise en compte du handicap dans nos sociétés relève d'une « question culturelle profondément enfouie ». Nous devons agir pour que cette culture se transforme, pour qu'elle sorte de cette vision négative du handicap. Nous ne

devons plus voir le handicap sous l'angle lésionnel mais fonctionnel ou relationnel. Il permet en effet d'avoir une approche dynamique en matière de politique de prise en compte des personnes handicapées, une politique qui consisterait à leur permettre de prendre leur part dans les situations de vie réelle, dit être incluses, dit être acceptées et de mettre en œuvre toute leur capacité.

2.1.3 Perception du handicap

En Afrique en général, la cause du handicap ou de la maladie est bien souvent détachée de la personne concernée elle-même. Le handicap est considéré comme étant provoqué suite à la transgression d'un interdit par un ancêtre proche de la famille, il a une valeur déculpabilisante. Au Togo, d'après Dassa et Al (2009), la personne handicapée mentale est considérée comme un non humain, elle est stigmatisée et rejetée.

Selon Banindjel (2021), cette situation est encore plus traumatisante dans la mesure où le handicap chez un enfant est considéré comme une malédiction dans la famille. Par ailleurs, selon Gardou (2013 p.53), « dans l'imaginaire de la famille traditionnelle en Algérie, le handicap est très souvent assimilé à une malédiction des parents qui poursuit la progéniture ou un mauvais sort causé par de mystérieuses forces »

2.1.4 Conséquence du handicap

Selon Fontaine-Benaoum et al., (2015) cité par Banindjel (2021), les parents voient leurs repères affectifs bouleversés lorsque l'un de leurs enfants est en situation de handicap. La famille va être amenée à réorganiser ses différents domaines de vie d'où l'intérêt porté à la notion de qualité de vie. La famille doit répondre au besoin de ses membres. Dans différentes études Pelchat et Bisson (2003), entrevoient au niveau des ressources et des adaptations qu'elle va réaliser. Selon Kober et Eggleton (2009), le handicap participe à la détérioration de la qualité de vie de la famille.

Selon Banindjel (2021), lorsque les parents tissent les règles autour d'un enfant imaginaire, l'arrivée d'un enfant handicapé est vécue comme une onde de choc. L'anxiété et la douleur remplace les joies le plus souvent associées à ce type d'évènement. Les parents vivent une pénible confrontation entre leur désir et la réalité. Ils sont en réalité sous le coup d'un traumatisme qui se manifeste par des réactions extrêmes. La survenue du handicap chez un membre de la famille modifie les projets familiaux. La personne en situation de handicap se trouve au cœur de nouvelles préoccupations susceptibles de remettre en cause les liens

préexistants. Les difficultés ont un retentissement sur la motivation, l'autonomie et l'ouverture aux autres points. Certaines personnes sont marquées par une grande fatigabilité, une somnolence, d'autres au contraire par une agitation, conséquences quotidiennes. Les actes de la vie quotidienne deviennent difficultés à gérer. La conscience de cette problématique peut entraîner un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation de soi qui engendre un repli sur soi et une grande vulnérabilité.

Comme conséquences sociales, l'isolement et le retrait, la négligence, le "bluff", la distraction, le manque de concentration, les problèmes au travail, risque d'abandon du travail.

2.2. LE TRAUMATISME

2.2.1. Définition et généralité

Les termes utilisés en psychanalyse qui renvoient au choc émotionnel. Il est question ici de présenter les concepts ; le traumatogène, Trauma, Traumatique et traumatisme et symptomatologie du traumatisme.

1. Le traumatisme psychique résulte d'une effraction psychique provoquée par un ou plusieurs évènements dits traumatogène(s) : une catastrophe, une violence, violation, une exposition à des combats. Il peut aussi être la conséquence des réalités plus subtiles vécues comme atteinte à l'intégrité du moi et ayant sens pour le sujet, dans la trajectoire de son ontogenèse.

Delage (2001), en abordant les répercussions familiales du traumatisme psychique insiste sur trois dimensions : la déstabilisation du système, l'insécurité et la perturbation du cycle de vie.

2. Trauma vient du mot grec ancien *traumatismo* signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale. Il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion »

Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou Trauma soit la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives. La clinique chirurgicale distingue des traumatismes horaires ou il y'a effraction du revêtement cutané, et les traumatismes fermés sans effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations attendant du revêtement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme

Crocq (1999) définit donc le trauma comme un phénomène d'effraction du psychique, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'un individu, qui est exposé comme victime, témoin ou acteur.

Le Trauma peut encore renvoyer selon Bakanowski (2005, p.891), à l'impact psychique d'un évènement (une séparation, un deuil, un accident, une maladie, etc.) qui a marqué douloureusement l'existence d'une personne. C'est une expérience dénudée de sens,

ou les représentations symboliques sont absentes en raison de l'irreprésentabilité et du silence qui l'entoure.

3. Traumatique : vient du mot latin « traumaticus » qui renvoie aux plaies, aux blessures. Pour Bokanowski (2005) le traumatique est l'aspect économique du traumatisme (le défaut de pare-excitation, etc.) qui entraîne un type de fonctionnement à propos duquel on pourrait parler de fonctionnement à empreinte traumatique ou en traumatique, même si une partie de ses effets peuvent être représentables, figurables et symboliques, ils ne le sont jamais totalement.

2.2.2 Symptomatologie du traumatisme

Le traumatisme n'est pas une maladie mais un état de malaise, un signe de quelque chose qui nécessite notre attention. Les symptômes du traumatisme sont les suivants : les symptômes précoces qui s'expriment en même temps ou peu après le traumatisme (1ère phase) hypervigilance (être toujours sur ses gardes) les visions intrusives ou flash-back, la sensibilité extrême à la lumière et au son émotivité excessive, les cauchemars et terreurs nocturnes, l'humeur instable, la réaction de rage, l'accès de colère, la honte, la capacité réduite à gérer le stress et le sommeil difficile.

Plusieurs de ces symptômes peuvent s'exprimer dans la seconde phase autant que dans la troisième. Cette liste constitue un guide qui aidera à comprendre comment fonctionnent les symptômes traumatiques. Ceux qui surviennent généralement dans la seconde phase sont : les attaques de panique, l'anxiété et les phobies, la sensation d'avoir l'esprit « vide » ou mise à distance, les réactions de sursaut excessives, la sensibilité extrême au son et à la lumière, l'hyperactivité, les réactions émotionnelles excessives, les cauchemars et terreur, nocturnes, le comportement d'évitement (éviter certaines situations), l'attrait pour les situations de danger, les pleurs fréquentes, l'humeur instable à travers la réaction de rage, l'accès de colère, la honte, l'activité sexuelle diminuée en excessive, l'amnésie et manque de mémoire.

Les symptômes qui se développent en dernier lieu forment le troisième groupe. Ils ont souvent été précédés par d'autres. Il n'existe pas de règle pour déterminer quel symptôme l'organisme choisira et quand il le choisira : la timidité excessive, les réactions émotionnelles diminuées ou inexistantes, l'incapacité à s'engager, la fatigue chronique ou faible niveau d'énergie, les problèmes du système immunitaire et problèmes endocriniens tels qu'un dysfonctionnement thyroïdien, les maladies psychosomatiques (en particulier les maux de tête) les problèmes de nuque et de dos, l'asthme, les problèmes digestifs, le syndrome du côlon

irritable et le syndrome prémenstruel grave, la dépression, les sentiments de danger imminent, de peur de mourir, de devenir fou ou d'avoir une vie raccourcie, sommeil difficile.

Les symptômes du traumatisme peuvent être stables (toujours présents) ou instables (paraître et disparaître) ou peuvent rester latents pendant plusieurs années. En général les symptômes deviennent de plus en plus complexes avec le temps et de moins en moins en lien avec l'expérience traumatique originale. Cela peut rendre plus difficile le fait de relier les symptômes à leur cause et plus facile à nier l'incidence de l'évènement traumatique sur sa propre existence. Après avoir énuméré les symptômes du traumatisme, qu'en est-il de l'approche psychanalytique des névroses traumatiques ?

2.2.3. Le traumatisme en psychanalyse

1. Approche psychanalytique des névroses traumatiques

La névrose traumatique commence quand le déni de l'image traumatique prend fin. Elle comporte de multiples symptômes qui ont chacun le pouvoir de susciter de la souffrance chez le sujet et l'entourage. Cependant, dans les heures ou les jours qui suivent peuvent se développer des bouffées délirantes, des troubles graves de l'humeur, maniaques ou mélancoliques, ou débiter une dissociation schizophrénique. Tous les patients présentant un état anxieux simple avec ou sans modification de l'état de conscience ne sont pas à coup sûr traumatisés. Les troubles post-immédiats et à long termes seront ressortis ici et quelques symptômes du traumatisme. Ce sont les symptômes de reviviscence du souvenir traumatique, les symptômes d'évitement des stimuli, les symptômes dissociatifs, les symptômes dysphoriques, les symptômes d'hyper activation, les troubles de conduite, la dépression, les affects et les troubles de conduite.

2. Troubles post-immédiats et à long terme

Les troubles post-immédiats sous leur aspect d'une symptomatologie psychiatrique sont une persistance ou une aggravation des troubles précoces. Dans l'ensemble, la période post-immédiate est constituée de manifestations mineures telles que l'anxiété « généralisée », la dysphorie, mais surtout troubles du caractère (irritabilité, repli sur soi...) nécessitant une surveillance du devenir de ces sujets. Mais avec le temps, ces symptômes provoquent un rapatriement sanitaire. Plus couramment, le post-immédiat est la période de stabilisation fractionnelle qui autorise des entreprises thérapeutiques telles que le débriefing.

La phase de latence, c'est la caractéristique de la névrose traumatique qui a été la première à être reconnue. Après l'événement, la victime est asymptomatique pendant des semaines, des mois ou des années. C'est ce que nous avons dû constater chez nos familles stressées et qu'il faut prendre en compte car elles représentent des tentatives de traumatisme à partir d'éléments de la vie psychique.

3. Autres symptômes

Parmi les autres symptômes du traumatisme nous avons : l'anxiété et le syndrome de répétition.

1. Anxiété

L'anxiété et l'angoisse sont souvent au premier plan du tableau clinique où colorent toute la symptomatologie. L'anxiété est un état affectif pouvant se définir selon Janet, comme un sentiment pénible d'attente, une peur sans objet. Selon Guyotat (cité par Sidle, 1995) elle serait plutôt le sensible du danger imprécis et mal définissable. Les termes anxiété et angoisse souvent utilisés actuellement synonymes, mais pendant longtemps ont été différenciés soit pour exprimer des degrés d'intensité d'un même phénomène (anxiété, inquiétude, angoisse). Ils peuvent être utilisés soit pour marquer une distinction entre le sentiment d'insécurité indéfinissable (anxiété) et les sensations physiques de constriction, d'oppression (angoisse). On peut distinguer l'anxiété de la peur. La peur étant liée à un objet en fonction duquel le sujet peut organiser un comportement de défense (l'attaque ou la fuite), l'anxiété est sans attache. Néanmoins, il est difficile d'établir une barrière entre les deux états. Entre temps, une distinction doit être établie entre l'état anxieux et la personnalité anxieuse (anxiété-trait et anxiété état)

L'état anxieux est transitoire car son intensité et sa durée sont fonction du danger externe ou interne quel que soit l'origine, qu'il soit lié à l'environnement (anxiété réactionnelle ou situationnelle), soit à un conflit d'ordre moral, à un conflit inconscient (crise anxieuse névrotique ou à un processus pathologique (crise mélancolique, accès confuso-onirique).

L'anxiété-trait est une disposition quasi permanente de la personnalité. L'anxieux a tendance à percevoir le monde comme menaçant, vulnérable au stress. Il présente des réactions anxieuses plus intenses et plus fréquentes que la moyenne.

Le terrain anxieux est caractérisé par un déséquilibre des régulations neuro-végétatives et humorales, une hyperesthésie sensorielle, intolérance aux bruits), une hyperactivité (pleurs

faciles, tremblements, crises vaso-motrices et sudorales, frissons). L'étude des paramètres psychophysiologiques de l'anxiété montre qu'il existe un grand niveau d'activation avec une diminution de la vitesse d'habitation. Nous trouverons une angoisse de fond (anxiété généralisée), des crises d'angoisse aiguës (attaques de panique), toutes sortes de phobies souvent en rapport avec l'événement traumatique (foule, transports en commun...). Ce qui n'empêche pas que d'autres situations puissent être phobogène jusqu'à cette situation. En effet, le sujet craint le monde extérieur et reste confiné chez lui, les volets clos. L'anxiété infiltre avec plus ou moins de force la dépression, les troubles du caractère et des conduites, les manifestations psychosomatiques. Elle peut être également à l'origine de plaintes somatiques essentiellement douloureux.

2. Syndrome de répétition

Il est constitué du retour de la scène traumatique, soit la nuit dans les cauchemars, soit le jour dans des reviviscences. Le sujet revit la scène comme s'il était en train de la vivre, c'est au détail près, détails qu'il a perçus sur le moment, et au temps présent. Il est à nouveau dans l'évènement, et si c'est un cauchemar, il se réveille en sursaut, en sueur et en proie à une angoisse extrême. Il met parfois du temps à retrouver la situation présente. Lors des reviviscences diurnes, le sujet étant éveillé, les choses sont un peu plus complexes. Celui-ci vit généralement en même temps le réel de l'évènement et la réalité dans laquelle il se trouve. Nous pouvons relever les symptômes suivants :

3. Symptômes de reviviscence du souvenir traumatique

À ce niveau, les souvenirs sont spontanés ou déclenchés par un stimulus, répétitif, involontaire et envahissant de l'évènement susceptible d'entraîner la détresse. Ils sont composés d'images, d'émotions ou de perceptions sensorielles, des rêves répétitifs relatifs à l'évènement un sentiment de détresse, des sentiments intenses et prolongés de détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes symbolisant un aspect de l'évènement traumatique et la réactivité physiologique marquée lors de l'exposition à des stimuli rappelant l'évènement traumatique.

4. Symptômes d'évitement des stimuli

Ces symptômes sont susceptibles de déclencher des reviviscences de l'évènement traumatique où on mentionne l'évitement persistant des pensées, des sentiments ou des sensations physiques associés au traumatisme. On a l'évitement persistant des activités, des

endroits, des objets ou des moments (par exemple aux anniversaires de l'événement) associés au traumatisme. Nous avons également l'évitement persistant des personnes, des conversations ou des situations associées au traumatisme.

5. Symptômes dissociatifs

Ce groupe de symptômes n'est pas individualisé dans le DSM où il y a les impressions ou agissements soudain "comme si" l'événement traumatique allait se reproduire, pouvant aller jusqu'à une impression d'être totalement replongé dans l'événement, avec une disparition momentanée de la conscience de l'environnement réel (flashback). On a l'amnésie dissociative où il y a l'incapacité de se rappeler d'une partie importante du traumatisme, ou perturbations dans le rappel de la chronologie de l'événement de réalisation. Nous avons aussi la perte du sentiment de réalité et de familiarité de l'environnement entraînant une impression d'étrangeté et parfois une atteinte des repères spatio-temporels de dépersonnalisation tels que le sentiment de détachement ou impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps.

6. Symptômes dysphoriques

On note à ce niveau les croyances négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, les autres et le monde : « je suis mauvais », « je ne peux faire confiance à personne », « je ne peux plus guérir », « le monde est dangereux », les reproches persistants envers soi-même ou envers les autres concernant les causes et les conséquences de l'événement traumatique. Notons également les états émotionnels négatifs et envahissants comme la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte, réduction marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes. Il y a aussi le sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres telle que l'incapacité persistante à ressentir des émotions positives. On peut noter le sentiment d'avenir bouché (par exemple ne plus pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou un déroulement normal de la vie).

7. Symptômes d'hyper activation

On note dans ces symptômes une irritabilité, excès de colère ou comportement agressif, les conduites à risque ou comportement autodestructeur, l'hypervigilance : réaction du sursaut exagérée. Les difficultés de concentration, d'endormissement, réveils nocturnes en sommeil non réparateur.

8. Troubles de conduites

Ces troubles ont la particularité d'être la phase finale du parcours de l'exclusion dans les névroses traumatiques graves. Ils sont fréquents. Nous pouvons avoir les toxicomanies qui conduisent à une exclusion sociale et parfois à la mort, les troubles de conduites alimentaires, sexuelles (viol) et les consommations excessives de psychotropes. Le suicide est la forme la plus radicale de l'exclusion. Souvent, ce trouble prend la forme de « suicide ordalique » dans lequel le sujet laisse répétitivement au hasard ou à la providence le soin de décider s'il doit vivre ou mourir. Il est la principale cause d'accidents mortels de la voie publique. L'envie de ces traumatisés pour la mort reste un mystère pour eux-mêmes alors que c'est un phénomène incompréhensible car c'est justement à la mort qu'ils ont échappé en effet. Nous nous trouvons là devant l'installation d'un cercle vicieux qu'il est très difficile de rompre : dans lequel les douleurs réactivent le trauma, et le trauma réactive l'angoisse, s'exprimant ici à travers les douleurs.

9. Dépression

Elle est toujours présente dans la névrose traumatique, précédant parfois l'apparition du syndrome de répétition. Elle va de la simple tristesse avec manque d'entrain à la mélancolie délirante, caractérisée par un délire de persécution à un mécanisme interprétatif. Entre ces deux extrêmes, la dépression a une forme classique : tristesse de l'humeur, inhibition psychique et psychomotrice, c'est-à-dire sentiment de fatigue physique et psychique, surtout le matin, troubles de la mémoire, de la concentration et surtout de l'attention (leur esprit est mobilisé ailleurs, baisse de la libido, plaintes somatiques comme des céphalées...). Le niveau d'angoisse mêlé à la dépression est variable, tantôt celle-ci est au premier plan dans les entraves et la souffrance qu'elle apporte à la vie du sujet, tantôt la dépression terrasse le patient dans une douloureuse inaction, tantôt angoisse et dépression manifestent leurs effets à parts égales.

10. Affect

Elle est la traduction subjective de la quantité d'énergie pulsionnelle dans laquelle l'objet n'est pas présent, tient une si grande place chez l'enfant L'affect est l'énergie quantifiée attachée à chaque représentation et donc la source est pulsionnelle. Mallet introduisant cette notion d'affect, rappelle qu'il est question d'intégrer l'éprouvé dans un ensemble plus large d'éprouvés du Moi. En somme, ce dernier distinguera : les affects narcissiques réactionnels (colère, ressentiment) ayant leur siège et leur origine dans le Moi seulement et non dans le corps. Les affects répétitifs objectaux-honte, angoisse génitale, haine du rival) dont l'origine

est dans le Ça et le corps. C'est pourquoi la répression des affects dans les névroses n'a pas la même influence déstructurant et destructrice au niveau du corps que la dénégation d'affects hétérogènes liés au ça et au corps comme dans les organisations psychosomatiques

11. Troubles du caractère

Ils sont constants et variables dans leur forme et dans leur intensité. Comme manifestation, nous avons le repli sur soi, l'irritabilité accompagnée de sentiments vagues ou exprimés dans une plainte, l'agressivité dont le sujet n'a pas toujours conscience, violence dans la famille ou à l'extérieur. Ils n'apparaissent pas dans les descriptions successives du PTSD, quoiqu'ils soient d'observation courante dans les névroses traumatiques. On pourrait dire que le stress est bon pourvoyeur d'affections de ce type. Certaines patientes de cette étude ont subi l'opération suite aux maladies graves telles que le cancer de l'utérus. Parfois dans les maladies graves, il n'y a ni syndrome de répétition, ni souvenir d'un moment d'effroi. Ceux-ci n'apparaîtront que si un travail psychothérapique a été possible, c'est-à-dire souhaité par le patient.

2.3. AUTISME

2.3.1. Définition et généralité

L'autisme : selon Syllamy (1980). Disposition pathologique dû au repliement sur soi-même entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginaire selon Eugen Bleuler en 1857 – 1939.

1. Le DSM-4 et les troubles envahissants du développement a été publié en 1994, pendant de nombreuses années jusqu'en mai 2013, on le retrouvait sous l'appellation de troubles envahissants du développement (T.E.D).

1. L'autisme (ou le trouble autistique) ;
2. Le syndrome d'Asperger ;
3. Le trouble envahissant du développement non-spécifié (TED-NS) ;
4. Le trouble désintégratif de l'enfance ;

Les symptômes des TED sont développés au sein de trois domaines d'altération suivants :

5. La communication ;
6. La socialisation ;

7. L'imagination.

L'autisme se manifeste principalement par une altération des interactions sociales et de la communication par des intérêts restreints et répétitifs ses troubles peuvent provoquer un comportement inadapté dans certaines situations ses signes peuvent être identifiés avant l'âge de trois ans. L'autisme n'est pas provoqué par une relation pathologique avec les parents, l'autisme n'est pas un trouble psychique, l'autisme est une anomalie cérébrale organique. L'important n'est pas de vivre comme les autres mais avec les autres.

2.3.2. L'approche psychanalytique

Une psychogénèse de l'autisme a essayé d'être mise en évidence par les psychanalystes. Selon Bettelheim, le trouble constaté chez l'enfant serait réactionnel à une forte menace perçue par celui-ci. Pour lui, l'enfant vivrait une forte angoisse de mort due au fait qu'il serait confronté trop tôt à une situation vécue par lui comme extrêmement menaçante. D'où son concept de la « situation extrême » selon lequel l'environnement est vécu comme destructeur, l'enfant ayant précocement, une expérience négative dans sa relation avec son environnement familial en général et sa mère en particulier. C'est pour se protéger de la menace perçue que l'enfant désinvestirait les mondes extérieur et intérieur dans le but d'effacer tous les affects. Ce repli serait donc un mécanisme de défense.

Léo Kanner, l'un des précurseurs des recherches sur l'autisme infantile avait d'abord privilégié une origine psycho-affective en évoquant une froideur maternelle susceptible d'entraîner des difficultés de contact avec le bébé. Il avait en effet remarqué que les parents de ses jeunes patients avaient tous les caractéristiques similaires : appartenant à un niveau socio-économique élevé, ils étaient des intellectuels froids, distants avec des tendances obsessionnelles marquées ; ils observent plus les enfants qu'ils ne les aiment (De Ajuriaguerra et Marcelli, 1982).

L'autisme infantile est conçu pour Malher comme « le résultat des échecs dans le processus d'individualisation dont l'origine se trouve aussi bien chez l'enfant que chez la mère. » Dans ses études portant sur l'autonomisation de l'enfant dans la relation mère – enfant, elle décrit deux phases principales de ce processus : la phase symbiotique où l'enfant est en situation de dépendance totale par rapport à la mère et dans laquelle on retrouve une période où l'enfant est dans « l'état d'autisme primaire normal » et la phase de séparation – individualisation au cours de laquelle l'enfant va progressivement se détacher de la mère pour être « autonome » (De Ajuriaguerra et Marcelli, 1982 :21).

En effet c'est grâce à la maturation et à l'acquisition de la permanence de l'objet libidinal qui n'est pas vraiment stable avant deux ans et demi (image maternelle intra psychiquement disponible pour l'enfant) que l'enfant pourra réussir cette phase.

Dire qu'il y a échec dans le processus d'individualisation, c'est dire que dans le développement de l'enfant, certaines phases n'ont pas pu être dépassées en raison de l'angoisse massive que suscite l'ascension au palier suivant ; palier synonyme de perte de l'objet libidinal. L'enfant utiliserait donc pour se protéger, selon elle « des mécanismes de maintien » qui s'opposent à la progression du développement.

2.3.3 Les classifications internationales de l'autisme

Le diagnostic clinique d'une maladie mentale se fait en référence aux classifications internationales (DSM IV-TR, CIM 10). A partir de ces critères de diagnostic retenus par la communauté scientifique internationale, des échelles d'évaluation des troubles ont été mises au point. Elles permettent la recherche systématique des signes cliniques et l'appréciation de leur intensité.

L'autisme est actuellement défini par un ensemble de cinq critères. Trois critères concernent la nature des anomalies du développement observé, le quatrième est un critère d'âge de début ou d'apparition des premiers symptômes, tandis que le dernier est un critère d'exclusion fondé sur le diagnostic différentiel.

Classification internationale des maladies, troubles mentaux et troubles du comportement – dixième version (CIM 10)

Certains troubles de l'enfance classés parmi les psychoses dans la CIM-9 tels que l'autisme infantile et la psychose désintégrative sont maintenant classés parmi les troubles envahissants du développement dans la CIM-10.

1. Directives pour le diagnostic

Au moins six symptômes décrits en (1), (2), (3) avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3).

1. Altération qualitative des interactions sociales réciproques dans au moins deux des domaines suivants :

1. Absence d'utilisation adéquate du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de gestualité pour réguler les interactions sociales.

2. Incapacité à développer (de manière correspondant à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités, d'émotions.

3. Manque de réciprocité émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui, ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels et communicatifs.

4. Ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts ou ses succès avec d'autres personnes par exemple ne cherchent pas à montrer, à pointer du doigt les objets qui l'intéressent.

5. Altérations qualitatives de la communication dans au moins un des domaines suivants :

6. Retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique.

7. Incapacité relative à engager ou maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint).

8. Usage stéréotypé et répétitif du langage.

9. Absence de jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation.

10. Comportement, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs au moins dans un des domaines suivants :

11. Centres d'intérêts anormaux par leur contenu par leur focalisation.

12. Adhésion compulsive à des habitudes ou rituels spécifiques non fonctionnels.

13. Maniérisme moteurs stéréotypés et répétitifs

14. Préoccupation pour certaines parties des objets ou des éléments non fonctionnels des jouets.

15. Les anomalies du développement doivent apparaître avant l'âge de trois ans.
Inclure : psychose infantile ; Syndrome de Kanner ; Trouble autistique

16. Diagnostic différentiel. On doit évoquer un autre trouble envahissant du développement ; un trouble spécifique de l'acquisition du langage, de type réceptif (F80.2) avec problèmes sociaux et émotionnels secondaires ; un trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1) ; un trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2) ; un retard mental (F70, 79) avec troubles émotionnels comportementaux associés ; une schizophrénie (F20) à début très précoce ; un syndrome de Rett (F84.2).

Exclure : psychopathie autistique (F84.5)

CHAPITRE III : RÉSILIENCE ET FAMILLE

Après avoir fait une revue sur le handicap et le traumatisme, nous allons dans cette autre partie, nous intéresser à la théorie qui nous sert de référence pour notre étude sur le vécu du handicap.

3.1. LA NOTION DE RESILIENCE

Les approches qui nous permettent de saisir ce concept nous apprennent qu'il a connu une véritable évolution. En effet, on s'est d'abord intéressé à comprendre pourquoi certaines personnes confrontées dans leur parcours de vie à des traumatismes et à des situations d'adversité parfois chroniques, ne présentent pas de pathologies, résistent et sont même en mesure de conserver un équilibre psychologique et de maintenir une qualité de vie Masten (2014).

Bien que les recherches sur la résilience soient actuellement en grande expansion dans différents domaines (psychologie, psychiatrie, éducation ou travail social), l'émergence des recherches sur la résilience ne s'est produite que dans la seconde moitié du 20^e siècle Ionescu (2015).

Les premières recherches pionnières dans le domaine Garnezy (1991) ; Werner et Smith (1982/2001) ont fait des études longitudinales centrées sur des groupes d'enfants confrontés à des situations d'adversité (milieux socio-économiques désavantagés, familles dysfonctionnelles, carences éducatives et affectives).

L'objectif était d'identifier les facteurs de risque susceptibles d'affecter le développement de l'enfant et d'entraîner des problèmes de santé physique ou mentale Arnaut (2015 b) ; Naragam et al (2013).

1. **Les facteurs de risque** comprennent les caractéristiques personnelles, les risques familiaux et les risques environnementaux liés à la culture et à la société. Or, l'identification des facteurs de risque a révélé que certains des enfants, malgré leur contexte d'adversité, sont devenus des adultes présentant un développement harmonieux selon Werner et Smith (2001). Les auteurs ont alors constaté que la présence et l'effet cumulatif de facteurs de risque ne permettaient pas, à eux seuls, de prédire le développement selon Arnaut (2015 b). C'est ainsi que l'approche centrée sur l'évaluation de la vulnérabilité et des facteurs de risque a basculé vers l'identification des ressources et des facteurs de protection d'un individu et de son milieu selon Arnaut (2015 b).

2. **La résilience apparaît alors comme un processus complexe et multifactoriel** émanant de l'interaction entre l'individu et son environnement selon Ionescu (2011). C'est d'ailleurs cette vision de la résilience comme un processus qui sera adoptée tout au long de ce mémoire et qui sera développée sous peu plus exhaustivement. De prime abord, il apparaît toutefois important de souligner que la résilience peut également être perçue comme une caractéristique personnelle, mais aussi comme une issue, un résultat.

3. **Résilience comme caractéristique individuelle** ; dans cette perspective, la résilience est décrite comme un ensemble de qualités, de traits de personnalité ou de caractéristiques personnelles qui permettent à un individu de surmonter des difficultés lorsque confronté à des situations d'adversité selon Connor et Davidson (2003), Ionescu (2015) soulignent le risque de considérer la résilience comme une caractéristique individuelle. En effet, bien que les caractéristiques individuelles soient des facteurs non négligeables de la résilience, les envisager comme unique variable « pourrait conduire à la valorisation sociale de certains individus, envisagés comme "plus forts", et respectivement à la stigmatisation de ceux qui ne font pas face ou font difficilement face à l'adversité » Ionescu (2015) p.8. Considérant qu'une personne présentant l'autisme pourrait être à risque d'être stigmatisée dans une telle approche de la résilience et que Ionescu et Gauthier (2011 a) soulignent que la résilience, dans le cas de TSA (Trouble de spectre autistique) est impossible en dehors des interactions avec l'entourage, la prise en considération de la résilience comme processus complexe s'avère primordiale.

4. **Résilience comme issue, comme résultat.** La considération de la résilience comme une issue, un résultat souligne qu'après avoir connu une situation traumatique, une personne ou un groupe connaît un pattern d'adaptation positive selon Ô'dougherty et Masten (2005). Cette vision de la résilience suggère qu'une personne est parvenue à un certain niveau de résilience ou est devenue résiliente à la suite d'un traumatisme. Cette approche de la résilience amène des défis, car elle implique entre autres de se questionner à savoir si une adaptation réussie implique l'absence de symptômes ou de pathologie. Ionescu (2015) et peut également présupposer un caractère figé de la résilience dans le temps Arnaut (2015).

5. **Résilience comme processus** : considérer la résilience comme " processus, signifie d'analyser comment la balance dynamique entre les facteurs de risque et les facteurs de protection individuels, familiaux et environnementaux permet d'engendrer des changements psychologiques menant à la résilience. Cette analyse vise à percevoir comment les facteurs de protection modifient les effets aversifs des facteurs de risque présents dans l'environnement physique, affectif et social de la personne. Actuellement, prendre en compte la résilience

comme « un processus est la manière prédominante de considérer la résilience dans les études internationales ». Selon Arnaut et Ionescu (2015).

3.1.1. Les facteurs de protection dans la résilience

Les facteurs de protection correspondent « aux attributs qui permettent d'atténuer l'impact négatif des facteurs de risque et d'offrir une résistance telle une barrière contre un déséquilibre et la psychopathologie » "selon Jourdan et Ionescu (2001) ; Rutter (1987). Les facteurs de protection sont de trois ordres : 1) Les facteurs individuels, 2) les facteurs familiaux et 3) Les facteurs environnementaux ou extra-familiaux. Garmezy (1985). Il est important de noter que « *les facteurs de protection ne sont pas nécessairement l'inverse des facteurs de risque ; c'est leur intensité et leur rôle à l'intérieur d'une dynamique particulière qui les caractérisent* » Jourdan et Ionescu « (2001) p.107 ». Par exemple, un membre de la fratrie constitue généralement, par son implication, un modèle et peut avoir un rôle de tuteur de résilience (facteur de protection) pour son frère ou sa sœur vivant avec autisme. Toutefois, selon les situations, il faut être attentif au risque de parentification de la fratrie (prendre un rôle de parent face à l'enfant vivant avec autisme ou à une influence négative au niveau de la toxicomanie. « L'implication de la fratrie constituerait alors un facteur de risque » Ionescu et Gauthier (2011). L'analyse du processus dynamique doit se réaliser en tenant compte des contextes des circonstances, de l'intensité et des caractéristiques des facteurs pour déterminer si un même attribut chez une personne ou un groupe est un facteur de protection ou plutôt un facteur de risque. Selon Arnaut (2015 b) ; Jourdan (2001) soulignent que « les facteurs de risque et les facteurs de protection sont une dyade inséparable et que ceux-ci doivent être pris en compte conjointement afin de bien saisir la dynamique du développement ». Nous allons en savoir sur les facteurs extérieurs.

➤ Facteurs extérieurs

Comme facteurs externes (l'environnement dont les tuteurs de résilience, entre autres (Cyrulnik, 2009, Gayet, 2007, Szerman, 2006) sont un cadre chaleureux qui promet des liens et de relations où l'on peut s'appuyer, encourager les valeurs sociales et les stratégies pour la convivialité, établir des limites nettes. Il faut tout de même partager les responsabilités, exprimer des attentes positives et réelles, promouvoir d'arriver aux objectifs fixés, leaderships clairs et positifs, valorisation des dons spécifiques de chaque personne. Qu'en est-il de son approche psychodynamique ?

3.1.2. Approche psychodynamique sur la résilience

Dans les approches psychodynamiques de la résilience plus précisément dans un référentiel psychanalytique, la résilience est considérée comme un processus dynamique. Cette approche est essentiellement centrée sur le sujet et l'analyse de son fonctionnement intrapsychique. Actuellement, on peut s'intéresser à l'influence de l'environnement dans le développement du processus résilient.

En psychologie clinique, l'approche de la résilience est volontairement restrictive. La résilience est considérée comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisation psychique. Le processus de résilience peut être appréhendé de manière psychodynamique d'après deux axes principaux. Le premier axe est du point de vue du traumatisme, de la réponse du sujet et le second axe est du point de vue des mécanismes de défenses mobilisés par le sujet. Comment le concept de résilience est-il perçu dans la culture africaine ?

➤ Résilience dans la culture africaine

Une nouvelle manière d'examiner les relations entre résilience et culture est d'étudier les pratiques traditionnelles de soins. Quelles sont alors les relations qui existent entre résilience et psychothérapie ? Norine (2003) émet l'idée selon laquelle la résilience serait « la conception thérapeutique fondée sur les forces de personne ». Le rôle des systèmes traditionnels de prise en charge peut être discutée, aussi bien lors d'interventions individuelles que communautaires. Parmi les pratiques que les guérisseurs traditionnels appliquent aux personnes atteintes de troubles psychologiques, nous pouvons citer le rituel kubandwa. Il s'agit d'une pratique qui a pour but de supplier *inana* (le dieu créateur) de guérir une maladie ou de résoudre un problème, le sort jeté par les *lesinandwa* (*dieux, hiérarchiquement subordonnés à inana*) ou les ancêtres, et pour guérir une maladie que le thérapeute ou dont il prévoit l'apparition après un laps de temps.

De nos jours, le rituel a subi de multiples modifications et ce culte ne se pratique plus en plein jour. Les préparatifs à ce culte se déroulent pendant la nuit et dans la maison. Les rituels autour de l'arbre sacré appelé l'érythrine, ne dépasse pas une heure et les manifestations sonores se font discrètement.

Depuis une dizaine d'année, on a abordé la question des effets d'évènements graves pouvant entraîner l'apparition des manifestations cliniques caractéristiques de l'état de stress

post traumatique, la formulation « essai de guérir société traumatisée » (Friedman,2000). Quel est le rapport entre la résilience et les mécanismes de défense dans cette étude ?

3.1.3 Analyse du fonctionnement de la résilience

L'analyse du fonctionnement de la résilience se décompose en deux phases : confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique. La première phase est caractérisée par le recours à des mécanismes de défenses d'urgence pour se protéger de l'effraction psychique ; l'intégration du choc et réparation. La deuxième phase suppose l'abandon de certaines défenses d'urgences tel que le déni, la projection.

Par ailleurs, le fonctionnement psychique de la résilience passe par le processus de la mentalisation qui fait appel aux représentations psychiques et à la symbolisation des affects. **La mentalisation** permet de mettre en pensée les excitations internes. En d'autres termes, il s'agit de conférer un sens à la blessure Chouvier, Arnaut et Anzieu (2002) pensent que cette phase d'élaboration passe par la mise en sens du vécu traumatique.

La résilience est utilisée pour deux types de situation Elle est utilisée pour des sujets confrontés à des évènements traumatiques qui se construisent suites aux épreuves difficiles. Il peut également être utilisé pour des individus vivant dans des conditions de vie familiales et sociales défavorables ou pathogènes mais malgré tout cela, s'en sortent sans dommages psychiques et s'adaptent socialement.

Le concept de résilience a été une préoccupation de plusieurs auteurs, Werner et Smith (1982) ont entrepris une étude longitudinale auprès de 698 enfants nés en 1954 sur l'île de Kauai dans l'archipel d'Hawai. Cette étude consiste en un suivi longitudinal de ces enfants de leur naissance à l'âge adulte, sur les plans physique, intellectuel et psychosocial, à la suite de l'identification de facteurs de stress prénatal et périnatal. A la suite de cette expérience, les résultats montrent que sur 201 individus à risque, 72 se sont développés contre toute espérance. Ils sont considérés comme les résilients. Ces enfants qui ont évolué favorablement en devenant des adultes équilibrés semblaient montrer des traits de caractère en commun, tels que le sens de l'autonomie, une bonne estime de soi, des dispositions sociales positives. De plus, les facteurs de risque semblent ne pas avoir le même impact pour chacun selon l'âge, le sexe et certaines autres caractéristiques personnelles, telles que le sentiment de cohérence et le contrôle interne. En outre, l'environnement familial et communautaire aurait une influence sur la résilience des enfants (Werner et Smith, 1982-1989).

Anthony (1974) a travaillé sur trois poupées sur lesquelles il a réalisé son expérience. Dans cette expérience, la poupée de verre, la poupée de chiffon et celle de plastique n'en réagiront pas de manière identique à un même coup de marteau. Ce même auteur est toutefois revenu plus tard sur cette métaphore simplificatrice en ajoutant qu'une même personne peut se montrer très résistante à certains traumatismes et beaucoup moins à d'autres et que cette résistance (ou, à l'inverse, cette vulnérabilité) dépend aussi des caractéristiques de l'environnement, qui peuvent agir comme facteurs de protection, de risque ou d'aggravation. Alors résilience et résistance, ou même invulnérabilité, seraient-elles synonymes ? En effet, l'invulnérabilité n'est pas la résilience car, pour qu'il y ait résilience, il faut au préalable avoir été touché et déstabilisé par un évènement. Il faut y avoir été jusqu'à un certain point et dans premier temps, vulnérable, puis après avoir cherché et réussi à s'adapter et à croire à travers les contraintes induites par cet évènement (Jourbert, 2003).

Il convient de noter que la résilience diffère des notions de résistance, de clivage, de déni dans la mesure où elle souligne l'aspect adaptatif et évolutif du Moi. Le traumatisme est la déchirure de « Moi » qui empêche de penser, qui arrête la vie psychique de la personne qui l'a vécue. La résilience quant à elle a un processus de reprise d'un nouveau développement après une « agonie psychique » suite à l'évènement survenu. La personne a des capacités en elle qui permettent l'organisation et la construction de sa résilience. Nous avons quelques mécanismes de défenses qui peuvent participer au processus de résilience chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme retenues plus haut. Ces mécanismes facilitent la résilience dans la mesure où la personne les utilise comme tremplins. Nous verrons au chapitre V comment ces familles en situation sont prises en charge. Qu'est-ce qu'une résilience assistée ?

•**La résilience assistée** : c'est l'interaction de caractéristiques individuelles, familiales et environnementales menant à la résilience se met en place de façon naturelle chez certaines personnes. C'est ce qui est alors appelé la résilience naturelle. Toutefois, pour d'autres, la construction de la résilience nécessite un accompagnement par des professionnels de la santé mentale. L'approfondissement des connaissances du processus de la résilience a permis l'élaboration du concept de résilience assistée Ionescu (2004-2011). La résilience assistée vise à proposer des stratégies éco systémiques de prévention et d'intervention à mettre en place par des professionnels pour accompagner les personnes à risque afin qu'elles puissent se développer à leur plein potentiel en dépit des risques vécus Ionescu (2011). Comme la résilience des personnes présent un déficit intellectuel (D.I.) et leur famille s'inscrit dans un processus complexe où l'intervention du milieu est nécessaire à différents moments de la vie, la prochaine

section vise à poursuivre la description de la résilience en tant que processus, mais en relation avec les particularités propres à la déficience intellectuelle.

3.1.4. Perception de l'autisme et résilience familiale

Dans cette partie, il sera question d'évaluer la perception qu'ont les parents de la charge ressentie (fardeau) liée au trouble du spectre de l'autisme (TSA) de leur enfant de rechercher des liens existants entre perception de la charge liée au handicap, la capacité de résilience et la qualité de vie perçue et enfin, d'analyser la présence d'interventions psychoéducatives auprès de l'enfant et de soutien psychologique auprès des parents apparaissent comme des variables prédictives d'une augmentation du fardeau qu'ils ressentent. Un sentiment de fardeau qui va à modéré, à sévère, a été observé pour la moitié des parents de l'étude. Un niveau élevé de perception des TSA comme une charge influence négativement la capacité à s'adapter à ce handicap et ainsi la qualité de vie des parents. Un emploi de temps très lourd constitué par de nombreux rendez-vous chez les professionnels apparaît prédictif d'une perception des TSA comme une charge alors qu'un soutien psychologique auprès des parents est prédictif d'une meilleure capacité d'introspection. Ces résultats suggèrent la nécessité d'une prise en charge globale plus adaptée, et d'une approche ciblée sur les forces de la famille et des lieux de soins regroupant les différents spécialistes.

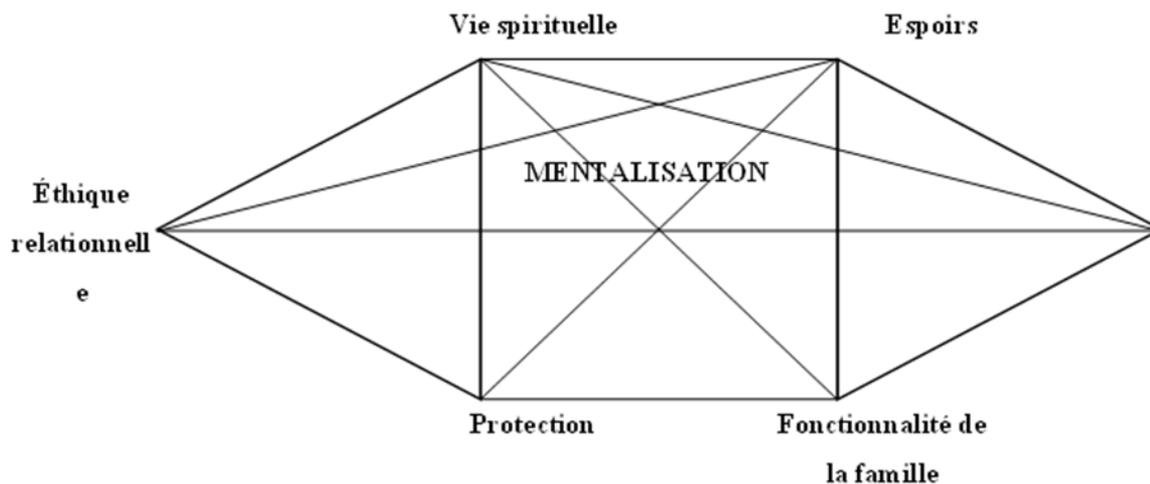
En effet, les familles d'enfants atteints de TSA ont plus de stress que les familles dont les enfants sont sans incapacité mais aussi plus que les parents d'enfants avec d'autres incapacités et maladies chroniques, Bitsika (2013). Dans cette étude, le fardeau perçu est entendu comme ceux qu'éprouve l'aidant familial ou naturel (confère les parents) en rapport avec son état physique, psychologique, social et / ou financier Arai (2004). Il est le résultat d'un déséquilibre entre les contraintes et les possibilités de l'aidant familial. Le fardeau perçu doit être défini comme le résultat de l'impact de la symptomatologie du TSA sur l'organisation de la vie familiale qui devient alors perturbée. Il peut avoir des conséquences négatives sur le bien-être de l'aidant familial et entraîner chez lui, un degré d'épuisement physique ou d'usure psychologique. Dans le domaine du TSA (2014) rapportent que les parents au développement typique ressentent une charge plus importante que les parents d'enfants au développement typique. Chez les parents d'enfants avec un TSA, la charge ressentie, joue un rôle de médiateur entre le fait d'avoir un enfant avec un TSA et la qualité des relations fraternelles. Les facteurs émotionnels et les facteurs d'invalidité de la personne atteinte de troubles sont des prédictifs importants de la charge perçue.

Selon Cappe (2010) dans une recherche exploratoire, mettent en exergue le fait que l'autonomie de l'enfant, son intégration et social, ainsi que le partenariat et parents-professionnels sont à la base d'un ajustement parental mieux réussi. En effet, les parents ne bénéficiant pas ou de peu d'aide et de soutien pour leur enfant voient leur niveau de stress augmenté. Cependant, dans l'étude de Cooper (2006), les parents rapportent un manque d'aide et d'écoute de la part des professionnels. Les études menées par Osbeck (2001) ont permis aux familles d'enfants atteints d'un TSA à concilier les exigences et les particularités du handicap, avec les besoins de la famille et de ses membres, arrivent à développer une vie familiale saine et une perspective positive. De nombreuses études mettent en lumière comment certaines familles réussissent à bien fonctionner et à sortir plus fortes face à l'adversité tandis que d'autres dans une situation similaire n'y arrivent pas Futrell (1988). Ces études ont conduit au développement du champ de recherche appelé « résilience familiale ».

La résilience familiale est le fruit d'une grande cohésion dans la famille, d'un entourage social présent et compréhensif et d'une relation conjugale forte Yau (2001). Elle peut être définie par trois processus : la résilience du moi, le contrôle du moi, l'introspection selon Sztulman (2001). En effet, « les réponses des parents concernant les qualités de l'enfant et les plaisirs partagés indiquent que ces familles peuvent avoir une perception positive de leur enfant et de ses capacités ». Ces familles d'enfants avec handicap peuvent s'ajuster à la situation par le biais d'une adaptation cognitive et de perceptions positives en cas de stress, d'incertitude, de conflit et de déséquilibre, et peuvent être considérées comme des familles « adaptables » le secret est d'avoir certaines qualités organisationnelles telles que la flexibilité, la communication, et la capacité à utiliser les ressources d'après Walsh (2003). Le modèle transactionnel intégratif multifactoriel de psychologie de la santé est un modèle permettant d'appréhender des facteurs très différents qui ont tous un impact négatif ou positif sur la santé fonctionnelle ou dysfonctionnelle. Ce modèle intègre trois catégories de facteurs : les antécédents (facteurs présents) avant l'apparition du stresser (facteurs environnementaux, caractéristiques objectives de la situation stressante, caractéristiques socio-démographiques, traits de personnalités).

Résilience du moi (R.M) : capacité d'une personne à avoir un fonctionnement adapté selon le contexte interne et la situation d'après Callahan (2000).

Contrôle du moi (C.M) : est primordial car il correspond au niveau de réactivité de la personne toujours en colère.



Les principaux éléments de la résilience familiale Delage 2008

Tous ces éléments doivent bénéficier du travail de résilience individuelle des membres de la famille (ou de l'activité motrice en termes de résilience d'un individu en particulier et de la plus grande flexibilité possible de tous, afin qu'existe tout au long du processus une bonne adaptation mutuelle **Delage (2008)**).

3.2. La résilience familiale

Il est question d'une récession des écrits autour de la résilience familiale. Il s'agit donc de clarifier les concepts liés à cette notion, de présenter la mentalisation et de souligner l'importance de l'historicisation dans la résilience.

•Définition des concepts

✓ Résilience psychologique

Pour le Collectif Larousse (2005), la résilience est « *l'aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit des circonstances traumatiques* ».

A cette définition de Larousse, Cyrulnik (2012) y adjoint les processus qui peuvent conduire à la résilience. Il s'agit à cet effet du : biologique, psychoaffectif, social et culturel. Il affirme à cet effet qu'il s'agit « *d'un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique* » (p. 8). Il ressort également de cette définition la nature du traumatisme pouvant donner lieu à un processus de résilience.

Arnaut (2008) conçoit la résilience à travers deux éléments fondamentaux que sont : les situations adverses et les ressources (internes et externes). A cet effet, elle définit la résilience

comme « *l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques et socio-psychologiques) en développant des capacités qui mettent en jeu les ressources internes (intrapsychiques) et externes (liens avec l'environnement social et affectif)* » (2008, p. 35).

✓ **Résilience familiale**

Pour Genest, la résilience familiale est définie comme « *un processus au cours duquel, confronté à une situation perçue comme traumatique, la famille émergera, malgré la souffrance psychologique et physique ...* » Lepage et Lefebvre (2016).

De ce fait, lorsqu'un membre de la famille ou plusieurs ont été confrontés à un ou des événements comportant un risque vital pour eux ou pour les autres, ses capacités résilientes sont sollicitées. La réaction du ou des personnes concernées était traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur Arnaut (2005) ; Delage (2012, 2014). La cohésion familiale est menacée et comporte le risque de souffrance chronique des liens ou de rupture. Pour Arnaut (2005) et Delage (2012, 2014), il y a deux sources possibles du traumatisme en lien avec la souffrance psychique :

1. *Intra-familiale* comme dans les situations de maltraitance, une maladie chronique au sein de la famille, bref une situation éprouvante psychiquement et physiquement pour la famille dont l'origine est interne.

2. *Extra-familiale* à la suite d'une agression, d'un événement dommageable surgissant de l'extérieur.

Cette atteinte traumatique des liens signifie une déchirure de l'intime, c'est-à-dire la perte du lisible et du prédictible dans la famille, l'incapacité à réguler et à mentaliser les émotions, Delage (2008). En outre, la famille comprise comme organisme vivant, signifie une atteinte à la vitalité, en raison de la perte d'une véritable solidarité. Celle-ci repose habituellement sur le *souci empathique* que peuvent éprouver les membres d'une famille les uns pour les autres. Le souci empathique corrélé à la qualité des attachements, signifie qu'on est attentif à ce qu'éprouvent et pensent les autres en ayant la capacité de clarifier clairement leurs émotions et leurs pensées comprises comme différentes des siennes propres. Au lieu de cela il est question de la *détresse empathique*. Cela signifie que tout en percevant plus ou moins la souffrance des autres, on est tellement préoccupé par sa propre souffrance qu'on ne sait plus vraiment comprendre celle des autres et être en capacité de leur venir en aide. On vit dans la famille un phénomène de contagion émotionnelle, c'est-à-dire une résonance amplificatrice

entre la détresse des autres et la sienne propre, sans qu'il soit possible de faire la part, dans la souffrance, de ce qui appartient à soi et de ce qui appartient aux autres.

Plusieurs approches se sont intéressées à la résilience familiale dont celle psychodynamique qui met l'accent sur l'analyse du fonctionnement psychique de la résilience à travers deux processus complémentaires à savoir Arnaut (2005), Delage (2012, 2014) : *la mentalisation* (permettant de conférer un sens à la blessure ou la souffrance) et *l'historicisation* (par le récit de vie ou la créativité).

Dans ce sillage, Arnaut (2005) met les jalons de l'analyse du fonctionnement psychique de la résilience psychodynamique ; il s'agit de :

—**Confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique.**

La première phase est caractérisée par le recours à des mécanismes défensifs « d'urgence », pour se protéger de l'effraction psychique. Par exemple : (déni, projection, imaginaire, répression des affects, passage à l'acte, comportement passif/agressif...).

—**Intégration du choc et réparation**

La deuxième phase suppose l'abandon de certaines défenses d'urgence (exemple : déni, projection) pour privilégier des ressources défensives plus matures, plus souples et plus adaptées à long terme. Par exemple : créativité, humour, intellectualisation, altruisme, sublimation.

3.3. Handicap et famille

Une étude faite par Ebersold et Bazin (2005) montre que pour les parents, l'irruption d'une déficience dans la vie d'un couple est le plus souvent associé à une fracture les conduisant à distinguer l'avant et l'après. Ils signifient sans doute ainsi la violence d'un évènement qui les a touchés dans leur substance et dont on ne sort pas indemne quel que soit l'angle d'approche. Cette réalité nous montre que lorsque les parents reçoivent un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) pour leur enfant, cela provoque un important bouleversement dans leur vie. En effet, après le choc de l'annonce du diagnostic, ils doivent apprendre à composer avec un enfant « différent » pour lequel ils s'inquiètent au sujet de son développement, son bien-être, et son avenir. Cette situation affecte toute la famille qui se voit contrainte d'adapter sa vie quotidienne aux déficits liés au handicap de l'enfant Tétéreault et Ketcheson (2002) ; Cappe et Adrien (2002). De plus, les TSA n'ont pas qu'un impact sur les parents et la fratrie. Le handicap

est susceptible d'avoir un impact sur les autres membres de la famille, plus ou moins proches, aussi que sur le réseau social de celle-ci Crnic et Grienberg (1983) ; Cubbim et Patterson (1983).

De nombreux auteurs comme Holroyd et Arthur (1976) ; Bristol (1979) ou encore Bouma et Schweitzer (1990) suggèrent que prendre soin d'un enfant atteint d'un TSA présente des défis particuliers et stressants qui ont un impact sur la vie des familles de façon assez spécifiques. Comme l'énonce Gardou (2013), il est important de considérer les familles qui ont d'un enfant atteint d'un TSA comme étant à haut risque de dysfonctionnement, quelles que soient leurs compétences. Les tâches parentales se révèlent être stressantes. Ce Stress tient surtout à la lourdeur des soins quotidiens requis par l'enfant, jeune ou moins jeune, puisque les soins de base, dont ont besoin les enfants atteints de TSA se prolongent bien au-delà de la période estimée « normale », compte tenu de leur dépendance et de leurs difficultés Seltzer et Heller (1997). A long terme, dans des cas de dépendance chronique, c'est tout le cycle de l'évolution familiale qui se trouve perturbé. Les enfants dépendants ne pourront pas comme les autres quitter le nid familial pour fonder leur propre famille (Déry et Toupin 2002) ; Gardou (2013). La vie familiale s'en trouve donc perturbée et s'organise entièrement autour de l'enfant et de son avenir, qui est incertain à leurs yeux, (Cappe et al. 2009). Le devenir de l'enfant est donc l'une des préoccupations principales des parents.

Ils s'inquiètent de la dépendance actuelle de leur enfant qui définira, par la suite, les perspectives de sa vie autonome, aussi que son insertion dans la société (Marcus, 1977 ; Wolf et Golber, 1986). Avoir un enfant atteint d'un TSA signifie avoir un enfant avec des comportements particuliers, qui remodelent l'organisation de la famille et qui peuvent altérer également la qualité de vie de la fratrie. Une des grandes difficultés à laquelle les parents doivent faire face, est le regard d'autrui aussi que les jugements, les critiques, l'incompréhension et surtout l'intolérance de celui vis-à-vis de leur enfant (Autisme – Europe, 2001).

Le caractère (étranger) des symptômes de TSA comme les agissements stéréotypés, les écholalies, l'automutilation, les routines, ou encore les rigidités de toutes sortes, donnent souvent lieu à de la stigmatisation (parole ou action menant à transformer une déficience, une incapacité ou un handicap en une marque négative) et / ou des réactions négatives surtout quand le handicap n'est pas apparent. Cela peut déboucher sur des pressions intra et extra familiale, dues à une difficulté de perception de la situation particulière (Shank et Turnbull, 1993 ; Gardou, 2002) ainsi qu'à des difficultés à comprendre les problèmes développementaux de ces

enfants (Holroyd et Arthur, 1976). La stigmatisation peut provoquer du Stress chez les parents d'enfants atteints de TSA, sont moins enclins à se livrer des activités récréatives et des loisirs en dehors du foyer.

Le Stress peut se trouver également intensifié par les difficultés de communication. Ainsi les parents peuvent craindre de ne pas décoder correctement les besoins exprimés par leur enfant, pourraient augmenter la détresse parentale, et en particulier la détresse de la mère. Il peut apparaître des discordes familiales et des problèmes au niveau du couple. Le rapport matrimonial peut souffrir à l'excès, des efforts supplémentaires, du blâme, de la culpabilité et l'inquiétude « l'incapacité » d'un enfant peut attaquer la base du mariage de différentes manières. Elle peut susciter des réactions et émotions fortes chez les deux parents qui peuvent les affecter de façon durable dans leur équilibre conjugale (Morin et Lacharité, 2004). La dynamique du couple peut être affectée par une différence d'utilisation de stratégies d'adaptation. Cette différence peut créer ou accentuer un fossé entre les conjoints ou compliquer le partage des responsabilités envers l'enfant qui demande plus de soin que les autres (Bristol et Gallagher, 1986). Les difficultés financières sont susceptibles d'affecter sérieusement la qualité de vie des familles des enfants atteints de TSA ; que ce soit pour l'acquisition de matériel adapté pour des services spécialisés supplémentaires ou encore pour s'accorder du « répit » et des loisirs les ressources financières conditionnent largement et indéniablement, l'aménagement du cadre de vie familiale (Autisme Europe, 2001 ; Vijesh et Sukumaryl, 2007).

La plupart des parents se plaignent du manque d'information et de formation sur les problèmes de leurs enfants (Bromley et Emerson, 2004). Bon nombre d'entre eux ont les difficultés à comprendre les problèmes mentaux et comportementaux de ceux-ci (Tunali et Power, 2002), de plus, tout ceci à un coût très élevé qui peut conduire à la pauvreté et peut également créer un Stress économique pour les parents (Vijesh et al., 2007). Malheureusement le soutien de l'Etat dans l'ensemble des pays des Africains reste bien en dessous des besoins réels des familles (Peters, 1988 ; Tetreault et Ketchson, 2002). Les difficultés financières mais surtout la pauvreté va apparaître particulièrement chez les familles monoparentales dirigées par des femmes. Les facteurs déterminants de la pauvreté seraient l'âge, le niveau de scolarité et la capacité de participation au travail.

3.4. Mentalisation et résilience

La mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet. La définition de ce concept complexe, introduit par Marty et Fain

(1961) dans le champ de la psychanalyse n'est pas univoque car il a suscité de nombreuses contributions (Luque, 1981 ; Bergeret, 1986/1991 ; Debray, 1991 ; Fonagy, 1994/1996 ; Dejours, 1995 ; Lecours-Bouchard 1997 ; De Tychey, 1994 ; De Tychey-DiwoDollander, 2000).

Pour Arnaut et Delage, la mentalisation constitue le cœur de la résilience. La mentalisation a été comprise à partir des études de l'École Française de Psychosomatique et de la notion de pensée opératoire (Marty, 1991). Mais elle doit être à mon sens élargie à une conception intersubjective. En effet elle est assimilée par Fonagy (2001) à la fonction réflexive et de liaison, laquelle repose nécessairement pour cet auteur sur la compréhension psychologique de l'autre et par l'autre. Elle est inscrite à la fois dans les relations complexes entre réalité externe et réalité interne, entre soi et l'autre, états mentaux de soi, états mentaux de l'autre. Autrement dit, la mentalisation apparaît comme un moyen de comprendre, d'interpréter les états mentaux, ceux de soi, comme ceux de l'autre et de les transformer en représentations communicables et partageables.

En outre, la mentalisation, élément de base du processus de résilience, permet à la sensorialité et aux vécus d'entrer dans un monde de pensée et de sens, grâce à des mises en représentation communicables et partageables. Appuyée sur la fonction réflexive et la conscience intersubjective, la mentalisation rend possible un travail de construction de la réalité, de transformation psychique à plusieurs et de transmission aux autres (en particulier à la descendance) d'une histoire sans laquelle il ne peut être question de résilience.

Il est question pour nous ici de présenter la mentalisation familiale selon deux aspects ou points de vue : d'une part selon Dijoux (2021) et d'autre part selon Arnaut (2005) et Mayi (2018).

✓ **Mentalisation selon Dijoux**

Pour Dijoux (2021) p. 33, la mentalisation se conceptualise à travers trois points phares : La mentalisation a besoin d'un espace imaginaire riche. Chez Marty (1991), la mentalisation permet de passer de l'excitation pulsionnelle et de l'affect à un niveau de représentation. Elle a un rôle adaptatif dans le sens où les frustrations sont gérées par la pensée. L'échec de ce traitement mental peut aboutir à une désorganisation somatique ainsi qu'à une rupture de résilience. La construction d'un imaginaire riche en représentations permet au préconscient de mentaliser les tensions/excitations. La qualité de ce travail dépend de la richesse du préconscient en termes de quantité structurelle et qualité de l'espace imaginaire.

Au niveau clinique, les thérapies à médiation ont fait leurs preuves comme une aide à la symbolisation et chemin de résilience après un traumatisme. Selon Kaës (2012) p. 12 :

Les médiations doivent produire un effet de langage et, plus précisément, de parole, là où elle fait défaut, là où elle est en souffrance. Elles prennent leur valeur d'être proposées comme embrayeur de processus associatifs, de mise en marche de l'activité de liaison et de symbolisation.

L'art comme médiation thérapeutique a envahi le champ de la psychothérapie contemporaine et interpelle sur sa potentialité à promouvoir la résilience.

— La qualité de mentalisation de l'enfant découle de celle du parent.

La plupart des chercheurs ont relevé l'influence de la capacité de mentalisation parentale sur celle de l'enfant. Car pour que l'enfant commence graduellement à se comprendre et à comprendre les autres, le parent doit lui-même penser en termes psychologiques en quelque sorte, par une interaction « contingente, congruente et propice à la différenciation » selon Urfer et ses collaborateurs (2014) p.233, le parent va refléter comme un miroir une « *version digérée* » des états mentaux de l'enfant et faire émerger en lui la capacité réflexive. Cette qualité parentale n'est en rien figée mais reste contextuelle en partie, car il arrive qu'en certaines circonstances l'émotion prenne le dessus et entrave notre capacité à comprendre le point de vue de l'autre.

— La mentalisation de l'enfant est sous-tendue par l'activité narrative familiale

Si la compétence de mentalisation est propre à chacun, et que nous avons vu comment elle provenait des compétences réflexives parentales, il convient de s'arrêter maintenant sur la dynamique familiale qui va nourrir cette activité. La mentalisation passe par des liens interpsychiques familiaux et engendre un partage des représentations. Delage propose quatre étapes au travers desquelles la famille va cheminer d'une sensorialité traumatique aux processus de mentalisation Delage, (2007) p. 165 :

- *L'expression* par laquelle le sujet peut se soulager d'émotions négatives sans honte ou culpabilité, mais surtout ressentir l'empathie et la contenance du groupe familial.

- *Le partage* d'un vécu commun qui n'a pas besoin de se dire et qui apporte une sorte de soutien inconditionnel intersubjectif.

- *L'activité de pensée* soutenue par « un tissu inter narratif qui permet que la souffrance puisse se transformer en soutenant une activité de représentation individuelle alimentée aux

récits des autres » Delage, (2007) p. 167. Le récit en famille des sentiments, des pensées, des histoires, des désaccords etc., construit des représentations de la réalité. La narration en famille donne sens à ce qui a été vécu et participe à la mentalisation.

• *La transmission* aux générations de ce qui a trait au traumatisme vécu : les effets qu'il a produits, comment il a été dépassé, la transformation familiale qu'un chemin de résilience a pu déployer. En évitant le secret de famille, cette transmission fait l'économie d'un traumatisme généalogique.

➤ **Mentalisation selon Arnaut et Mayi**

Arnaut (2005) et Mayi (2018), la mentalisation fait appel aux représentations psychiques d'une part et aux opérations de pensée d'autre part.

✓ **Les représentations psychiques**

Par représentation, on entend ce que l'on se représente, le contenu d'une pensée, mais aussi l'élément qui représente un phénomène psychique, qui est à la place. Dans la théorie du fonctionnement mental, la représentation se distingue de l'affect. Elle est le processus de création et d'utilisation d'une image stable d'une chose à la place de la chose elle-même. Pour Freud comme le soulignent Laplanche et Pontalis (2002), la mémoire n'est pas un simple et pur réceptacle d'image mais un système mnésique plus ou moins investie affectivement. Ainsi, Freud distingue deux niveaux de représentation : la représentation des choses qui caractérise le système inconscient serait plutôt d'ordre visuel, comme dans le rêve et la représentation des mots caractérise les systèmes préconscient et conscient.

Cette dernière est liée au nom de la chose qui est jugée intolérable, parce que porteuse d'angoisse et susceptible de créer de l'anxiété chez le sujet. Le mécanisme dans le refoulement travaille donc doublement sur : l'intériorité des excitations psychopulsionnelles liés aux représentations ; la réduction des liens entre le représentant jugé intolérable et les autres représentations du psychisme, afin qu'elle puisse les rappeler.

• *Représentation des choses* : elle consiste en un investissement, sinon d'images mnésiques directes de la chose, du moins en celui de traces mnésiques plus éloignées, dérivées de celles-ci.

• *Représentation des mots* : Les représentations de mot sont introduites dans une conception qui lie la verbalisation et la prise de conscience. Ainsi, c'est en associant une

image verbale que l'image mnésique peut acquérir « l'indice de qualité » spécifique de la conscience.

✓ **Les opérations de pensée**

La pensée, étroitement reliée à la représentation, elle a comme aspects originaux, son origine (l'acte dont elle constitue un substitut), son double rôle de régulation intrapsychique et d'adaptation au réel, sa liaison à la négation, à la fois sur le plan génétique et sur le plan métapsychologique. Tout jugement est jugement de négation. Et sur ce plan, il est à noter ici que la négation est un processus hautement conscient qui n'existe pas dans l'Inconscient. En effet, la pensée tout au long de son histoire, conserve un lien étroit avec la libido : aussi bien dans son origine que dans son fonctionnement qu'alimente une libido désexualisée et sublimée. Elle s'exerce toujours avec une prime de plaisir : plaisir de fonctionnement. Comme l'avait souligné Freud (1905) :

Il est impossible de méconnaître que la concentration de l'attention sur une tâche intellectuelle et la tension intellectuelle en général, entraînent chez de nombreux adolescents et adultes une excitation concomitante, qui doit sans doute être considérée comme le seul fondement légitime du point de vue, autrement si contestable, qui fait dériver certains troubles nerveux d'un 'surmenage' intellectuel.

Pour Mayi, la pensée intègre deux dimensions fondamentales que sont la symbolisation et l'imaginaire et qui participe à l'expression du principe de « toute puissance des idées ». Cette position permet d'admettre la conditionnalité de Lecours et Bouchard pour qui la mentalisation consiste en « une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation, et conduisant à une transformation des expériences pulsionnelles chargées d'affects en structures mentales de mieux en mieux organisées ».

✓ **L'imaginaire**

L'imaginaire peut être défini à la fois comme le cadre opératoire d'origine psychophysiologique et ses contenus idéels ou représentationnels et qui expriment toute l'importance de ce que processus psychologique qu'on appelle l'imagination.

Lacan (1970) s'inspirant de la notion de « signifiant » de Saussure (1953) advient à théoriser l'inconscient à partir de l'algorithme Saussurien (signifiant/signifié), dans la mesure où il est lui-même un élément de la structure du langage. En fait, contrairement à Saussure (1953) qui défendait l'idée selon laquelle le signifiant et le signifié sont dans un rapport

indissociable avec le signe car, d'après lui, la barre qui inscrit le rapport entre l'image acoustique (signifiant) et le concept (signifié) est comme le recto et le verso d'une feuille de papier c'est-à-dire deux faces indissociables ; Lacan (1970) désarrime le signifiant de tout rapport homonymique au signifié et affirme, dans son ordre, son autonomie. D'après lui, ce rapport est plus celui du son par rapport au sens, celui de l'ordre symbolique constitué par le langage où prime le signifiant. En fait, comme le soulignent Laplanche et Pontalis (1967), Lacan fait ses premières analyses de la notion d'« imaginaire » en référence à une première théorisation concernant le stade miroir. Il défendait alors l'idée selon laquelle : « le Moi du petit humain, du fait en particulier de la prématuration biologique, se constitue à partir de son semblable (Moi spéculaire) » Lacan, (1949), cité par Laplanche et Pontalis, (1967), P.195. Ainsi, selon Lacan (1966) comme le soulignent Laplanche et Pontalis (1967), l'imaginaire peut se comprendre :

Du point de vue intrasubjectif comme « le rapport fondamentalement narcissique du sujet à son Moi. Il apparaît comme l'essence de l'esprit qui confère une force créatrice à partir du rien. Il donne un début d'existence à ce qui n'est pas encore réel. Plus que dans l'imaginaire, l'image est la semence du réel. C'est un imaginaire qui permet l'émergence de la vérité de son être ».

Du point de vue intersubjectif comme « une relation dite duelle fondée sur et capté par l'image d'un semblable". En fait, pour Lacan (1966) comme l'indiquent Laplanche et Pontalis (1967) p.195 « il n'y a de semblable, un autre qui soit moi que parce que le Moi est originellement un autre. ». En d'autres termes, l'imaginaire est toujours défini comme le registre du leurre et de l'identification. Il est à entendre à partir de l'image. Dans le moi, il engendre la fonction de méconnaissance dans la relation intersubjective. Lacan introduit l'écran de la projection : celle de l'un sur l'autre. Il y a méconnaissance de tout être quant à la vérité de son être et aliénation à sa propre image par le miroir de Narcisse. Tout débute donc par ce stade du miroir qui met fin au fantasme du corps morcelé ; l'enfant se reconnaît pour la première fois, mais comme autre par aliénation à son image. Il y a capture du moi par une image. Le moi devient le palais des mirages, une perspective en enfilade, menant aux mirages imaginaires du narcissisme. Il y a toujours captation identificatrice par l'image Narcisse.

Du point de vue de l'environnement comme une relation de type de celles que l'éthologiste (Lorenz) a décrites et qui témoignent de la prégnance de telle ou telle Gestalt dans le déclenchement des comportements ;

Quant aux significations : un type d'appréhension où des facteurs comme la ressemblance, l'homéomorphisme jouent un rôle déterminant, ce qui atteste une sorte de coalescence du signifiant au signifié. L'emploi très particulier que Lacan fait du terme imaginaire n'est pas pour autant sans rapport avec le sens usuel : toute conduite, toute relation imaginaire étant selon Lacan essentiellement vouée au leurre (α). Lacan insiste sur la différence, sur l'opposition entre l'imaginaire et le symbolique, montrant que l'intersubjectivité ne se réduit pas à cet ensemble de relations qu'il a groupé sous le terme d'imaginaire et qu'en particulier, dans la cure analytique, il importe de ne pas confondre les deux registres.

Ainsi, Golse (2012) p. 146 définit l'enfant imaginaire comme : « groupes de représentations mentales concernant l'enfant, ou plus généralement l'enfance, qui s'organisent progressivement dans le psychisme, c'est-à-dire dans la tête des adultes (parents ou professionnels) ».

Pour Parot et Doron (1991) l'imaginaire « est le domaine de l'imagination créatrice qui compose des représentations sensibles différentes des objets réels ou des situations vécues : rêves, mythes, œuvres plastiques ». Tenant ainsi de l'aptitude humaine à se représenter les choses, à les imaginer soit comme elles sont soit comme le sujet voudrait qu'elles soient, l'imaginaire participe aux vécus « normaux » et pathologiques du sujet, à son esprit et style de créativité artistique ou non, à la formulation des systèmes thérapeutiques.

✓ **La symbolisation**

D'après Laplanche et Pontalis (1967) p.474 le symbolique désigne l'ordre de phénomènes auxquels la psychanalyse a affaire en tant que qu'ils sont structurés comme un langage. Selon Freud (1900) comme le soulignent Laplanche et Pontalis (1967), le symbolique « est entendu comme l'ensemble des symboles à signification constante qui peuvent être retrouvés dans diverses productions inconscientes ». Pour Lacan (1956-57) le symbolique « est le champ du langage. Préexistant, autonome et extérieur, il a pour le sujet son seul lieu « naturel » qui dénature toute appartenance au monde et toute harmonie avec lui ». D'après Lacan (1956-57), il porte la parole dans sa dimension constituante du sujet, de pacte fondateur et d'appel en la foi de la parole donnée. Garant de la vérité, il est le lieu de la loi et de l'alliance que rappelle l'étymologie. Selon Lacan (1956-57), c'est le concept de l'Autre, de l'altérité. Fondamentalement pense Lacan (1956-57), le symbolique est le concept de l'unité du signifiant. Il y a, dans la langue, du discernable et le signifiant est le nom. Ainsi, à bien comprendre Lacan, la structure du système symbolique est première, et la liaison avec le

symbolisé (par exemple le facteur de ressemblance, d'isomorphisme) est seconde. Reprenant Lévi-Strauss et Ferdinand de Saussure (1955) sur la thèse du cours de linguistique générale, Laplanche et Pontalis (1967) p.475 précisent que : « le signifiant pris isolément n'a pas de lien interne avec le signifié, il ne renvoie à une signification que parce qu'il est intégré à un système signifiant caractérisé par des oppositions différentielle (α) »

Laplanche et Pontalis (1967) indiquent que le symbolique est par Lacan dans deux directions différentes et complémentaires :

a) Pour désigner une structure dont les éléments discrets fonctionnent comme les signifiants (modèle linguistique) ou plus généralement le registre auquel appartiennent de telles structures (l'ordre symbolique) ;

b) Pour désigner la loi qui fonde cet ordre : c'est ainsi que Lacan, par le terme *de père symbolique*, ou de *nom-du-père*, envisage une instance qui n'est pas réductible aux avatars du père réel ou imaginaire et qui promulgue la loi.

En fait, Le symbole se constitue dans la continuité de la sensation rapportée ou non, de la perception et des images qui en découlent. En ce sens, il représente quelque chose tout en se déclinant très fréquemment au-delà de la représentation immédiate, primitive ou première de celle-ci. D'où le constat que la force du symbole va avec les pouvoirs d'évocation et d'invocation qui lui sont reconnus. Il est donc aussi bien un support d'expression qu'un moyen de manipulation de la réalité et d'autrui. Et dans la clinique, il est un signe à valeur figurative qui se donne ou est donné pour double représentationnel d'un conflit, d'un désir inconscient. D'où l'importance de l'ordre symbolique dans les rêves dont il est constituant et constitutif et dans d'autres productions imaginaires (complexes délirés, hallucinations, symptômes, etc.) et qui expliquent que la dominante interprétative de la clinique. Dans celle-ci, il n'est pas seulement question de signification (connaissance explicatives) mais de sens (restitution de valeurs justificative en interprétation). La logique du symbolisme concerne les contenus et les formes de l'imaginaire dans des scénarios plus ou moins génétiquement déterminés comme les complexes d'Œdipe et de Castration, le fantasme comme scénario de situations posturales, les modalités à déterminations narcissiques de la relation d'objet et qui sont la présence/présentification de l'objet, la privation, la perte d'objet, la castration, la forclusion ; plus ou moins pathologiques et fondés sur des spécificités individuelles et à connotations posturales comme les complexes d'infériorité et de supériorité, etc. On peut suivre Jung lorsqu'il fait participer le symbole à la dynamique de ces vécus de l'imaginaire qu'il nomme

« complexes » et « archétypes » ». Ce seraient doublement des réservoirs et des canalisations d'énergie et qui surdétermineraient les postures individuelles et collectives, rendant aussi bien compte de la pathologie que des possibilités offertes aux sujets d'établir des équilibres sains et/ou des réaménagements adéquats de leur personnalité.

✓ **Historisation**

Une famille qui ne parvient pas à se dégager du traumatisme le transmet. Celui-ci par conséquent traverse les générations. Il s'agit d'une transmission transgénérationnelle Eiguer et al (1997). Ce qui n'a pas pu être pensé, mentalisé, élaboré par ceux qui ont vécu des événements traumatiques est transmis sous forme de non-dit, de blancs, ou de « *traces sans mémoire* » Granjon (1987), c'est-à-dire sous forme d'éprouvés, d'attitudes, de manifestations corporelles, d'un implicite non verbal indiquant à l'interlocuteur tout à la fois le malaise, la souffrance, et une zone d'indicible où il n'est pas question d'aller.

Une famille qui est engagée dans un processus de résilience peut transmettre en lieu et place du traumatisme une histoire, il est question ici d'une transmission intergénérationnelle. L'historisation suppose la mise en action du souvenir, c'est-à-dire d'un travail de reconstruction de la réalité vécue qui, tout en ayant à voir avec elle, s'en écarte, un peu, plus ou moins, en raison du travail de mentalisation auquel a donné lieu ce qui a été vécu, en raison aussi de l'interlocuteur à qui les événements sont racontés, et aux récits auxquels cet interlocuteur réagit, également à cause d'une revisitasson du passé à la lumière du présent vécu. Autrement dit là où le traumatisme fige le mouvement du temps, impose à la conscience un passé qui ne passe pas, le temps résilient s'organise selon une fluidité temporelle retrouvée, c'est-à-dire dans la liberté d'aller et venir entre présent, passé et avenir, ce qui d'ailleurs est bien conforme avec l'idée du processus.

Pour Arnaut (2005), ce processus complémentaire à celui de la mentalisation, fait appel à des mécanismes de défenses plus matures, plus souples et plus adaptées dans le long terme comme : la créativité, l'humour, l'intellectualisation, l'altruisme, la sublimation.

–**Intellectualisation** : il s'agit du « *Recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisserait trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué* » Ionescu, et al (2020) p. 260. Il s'agit, entre autres, selon Böhm, d'une *névrose de cérébralisation* car elle permet, aux sujets du groupe familial accompagnant un de ses membres à développer les capacités résilientes, de maîtriser leurs angoisses en les rattachant à des idées avec lesquelles ils peuvent inconsciemment jouer.

–**L'altruisme** : processus permettant aux membres d'un groupe ou à un sujet de se dévouer à autrui afin de s'échapper d'un conflit, Jacquet et Lhote, (2020), p. 183. Ce mécanisme a quatre caractéristiques à savoir :

- Un mode particulier de la *formation réactionnelle*. La culpabilité qui s'attache à l'agressivité ou à l'hostilité refoulées est ici évitée grâce à l'altruisme ;
- Un *exutoire à l'agressivité*, source de conflit, comme dans le cas précédent. Mais la solution est différente : au lieu d'être refoulée, l'agressivité est déplacée vers des buts « nobles » (altruistes) ;
- Une *jouissance par procuration*. Le conflit s'attache alors à un plaisir qu'on se refuse à soi-même, mais qu'on aide les autres à obtenir. Le sujet altruiste en retire une satisfaction, grâce à son identification à la personne comblée ;
- Une manifestation du *masochisme*. Le conflit étant lié à toute satisfaction que s'accorde la personne, ce sont, dans ce cas, les sacrifices liés à l'altruisme qui sont recherchés.

–**L'humour** : pour Ionescu et al (2020) p. 239 l'humour :

Consiste à présenter une situation vécue comme traumatisante de manière à en dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites. C'est dans ce cas seulement (humour appliqué à soi-même) qu'il peut être considéré comme un mécanisme de défense

En effet, l'humour permet d'éviter l'apparition d'affects douloureux car la personne saisit parfaitement le désagrément de la situation, mais s'en dégage volontairement et peut favoriser une mise à l'écart de sentiments ou de souvenirs douloureux, puisqu'il s'agit d'éviter une émotion empreinte de déplaisir. L'expression « *mise à l'écart des exigences de la réalité* » est d'ailleurs employée par Freud (1927).

–**La sublimation** : pour Ionescu et Jacquet (2020), et Laplanche et Pontalis (2002), la sublimation peut avoir deux significations à savoir :

- *Déssexualisation d'une pulsion* s'adressant à une personne qui pourrait (ou qui a pu) être désirée sexuellement La pulsion, transformée en tendresse ou en amitié, change de but, mais son objet reste le même ;

- *Dérivation de l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive* vers des activités valorisées socialement (artistiques, intellectuelles, morales). La pulsion se détourne alors de son objet et de son but (érotique ou agressif) primitifs, mais sans être refoulée. C'est le sens le plus habituel.

Arnaut (2005), Mayi (2018), Delage (2007) ont identifié les stratégies d'adaptation qui améliorent le bien-être quotidien et atténuent la détresse quotidienne chez les parents d'enfants atteints de TSA. Des niveaux plus élevés d'humeur quotidienne positive ont été prédits par la stratégie de coping centrée sur la résolution du problème, le soutien social, l'optimisme, la régulation émotionnelle et le compromis. Les baisses d'humeur quotidienne positives sont associées à l'évitement, le blâme, l'isolement (retrait) et le sentiment d'impuissance. En ce qui concerne les effets directs de l'adaptation sur l'humeur négative, en moyenne, après avoir tenu compte des facteurs liés à la personnalité et aux facteurs contextuels, des niveaux inférieurs de l'humeur négative sont prédits par la distraction et la régulation émotionnelle. L'homéostasie doit être rétabli au sein du couple, de la famille car le fonctionnement d'une famille en crise est souvent celui d'une boucle qui se referme sur elle-même. Ce scénario illustre ce que la thérapie familiale nomme le principe d'Homéostasie. Par ailleurs, ces familles devraient s'intégrer à cette manière de faire parce que faire preuve de mentalisation c'est pouvoir s'intérioriser.

DEUXIÈME PARTIE :
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE

Selon Vial (1998) p.64) a pour but de « Rendre communicable le ‘’au nom de quoi et le’’ vers quoi ? ». Le projet de recherche engagé demandait d'utiliser telle(s) ou telle(s) méthode(s) ». En nous arrimant à ce but, cette partie de notre travail sera donc consacrée à la présentation et la justification des participants, de la méthode de recherche, de la technique de collecte de données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats. Toutefois, avant de débiter cette présentation justificative de la démarche méthodologique, et nous revient au préalable de rappeler.

Dans ce chapitre, nous abordons à l'opérationnalisation des variables, de l'étude, des outils de collecte et d'analyse des résultats.

4.1. Rappel des éléments de la problématique

Il sera question dans cette partie de faire le rappel du problème de la question de recherche, l'hypothèse générale et l'objectif général.

4.1.1. Rappel du problème

Le problème de cette étude porte sur le défaut d'élaboration des stratégies de résilience dans le vécu traumatique des familles ayant un enfant vivant avec autisme.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

La question de recherche est la suivante : comment les familles ayant un enfant vivant avec autisme parviennent-elles à surmonter le traumatisme lié à la perception du handicap mental?

4.1.3. Rappel de l'objectif général

L'objectif principal de l'étude est de comprendre et d'expliquer comment la mise en place du processus de mentalisation et une intellectualisation favorisent-t-elles la capacité des familles à surmonter la perception du handicap mental.

4.1.4. Rappel de l'hypothèse générale

Nous nous sommes attelés à formuler une hypothèse à savoir : le processus de mentalisation et une intellectualisation participent à l'élaboration des stratégies de résilience chez les familles en situation d'un enfant présentant un handicap mental.

4.1.5. Description de l'hypothèse générale de notre étude

Ici, nous ferons éclore les différentes variables de notre hypothèse de recherche.

Variable indépendante (VI) :

La mise en place des processus de résilience

Modalité et indicateur de la VI :

- Mentalisation : ces indicateurs seront

Selon Debray (1991) traitement et négociation de l'angoisse intrapsychique Selon Bergeret (1991) l'utilisation mentale de l'imaginaire Selon Marty (1991) la prise en compte des facteurs interactionnels

- L'intellectualisation : elle aura pour indicateur : l'isolation de l'affect ; Rationalisation logique ;

Protection et évacuation de l'intensité de l'affect de déplaisir

- Le déni : se comprendra dans l'adaptation au trauma. Son utilisation temporaire est par la signification affective de la réalité trop insupportable

- tuteurs de résilience

Variable dépendante (VD) :

Capacité à surmonter la situation traumatique causée par la perception du handicap mental.

Tableau 4 : tableau synoptique de la variable indépendante, ses modalités et indicateurs

Hypothèse générale	Variable indépendante	Modalités	Indicateurs
la mise en place des processus de résilience influence la capacité à surmonter le traumatisme causé par la perception du handicap mental chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme	la mise en place des processus de résilience	Mentalisation	Négociation de l'angoisse intra psychique entre les membres d'une famille -Utilisation mentale de l'imaginaire -Prise en compte des facteurs interactionnaires
		Intellectualisation	Isolation de l'affect -Rationalisation logique -Protection et évacuation de l'intensité des affects et de déplaisir
		Déni	-Adaptation au traumatisme -Utilisation temporaire du déni -Signification affective de la réalité insupportable
		Tuteurs de résilience	Étayage groupal Référence au groupe
Variable dépendante : Capacité à surmonter le traumatisme causé par la perception du handicap mental			

De ce tableau, nous pouvons ressortir nos différentes hypothèses de recherche à savoir :

HS1 : la mise en place du processus de mentalisation détermine la capacité de famille à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental à travers la construction mentale positive de la réalité.

HS2 : une intellectualisation bien élaborée favorise la capacité à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental à partir des élaborations mentales sur le handicap mental.

HS3 : le déni de la réalité influence la capacité du sujet à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental.

HS4 : la prise en compte des tuteurs de résilience favorise la capacité du sujet à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental.

4.2. Site de la recherche

Le site de la recherche fait référence au contexte spatial dans lequel se déroule la recherche. Il s'agit en d'autres termes du lieu où se fera la collecte des données. La présente recherche s'est déroulée dans le département du Mfoundi, région du Centre plus précisément à Yaoundé au Centre Médico Pédagogique ELA.

4.2.1. Justification du choix du site

Ce choix a été porté sur ce département car il est composé des populations originaires des dix régions du Cameroun et comptant au sein de leur environnement d'importantes communautés constituées des familles ayant un enfant vivant avec autisme. Yaoundé, capitale politique du Cameroun est une ville, carrefour des populations venues de toutes les régions du Cameroun et de la sous-région de l'Afrique Centrale mais aussi de toutes les races venues des quatre coins du monde. Pour cette dernière raison, il nous est plus aisé d'y prélever une population d'études qui présente toutes les caractéristiques auxquelles nous aurons recours dans la suite des analyses de notre étude.

4.3. POPULATION DE L'ETUDE

Sous ce titre, nous commencerons par présenter la population d'étude avant de nous intéresser à l'échantillon lui-même.

4.3.1. Population d'étude

La population est selon Angers (1992) « l'ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation ». Notre population d'étude est constituée des familles vivant avec un enfant autiste

4.3.2. Échantillon d'étude

Notre échantillon d'étude est composé de 4 familles ayant des enfants autistes. Pour le constituer nous avons recouru à la technique d'échantillonnage à choix raisonné qui consiste à formuler des critères de sélection.

4.4. Critères de sélection des participants

Notre étude porte sur le vécu traumatique de la perception du handicap mental et résilience familiale. Cas des familles vivant avec un enfant avec autisme. Nos participants proviennent de la ville de Yaoundé. Pour faire partie de notre étude, ils doivent être soumis à certaines conditions. Il s'agit des critères de sélection, selon une procédure rigoureuse.

4.4.1. Critère d'inclusion

Pour participer à cette étude, il faut être :

- Une famille ayant un enfant vivant avec autisme
- Une famille participant à la vie de son enfant handicapé mental
- Avoir pour facteur traumatique.

4.4.2. Critère d'exclusion

Dans cette étude, nous avons exclu certaines familles :

- Des familles n'ayant jamais eu un enfant handicapé mental.

4.4.3. Recrutement des participants

Familles	Caractéristiques			
	Types de familles	Nombre d'enfants	Nombre d'enfants ayant un handicap	Types de handicap
Famille 1	Monogamique	02	01	Autisme
Famille 2	Monogamique	04	01	Autisme
Famille 3	Monogamique	02	01	Poly handicap
Famille 4	Monogamique	05	01	Autisme

4.5. Type de recherche

Notre étude est une recherche qualitative. La recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explications. La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse, surtout à des cas et des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher les sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Dans cette étude, nous cherchons à appréhender la fonction ou le sens qu'a le vécu traumatique de la perception du handicap mental sur la résilience familiale. En recherche qualitative, l'accent est mis sur l'expérience de la personne telle qu'elle l'a vécue : « l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes, leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives » (Mayer & al., 2000, p.57). La recherche qualitative est pertinente dans le cas de notre étude, car elle accorde une place prépondérante au point de vue des acteurs ; il s'agit pour nous de rendre compte de la fonction de la perception du handicap mental dans le vécu traumatique des familles. Dans cette perspective la démarche qualitative fait une large place aux notions de quotidien et de vécu sans lesquelles plusieurs facettes de la réalité psychique peuvent échapper à la connaissance.

4.6. METHODE DE RECHERCHE : méthode clinique

Méthode vient du grec « *methodos* » qui signifie « route, voie, direction qui mène à un but » (Nkoum, 2015, p.59). C'est donc le chemin tracé à l'avance pour se diriger vers un but pour atteindre un objectif. Ainsi selon Ardoino & Berger (2010), la méthode est « un ensemble ordonné de manière logique, de principes, de règles, d'étapes permettant de parvenir à un résultat. Ainsi, pour atteindre l'objectif de cette étude, nous avons choisi la méthode clinique.

La psychologie clinique étudie l'être humain dans sa singularité (subjectivité globale). Elle a pour but de comprendre le fonctionnement psychique normal et anormal de l'individu et ne souhaite pas de subjectiver la situation. Quant à la « méthode clinique », elle vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. La méthode clinique est le recueil de faits par observation, entretien et analyse des productions du sujet et vise pour Lagache à comprendre la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation (pédinielli, 1999). Nous avons choisi la méthode clinique dans notre étude parce qu'elle est une démarche qui se définit avant tout, par une prise en compte de la singularité de la totalité de la situation. Ainsi, nous envisageons élucider la singularité des familles dans cette recherche aussi appréhender le vécu traumatique dans sa globalité et cela est plus possible avec la méthode clinique qui, « insiste sur la diversité et non sur la régularité » (Hatchuel, 2005, p.5). La modalité fondamentale utilisée par la méthode clinique est l'étude des cas.

4.6.1. Etude de cas

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation (Woodside & Wilson, 2003). La combinaison de ces quatre finalités est aussi possible. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment (Eisenhardt, 1989 ; Kidder, 1982) ; l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses ; la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements ; enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel (Hersen & Barlow, 1976 ; Woodside & Wilson, 2003).

Ses grandes forces sont bien sûr de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte, d'offrir la possibilité de développer des paramètres historiques, d'assurer une forte validité interne, c'est-à-dire que les phénomènes relevés sont des représentations authentiques de la réalité étudiée. Bref, c'est une méthode adaptable tant au contexte qu'aux caractéristiques du chercheur

L'étude de cas comme méthode de recherche comporte aussi des faiblesses dont il faut toujours être conscient quand on l'utilise. D'abord, elle est onéreuse en temps et pour le chercheur et pour les sujets. Ensuite, la validité externe de ses résultats pose problème, une étude de cas pouvant difficilement être reproduite par un autre chercheur. Finalement, elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats qu'elle permet d'obtenir. En effet, il est peu probable que des études comparables soient menées pour généraliser la théorie qu'une étude de cas a permis d'induire ou pour rendre ses résultats applicables à toute une population (Lecompte & Goetz, 1982 ; Lucas, 1974 ; McMillan & Schumacher, 1984 ; Whyte, 1963 ; Worthman & Roberts, 1982).

Une autre raison d'avoir choisi l'étude de cas dans cette recherche est qu'elle nous permet de rendre compte des jeux de facteurs en présence, notamment le vécu de la perte et la stratégie de résilience. Aussi, elle est mieux indiquée pour appréhender la complexité d'un phénomène tel que la résilience, ainsi que sa richesse.

4.7. TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : entretien semi-directif

L'entretien en tant que technique de recherche a été défini par Blanchet, (1987), cité par Fernandès & Catteeuw, (2001, p.74). « Comme un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewer sur un thème défini dans le cadre d'une recherche ». Nous avons choisi cette technique parce que selon Nkoum, (2015), elle fournit des données d'une grande richesse et fait surgir la complexité du phénomène étudié. Or saisir, comprendre le vécu nécessite un afflux de données. Aussi, le traumatisme psychique est un phénomène bien complexe. Il existe trois types d'entretiens, l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif que nous avons utilisé dans cette étude pour des raisons définies.

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif en « recherche qualitative, on recourt plus rarement à l'entrevue standardisée du style « question-réponse ». Deslauriers, (1991, p.36).

Egalement parce que par l'entretien semi-directif, le « chercheur dispose de plus de latitude, ce qui lui permet de s'Adapter au contexte (environnement, personnalité, sujet) », (Lefrançais, (1991), p.108). Cette souplesse est précieuse dans la mesure où l'entrevue peut ébranler émotionnellement le sujet lorsqu'il élabore son récit. De plus, l'entretien semi-directif contrairement à l'entretien non-directif permet à l'étudiant chercheur que nous sommes de centrer les propos du participant sur certains thèmes propres au sujet de recherche. D'autre part, l'entretien semi-directif favorise l'expression personnelle du sujet. Il est dit semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement fermé. En général, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquelles il souhaite que l'interviewé réponde. Il a pour objet d'explorer les thèmes particuliers. Pour mettre notre dispositif d'entretien en face, nous nous sommes d'abord référés aux conditions minimales définies par Gighline & Blanchet, (1991). Pour ces auteurs, l'entretien est une situation conventionnelle de face à face entre deux protagonistes (un interviewer et un interviewé), initiée à la demande de l'interviewer qui enregistre et conduit l'entretien comme l'expliquent Blanchet & al., (1985), l'entretien semi-directif cherche à résoudre un problème méthodologique fondamental : « obtenir à la fois un matériel discursif fiable, c'est-à-dire correspondant effectivement à ce que pense la personne interviewée et à la fois valide, c'est-à-dire conforme aux objectifs de la recherche. Il existe en fait un schéma d'entretien, définissant une grille de thèmes, cet entretien est donc « orienté, en fait, même si cela ne devrait pas se sentir, par une liste de thèmes et de sous-thèmes : le guide d'entretien ». Delhez, (1985, p.48).

➤ **Guide d'entretien**

C'est une liste récapitulative des thèmes et des sous-thèmes à aborder dans le cadre d'une enquête qualitative. Il propose relativement le moment et la manière de les introduire dans la conversation. Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien. Le guide d'entretien de cette étude est constitué ainsi qu'il suit (Annexe) :

- l'identification des participants
- Préambule

Thème 1 : la mentalisation

Thème 2 : l'intellectualisation

Thème 3 : le déni de la réalité

Thème 4 : tuteurs de résilience

4.8. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont eu lieu avec les participants retenus après leur soumission aux critères de sélection. Les participants ont toujours eu la possibilité de refuser un entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire (Giordano, 2003). Les rencontres avec les participants se sont déroulées dans leurs domiciles puisqu'il s'agit des parents ayant un enfant vivant avec autisme. Les entretiens se sont déroulés dans le cours de la concession, soit dans une salle d'attente. Nous nous sommes basés sur les recommandations de Gighlione & Blanchet, (1991) pour conduire nos entretiens. Ces auteurs pensent que la conduite de l'entretien débute à l'aide des consignes qui sont exacts directeurs, qui initient le discours sur un thème donné. L'entretien se poursuit avec des relances qui sont des actes subordonnés qui réfèrent à l'énoncé précédent de l'interviewer. Les entretiens furent d'une durée moyenne de 25 à 30 min selon la disponibilité des participants. Notre collecte des données s'est faite pendant les trois premiers mois de la formation. Nous avons rencontré les familles cibles, deux fois, ceci dans l'objectif de revenir sur certains points restés obscurs. Giordano, (2003). Nous avons réalisé nos entretiens auprès de cinq sujets âgés dont l'âge est compris entre 28 à 63 ans.

4.9. TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS : l'analyse de contenu

Selon Paillé, (1996), « Ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation, mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques qui intéressent dans la recherche qualitative. Aussi, cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt : que dans sa seule répartition quantitative ». Lecuyer, 1990, p.32). Aussi comme le font remarquer Gighlione & Blanchet, (1991, p.57), « Le discours produit à un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncés. Il peut se prêter à plusieurs types d'analyses. Nous avons opté pour l'analyse qualitative, plus précisément l'analyse de contenu.

4.9.1. Analyse de contenu

Il consiste à lire le contenu à lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées a priori ou établies au cours de la lecture.

Toutefois, il s'agit d'une analyse qui porte sur les contenus, unités de signification supposées, véhiculées par un contenant (le langage) traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle » (Giust Despriairies & Lévy, (2003, p.290). L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. C'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours (Berelson cité dans Giust, Despriairies & Lévy, (2003) que nous avons mise en place. Pour mener à bien notre analyse, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique tels que définis par Poirier & al., (1996) qu'ils utilisent dans le cadre de l'analyse de contenu de récits, de vie. Même si notre mode d'entretien ne relève pas à proprement parler du récit de vie, cependant nous explorons les défis. Ainsi, les principes d'analyses utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Ceci, parce que ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à « l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme, et foisonnant d'informations » (Poirier & al., (p.150). avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse afin de préciser cette notion cruciale d'interprétation, on peut se référer à Robert é Bouillaguet (1997) qui, dans leur ouvrage consacré à l'analyse de contenu la définissent comme « l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs des conséquences qui en résultent nécessairement (p.47). Il s'agit, ajoutent les auteurs de justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve. C'est ce que nous sommes appelés à faire en s'appuyant plus précisément sur l'analyse thématique.

4.9.2. Analyse thématique

C'est une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire de propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes. (Poirier, (1996, p.215). Cette analyse thématique permet l'analyse qualitative des données par la sélection et l'organisation rationnelle des catégories condensant le contenu essentiel d'un texte donné (Krau.Kauer, (1958), cité par Poirier et al., p.243). Pour procéder à cette analyse, nous avons construit des grilles d'analyses. Il s'agit ici de ce que les auteurs appellent un examen de type classificatoire. Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes des données. En effet, d'une part, le canevas établi pour l'enquête nous fournit a priori les thèmes principaux, d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des catégories à postériori. Le choix de ces catégories qui obéit à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité est le fait du chercheur (...) Il faut donc établir les catégories descriptives renvoyant à des variables du texte exclusif les unes les autres,

qui découpent et organisent les discours (Poirier, 1996, p.165). Concrètement, ces auteurs proposent de procéder avec une colle et des ciseaux afin d'avoir toujours des fragments de texte sous des yeux de pouvoir ainsi changer les fragments de catégories sans devoir revenir au texte d'origine. C'est donc ainsi que nous avons procédé sauf que nos actions de couper et coller se sont faites de manière informatique avec le logiciel Word, chose peu répandue et guère possible en 1983, date de la première publication de l'ouvrage auquel nous référons. Cette préexistence de catégorie construite à priori et à postériori nous a parue intéressante pour conjuguer rigueur et créativité, vérification et exploration. En effet, sur le plan de la rigueur, les catégories à priori conduisent à un recensement systématique suivant : le plan de l'entretien alors que les catégories à postériori permettent dans une perspective plus exploratoire de découvrir d'autres significations parfois imprévues, qui éclairent le matériel.

Au regard de ce qui précède, nous retenons de ce cadre méthodologique que nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes basés sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication a été notre type de recherche. Selon nos critères d'inclusion et d'exclusion des échelles de sélection, l'échelle d'acrophobie et l'échelle de traumatisme de Davidson, nous avons obtenu quatre participants composés des familles cibles. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. Nous avons eu des entretiens avec chacune des familles. Des entretiens axés sur le repérage des thèmes significatifs ont été utilisés pour l'analyse des résultats.

4.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES

La recherche en sciences sociales et humaines a ceci de particulier qu'elle porte sur des êtres humains avec ce que cela peut comporter d'incidences sur leur vie, leurs droits, et leur dignité. Il est donc indispensable pour l'étudiante chercheuse d'encadrer ses habiletés techniques par un certain nombre de règles déontologiques.

Premièrement, les sujets ont été informés de la nature de la recherche, des buts poursuivis et de l'utilisation des résultats. Les participants étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche et ce, sans aucune conséquence. Une formule de consentement à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens fut signée pour chaque sujet. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme trop difficile à aborder et confidentiel. Les recrues ont été avisées que ce qu'ils raconteraient lors des entretiens ne serait

pas transmis à l'encadrement et rien ne serait noté sur dossier. Nous avons tenu à respecter les consignes de « secret - défense » exigées par l'encadrement. Nous sommes conscients qu'explorant le vécu traumatique du participant, ce dernier doit faire appel à des expériences douloureuses. C'est pour cette raison que nous nous sommes assurés, d'une part, qu'ils participent sur une base volontaire et en toute connaissance du contenu de l'étude et d'autre part qu'ils aient accès à des ressources pertinentes au besoin. Par ailleurs, nous nous sommes montrés sensibles aux comportements non verbaux du répondant lors des entrevues afin de déceler tout signe de détresse. Il a été convenu de ne pas contraindre à témoigner un participant devenu anxieux. Lors des entrevues, lui rappelant aussi son droit de poursuivre sa participation à la recherche et sa liberté de ne raconter que ce qu'il désire partager.

Nous retenons de ce cadre méthodologique que nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes basés sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier ces phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication a été notre type de recherche.

4.11. Les conditions éthiques de la recherche

- Le respect de la dignité humaine ; lors des rencontres, j'ai été attentive au respect de l'intégrité psychologique et culturelle, à faire abstraction de mes éventuels à priori quant à certains fonctionnements parentaux à ne pas forcer la personne à parler d'un sujet qui semblait trop difficile pour elle-même s'il était intéressant pour ma recherche.
- Le respect du consentement libre et éclairé ; lors de la prise de contacts avec les parents, je respectais leur choix de refuser de participer à ma recherche ou de mettre un terme à leur participation. Leur liberté par rapport à cela a été complétée.
- Le respect des données sensibles confidentialité et anonymat. Les données que j'ai obtenues sont personnelles, de ce fait, j'ai été attentive à les utiliser de manière respectueuse, notamment en les rendant anonymes et en les détruisant après utilisation. Les noms et prénoms des parents interrogés ou les institutions fréquentées par leur enfant ont été rendus non identifiables. Je n'ai mentionné que le type de services proposés.

**CHAPITRE V : PRÉSENTATION DE DONNES ET ANALYSE
DES RÉSULTATS**

Dans cette partie, nous présentons et analysons les résultats de recherche. La première traite de la présentation des participants, la seconde traite du vécu subjectif, la troisième traite du vécu collectif et la quatrième aborde les stratégies de résilience chez les familles ayant un enfant avec autisme.

5.1. Présentation des participants

Dans le but de conserver l'anonymat, nous avons attribué les pseudonymes. Il sera question de : Rosalie (porte-parole de la famille 1), Wambo (porte-parole de la famille 2), Priso (porte-parole de la famille 3), Amougou (porte-parole de la famille 4). Notons que les entretiens se sont faits individuellement dans le but de contrôler les variables parasites et pour que le point de vue des uns n'influencent pas le point de vue des autres.

5.1.1. Famille 1

5.1.1.1. Histoire de la famille

Le porte-parole de la famille 1 est Rosalie le sujet est de sexe féminin âgé de 33ans, mariée et mère de 02 enfants

Le Récit de vie : Le récit de vie de Rosalie a permis de faire d'observations importantes sur son état psychologique et ses conséquences. En fait, la naissance d'un enfant devrait permettre aux parents de s'inscrire dans la lignée mais lorsque cet enfant s'écarte de l'idéale du couple, cela bloque la pensée psychique individuelle et groupale c'est à dire les capacités de représentation et de déliaison pulsionnelles et engendre le chaos systémique, c'est-à-dire la mort du couple.

Dans son cas, la venue de son deuxième fils est différente de l'enfant désiré, de l'enfant libidinalement pré investi et qui ne correspond à l'idéal du couple. De ce point de vue, les parents sont donc emprisonnés dans une double contrainte culpabilisante, acceptée, intégrée l'enfant présentant un T.S.A mais souffrir avec lui : « c'est dur » « c'est une épreuve difficile » « le regard des autres » « la honte » « la trajectoire de ma vie est radicalement brisée dit-elle, « je dois supporter ses crises tous les jours. Il défèque sur lui, il est très agité, il a tendance à s'évader. Je passe tous mon temps à la maison et ne peut plus faire mon petit commerce.

Depuis le début de notre entretien, elle n'a cessé de pleurer. Cet acte explique le prolongement du Deuil de son enfant. Elle a l'impression que sa vie s'est arrêtée, que le ciel lui est tombé dessus. Les pleurs renvoient au désespoir, à l'incapacité d'agir d'où la perte de son autonomie, elle déclare que Dieu

restaure son fils par des prières. Son foyer reste caduc. Comme mécanismes de défense, le refoulement est mis en exergue. Avant la fin de notre entretien, elle a retrouvé la paix, la lucidité. Ceci explique le soulagement d'avoir exprimé sa douleur auprès de l'étudiante chercheuse.

5.1.1.2. Présentations des résultats des entretiens avec la famille 1

Le récit du répondant 1 a permis de faire des observations importantes sur son état psychologique et ses conséquences. A la suite de ses événements elle se retrouve seule dans sa culpabilité ne pouvant plus faire d'enfant ce qui lui fait éprouver l'amertume, le désespoir et l'effroi du handicap de son fils. Un tel traumatisme psychique ne peut que briser la trajectoire d'existence d'une personne. On constate que le répondant 1 semble démotivée à une perte d'initiative sa présence dans le réel est bloquée, le monde lui paraît lointain et sans intérêt. Elle paraît elle-même détachée de tout, sauf de son traumatisme qu'elle rumine incessamment comme s'il n'y avait eu que ça dans sa vie.

C'est en nous appuyant sur les différents thèmes abordés lors de nos échanges que nous allons développer cette présentation.

Nous observons que ce répondant possède un espace imaginaire beaucoup plus pauvre au regard de leur vécu traumatique et d'un retrait relationnel témoignant d'une relation d'objet construite au regard des carences et des traumatismes vécus. Les capacités de symbolisation et de mentalisation semblent donc jouer un rôle important dans l'élaboration des vécus traumatiques vécus. Lorsque les capacités sont inégales, voire même défaillantes pour la majorité des familles recensées, l'élaboration et l'intégration du traumatisme ne peuvent donc être effectuées, ce qui va avoir pour conséquence une non capacité de cette famille à investir leur espace imaginaire au regard d'une énergie psychique engendrant alors un court-circuit au niveau de l'activité de mentalisation à l'acte. Ce répondant 1 a subi des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces, et s'identifie au déni des émotions négatives, ne privilégiant alors que les émotions positives au détriment de leur équilibre psychique. Il est donc nécessaire que l'instauration d'une relation de confiance s'établisse progressivement afin de profiter d'une alliance thérapeutique satisfaisante.

5.1.1.3. Perception du handicap dans la famille et travail psychique

Au vu des facteurs identifiés dans la littérature, nous proposons un ensemble de relations que nous avons cherchées à vérifier :

- le manque d'autonomie de l'enfant affecte le bien être psychologique, la santé physique, le rythme de vie familial, l'emploi des parents, le bien être financier, les relations sociales et les relations familiales.

- La déficience intellectuelle est présente, détériore le bien être psychologique, la santé physique, et les relations familiales.

- La présence de troubles du comportement chez l'enfant, engendre une diminution du bien être psychologique, une dégradation de la santé physique, des relations familiales et sociales, une perturbation du rythme de vie quotidienne et de la vie professionnelle des parents. L'humeur est gravement perturbée, très fréquemment dans le sens mélancolique « l'enfant est mort », elle l'a tué avec souvent des passages maniaques ou parfois des véritables états mixtes. L'angoisse est extrême (forme 1) l'attitude de la mère vis-à-vis de l'enfant est faite d'indifférence de rejet de tout contact avec cet enfant qu'elle ne perçoit pas comme le sien qu'elle regarde comme un objet étrange, monstrueux.

5.1.1.4. Représentation du handicap et résilience dans la famille 1

L'enfant porteur de handicap pourra venir faire rappeler un ancêtre porteur des stigmates dans l'histoire familiale du parent, conduisant alors au déploiement des fantasmes de transmission possédant plusieurs fonctions. L'une des fonctions est celle d'innocentation. Cette fonction venant alors dégager le parent de toute responsabilité du vécu de culpabilité et de honte : « Je n'y suis pour rien puisque ça vient d'un ancêtre ». La seconde fonction est celle de représentation ou d'inscription du sujet dans la génération : « si cet enfant a hérité de mon ancêtre, il est bien dans ma généalogie ». La troisième fonction est celle de subjectivation. Autrement dit, le sujet va s'approprier son histoire traumatique pour finalement s'en déposséder : « Je n'y suis pour rien mais si c'est ma généalogie, c'est bien, je peux, je, ça m'appartient bien ».

5.1.1.5. Tuteurs de résilience

« La résilience est « la capacité propre à chaque être humain de faire face à des expériences difficiles de la vie et d'en ressortir vainqueur il s'agit d'une ouverture sur une nouvelle étape de la vie dans laquelle la cicatrice de la blessure reste présente mais s'intègre à cette nouvelle vie à un autre niveau de profondeurs ».

Donner aux bénéficiaires de la formation des outils pour faciliter la résilience des familles qu'ils accompagnent. Les résultats attendus pour les familles sont : le bien être

psychologique, le renforcement de leur identité et des autres ressources internes, la consolidation des ressources externes : (groupe, pair et famille). Favoriser les biens être des personnes et contact direct avec des réalités psycho sociales particulièrement lourde grâce à son approche ouverte, positive et créative, la résilience permet de lutter contre la démotivation, les tensions voire la dépression des membres d'une famille. Renforcer les liens et la synergie entre les différentes organisations, et faisant faire vivre le réseau.

5.1.2. Famille 2

5.1.2.1. Histoire de la famille 2

Un après-midi de l'an 2021 c'est une jeune femme qui m'accueille. Après avoir fait mes présentations et l'objectif pour lequel je suis là, elle me dit qu'elle n'a pas de temps et que je repasse le lendemain. Le lendemain, c'est un grand monsieur d'une allure sure et dure qui se présente devant le il me dit : « c'est très tôt ». Il est impulsif, indifférent, manque de courtoisie. Son visage dégageait de la méfiance et de l'antipathie. Il s'agit de monsieur Wambo âgée de 34 ans et sa dame âgée de 25 ans lorsque naquit leur fille en 2009. Il dit que : « l'accouchement de cette dernière était pénible et très douloureux et que l'enfant avait bu de l'eau dans le sein maternel et il se plaint et indexe les médecins de n'avoir pas mis leur enfant sous oxygène. » ce n'est qu'à l'âge d'un an et demi que le médecin déclara qu'elle souffre de dysphasie de langage plus tard, soi et des lacunes ».

Face à ce diagnostic, les parents ont dû investir financièrement pour la rééducation de leur fille. Leur fille avait fréquenté tour à tour dans trois institutions de réhabilitation grâce au système orthophoniste, le langage s'est amélioré. Aujourd'hui elle est cohérente mais la concentration n'est pas totale. Ses frères l'encouragent lorsqu'elle commet des erreurs. Elle occupe le deuxième rang de la fratrie. Avec une voix mélancolique il dit que : « l'accouchement du 3^e et 4^e enfant s'est déroulé par une opération césarienne »

Nous avons constaté que ce monsieur déjà doté d'un caractère difficile et intravertie a un doigt accusateur sur le centre hospitalier qui avait reçu sa femme lors de l'accouchement de sa fille qui est handicapée. Il décrit la négligence faite aux femmes enceintes par le corps médical. Cet incident lui a causé beaucoup de douleur, de rancune, voilà pourquoi il est devenu impulsif, colérique, indifférent à la communication. On peut ressentir dans sa voix de la mélancolie, de la culpabilité et du regret.

5.1.2.2. Présentation des résultats des entretiens avec la famille 2

Ce cas a vécu des moments traumatisants après la naissance de leur première fille autiste, sa femme après cet événement, n'accouche que par césarienne. Notre rencontre avec ce dernier lui a permis d'établir des liens de confiance qui lui ont permis de verbaliser ses ressentis. Son récit lui a permis de mettre les mots sur son vécu, sur sa douleur psychique : la douleur est contenue lorsqu'elle est comprise, contenir une expérience, c'est la comprendre Cyrulnik (2012) a souligné que : « le fait d'être apte à se faire une représentation verbale de ce qui nous est arrivé, et de trouver quelqu'un à qui adressé ce récit, facilite la maîtrise émotionnelle » « dans le cadre de la confrontation à des événements ou des contextes traumatogènes, lorsque le sujet arrive à endiguer la crise psychique et trouve une issue socialisée, on considère qu'il relève d'un processus résilient »

5.1.2.3. Perception du handicap dans la famille 2 et travail psychique

La perception positive des stressors associés au TSA influence le choix des stratégies de coping utilisées pour faire face à ce handicap. En effet, les parents qui utilisent les stratégies de coping centrées sur l'émotion percevraient l'autisme comme une menace ou une perte. Cependant, cette famille utilise des stratégies de coping centrées sur le problème, elle perçoit plus tôt la prise en charge d'un enfant ayant un TSA comme un défi. La perception de son expérience comme un défi est associée à une adaptation saine, une meilleure relation avec l'enfant et à l'auto actualisation du parent (Vernhet et al, 2018). Les rechutes lors des nouvelles grossesses ne sont pas rares. Ses dernières grossesses se sont faites par césarienne. Les psychoses puerpérales peuvent inaugurer l'entrée dans une schizophrénie dans une psychose maniaco dépressive.

5.1.2.4. Représentation du handicap et résilience dans la famille 2

Dans cette famille, c'est par la positivité que répond le cas 2, dans la mesure où il investit dans les capacités d'apprentissage de l'enfant. Sa fille a obtenu le CEP et il désire qu'elle continue dans le secondaire.

5.1.3. Famille 3

5.1.3.1. Histoire de la famille 3

Monsieur PRISO qui est chef de famille me reçoit de façon très chaleureuse en ce jour de l'an 2021. C'est un fonctionnaire retraité il est de religion protestante née en 1958 et madame

en 1963, il avait 33 ans et madame 28 ans quand naquit leur premier fils. C'est ce fils qui présente des troubles mentaux appelés T.S.A née en 1991, par césarienne ; il a fait 1 mois dans la couveuse. Il présente des malformations physiques c'est à 6 mois qu'on découvre qu'il a un handicap moteur cérébral, hypoxie périnatal (diminution de la concentration d'oxygène dans le sang), et prématurité qui est relatif à l'autisme non verbal sévère. Il me dit : « Le lait maternel ne passait pas au niveau de la bouche (tyroïde) » ; pour palier à ce problème, le médecin lui prescrit de la Thyrocine en gouttes coutant 15000 F par jour. C'est ainsi que sa langue s'est déliée et il pouvait avaler du lait.

Il déféquait sur lui et a dû marcher à l'âge de 3 ans. Chaque fois, monsieur Priso répétait : « si le dossier médical avait été transféré en Europe mon enfant serait totalement guéri ». Il le dit avec chagrin, regrettant d'avoir confié le dossier à un individu à qui il avait fait confiance. Inscrit au centre Médico Pédagogique ELA. Il se rappelle avoir entendu des injures proférées contre son fils : « débile mental, monstre ». Face au handicap de leur enfant sa femme a fait une grosse dépression. Ce qui exacerbe la douleur parentale c'est : l'incertitude qui accroît l'angoisse, le mépris, la culpabilité ; ce procédé est criminel et s'assimile à la torture mentale.

L'entretien avec ce monsieur s'est avéré très facile. Pendant la conversation, nous avons constaté qu'il racontait son vécu avec aisance car selon la psychanalyse, il a traversé les étapes du deuil pour l'acceptation de cet enfant réel. Mais il reste bloqué dans ses pensées par le fait de n'avoir pas évacuer son fils en Europe de l'évacuation de son fils en Europe. Il ne fait que ruminer : « dit -il, si ce monsieur n'avait pas bloqué les dossiers d'évacuation de mon fils, il serait guéri ».

Les symptômes identifiés plus haut chez ce monsieur ont valeur de signal des difficultés d'aménagement du handicap de leur fils. Ces symptômes manifestés sont des traces d'une demande inarticulable, quelque chose qui a du mal à s'exprimer, mais s'adresse à l'autre. La demande de sens, de restaurer quelque chose indicible. Ce traumatisme a suscité en lui des défenses pathologiques telles que la régression narcissique, le retrait social « il dit n'avoir plus eu de temps pour se divertir, même pour se retrouver en compagnie de ses amis. Il a souffert du regard et des moqueries des autres. La blessure narcissique a généré en lui la perte de la toute-puissance, le complexe de castration. Cette blessure a entraîné chez ce monsieur une recherche constante d'admiration à cause des rejets et des abus subis

5.1.3.2. Présentation des résultats des entretiens avec la famille 3

La narration lui a permis de faire un travail d'harmonisation de son vécu. Il a sélectionné les événements afin de mettre un récit cohérent et donner un sens subjectif. Il a exprimé ses sentiments à travers des mots qu'il a verbalisé et a ressenti un grand soulagement. Le traumatisme psychique se situe donc comme quelque chose qui n'a pas été dit ni pensé. C'est la verbalisation de l'expérience traumatique qui va l'extérioriser, le réduire et le maîtriser, la croyance en Dieu lui a donné la force de dépasser les épreuves psychiques. Freud a emprunté à Aristote le mot « catharsis » pour désigner l'effet de décharge bénéfique, des affects pénibles nés d'une expérience traumatique à travers son récit.

Le répondant 3 a su reconstruire une unité cohérente dans une configuration différente qui accorde un sens remanié à soi-même aux événements vécus. Traduire en mots un vécu traumatique, le transmettre sous forme de récit ce n'est pas une reviviscence de l'événement réel, c'est déjà un produit de la pensée. La pensée permet au sujet de resituer l'expérience singulière dans son histoire de découvrir les processus qui ont influencé son cheminement individuel et de ce qu'il a fait de l'expérience agissant en lui. C'est donc d'un travail de son vécu dont il est question.

5.1.3.3. Perception du handicap dans la famille 3 et travail psychique

Cette famille a une perception positive et adaptative. Elle fait preuve de résilience et perçoit de façon positive et adaptative le TSA. Les parents d'enfants présentant des particularités développementales comme le TSA montrent plusieurs effets positifs sur eux et les autres membres de la famille. Ces parents rapportent des changements dans leurs visions de la vie, une augmentation de leur sensibilité, un plus grand soutien entre les membres de la famille, des opportunités d'apprentissages, l'amélioration de la dynamique familiale, l'augmentation de la confiance en soi et de l'affirmation de soi ainsi que le renforcement de la foi religieuse.

Concernant spécifiquement les parents d'un enfant ayant un TSA certains parents disent avoir plus de compassion de tolérance et de patience, une meilleure conscience des différences individuelles, l'ouverture d'esprit dont l'ouverture au monde du handicap et une meilleure capacité à relativiser les difficultés de la vie.

5.1.3.4. Représentation du handicap et résilience dans la famille 3

Dans la famille 3 malgré le polyhandicap de son fils il a aussi investi dans le rôle éducatif et son fils peut faire des dessins et utiliser l'ordinateur pour créer des images.

5.1.4. Famille 4

5.1.4.1. Histoire de la famille 4

C'est une femme âgée de 44 ans d'origine camerounaise et mère de 5 enfants, 2 garçons et 3 filles. C'est une grande femme triste, son visage était marqué par des rides très profondes, qui reflétait une profonde souffrance. Son visage était coloré et une tristesse l'habitait. Après avoir fait des salutations et des présentations, nous lui avons demandé de nous parler des circonstances qui lui ont poussé à devenir triste. Ses yeux se remplirent des larmes et elle commença son récit : « après avoir enseveli ma mère, 3 jours plus tard son mari fut incarcéré » l'événement se passe quand je suis enceinte de 6 mois de mon dernier fils né en 2018. Les conditions de mon accouchement étaient très difficiles et le travail très laborieux. Elle dit avoir subi des déchirures jusqu'à l'anus. Paralysé du bassin jusqu'aux pieds elle dit avoir abondamment saigné au point de perdre sa vie.

L'enfant à sa naissance pesait 5 kilogrammes et n'a pleuré qu'après 1 heure de temps c'est à l'âge de 3 mois que le diagnostic médical déclare que son 5^e enfant de la fratrie présente un T.S.A elle fait le deuil à l'annonce du diagnostic, elle dit avoir désiré mettre au monde un deuxième garçon. De nos jours l'enfant marche à 4 pattes et ne parle pas. Elle est Stigmatisée, rejetée par sa belle-famille qui la traite de sorcière elle dit que sa belle-mère est derrière tout ça subitement elle lança un cri : « le diable s'est attaqué à moi ». Cette dame s'est réfugiée dans les églises dites réveillées ceci dans l'objectif d'avoir une restauration psychologique, la paix du cœur, une bonne relation avec Dieu. Elle croit que Dieu restaurera son fils.

Nous constatons que cette dame présente un traumatisme très aigu face à la situation très douloureuse qu'elle endure concernant la perte de sa mère, le handicap de son cinquième fils et l'incarcération de son mari. L'expression de la tristesse a une emprise sur elle. En effet, durant notre échange, elle a gardé ses yeux baissés et des grosses larmes ruisselaient de ses joues. Cette attitude serait donc traduite à l'image de son ressentiment intérieur, d'où la méfiance envers l'autre. Elle dit « mon fils est né gros et beau, je sais que c'est ma belle-mère qui est derrière tout ça et elle n'est pas du tout catholique et de surcroit elle m'appelle sorcière »

cette expression renvoie à la culpabilité et à l'hypervigilance. L'expression du repliement sur soi renvoie à la perte de la toute-puissance.

Pour subvenir aux besoins de sa famille, elle fait des petits commerces tels que la vente du foléré, du yaourt.... Ne dit-on pas qu'une seule main ne peut attacher un fagot ? Deux valent mieux qu'un et tu l'auras. L'incarcération de son mari la poussé à adopter une attitude, de repliement sur soi.

Les psychologues ont dégagé les diverses manifestations et les différentes étapes que subit un partenaire face à la perte de l'objet : sidération, déni et révolte, dépression avec ses altérations somatiques intellectuelles et affectives (Bacqué, 2000). Même si les récits que nous avons recueillis sont rétrospectifs et ne permettent pas de reconstituer dans toute sa complexité, l'évolution des réactionnels donnent à entendre la révolte contre l'injustice du sort et, parfois, le partenaire conjugal entraîne l'effondrement des « allant de soi » de la vie quotidienne Berger et Luckmann (1986) fait vaciller le sentiment de « sécurité ontologique » (Giddens, 1991) et conduit à une perte de signification de l'existence, la grande solitude ressentie en particulier à certaines heures de la journée (pendant les repas, dans la soirée, aussi comme les fêtes, les anniversaires, les repas de famille) : ce sont là les « moments forts » de la vie conjugale. Pour casser la spirale de la dépression et du repli sur soi, cette femme s'est consacrée à l'œuvre de Dieu, trouvant la paix dans ce milieu fraternel. Les symptômes liés à son traumatisme sont : la fatigue intense, l'apathie générale, le désinvestissement des occupations antérieures ont été observés par les psychologues (Bacqué 2000).

Les mécanismes du repli sur soi présente un double aspect : une plus grande présence dans l'espace domestique et une baisse de la sociabilité ; cette forte présence dans l'espace domestique est : conséquence de la « démobilisation » de soi qui se produit de cette perte d'objet et baisse de la sociabilité s'explique par la diminution des sorties et aussi à la disparition de certaines relations sociales antérieures avec la belle famille et avec des couples d'amis. Si l'on se place dans un perspectif constructiviste et interactionniste, le conjoint est l'« autre par excellence » des interactions quotidiennes, celui qui stabilise la vision du monde et la personnalité(Berger et Kellner) (1988), il (conjoint) joue un rôle clé dans la révélation et la confirmation de soi (Singly, 1996, 200), il est celui avec qui se tissent les routines conjugales Kaufmann (1992,1994). On sait par ailleurs combien les « relations pures de la sphère privée sont dans les sociétés modernes nécessaires à la sécurité ontologique Giddense (1991).

A la perte de l'objet, l'identité de son partenaire vacille, que le monde lui paraisse s'effondrer que l'existence ne semble plus lui avoir de sens.

➤ **Le vécu collectif ou familial**

Plusieurs dimensions du psychisme et notamment la pensée et les émotions nous mettent en contact avec l'existence. Les traumatismes familiaux affectent les membres d'une famille. Ils peuvent avoir un retentissement sur le fonctionnement du système familial ou sur ses membres, c'est une atteinte à la vie, à la dignité, à l'intégrité du Moi. Le traumatisme structure désormais le vécu familial Neuberger (2005) a souligné le rôle déstructurant des traumatismes familiaux sur les mythes et rituels familiaux. Les mythes et les rituels structurent le soi individuel et familial, participent de la consolidation du sentiment de sécurité ou d'insécurité modulé, par le type d'attachement à la mère Cyrulnik (2004a, 2004b) lui-même révélateur des types de rapports familiaux notamment les actes de la vie familiale en rapport avec la manière d'aimer et d'entrer en relation. Dans les traumatismes psychiques, il existe une mémoire collective, transmissible. Le monde psychique des parents devient transmissible aux enfants au travers des transactions et des actes de la parole et même du silence Cyrulnik et Seron (2003) soulignent que les relations d'attachement ont une influence sur l'organisation des traumatismes chez les enfants et sur leur capacité de résilience. Delage (2000, 2001) montre que le silence, la terreur, l'émergence des conduites ordaliques, l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et de culpabilité (partagée une faute imaginaire ou fantasmatique) sont de grande importance. Delage (2001) en abordant les répercussions familiales du traumatisme psychique insiste sur trois dimensions : la déstabilisation du système, l'insécurité et la perturbation du cycle de vie. On peut donc postuler ici que les transactions familiales influencent et structurent la vie mentale de ces membres (Briole et Valet, 1994).

Nous partageons avec Byng (1999), le fait que les transactions familiales dysfonctionnelles ne permettent pas l'organisation d'un attachement sécurisé et qu'elles désorganisent la base de sécurité interne.

Parlant du vécu familial, le sujet 1 dit être en contact téléphonique avec sa mère vivant au Nord-Ouest Cameroun. Elle n'a personne pour la substituer auprès de son fils autiste. Elle dit avoir cessé son petit commerce pour s'occuper de son fils qui fugue lorsqu'on est distrait. On peut observer une hyper protection pour son fils malgré la distance qui existe entre elle et sa famille, un attachement solide et sécurisant l'aide efficacement dans son processus d'adaptation à sa nouvelle vie.

En ce qui concerne le type de rapport entre le sujet n°2 et sa famille, il est resté très soudé avec eux, ce monsieur est originaire de l'Ouest Cameroun, région influencée par la croyance des crânes, des rites, des mœurs, des traditions, des coutumes. Cette croyance révèle que : avoir un enfant autiste est signe de malédiction ; les dieux de leurs ancêtres sont en colère contre lui pour avoir transgressé les rituels. Ainsi, pour ôter cette malédiction, le patient doit faire des libations, verser de l'huile de palme sur les crânes de ses aïeux, immoler le sang des boucs, des taureaux sur le totem familial aussi donner à manger à la famille. Ce rituel lui permettra de se purifier afin d'ôter cette malédiction. Ces influences mythiques viennent alourdir le vécu pénible de la situation en entravant l'équilibre psychique du sujet et de la déstructuration structurelle de la famille. On peut observer de la colère, de l'errance. Au fait , c'est une famille très charismatique, c'est sur cette base traditionnelle qu'il reprend ses forces pour faire face au handicap de sa fille et de s'affirmer.

Pour le sujet n°3, ce monsieur originaire du Littoral entretient une bonne relation avec sa famille.

Le sujet n°4, ce sujet manifeste une carence affective due à l'incarcération de son mari, du handicap de son cinquième enfant et du décès de sa mère. Cette carence affective entrainerait la persistance de sa douleur.

5.1.4.2. Présentation des résultats des entretiens avec la famille 4

Les paroles du répondant 4 traduisent une pensée incohérente sans association des idées mais la réalité de ses notes sont comme un Puzzle, il faut recoller les morceaux pour tisser une toile de pensée cohérente « faire le récit de sa vie ce n'est pas du tout exposer un enchaînement d'évènements c'est organiser nos souvenirs afin de mettre de l'ordre dans la représentation de ce qui nous est arrivé c'est en même temps modifier le monde mental de celui qui écoute »

5.1.4.3. Perception du handicap dans la famille 4 et travail psychique

Cette famille a une perception pessimiste des stressors liés à l'autisme, où elle considère ne pas pouvoir faire face aux stressors. Elle perçoit le TSA comme envahissant, lourd et indésirable. Témoigne davantage de difficultés émotionnelles et comportementales chez l'enfant. De même une perception pessimiste de l'avenir de l'enfant en plus de problèmes qu'engendre le TSA, est associée au développement de psychopathologies chez les mères.

5.1.4.4. Représentation du handicap et résilience dans la famille 4

C'est par la négativité que répond le cas 4 elle accuse sa belle-mère de lui avoir lancé un sort. Les références à la religion sont fréquentes dans le discours de ce cas. C'est cet attachement qui lui permet de ne pas passer à l'acte et en finir avec la souffrance. En tant que forme de croyance, la foi relève d'un mécanisme mental, impliquant alors sur ce sujet, tout un travail psychique. Elle a perdu les piliers sur lesquels elle avait bâti sa vie (sa mère, son mari). La rupture brutale du lien est venue le processus de deuil très difficile par la présence des symptômes psycho-traumatiques. Toute existence humaine pivote autour d'un pôle que J. Bowlby (1969) dénomme « une figure d'attache » lorsque ce pôle est ôté et à plus forte raison arraché brutalement, s'il n'est pas remplacé ou remplacé exactement cela entraîne une rupture majeure dans cette existence. Plus rien ne sera plus comme avant. La personne endeuillée n'a pas une vision claire de la situation donc elle ne peut la contrôler. Selon Delage (2002), toute personne victime d'une effraction psychique a besoin de trouver dans son entourage de la soutenance pour lui permettre de se sentir en sécurité. La résilience suppose la capacité pour le sujet de se reposer sur la possibilité d'un groupe familial à contenir ses débordements émotionnels et à pourvoir inscrire les événements traumatisants dans des scénarios et des mises en sens soutenus par l'activité de représentation et de pensée du groupe. On ne peut pas parler de résilience sans l'existence de relations soutenant d'un environnement ressource.

5.2 Analyse thématique des résultats

Le vécu traumatique dans ces familles amène progressivement les sujets à s'isoler, à construire par le fantasme et la défense psychotique un monde de retrait pour se protéger du monde traumatisant. Les éléments importants à prendre en considération dans les cas étudiés sont le vécu pluriel du deuil, émaillé d'angoisse et le dysfonctionnement des transactions familiales, lesquelles sont liées aux modes de transactions où le père ou la mère joue un rôle primordial.

Le parcours de vie de l'enfant et le vécu traumatique du handicap renvoient à la difficulté de l'acceptation du handicap dans l'espace familiale. Cette classe est représentée par les mots « maison » « difficile » et « vivre » comme j'étais toute seule toujours à la maison avec mes deux enfants (sujet n°1). Les formes telles que « parcours » et « occupé » renvoient à la difficulté du parcours du combattant. Le cheminement vers la compréhension du handicap se représente par les mots « chose », « comprendre », « autisme ». Vous rentrez chez vous, la première chose à faire c'est de comprendre ce que c'est que l'autisme par internet et tout de

suite vous comprenez à quoi vous avez à faire (sujet n°2 et 3). Le sujet n°3 gardait son enfant chez sa belle-mère afin de vaquer à ses occupations et le récupérait à la sortie du travail. Nous allons aborder aux changements liés au handicap et au ressenti associé à ces changements.

Le parent n°3 fait référence à la difficulté du regard des autres. Le sujet 1 et 3 exprime chacune leur fardeau subjectif externalisé par des mots « problème » « ressenti » « crise » « dur ». Le sujet n° 2 et 3 expriment les ressenti négatifs liés au diagnostic de leur enfant : fardeau subjectif internalisé. La communication au sein du couple n'est plus facile comme avant.

Conclusion

La famille humaine est un lieu clos frappé de l'épithète « privé » avec des caractéristiques comme : forte charge émotionnelle, potentielle d'angoisse, lieu de secret, dimension de clandestinité etc... La qualité des relations affectives familiales déteint l'ontogénèse du 'Moi', affecte l'organisation de la personnalité et conditionne l'équilibre psychique. Ce sont les femmes et les enfants qui, de manière générale, en payent le plus lourd tribut. Les traumatismes familiaux émaillent le vécu de la perception du handicap mental de leur progéniture. Ils se construisent sur l'existence d'un potentiel d'angoisse, de stress, de culpabilité et de honte (psychologiques, psychiques, physiques etc...) dont les connotations parfois subjectives et singulières en compliquent la perception et l'analyse d'ensemble des hypothèses nous servira de fil conducteur dans la construction des thèmes de notre guide d'entretien.

Le handicap de son fils est le facteur de stress psycho social majeur, lequel a été exacerbé par un sentiment de rejet et a suscité une forte conflictualisations des relations avec sa belle-mère et sa belle-famille (rendue responsable du handicap de son fils). Il y'a donc ici deux problématiques étiologiques importantes : un vécu traumatique lié aux affects de deuil de l'acceptation de l'enfant réel à l'enfant imaginaire.

Quant au deuxième et troisième répondant, le handicap de leur fille et leur fils est dû par l'incompétence du corps médical. Dans les deux cas, ils sont tous les deux témoins impuissants de la toute-puissance paternelle. Le handicap est une tentative de dégagement sur un mode d'échec. « Si on avait mis ma fille sous oxygène nous n'en serons pas là aujourd'hui » Selon la plainte du deuxième répondant. « Si on avait évacué mon fils en Europe, il serait restauré » selon la plainte du troisième répondant.

Les résultats de notre étude proviennent des données collectées auprès de 4 parents ayant un enfant vivant avec autisme. Il s'agit de deux femmes et de deux hommes donc l'âge est situé entre 33 et 63 ans. Notre analyse thématique a fait ressortir quatre principaux thèmes, il s'agit de la mentalisation, l'intellectualisation, le déni de la réalité et les tuteurs de résilience.

Les mères se trouvent continuellement engluées dans les difficultés objectives des soucis à prodiguer. Le prolongement du tourment dans le temps entraîne souvent l'épuisement physique et psychique altérant sa capacité à réfléchir sur les choses à faire pour elle et l'enfant invalide dans la famille déclenche un processus de deuil. Selon Karft-Sausse (1996). La qualité de relation conjugale est également une variable familiale corrélée aux difficultés parentales. En effet, le soutien perçu ainsi la satisfaction maritale sont associées négativement au stress des deux parents et aux effets dépressifs des mères Mc Stay et al (2014).

Sur le plan social, les parents d'enfants avec TSA peuvent voir leur réseau social s'altérer du fait de la stigmatisation liée au trouble de comportement parfois présenté par les enfants de spécificité et des aménagements de leur quotidien du manque du temps ou de l'impossibilité, ou les parents de participer à des activités favorables au maintien d'un réseau social ; on constate parfois un isolement progressif des parents dès l'annonce du diagnostic. Les besoins économiques liés à la prise en charge d'un enfant avec TSA sont nettement supérieurs et peuvent engendrer des difficultés financières au sein de la famille. Les facteurs liés au vécu parental sont l'état de choc :

- ❖ Recherche des causes du handicap : recherche des prétextes pour se disculper des motifs pour justifier l'état de l'enfant. Dans le couple apparition possible des reproches mutuelles quant à l'hérédité de l'autre pour lui faire porter la responsabilité de la différence de l'enfant.

- Apparition des sentiments ambivalents chez les parents ; reconnaissance des difficultés mais refus du diagnostic établi ; refus d'un traitement, mais espoir d'un progrès. Apparition possible de sentiments négatifs engendrant la culpabilité et parfois le développement d'une attitude surprotectrice pour diminuer cette culpabilité.

- Préoccupation première : les problèmes causés par la présence de l'enfant.

- ❖ Détachement : phrase transitoire entre le désespoir et l'attachement ou réorganisation

- diminution de l'intensité des émotions et l'anxiété

- Attachement des parents à leur enfant et début d'acceptation de ses limites

-Commencement d'une réorganisation en fonction de la réalité. Amorce de l'adaptation à la réalité

❖ Réorganisation : -acceptation de l'enfant tel qu'il est de ses limites et de son potentiel

-Participation et engagement des parents dans le processus d'apprentissage dans le traitement de l'enfant s'il y a lieu

-Mises en œuvre de toutes les mesures visant à favoriser le développement optimal de l'enfant.

5.3. Rapport de synthèse des processus de résilience entre les membres de la famille

La résilience familiale est un processus ni linéaire, ni unidirectionnel, ni exponentiel. C'est ainsi que la famille, confrontée à un évènement traumatisant ne devient pas « résiliente » du jour au lendemain. C'est un processus qui se développe au fil du temps et au cours duquel la famille peut sembler « rebondir », se relever, mais peut aussi retomber, avoir le sentiment de mieux ou de moins réussir. C'est également à se transformer à travers elle. Les familles qui ont participé à cette étude ont témoigné de cette souffrance au sein de la famille peut parfois même être persistante et changeante selon le cheminement de l'enfant présentant le handicap mental, les évènements entourant la situation ainsi que les impacts multi dimensionnels de celle-ci au sein de la famille.

Présentation des résultats au moyen de l'échelle de la résilience

MODALITE DE REPONSE				
Numéro de question	Rosalie	Wambo	Priso	Amougoou
1	1	7	7	6
2	3	4	7	7
3	2	7	7	5
4	5	7	5	1
5	7	7	7	1
6	4	7	7	7
7	1	3	7	3
8	7	7	7	7
9	1	5	5	1
10	3	4	7	4
11	4	1	7	6
12	2	2	3	6
13	6	7	7	6
14	4	3	4	1
15	4	2	5	5
16	7	7	6	3
17	6	7	7	1

MODALITE DE REPONSE				
Numéro de question	Rosalie	Wambo	Priso	Amougoou
18	5	3	2	2
19	1	5	6	7
20	5	4	2	1
21	3	7	7	7
22	4	4	7	2
23	4	6	6	5
24	6	4	5	7
25	7	1	7	3

Calcul de la moyenne des résultats des sujets

Moyenne : Somme de toutes les observations divisées par le nombre des observations

$X = \frac{\sum X}{n}$

X= Valeur observée

N= Nombre des observations

5= Perfection 4 = Excellent 3 = Bon 2 = Passable

1= Mauvais 0= Nul

Tableau 2 : Les moyens de résultats

Nom des familles	Moyens à l'échelle de résilience
Rosalie	4,08
Wambo	4,94
Priso	5,88
Amougou	4,16

5.3.1. Famille 1

De cette échelle de résilience de Wagnild et Young (1993), il en ressort que les répondants sont résilients car ils ont obtenu des scores variés entre 4,08 et 5,88. Ainsi,

Rosalie a obtenu une moyenne de score de 4,08. Ce qui montre que ce participant malgré les multiples difficultés dues au handicap mental de son fils a un niveau de résilience passable.

La famille 1 présente encore des signes de faiblesses, de détresse elle a longtemps pleuré et croit au miracle de Dieu pour la guérison de son enfant à travers les prières dans les assemblées pentecôtistes. La prière lui procure paix et beaucoup d'espoir.

5.3.2. Famille 2

Wambo quant à lui à un score de 4,94 Cette moyenne démontre qu'il a un niveau de résilience passable ce qui lui permet malgré son vécu difficile qu'il est capable de s'adapter à sa nouvelle vie.

Le cheminement entrepris par cette famille est unique. Sa fille a parcouru au moins trois écoles de spécialités où elle obtint un CEP. On pouvait ressentir l'amertume, la mélancolie à travers sa voix. Ce traditionaliste se réfère plus à l'adoration des crânes ; ses ancêtres pourront apporter une amélioration dans le cas de sa fille.

5.3.3. Famille 3

Priso obtient un score de 5,88 ce qui démontre qu'il manifeste une résilience parfaite lui permettant de sortir progressivement du désespoir. Quant au niveau, de résilience, il a atteint la perfection chez lui au regard de son score qui est de 5,88 ce qui montre que ce sujet surmonte progressivement sa peine.

Le répondant numéro trois était bien cohérent dans son langage pendant notre entretien il a pu surmonter cette situation difficile et peut être résilient.

5.3.4. Famille 4

Enfin, en ce qui concerne Mme **Amougou**, sa moyenne de score obtenue est de 4,16 donc elle a un niveau de résilience assez-bien, ce qui nous permet de dire qu'elle est un sujet résilient.

Cette famille présente encore des signes de faiblesses et de détresse : elle dit que : « le Diable s'est attaqué à moi » mais elle fait des prières dans les églises dites réveillées c'est de là qu'elle puisse ses forces et cela lui permet de s'adapter à cette situation.

**CHAPITRE VI : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET
DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES**

Ce chapitre est principalement consacré à l'interprétation des résultats obtenus et à leur discussion. Dans cette optique, nous allons dans un premier temps faire une synthèse des dits résultats, un bref rapport des données théoriques ensuite nous les interpréterons à la lumière théorique sur lesquelles s'étaye notre étude. Nous ferons une discussion au regard des recherches antérieures. Enfin nous présenterons les implications et les perspectives de notre étude.

6.1. Interprétation des résultats

6.1.1. Interprétation des résultats par rapport à la mentalisation

Rappelons que la première hypothèse de la recherche est : pour se construire après un traumatisme, donné du sens et symboliser l'évènement douloureux. Il faut avoir une enveloppe psychique assez forte.

Les familles 2 et 3 ont fixé un objectif celui de voir leur fille et fils obtenir leur premier diplôme (CEP) c'est un premier pas vers la résilience. On peut dire qu'ils ont accepté positivement la condition handicapante de leurs enfants. Ainsi, le travail d'élaboration psychique est effectif. L'hypothèse 1 est induite.

Une mentalisation de bonne qualité devrait différencier les familles résilientes de celles non résilientes. La famille résiliente devrait avoir de bonnes capacités de symbolisation et d'élaboration des pulsions.

6.1.2. Interprétation des résultats par rapport à l'intellectualisation

Une intellectualisation bien élaborée conditionne la capacité à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental à partir des élaborations mentales sur le handicap mental. C'est un mécanisme de défense par lequel le sujet tient à distance ses affects et émotions pénibles. Les décisions ne seront pas prises en tenant compte de leur teneur émotionnelle. Le sujet doit être cohérent et logique dans sa pensée. Le sujet établit des associations et arrive à une conclusion et une mise en action et anticipe les conséquences. Cohérence pour la capacité à maintenir un flux associatif stable et compréhensible pour soi et autrui. A défaut de cela, on observerait des troubles de la pensée, trouble du raisonnement logique, bizarreries et dysfonctionnement de la pensée, télescopage des représentations, verbalisations inintelligibles.

L'intellectualisation est un processus par lequel le sujet neutralise l'impact des émotions en tenant à distance tous les messages provenant de la sphère émotionnelle. La présence

d'intellectualisation est un processus qui protège le sujet contre les débordements émotionnels. Le sujet a recours de manière systématique à ce processus qui ne protège plus aussi bien. Sujets froids distants, peu emphatique dont l'adaptation avec autrui peut se révéler problématique : facteur de vulnérabilité. La préoccupation par rapport à autrui ; préoccupations qui peuvent devenir psychopathologique c'est-à-dire aspect bizarre, langage cru, non secondarisé, combinant des éléments de façon incongru. Une intellectualisation est une reformulation ou interprétation du transfert. La famille 3 est bien résilient par rapport à cette hypothèse.

6.1.3. Interprétation des résultats par rapport au déni de la réalité

Le déni, ce mécanisme de défense est généralement employé par les organisations psychotiques (déni de la réalité) et par les organisations perverses (déni de la différence de sexe) il permet d'éliminer une représentation gênante, en niant la réalité d'une perception traumatisante. Cette représentation ne disparaît pas comme dans le refoulement ; elle est simplement exclue et souvent remplacée soit par une formation délirante (psychose), soit par un fétiche (perversions) le déni a été décrit par Anna Freud (1936 - 2001) sous le nom de négation par le fantasme, qui est un procédé normal lorsqu'il est utilisé à certains stades de l'évolution du Moi infantile mais qui devient pathologique lorsqu'il se produit à un stade plus avancé. D'autre part nombres d'auteurs considèrent son emploi temporaire comme adaptatif face à des situations trop menaçantes pour être intégrées : c'est le temps de la sidération (Cyrułnik 1999). Selon Florian (2002) les actions du déni et du clivage « permettent au sujet de se réapproprier progressivement la nouvelle réalité à prendre en compte.

Ils laisseront ensuite la place à d'autres. Procédés psychiques qui auront pour but de lier l'excitation et d'autorité son écoulement. Le déni dans un premier temps atténue le choc, mais il ne doit pas perturber aux risques pour le sujet de perdre contact avec la réalité. Le déni peut porter sur différente partie de la réalité. Il n'est pas obligatoirement total, comme par exemple le déni mis en place par la personne endeuillé (de Tychey et Dollander, 1999) pour ces auteurs « il porte essentiellement sur un segment très limité de la réalité ; à savoir celle reliée à l'objet perdu et ou (aux affects de souffrance associés à cette perte)». Néanmoins ce type de déni ne doit pas non plus être employé de manière trop rigide ce qui entraverait le travail du deuil. Cette hypothèse n'aide pas à ces familles de sortir de leur souffrance psychique.

6.1.4. Interprétation des résultats par rapport aux tuteurs de résilience

De nombreux spécialistes de la résilience (Cyrulnik, 1999) et Manciaux 2001 ont mis en avant l'importance d'un lien intérieur avec une personne ressource comme facteur de protection externe. Cette personne à laquelle Cyrulnik (1999) donne le nom de tuteur de résilience, est souvent identifiée comme un membre de la famille proche, un pair, un voisin ou encore le conjoint à l'âge adulte. Ce tuteur de résilience intervient dans la construction et /ou la reconstruction de sujet Joëlle Lighezzolo de Tychez (2004) proposent de faire la distinction entre les tuteurs développement que sont représentés par les modèles parentaux et les tuteurs de résilience dont le rôle est tenu « par tous les autres modèles environnementaux que le sujet peut rencontrer lorsque les modèles parentaux sont défectueux ou insuffisants selon Manciaux (2001) les tuteurs de résilience sont des personnes qui font confiance en l'enfant et en qui l'enfant a confiance, ce sont de véritables découvreurs de compétences de ressources qui de ce fait deviennent en quelque sorte « des promoteurs de résilience ». Lighezzolo et Marchal (2003) ont évoqué quatre qualités de ce modèle :

- « il doit pouvoir posséder une capacité à « transmettre » quelque chose ce modèle se présente autrement que dans la « toute puissance », c'est-à-dire sachant à la fois offrir une place au manque, à l'erreur, et favorise le processus d'autonomisation ».

- Il est important qu'il soit disponible, étayant et non rigide. L'identification au modèle recherché par le sujet doit être structurante, en effet, si le modèle est trop idéalisé et faillit à un moment donné, peut survenir alors une menace d'effondrement Tychez et Joëlle (2005) proposent quant à eux de retenir quatre attracteurs principaux, reposant également sur des analyses rétrospectives de sujets résilients et qui demanderaient à être opérationnalisés dans des recherches futures :

- « La qualité de l'empathie, écoute et (ou) de l'affection du modèle laquelle peut faire éclater le sentiment de solitude de celui qui souffre. Sa capacité à s'intéresser à ses côtés positifs et à le respecter pour l'aider à raffermir son narcissisme ce que les non psychanalystes appellent restaurer son estime de soi. Sa patience et sa capacité de ne pas se décourager devant les difficultés de la relation avec l'autre qui souffre. Sa capacité à se positionner de manière altruiste et à acter en même temps le respect des interdits fondamentaux. » Les familles 2 et 3 ont respecté cette hypothèse en envoyant leurs enfants à l'école pour être éduqués.

6.2. Discussion

Elle sera développée sur la base des théories énoncées précédemment et ensuite nous en ferons un positionnement théorique.

En ce qui concerne les liens entre la mentalisation et la mise en sens de l'évènement traumatique, on note chez les quatre cas (familles) que la mentalisation est absente. Les deux familles (1 et 4) ont du mal en ce sens et à se représenter par la parole l'évènement traumatisant. Le réel traumatisant est ce qui est impossible à représenter et fait un « trou » dans le signifiant. Ces familles (1 et 4) vivent dans le chaos dans la détresse de la pensée. Ainsi, on note chez ces familles un état de dépression fort. La communication attentive qui vise à la solidarité et à la collaboration dans la résolution des problèmes au sein du groupe familial et en faillite pour les deux.

En outre, les représentations psychiques constituent la base de la vie mentale de chacun de nous. Habituellement, le jour par exemple, elles fournissent ce qu'on appelle les fantasmes. La nuit, elles fournissent les éléments des rêves. Les représentations permettent les associations d'idées, les pensées, la réflexion intérieure. Elles sont aussi utilisées constamment dans notre relation directe ou indirecte avec les autres. La mentalisation traite donc de la quantité et de la qualité des représentations chez un individu donné. Par exemple, peuvent exister ici des indisponibilités des représentations acquises. Elles sont le fait d'évitements ou de répressions des représentations psychiques, phénomènes parfois difficiles à distinguer les uns des autres ou le fait encore de désorganisations mentales. Elles participent habituellement de trois origines : il peut s'agir de tonalités affectives particulièrement violentes et désagréables qui sont liés aux perceptions d'une époque au moins de la petite enfance et de l'enfance, et qui ont frappé les représentations correspondant à ces perceptions. Les représentations impliquées sont alors évitées, (il ne faut pas y penser) ou réprimées par la suite mais les évitements et les répressions s'étendent en taches d'huile à tout un réseau d'autres représentations liées affectivement aux précédentes. Dans ce cas les mécanismes de refoulement (du préconscient à l'inconscient) ne paraissent pas en cause puisque le réseau des représentations impliquées ne donne pas lieu à ce qu'on appelle des rejetons de l'inconscient. Il peut s'agir également de conflit qui opposent les représentations contenant une lourde charge instinctuelle ou pulsionnelle, à des formations psychiques plus ou moins précoces, de l'ordre des idéaux, ayant effet de censures. L'apparition dans le système préconscient et à la conscience des représentations directement ou indirectement imaginaire érotiques agressives se trouve alors repoussée, et modifiées dans leur

nature dans les conditions que Parat a décrites : l'ensemble des représentations et affects qui soit liés ne se montrent plus. Aussi, les représentations peuvent réapparaître dans leur forme descriptive élémentaire mais démunies alors des valeurs affectives qui les accompagnaient à l'origine.

On sait qu'un excès d'excitation tend toujours à désorganiser l'appareil fonctionnel. Ainsi, par ces divers processus d'évitements, de répressions et de désorganisations mentales apparaît l'indisponibilité de l'appareil psychique à élaborer les excitations qui, elles ne manquent pas de se produire et de s'accumuler. (L'inconscient reçoit et n'émet plus). Cependant, pour que ces familles puissent mentalisées, nous allons faire recours à l'analyse de deux axes :

- L'axe intra psychique concerne les moyens mis en œuvre pour lutter contre les effets traumatiques de certaines situations et événements. Ils font appel à la capacité à mettre en représentation, à construire un imaginaire capable de gérer les sensations, les émotions et les états du corps suscités par traumatisme.

Au traitement cognitif de l'information et à la capacité à s'organiser, planifier, fixer des objectifs ; capacité d'autant plus développée par la mise à distance et le contrôle des affects. A la capacité de mise en action des processus de pensée dans l'inventivité, la créativité, le jeu, le combat.

- L'analyse de l'axe relationnel interactionnel. La mentalisation est une « opération symbolique » (Abraham et Torok, 1978) celle-ci engage à la fois les mots, les affects, la motricité et les images psychiques (Tseron, 1992-2005). Les familles 1 et 4 ont du mal à mettre en sens et à se représenter par la parole l'évènement traumatisant. La communication attentive qui vise à la solidarité et à la collaboration dans la résolution des problèmes au sein du groupe familial est en faillite pour elles « le secret » de la résilience indiqué par Roussillon, (2012) explique que les sujets « résilients » sont ceux qui ont pu rencontrer un autre sujet capable de les accompagner dans l'exploration de l'éprouvé, de ceux qui n'ont plus supporter ressentir eux même pendant la situation extrême ».

La construction du récit de vie a permis aux familles 2 et 3 l'élaboration des expériences traumatisantes ressenties grâce à l'étayage du langage par contre, les familles 1 et 4 ont fait « le récit de leur vie mais n'ont pas attribuées un sens à leur vécu. En outre, Delage (2002) indique une autre fonction du récit transforme la passivité en activité. Celui qui raconte devient acteur

dans le temps même où il cherche à produire du sens. C'est une manière, après l'impuissance ressentie face à l'évènement subi de retrouver prise sur l'expérience ».

6.2.1. Evaluation de traumatisme lié au handicap dans la famille

Le traumatisme ici se traduit par un double versant. Sur le versant externe du psychisme, l'évènement unique ou cumulatif provoque une effraction qui exige un travail psychique de cicatrisation. Sur le versant interne, la pulsion mise en mouvement par le traumatisme exige un travail de liaison dont le psychisme ne peut « venir à bout » : il ne parvient pas à « traiter », à « liquider » la pulsion. Cette non-liquidation laisse des restes voire une trace qui résulte d'une pression, d'impressions, une trace perceptive donc, plutôt qu'une trace verbale. Cela se perçoit dans l'expression de la souffrance des différentes familles quand elles nous démontrent que notre recherche apparaît comme une réouverture de la blessure narcissique qui était déjà guérit, ou qu'elle avait déjà réussi à liquider. Dans le traumatisme en effet, la représentation verbale de la trace, la possibilité de la mettre en mots, de la symboliser est réduite, disqualifiée en direction de la perception, en direction d'une trace qui peut parfois n'être que perceptive, qui se manifeste par le fonctionnement non névrotique du psychisme. (Freud, 1929).

Il continue en disant que, ce qui est traumatique n'est pas « l'expérience », l'évènementiel en soi, ce n'est pas ce qui arrive sur le versant externe du psychisme. C'est l'insuffisance du travail du psychisme : c'est ce qui laisse, malgré la cicatrisation et les après coups potentiellement transformationnels qui surviennent dans l'histoire du sujet, des traces de déplaisir et des restes pulsionnels insuffisamment élaborés, insuffisamment liés, qui ne peuvent s'intégrer sur les voies longues, c'est-à-dire qui ne peuvent être représentés en mots. Ces restes non liés sont soumis à la contrainte de répétition. Ils demeurent traumatogènes, à chaque fois qu'ils sont réactivés, et en quête d'objet pour les transformer. C'est tout le sens que la famille 1 donne lorsqu'elle déclare qu'il suffit d'un évènement pour réactiver le traumatisme à l'exemple des « voire bébé ». En somme, Le traumatisme psychique considéré comme une effraction a précisément comme conséquence :

- une mise en suspens, une sidération de l'activité de représentation ;
- une déliaison, une dédifférenciation intrapsychique ;
- une désorganisation, voire une destruction des liens. C'est là, l'aspect essentiel du traumatisme dans sa dimension familiale.

Grasso 2012 parle de la découverte du handicap de son propre enfant. Le bouleversement de la façon de voir les choses, d'éprouver des émotions, d'entretenir la relation et de donner du sens et une signification à ses propres expériences de parentalité. Les études et les recherches sur le syndrome de stress post-traumatique : les altérations perspectives et cognitives ; la gestion des émotions et la symbolisation des événements traumatiques dans les réponses parentales face au handicap de leur enfant. De ce rapprochement découlent de très fortes ressemblances qui sont analysées soit du côté théorique, soit du côté clinique. Elles concernent surtout d'importances d'altérations du fonctionnement de l'appareil psychique, et spécialement :

1. L'incapacité de beaucoup de parents à extraire du sens (affectif et émotionnel), du flux d'informations sensorielles qui arrivent de la réalité extérieure et
2. La très forte perturbation à dynamiser psychiquement la situation des expériences même banales de la parentalité

6.2.2. Evaluation de la résilience

Si souvent les définitions de la résilience se réfèrent à des potentiels individuels, la résilience n'est pas seulement une question individuelle, c'est le résultat visible d'un tissu de relations et d'expériences qui enseignent aux personnes l'art de vaincre les situations aversives, la maîtrise, le courage et le sentiment d'espoir. Ainsi, on parle plus généralement de résilience pour désigner « la capacité d'une personne, ou d'un système social, de vivre bien, de se développer positivement, malgré les conditions de vie difficiles et cela de manière socialement acceptable » (Manciaux, Cyrulnik et al. 2001). Par ailleurs, dans le processus de résilience, il ne s'agit pas seulement de résister face à l'adversité, mais de se construire malgré ou avec les blessures. Bien souvent l'expérience des circonstances adverses semble conférer un ressort psychologique supplémentaire qui pousse le résilient en avant dans la vie. Cela peut se traduire par le développement de sa créativité. Ainsi, l'expression artistique et l'acharnement au travail sont parfois des signes visibles, socialement accepté et valorisé, du processus de résilience, c'est le cas de ces familles qui se réfugient dans le travail pour ne plus penser à la situation.

Pour mieux discuter le processus de résilience nous postulons avec Manciaux (2001) que ce n'est pas une somme d'aspects personnels, biologiques et d'origine sociale, qui déterminent le fait qu'une personne peut être désignée comme résiliente ou non. Il s'agit plutôt de considérer l'être humain ou tout un système « en résilience », c'est-à-dire une personne ou un système qui entre dans un processus dynamique dans lequel les ressources personnelles et

socio-environnementales se manifestent de manière interactive. Cette interaction individu-environnement constitue une combinaison de possibilités qui produisent des réponses adaptées, satisfaisantes et avant tout multi-variées. En d'autres termes, il s'agit de « contribuer à l'activation d'un potentiel de résilience, présent chez tout un chacun, dans l'objectif d'aider à gérer les actions et les interactions avec l'environnement. Il s'agit en plus, de repérer les attitudes et les caractéristiques personnelles permettant de développer un comportement efficient, de reconnaître les capacités dont dispose la personne, au lieu de s'arrêter sur tout ce qu'elle ne peut pas faire ».

Les conséquences sont non seulement le dépassement des circonstances adverses et la résolution des conflits, mais également le développement et la potentialisation d'autres possibilités ou ressources mobilisables ultérieurement dans diverses circonstances de la vie du sujet. Parmi les appuis sur lesquels se construit le processus de résilience, on peut souligner les capacités de communication (au sens large, pas seulement verbale) et notamment la communication interpersonnelle, l'interaction et l'échange de ressources (capacités, habiletés, valeurs, convictions), qui constituent à leur tour le bagage de connaissances pratiques et d'expériences de succès avec lesquelles les personnes confrontent leur réalité et se construisent. Mais de nombreux facteurs entrent en jeu et singularisent chaque parcours de vie. C'est bien ce que nous avons relevés auprès de nos familles, une communication de qualité doublée d'une dose du respect des convictions idéologiques des uns et des autres. D'un point de vue systémique, Missonier (1998) et Darchis (2000) montrent qu'on peut comprendre le processus de résilience comme constituant un tout avec des éléments ou parties qui ne prennent sens qu'en fonction de l'ensemble.

La résilience résultant de facteurs interactifs n'est donc pas un phénomène causal et linéaire de type cause-effet qui va déterminer le succès. C'est plutôt une constellation de ressources, construite de telle manière que les aspects individuels et sociaux sont étroitement imbriqués les uns les autres et interdépendants. Ainsi, la personne s'intègre dans l'ensemble des possibilités d'un contexte qui lui est propre. L'entourage familial est l'une des composantes centrales de cette constellation, mais les nombreuses relations extra-familiales peuvent entrer en jeu de manière importante et contribuer à soutenir le sujet, en faisant office, parfois à son insu, de tuteurs de résilience. Rosalie souligne à cet effet, la relation qu'elle a à tisser avec certains de ses collègues avec qu'elle n'hésite pas de discuter sur la question et l'aide à la surmonter son problème. Si l'on considère que tous les sujets ont un potentiel pour développer et démontrer leur résilience, chaque individu peut s'appuyer sur des ressources internes et

externes qui peuvent l'aider à dépasser l'adversité. La tâche des intervenants (travailleurs sociaux, psychologues, soignants, enseignants...), mais aussi de la famille, consiste à découvrir tous les signes de résilience et les ressources, malgré la vulnérabilité et la faiblesse apparentes. En effet, promouvoir la résilience, c'est reconnaître la force au-delà de la vulnérabilité.

Pour conclure cette partie nous dirons que, le travail à partir du modèle de la résilience peut consister à stimuler des modes de protection en s'appuyant sur des caractéristiques individuelles déjà existantes ou à développer chez un sujet. Par exemple : l'efficacité intellectuelle ; l'autonomie et l'efficacité dans ses rapports à l'environnement ; le sentiment de sa propre valeur ; les capacités d'adaptation relationnelles ; l'anticipation et la planification ; le sens de l'humour ; la créativité...(Vanistendal, 2001) Accompagner la résilience des familles traumatisées par la perception du handicap mental peut consister à mettre en place des actions et des comportements visant à améliorer leur qualité de vie à partir de leurs propres aspirations, de la spécificité de leurs perceptions et de leurs expériences de confrontation au monde. Comment se comporter face aux autres familles n'ayant pas une personne vivant avec un handicap ? Quel est le sentiment de soi qu'on se fait de son handicap ? Répondre à ces questions, suppose des qualités d'empathie, c'est-à-dire d'être capable de se mettre à la place de l'autre pour comprendre son point de vue, ses attitudes, ses actions. Il s'agit de prendre en compte le fait que les nécessités, les difficultés de chaque personne sont distinctes et singulières, tout comme le sont les ressources auxquelles elle pourra faire appel pour se construire et avancer dans sa trajectoire de vie.

Cette section consiste en premier lieu à une mise en relation des résultats de cette recherche et l'état actuel des connaissances dans le domaine de la résilience. Cette discussion permettra de voir dans quelle mesure les résultats corroborent, complètent, ou s'éloignent de l'état actuel des connaissances sur la résilience chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme et ce, compte tenu des objectifs de l'étude.

6.2.3. Ressources résilientes et facteurs de protection

La résilience se tisse entre facteurs de risque et facteurs de protection, lorsque ces derniers prennent le dessus et permettent de négocier et d'atténuer l'impact délétère de l'adversité. Ainsi, les facteurs de protection modifient les réactions aux dangers présents dans l'environnement affectif et social, en atténuant les effets aversifs (Rutter, 1990; Garmezy, 1996). On peut dire que le processus de résilience est en construction permanente. Il résulte d'un échange interactif et multifactoriel, situé au croisement entre l'individu, la famille et

l'environnement social. La résilience suppose de s'adapter aux situations fortement délétères, en mettant à contribution des modalités de protection relevant des ressources internes et externes au sujet (l'environnement affectif et social), ce qui permettra de réunir les conditions de la (re)construction psychique et de la reprise d'un développement malgré l'adversité. Le processus résilient prend appuis sur trois types de ressources: celles d'ordre interne au sujet (particularités singulières, capacités et aptitudes cognitives telle que la mentalisation et l'intellectualisation, personnalité, modalités défensives...); celles d'ordre familial (contexte psycho-affectif, structure et qualité des relations familiales...); et celles relevant de la péripfamilie et du contexte socio-environnemental (soutiens communautaires, sociaux, religieux, idéologiques...). Chacun de ces trois piliers peut avoir un rôle plus ou moins prépondérant en fonction des circonstances et du parcours de vie du sujet.

Nous pouvons aussi noter les ressources intrinsèques qui abordent quelques aspects de la capacité des parents à avoir une réaction positive face à la situation de handicap

Les ressources disponibles peuvent être externes, comme l'accès aux services de professionnels et le soutien social de l'entourage ou internes au parent. Comme sa perception des stressseurs qui influencera son utilisation subséquente des stratégies de coping.

En ce qui concerne les ressources externes les parents bénéficient de ressources externes pour diminuer les exigences de la prise en charge d'un enfant vivant avec autisme. Les ressources externes sont divisées en deux types de soutien social : formel et informel. Le soutien social formel est prodigué par les professionnels de la santé, de la réadaptation, de l'éducation ou des services sociaux. Ces services peuvent être reçus dans le système public ou au privé par l'enfant et sa famille. (Chatenoud et Purdy 2014. P78) Également, la famille peut recevoir des services de répit pour un temps déterminé, permettant aux parents de se reposer ou de faire des activités auxquelles ils n'ont pas accès habituellement en raison des exigences liées à leur enfant. Ces services sont démontrés comme étant bénéfiques (Couven et Reed, 2002 ; Meadan et Ehata 2020)

En plus des ressources externes prodiguées de façon formelle ou informelle le parent détient des ressources internes lui permettant de s'adapter à sa réalité. La perception du parent des stressseurs associés à l'autisme de son enfant en plus de son utilisation des stratégies de coping afin de faire face aux stressseurs sont des facteurs contribuant à son niveau de stress sous-jacent.

Pour sortir de la souffrance causée par la perception du handicap mental, des ressources résilientes comme le courage, l'autodétermination, la volonté mais surtout les interactions bienveillantes et bienveillances avec les tuteurs sont nécessaires (Werner, 1993, Luthar, 2006).

Un tuteur de résilience est un travailleur social, un enseignant, un éducateur, un psychologue, bref une personne qui est placée sur le chemin des familles psycho traumatisées, le guide et le soutien. Le tuteur de résilience est un point d'appui qui rend possible la reprise d'un développement en aidant les familles cibles à reprendre confiance en elles et à avoir un projet d'avenir après que ces dernières aient été exposées à des situations d'adversité.

Le tuteur de résilience est une figure capitale dans le processus de résilience familiale, figure sur laquelle peut s'élaborer une stratégie d'intervention plus efficace. Il permet progressivement la réparation, la reconstruction, la recomposition, la réconciliation de soi avec les autres en interaction. Pour Cyrulnik, avoir des tuteurs de résilience, qui connaissent la culture des personnes concernées, joue un rôle majeur dans le processus de résilience

Un facteur de protection est une qualité personnelle ou environnementale, une qualité émergente des interactions éco systémiques (par exemple le soutien social, la gratitude, le sens), qui paraissent tempérer des prédictions de psychopathologie ou qui sont susceptibles de permettre l'adaptation face à des situations de risque ou d'adversité (Lonescu, 2010 ; Kimessoukie & Jourdan-Ionescu, 2014 ; O'Dougherty Wright & Masten, 2005). Cette définition, inscrite dans une approche complexe, met en évidence des dimensions individuelles, environnementales et interactionnelles des facteurs de protection. Elle s'insère dans une vision complexe des phénomènes dans laquelle chaque objet ou phénomène est le produit de l'interaction de plusieurs autres. La plupart des auteurs préfèrent toutefois, dans une approche écosystémique, les regrouper en facteurs individuels, familiaux et environnementaux (Bekaert, Masclat, & Caron, 2012 ; Jourdan-Ionescu et al., 2011 ; O'Dougherty Wright & Masten, 2005). Bien que le cadre de référence écosystémique soit l'un des plus utilisés par les chercheurs, cette sous-section opte pour un cadre fondé sur une approche complexe telle que formulée dans la définition énoncée ci-dessus (individuel, interactionnel et environnemental).

6.2.3.1 Facteurs de protection individuels.

La première vague de recherches sur la résilience s'est centrée sur les caractéristiques individuelles retrouvées chez les personnes, notamment les enfants, qui parvenaient à un développement satisfaisant en dépit des adversités vécues. Celles-ci se sont d'abord focalisées sur leurs compétences individuelles ou les traits de personnalité (Garmezy et al., 1984).

L'approche écosystémique a par la suite permis de mettre en évidence le rôle important de la famille et de l'environnement dans le processus de résilience (Jourdan-Ionescu et al., 1998 ; Kirnchi & Schaffner, 1990 ; Rutter, 1993). Plus tard, les recherches se sont étendues aux adultes (Bekaert et al., 2012 ; Connor & Davidson, 2003 ; Hjemdal et al., 2011 ; Masten & O'Dougherty Wright, 2010 ; Reich, Zautra, & Hall, 2010 ; Wagnild & Young, 1993).

La compétence fait référence à un fonctionnement optimal ou à la capacité présumée pour un tel fonctionnement, conformément aux attentes fondées sur les normes de comportements attendus dans un contexte, une culture et à une période donnée de l'histoire (Masten & O'Dougherty Wright, 2010). La plupart des chercheurs ayant opérationnalisé sur la résilience en vue de sa mesure chez l'adulte ont mis en évidence cette dimension de compétences. Celle-ci comprend, en nombre variable chez ces différents auteurs, les caractéristiques individuelles suivantes: la confiance en soi, l'estime de soi, l'ouverture, l'humour, la flexibilité, l'image de soi, l'intelligence, la persévérance, l'endurance, l'optimisme, la détermination, l'anticipation, l'attachement, la créativité, la perspicacité, l'autonomie, la gentillesse, l'espoir, l'honnêteté et la capacité à susciter la compassion des autres (Bekaert et al., 2012; Connor & Davidson, 2003; Hjemdal et al., 2011 ; Hurtes & Allen, 2001 ; Ionescu, 2015; Jew, Green, & Kroger, 1999; Wagnild & Young, 1993). Les recherches réalisées montrent que la plupart de ces caractéristiques sont associées au bien-être et agissent comme des tampons contre les maladies mentales (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

6.2.3.2 Facteurs de protection interactionnels.

Ils sont une résultante de l'interaction entre l'individu, la famille, la communauté, la culture, le réseau social et l'environnement écologique. La notion de groupe est essentielle ici en tant qu'unité ou entité sociale de base dans laquelle la plupart des interactions et l'appartenance se vivent (famille, communauté, entreprise, école, association, société). Les fonctions du groupe sont la sécurité, la protection, le soutien, les soins, la justice, l'amour, la culture transmise par l'éducation. De par sa stabilité et sa capacité de renouvellement, le groupe offre la continuité existentielle, même après la mort, à travers le souvenir des membres du groupe. Il offre donc un moyen de transcendance de l'angoisse de mort par la commémoration des défunts et la générativité. Ces différentes fonctions font que le groupe représente un facteur de protection. Celles-ci, associées aux objectifs communs et à la culture partagée par les membres, permettent l'émergence d'une dynamique positive au sein du groupe. En plus d'être une source de protection, le groupe représente aussi un lieu de reconstruction après une crise.

L'attachement sécure soutenu par les psychanalystes (Cyrulnik, 2006, 2012a) et les relations interpersonnelles positives énoncées par la théorie du bien-être (Seligman, 2012) se construisent dans les interactions au sein des groupes. Ces interactions positives sont caractérisées par le soutien social, la gratitude, l'amour, le pardon et sont toutes reconnues par les chercheurs comme étant des facteurs contributifs du bien-être ou de protection contre les différents stressseurs (Cyurulnik, 2012a ; Ionescu et al., 2010 ; Seligman, 2012 ; Tousignant, 1992 ; Wood, Joseph, & Maltby, 2009).

Le soutien social est un processus interactionnel qui agit comme une variable tampon en situation d'adversité en permettant l'expression d'affects pénibles, en augmentant les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, le sentiment d'appartenance, les compétences par un échange ou une mise à disposition des ressources psychosociales (Altintas, Gallouj, & Guerrien, 2012 ; Boucher & Laprise, 2001 ; Cutrona & Russell, 1990 ; Tousignant, 1992). Pour ces auteurs, il comprend trois dimensions : le réseau de soutien, le soutien perçu et le soutien reçu.

Tousignant (1992) rappelle toutefois que c'est surtout la qualité du soutien, c'est-à-dire celui perçu par les individus, qui influence la santé mentale. Ce soutien comprend six composantes : le soutien émotionnel comme base de sécurité, l'intégration sociale qui alimente le sentiment d'appartenance, le soutien d'estime qui renforce le sentiment d'avoir de la valeur aux yeux des autres, le soutien matériel, le soutien informatif à travers les conseils et les informations reçues, la participation sociale qui renforce le sentiment d'être utile (Altintas et al., 2012 ; Cutrona & Russell, 1990 ; Tousignant, 1992). Le soutien intervient non seulement pour empêcher un trouble, mais aussi pour reconstruire l'individu.

6.2.3.3 Facteurs de protection environnementaux

Ce sont des facteurs inhérents au milieu de vie. Ils sont constitués d'un ensemble de ressources extérieures que la personne mobilise et avec lesquelles elle interagit pour s'adapter aux différents facteurs de risque. Il s'agit du réseau de soutien qui fournit le soutien reçu par le sujet ; des ressources sanitaires et sociales ; du système d'accessibilité à l'emploi et à l'entrepreneuriat ; du système culturel. Ces différentes ressources environnementales contribuent à renforcer les compétences individuelles et les relations interpersonnelles positives. Le réseau de soutien comprend les membres de la famille, les amis, les voisins, les professionnels des services sociaux ou de santé accessible à la personne, les membres des groupes ou d'associations d'appartenance (Bekaert et al., 2012). Il est un vecteur du soutien reçu. Seligman (2012) observe que plus un individu a d'amis et se trouve entouré d'amour,

moins il est malade. Dans ce registre de facteurs de protection environnementaux, la famille (d'origine nucléaire ou élargie) occupe une place prépondérante. Les auteurs ayant abordé la résilience dans une approche écosystémique ont tous mis en évidence le rôle protecteur de la stabilité et de la cohésion de la structure familiale (Bekaert et al., 2012 ; Hjemdal et al., 2011 ; Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011 ; Jourdan-Ionescu, Ionescu, Lauzon, Tourigny, & Ionescu-Jourdan, 2015a ; Masten & O'Dougherty Wright, 2010 ; O'Dougherty Wright & Masten, 2005).

Après la mentalisation, une hypothèse de recherche. Pour évaluer la mentalisation le sujet doit répondre aux questions d'évaluation des états mentaux à l'aide de score de stratégies cognitives, comportementales et affectives qu'un individu utilise pour faire face aux situations que le lien d'attachement réfère aux premières expériences relationnelles avec la figure d'attachement et que celles-ci construisaient « des modèles opérationnels internes » du soi de l'enfant : que la mentalisation renvoie à un mécanisme de défense fonctionnel du développement précoce . Toutefois, à des fins d'analyse succincte, seule la variable de la mentalisation, la Mental States Task (MST) de Beaulieu – Pelletier (2012) a été retenue cet instrument de mesure permet d'évaluer les états mentaux de la personne à partir de la 3^e planche du thématique Apperception Test (3BTAT). Il existe six catégories d'états mentaux.

1. Le model de pensée concrète (CONC) correspond à peu de mentalisation, on y perçoit aucun content émotionnel complexe,

2. Le mode défensif de niveau intermédiaire (D.I) ici l'utilisation du déni, du désaveu, de l'amointrissement et de la distorsion permettent de se protéger des représentations activités par les contenus.

3. Le mode objectif rationnel (OBR) concourt subjective suivi de l'élaboration de stratégies cognitives plus adéquates

4. Le mode de la pensée réflexive (REF) correspond à la reconnaissance de son expérience subjective et de celle d'autrui, c'est le niveau le plus mature qui implique une métacognition.

Les objectifs de ces recherches ont été parfaitement atteint s'il s'agissait d'étudier la résilience auprès des parents d'enfants autistes.

6.2.34. Processus de résilience

Les mécanismes psychiques mis en jeu dans la construction de résilience individuelle et familiale déploiement sur deux axes :

- L'axe relationnel interactionnel Delage, (2002)

L'axe intra psychique sont les moyens mis en œuvre pour lutter contre les effets traumatiques de certaines situations et évènements ils font appel à la capacité à mettre en représentation à construire un imaginaire capable de gérer les sensations, les émotions, les états du corps suscités par un traumatisme.

– Au traitement cognitif de l'information et à la capacité à s'organiser, planifier, fixer des objectifs, capacités d'autant développée par la mise à distance et le contrôle des affects. A la capacité de mise en action des processus de pensée dans l'inventivité la créativité, le jeu, le combat etc.

– L'axe relationnel, interactionnel fonctionnement intersubjectif et capacité de socialisation. M. Delage (2002) indique que « Si d'un côté on met l'accent sur des caractéristiques individuelles et des facteurs de personnalités d'un autre côté, on ne peut guère parler de résilience sans l'existence de relations soutenances d'un environnement ressource, des relations avec des personnes capables de recevoir sa souffrance et le récit des expériences subies.

6.2.4. Éléments psychodynamiques de la résilience

Du point de vue intrapsychique, on considère que c'est le traumatisme psychologique et la menace de désorganisation psychique qui se trouvent à l'origine de l'entrée en résilience. On évoquera celle-ci lorsque l'individu a été confronté à un risque vital et a éprouvé une expérience extrême de danger physique ou psychique qu'il a pu surmonter (Cyrulnik et Duval, 2006), sachant qu'un contexte traumatogène peut être composé de traumatismes uniques ou multifactoriels (Arnaut, 2008). Ainsi, en psychopathologie, on distingue les contextes traumatiques en fonction de leur intensité ou de leur expression : massifs, brefs, intenses ou cumulatifs et/ou de longue durée. On différencie également les « traumatismes de type 1 », qui sont marqués par la soudaineté, la brutalité de l'événement; et les « traumatismes de type 2 », résultant de l'exposition répétée, sur le long terme, à des événements négatifs. Dans ce dernier cas, on trouvera les situations telles que les pathologies mentales, les abus sexuels, les violences conjugales, les carences psychoaffectives ou les négligences graves dans l'enfance.

Actuellement, on considère que tous les individus sont dotés d'un potentiel de résilience mais que celui-ci pourra être développé différemment suivant les personnes et les contextes socio-environnementaux (Manciaux et al., 2001 ; Lemay, 1998 ; Arnaut, 2008). Face à l'adversité, le processus de résilience peut se mettre en place spontanément ou bien, a contrario, demeurer à l'état latent. Ainsi, son chemin sera difficilement mis en place ou ne sera pas trouvé

par certaines personnes. À noter que la résilience peut présenter de multiples formes, certaines n'étant pas forcément conformes aux valeurs sociales reconnues (Tomkiewicz, 2001). Par ailleurs, son expression est susceptible de concerner certains domaines biographiques et pas nécessairement tous les secteurs de la vie. Enfin, c'est un processus évolutif qui n'est pas toujours pérenne. Pour une personne, il peut donc y avoir des ruptures ou des arrêts de la résilience au cours des étapes de son parcours de vie. Les observations cliniques montrent qu'il existe des évolutions bien différentes de ce point de vue. Ainsi, certaines personnes semblent se développer dans un processus de résilience amorcé dès l'enfance, qui se prolonge et se conforte tout au long de la vie. Alors que d'autres rencontrent la résilience plus tard, parfois à un âge très avancé, à l'occasion des transformations du vieillissement et des remaniements psychiques de la vieillesse.

Du point de vue psychique, la résilience met en jeu la capacité de potentialiser les mécanismes dont dispose une personne pour élaborer les circonstances aversives qu'elle est susceptible de traverser dans sa vie. Dans ce sens, certains individus résilients peuvent se sentir renforcés par la confrontation à l'adversité, lorsqu'ils ont trouvé en eux, mais aussi un appui sur leur entourage, la faculté de se préserver psychiquement après le traumatisme et de mettre en place un nouveau développement. Le fonctionnement psychique des sujets résilients peut être décomposé en deux étapes principales (Arnaut, 2006 et 2008). - La première phase concerne la confrontation au trauma, ou au contexte aversif, et la mise en place de processus de résistance à la désorganisation psychique. Divers mécanismes de protection pourront être utilisés par le sujet pour faire face à la réalité aversive. Cette étape est caractérisée par la prépondérance du recours à des mécanismes défensifs d'urgence ou d'adaptation pour parer à l'effraction psychique (par exemple, le déni, la répression des affects, le déplacement, la projection, le passage à l'acte, les comportements passifs-agressifs, le clivage, l'imaginaire...).

- La seconde phase implique l'intégration du traumatisme et la réparation (ou autoréparation). Il s'agit de rétablir les liens rompus et de se reconstruire. Cela passe par l'abandon de certains mécanismes de défense d'urgence ou d'adaptation (utilisés lors de la première phase), pour privilégier des formes de protection plus matures, plus souples et plus adaptées à long terme (telles que la créativité, l'humour, l'intellectualisation, l'altruisme ou la sublimation). Cette étape, qui témoigne vraiment du processus de résilience, peut s'appuyer sur la nécessité de conférer un sens à la blessure et sur l'activation du processus de mentalisation qui fait appel aux représentations psychiques et à la symbolisation. De cette analyse, nous pouvons affirmer nos hypothèses de recherche 1 et 2 qui stipulent que « *la mise en place du*

processus de mentalisation détermine la capacité du sujet à surmonter le traumatisme causé par le handicap mental d'un membre dans la famille » ; « une intellectualisation bien élaborée influence la capacité à surmonter le traumatisme ».

Dans la théorie psychanalytique, les modèles relationnels de l'enfance peuvent ressurgir à l'âge adulte sous forme de compulsions de répétitions, la théorie de l'attachement défend l'idée d'une accumulation des expériences relationnelles (Fonagy 2004). A ce titre l'attachement est d'un modèle de la causalité qui explique les effets des événements réels sur un sujet en observant les patterns d'attachement infantile Bowlby et ces collaborateurs émettent l'idée d'une valeur prédictive des schémas d'attachement au cours de l'existence.

En revanche la psychanalyse accorde une autre place à la causalité psychique : celle-ci dépend étroitement de la réalité psychique éprouvée par le sujet, réalité qui contient les affects, les désirs et les perceptions tant sensorielles que subjectives de l'individu (Bader 2006). Les points de rencontre entre la théorie de l'attachement et le concept psychanalytique existe dont et s'avère riche l'attachement permettrait alors de créer un milieu intersubjectif de contenance (Bion 1962) dans l'établissement de la capacité à penser de l'enfant cette approche converge avec celle du système motivationnel de l'intersubjectivité décrite par Stern (1987).

Le développement et la consolidation de la capacité autoréflexive est permise par la sécurité de l'attachement. Ainsi la relation d'attachement sécurisante avec son parent permettrait à l'enfant en bas âge d'explorer les états mentaux tant des autres que les siens en toute sérénité. L'enfant, accédant alors progressivement a une meilleure gestion de ses émotions grâce à la conscience réflexive serait plus enclin à affronter des éléments difficiles ultérieurs (Fonagy 1997), comme sur cette dimension réflexive pouvait nourrir ses possibilités de résilience. Le modèle de l'attachement peut aider à mieux comprendre le développement de la résilience. Les systémiciens ont donc montré à partir du double- lien et d'autres perturbations des échanges que la schizophrénie apparaissait dans des familles des distorsions graves dans le système de communication entre les différents membres.

6.3. Positionnement théorique de notre recherche

Les résultats de notre recherche nous permettent de conclure que, les éléments du vécu du handicap d'un membre dans la famille qui deviennent traumatisants pour les sujets sont logés dans la définition que les auteurs donnent du traumatisme. Le premier phénomène est l'objectivation de la blessure causée par l'évènement, c'est en réalité l'effraction. La deuxième est la résonance dans le psychisme du sujet de l'effraction en question car il y a ici

débordements de possibilités de régulation du système pare-excitation chez le sujet. Wambo dit : « *j'ai été traumatisé dans ma tête et violemment choqué... ça m'a vraiment dérangé* ». Quant à Rosalie « *on prend toutes choses avec beaucoup de philosophie hein ! ...Ça peut chagriner, ça peut faire mal mais après tu prends ça simplement !* ». En réponse à nos deux hypothèses de recherche formulées, la révélation, la preuve d'un vécu avec le sujet handicapé n'aura pas la même résonance chez l'homme comme chez la femme ce qui amène à s'interroger sur la nature du travail psychique que le sujet de manière individuelle met d'abord en œuvre et ensuite en tant que membre de la famille. Cette nature du travail psychique amène à penser au mécanisme consistant à mettre sur pied une opération de liaison psychique des affects et des représentations permettant un travail d'élaboration mentale des tensions qu'a généré le trauma.

La mentalisation et l'intellectualisation du traumatisme constituent donc ici les processus intrapsychiques essentiels qui fondent la capacité de résilience du sujet (Tichey, 2001). Sachant que, évoquer la résilience en psychologie clinique c'est mettre en évidence la capacité du sujet à rebondir malgré la souffrance qu'a causé ce traumatisme tout en essayant de comprendre les différents fonctionnements psychiques mis sur pied dans les familles, afin de poursuivre leur développement normal en dépit de la souffrance subie, il faut penser aux deux axes : celui intrapsychique à travers la capacité de mise en représentation, de construction d'un imaginaire capable de gérer les sensations, les émotions, les états du corps suscité par le traumatisme et ensuite, celui de la capacité cognitive à traiter l'information et à s'organiser, planifier, fixer des objectifs grâce à un suffisant contrôle simultané des émotions ; la capacité de mise en action des processus de pensée dans l'inventivité, la créativité, le jeu et l'axe relationnel voir interrelationnel (Delage, 2002).

Le vécu subjectif contribue à l'élaboration du processus de mentalisation et de l'intellectualisation chez les familles en situation.

À la suite d'un traumatisme chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme, les changements se font ressentir dans l'existence même du sujet. Ces souffrances sont de plus en plus visibles surtout quand le traumatisme considéré comme une effraction touche sur l'aspect psychique et psychologique avec des répercussions sur la dimension sociale de sa vie. Ce qui va donc entraver son vécu psychique. Dans la plupart de temps, après la perte de l'objet, l'individu est appelé à surmonter après un certain nombre de temps déterminé. Mais bien que cela soit difficile, ceux-ci arrivent parce qu'ils ont trouvé en eux et en la société des mécanismes de résilience. Ces mécanismes s'établissent sur la base des composantes du vécu subjectif. Il

s'agit entre autres du vécu personnel, vécu familial, du vécu émotionnel et de la confiance en soi. On va l'observer dans leur manière d'agir, de se comporter vis-à-vis de soi et dans ses relations avec autrui. Ces facteurs conviennent d'être mis en exergue pour une meilleure appréhension des analyses.

Les résultats ont révélé que nos sujets, malgré leurs difficultés et leurs souffrances dues à la perte d'objet parviennent à « élaborer les moyens de résilience permettant aux familles en situation de se reconstruire, de surmonter sa situation afin de s'adapter à sa nouvelle situation. Cette capacité de résilience est due à son caractère optimiste qui lui permet d'appréhender le bon côté des choses pour continuer à se développer. Etant donné que l'espoir fait vivre.

La confiance en soi est un besoin fondamental et universel pour tout être humain. Cette appréciation est fonction du regard que l'on porte sur soi et de celui de l'autre, de la qualité des relations affectives et de l'évolution faite concernant ses propres réalisations. La confiance en soi influence nos rapports à l'environnement, nos choix et notre façon à nous d'appréhender le monde. Vu que les familles en situation ont vécu une situation gênante, elles portent en elles des blessures narcissiques qui dépravent leur vie, les empêchent de s'épanouir et de s'investir dans leur vie. La stratégie mise en place pour contenir les traumatismes vécus consiste pour les familles à se faire confiance. C'est ainsi que celles que nous avons rencontrées sur le terrain présentent une confiance en soi. Celles-ci se manifestent dans la manière de gérer leur vie et de se projeter dans le futur. Et de ce fait, cela a provoqué chez elles des sentiments tels que la valorisation de soi, d'amour envers soi, de confiance en soi, les résultats de nos participants laissent transparaître ces facteurs ; nous pouvons les lire dans les propos de l'interprète de la famille 2 et 3.

Une autre composante de vécu subjectif chez nos sujets est le vécu émotionnel. Les réactions de l'enfant face à le mort dépendant de son parent, de son niveau de développement psychoaffectif, mais surtout de la perception qu'ils ont du handicap mental. Les souffrances ne se manifestent pas aussi clairement que chez l'adulte. Ils peuvent manifester un réel détachement. Ils peuvent aussi être stressés émotionnellement ils sont également anxieux. On peut observer des attitudes régressives, des perturbations de comportement (sommeil, alimentation et plaintes psychosomatiques), pour y remédier, les familles en situation doivent mettre en place des stratégies de résilience.

Mme Rosalie présente de troubles cognitifs d'où la manifestation d'un traumatisme ; elle a des problèmes gynécologiques avec elle-même car, elle ne peut plus enfanter. On ici un

dysfonctionnement envahissant qui touche toutes les sphères du fonctionnement. Elle souffre beaucoup. C'est une personne très fragile qui pourrait avoir un comportement surprenant dans la vie de tous les jours. On note aussi l'absence d'efforts et désinvestissement par rapport à la réalité. Elle n'est pas poussée vers et par son environnement. Elle n'a pas de ressource à ses aspirations. C'est une réaliste qui prend en compte ses capacités et ses limites capable de penser un plan d'action orienté vers un but. Ce processus s'apparente au déni. C'est transitoire et peut avoir un effet protecteur. C'est un personnage vulnérable qui ne peut faire d'action bénéfique pour eux et se réfugie dans les fantaisies passives. C'est un éprouvé négatif associé à une représentation négative de soi, cela repose sur un discours intérieur pas forcément inconscient qui peut avoir des sources diverses et peut être ponctuel. Quand ce discours se transforme en ruminations en se prolongeant, cela interfère avec le processus de prise de décision qui est parasité par ces idées. La trajectoire de sa vie est radicalement brisée.

Processus d'intellectualisation : ce mécanisme de défense est présent, le sujet neutralise l'impact des émotions pénibles ou désagréables, plus la valeur est importante plus cela indique que ce mécanisme est privilégié. Le fonctionnement rigide qui devient inefficace et fragilise le sujet. Le seuil de tolérance du sujet est diminué ; réponse incohérente, expressions crues. Caractère autistique de la réponse. Estime de soi passable.

On perçoit chez Monsieur WAMBO un clivage de moi entre une (sur) adaptation sociale et comportementale et non reconnaissance de ses fantasmes et de ses affects. Il n'évoque ses pensées que lorsqu'elles sont en lien avec une réalité tangible. La verbalisation de ses affects lui est très difficile, à tel point qu'on peut se demander s'il peut les discriminer ; il « aime » ou « n'aime pas » est « énervé » ou « à la haine » c'est « bien » ou c'est « mal » pas plus. La pensée de Monsieur WAMBO semble « agrippée » à la réalité, sur le mode d'une pensée opératoire telle que l'a décrite Marty : cette pensée « peut être considérée comme une modalité du processus secondaire à raison de son orientation vers la réalité sensible, le souci de causalité, de logique, de continuité. La pensée opératoire signe une défaillance du préconscient à lier le système sensori-moteur (représentation des choses) avec le système idéatif et verbal (représentations de mots). Les tensions pulsionnelles ne sont aussi pas suffisamment intégrées dans les activités fantasmatiques et oniriques. Sujet ambivalent. Le niveau psychique du sujet : c'est le ressenti subjectif qui se manifeste par la douleur morale voire l'hypervigilance ou par des aspects dysphoriques. On constate aussi chez lui un manque d'apathie, sujet très préoccupé par la préservation de son espace affectif, méfiant, intensité de l'hostilité ressentie. Son estime de soi est passable il est sur le seuil d'être résilient.

L'identification projective est un « mécanisme pour lequel, au cours de la projection, le sujet ne répond pas au conflit émotionnel et au stress interne ou externe en attribuant à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. Cependant, à la différence de la projection simple, le sujet ne désavoue pas entièrement ce qui est projeté. Il reste au contraire conscient de ses affects ou impulsions mais il les ressent comme des réactions légitimes aux attitudes de l'autre personne. Il n'est pas rare que le sujet induise chez l'autre les sentiments même qu'il lui avait faussement attribué rendant difficile de clarifier qui a fait quoi, à qui le premier » (DSM-IV).

Monsieur Priso a utilisé comme mécanisme de défense la forclusion ou de la dénégation. Il intervient lorsque le sujet se trouve face à une représentation ou un signifiant qui lui cause tant d'anxiété qu'il est incapable de la réprimer, mais pour pouvoir faire cela, il a d'abord besoin d'accepter son existence. Autrement dit, la personne a intégré la réalité mais la renie. Ce Monsieur présente aussi comme mécanisme de défense un clivage de moi, une hyperprotection son estime de soi est assez bien. Très fort de caractère, il a utilisé l'humour pour me relater son récit et on peut ressentir qu'il a mis de côté tout ce qui fait souffrir. Ce sujet se culpabilise tout comme le sujet n°2. C'est un sujet résilient malgré qu'il continue à accuser le médecin de n'avoir pas transféré le dossier de son fils à l'étranger (si mon fils était à l'étranger il serait guéri).

Ferenzi souligne également l'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte culpabilité parfois vécue à l'agresseur. Ferenzi note qu'il faut réanimer la partie clivée « morte ». Le moyen de lever ce clivage est très délicat et relève de la capacité de l'analyse à pouvoir « penser » l'événement traumatique, ajoutera-t-il. Le travail de l'analyste consiste à proposer au sujet des pensées, des représentations qui favorisent des associations de mots et une requalification de l'affect. L'expérience à long terme est de développer une subjectivation permettant l'élaboration symbolique des zones de la psyché nécrosée.

Chez l'interprète de la famille 4, l'existence d'une émotion de type colère et qui s'exprime par un état affectif d'opposition. On peut faire l'hypothèse que le sujet se trouve dans un état affectif de type anxieux. Les items indiquent l'existence d'une irritation d'un inconfort affectif, énervement. C'est un item qui rentre dans la constellation dépressive. Madame AMOUGOU a besoin d'attachement (Bolwby), de sécurité affective. Personne peu apathique, gênée par le rapprochement affectif et pouvant être en retrait dans l'échange avec autrui. Frustration au niveau de l'affectivité se sentant seule et incomprise. Nous identifions ici une souffrance psychique liée à l'image de soi. Elle a perdu le goût de vivre le trauma met en

évidence d'un syndrome post traumatique intense, son estime de soi est très faible. « La dépression peut se déclencher à la suite ou du départ d'une personne dont la présence valorisée, ou être due au jugement particulièrement dure que l'on porte sur soi par référence à un idéal exigeant. La force psychologique et psychique a fui, il ne reste qu'une image ternie de soi. Ce n'est donc quelque chose ou quelqu'un qui est perdu, c'est surtout à la fois une bonne image de soi et le désir de se projeter dans le futur. La pensée nuancée et relativiste laisse la place à la pensée en noir et blanc, et au jugement manichéen sur soi » Costtraux (2007). Le traumatisme est maintenu lorsque l'enveloppe psychique et l'estime de soi s'effondrent. L'individu dont la langue se délit, donc prend le dessus sur le silence, devient acteur de son essence. Elle exprime ses douleurs, ses peurs, ses angoisses, ses effrois. C'est une parole vive qui fait surgir la vie là où il y avait du non-sens. Malgré son incohérence, elle est au seuil de la résilience or il ne peut y avoir résilience sans relations étayantes qui soutiendraient le sujet et recevraient sa souffrance afin d'apaiser son angoisse vécue lors de la survenue de l'évènement. Cyrulink (1998), indique que « la capacité d'être autonome et efficace dans les rapports, dans l'environnement fait partie du profil de l'individu résilient. Refaire sa vie après un traumatisme est un chemin qui est lui aussi une source de souffrance ». En effet la capacité de résilience indique Delage (2002) repose sur la possibilité du groupe familial à contenir les débordements émotionnels de ses membres et à pouvoir inscrire les évènements traumatisants dans des scénarios et mises en sens soutenus par l'activité de représentation et de pensée du groupe. Ceci représente l'interprétation des résultats par rapport à l'H2 explorant la souffrance familiale.

6.4. Synthèse de la recherche

Le modèle de fonctionnement de la résilience est intimement lié à l'idée du traumatisme fonctionnant comme « agent » de la résilience. Ainsi, malgré la confrontation à des événements ou des contextes traumatogènes, lorsque les sujets arrivent à endiguer la crise et trouvent une issue socialisée, on considère qu'ils relèvent d'un processus résilient. Le modèle de la résilience insiste sur la pluralité des facteurs susceptibles d'influencer le développement de l'individu. Cette perspective s'accorde avec l'épistémologie freudienne, selon qui les personnes sont à prendre en considération en tant que sujets en interaction avec un entourage relationnel et affectif et avec un environnement social plus général ; c'est-à-dire des sujets mettant également en contribution des potentiels internes et externes, en construction dans la mesure des possibilités offertes par leur environnement physique et psychique. Ainsi Freud en (1914/1973) évoquait l'appartenance familiale et sociale des sujets, en précisant que : « L'individu mène une double existence, en tant qu'il est lui-même sa propre fin et en tant qu'il est maillon d'une

chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté, ou du moins sans l'intervention de celle-ci. » La résilience peut être considérée comme « un processus dynamique qui se construit dans l'interaction entre d'une part des éléments constitutifs internes de l'individu et d'autre part les potentiels de l'environnement familial et extra-familial. » Vue sous cet angle, nous ne sommes pas limités à montrer qu'elle pouvait être les processus mis en jeu par les conjoints pour surmonter la situation de handicap. Nous l'avons abordé de manière individuelle pour comprendre comment chaque membre de la famille se comportait face à la situation et nous sommes parvenues à la conclusion que les mécanismes utilisés par l'un ou l'autre des conjoints dans les deux couples, constituaient le socle sur lequel s'est bâti la résilience. Lorsque les auteurs tels que Tousignant (1998) ou encore Vanistendael et Lecomte (2000) témoignent que « Certains individus se basent sur la mobilisation des potentiels internes, ou forces intérieures, pour surmonter les difficultés ». Sur le plan intrapsychique, stimuler la résilience suppose implicitement de tenter de changer les modes d'adaptation des sujets, autrement dit d'agir sur les mécanismes de défense. Ce point de vue vient vérifier notre hypothèse de recherche selon laquelle **« la mise en place des processus de résilience influence la capacité à surmonter le traumatisme causé par la perception du handicap mental ».**

Étant donné que nous nous intéressons aux ressources et processus de deux subjectivités mis dans une situation de couple, les différents éléments retenus en plus de la mentalisation et de l'intellectualisation seront à cet effet l'amour : «...je l'aime vraiment» la sincérité « on a continué à vivre dans l'amitié d'abord, dans la sincérité et on s'est assis pour tisser une relation... » Le respect de l'autre : « mais on a les problèmes comme tous les autres membres de la famille... Parfois on peut faire deux semaines un mois on ne se parle pas mais personne ne va dire que parce qu'on ne se parle pas je dors dehors NON ! » La complicité « ... Donc je prends mon enfant handicapé comme tous les autres enfants normaux » l'affection : « je ne peux pas dire le contraire dans la mesure où ma compagne me comprend et me soutient de manière psychologique ». Le soutien moral : « moi, dans ma tête cela ne me dit absolument rien avec un enfant qui vit avec nous... ». La qualité de la communication établie entre les conjoints : « non on cause ! On dialogue bon il y a des gens de temps en temps par exemple sa sœur qui est en suisse qui nous prodigue des conseils... », « ...avec mon épouse, je la rassure plus dans le dialogue... ». Qui sont autant de variables très importantes à prendre en compte dans la construction rigide d'une vie de couple confrontée ou soumise à des problèmes d'un enfant aux besoins spécifiques. C'est ce qui traduit également la raison pour laquelle certains

couples réussissent là ou d'autres échouent et c'est ce qui explique la disparité qui existe entre les couples résilients et ceux non résilients.

6.5. SUGGESTION

Comme perspective nous avons émis des suggestions suivantes pour résoudre ce problème.

1. Suggestion à l'endroit de la famille, nous suggérons qu'une stratégie d'accompagnement puisse être mobilisée à l'endroit des différentes familles qui ont à leur sein un enfant en situation de handicap mental
2. A l'endroit des pouvoirs publics, nous suggérons un cadre d'accompagnement clinique non seulement pour des enfants handicapés mentaux, mais aussi pour des familles qui se trouvent être traumatisées

Les personnels de la santé pourraient introduire dans leurs conseils lors des visites prénatales les aspects liés à la sensibilisation sur ce phénomène.

3. A l'endroit de la société en générale, nous proposons une psychoéducation afin de déconstruire les représentations négatives liées aux handicaps mentaux

6.5.1. Pistes de recherche et perspectives préventives et ou thérapeutiques

Il nous paraîtrait opportun de pouvoir poursuivre notre démarche en renforçant notre cadre théorique et méthodologique de recherche. Sur le plan de nos hypothèses théoriques, une description plus fine des modalités de la problématique des familles, prenant en compte les obstacles tant externes (liés à l'environnement familial et social, qu'internes liés au fonctionnement psychique du sujet, à l'œuvre dans le processus parental, pourraient nous permettre de définir plus précisément les déterminants qui distinguent les parents qui parviennent à s'engager dans un travail d'intégration de soit de ceux qui présentent des difficultés dans leur construction identitaire. Cette description à partir d'une auto et hétéro évaluation du sujet, nous permettrait de spécifier les conditions de la mise en œuvre d'un processus de résilience aux familles en difficulté I'ighezzolo et de Tychev (2004).

Sur le plan méthodologique, une étude longitudinale de la construction identitaire de l'enfance à l'âge adulte nous permettrait de clarifier les continuums développementaux afin d'identifier les précurseurs et les traitements nécessaires en cas de troubles identitaires, observer les aspects sémiologiques évolutifs avec l'âge tant au niveau du développement de la personne autiste qu'au niveau de ses frères et sœurs pourraient nous permettre d'analyser l'impact de la présence des personnes autistes sur le fonctionnement psychologique parental à

chaque étape du développement. Cette analyse des transformations identitaires sur un échantillon déterminé de sujets suivi de l'enfance à l'adulte nous permettrait de caractériser à la fois la genèse de la représentation de soi de la fratrie et des parents et la manière dont celle-ci mentalise après coup son expérience

La symptomatologie clinique est une réponse à la culture. Notre civilisation nous interpelle sur le concept même de sublimation qui demeure à réinterroger. La sublimation pour Freud, était la clé du processus de symbolisation. Elle articulait pulsion et langage, affects et valeurs. La sublimation ne nie pas la réalité, elle en reconnaît, la contrainte mais elle passe outre, et au passage elle invente un langage. Le réel n'est pas nié, ni même évité, il est surmonté. Qu'a donc la sublimation de si dangereux pour être de si mauvaise face « le couple refoulement-sublimation, qui caractérisait le 20^{ème} siècle est-il remplacé par le déni et le passage à l'acte ? Un monde qui parvient à sublimer est un monde qui prend une forme, qui n'est pas informe comme l'actuelle confusion générale destine le nôtre à l'être ». Dans la question de l'affectivité, la clinique tant à faire observer combien les jeunes générations semblent avoir de puissantes difficultés à s'individuer pour cause de trop grand rapproché ou au contraire de carences affectives. Ils sont en effet aux crises avec un difficile travail de différenciation avec leur famille dont les enchevêtrements sont parfois difficiles à démêler.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de notre recherche portant sur le « vécu traumatique de la perception du handicap mental et de la résilience dans les familles ayant un enfant vivant avec autisme », partant des travaux précédents sur la question du handicap dans les familles, puis confronté à nos observations sur le terrain, nous sommes parvenus à nous intéresser au problème des processus intrapsychiques mis en jeu par chaque membre de la famille pour surmonter le traumatisme lié au handicap mental de leur membre. C'est dans cette perspective que nous avons cherché à comprendre comment la mise en place des processus de résilience favorise la capacité à surmonter la perception du handicap mental. En nous appuyant sur l'approche psychodynamique de la résilience de (Tychey et Lighezzolo, 2004) ce questionnement, à donner naissance à l'hypothèse générale selon laquelle « la mise en place des processus de résilience influence la capacité à surmonter le traumatisme causé par la perception du handicap mental chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme ». Ce qui a fait éclore quatre hypothèses de recherches, à savoir :

Hypothèse 1 : la mise en place du processus de mentalisation influence la capacité à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme.

Hypothèse 2 : une intellectualisation bien élaborée favorise la capacité à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme.

Hypothèse 3 : le déni de la réalité influence la capacité à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme.

L'hypothèse 4 : la mise en place des tuteurs de résilience favorise la capacité du sujet à surmonter le traumatisme de la perception du handicap mental chez les familles ayant un enfant vivant avec autisme.

Pour les éprouver, nous avons eu recours à un échantillon constitué de quatre familles, avec lesquelles nous avons eu des entretiens. Les informations ont été collectées via l'entretien semi directif. Les résultats montrent qu'il ressort que l'optimisme, la valorisation des parents, la bonne maîtrise de soi sont des mobiles qui retracent le vécu traumatique de nos répondants. L'étude laisse comprendre que la mentalisation et une intellectualisation sont des facteurs déterminants dans l'adaptation des familles en difficultés.

Le degré de handicap, l'évolution de signes pathologiques de l'enfant autiste, tout comme les modalités de sa prise en charge impliquent en effet des situations familiales

différentes et peuvent interférer sur le vécu des parents. Homogénéiser ces caractéristiques relatives à l'enfant autiste pourrait sans doute permettre de réduire la variabilité des observations réalisées au niveau de ces familles en situation. Le recours à la pratique de « boule de neige » a permis de repérer des parents témoins dans une population toute venante. Le lieu de rencontre peut constituer lui aussi un biais potentiel à signaler selon les cas familiaux, le cadre familial peut revêtir une connotation particulière pour le sujet et induire une restriction ou normalisation de son discours.

La possibilité donnée aux sujets de développer leur pensée en dehors du temps alloué à l'investigation a été rarement utilisée. L'échelle de résilience, le test sur l'estime de soi proposé au cours des deux rencontres ont permis de favoriser l'expression de chaque fonction de sa sensibilité au-delà de l'entretien initié, certains indicateurs d'opérationnalisation retenus pour tester nos hypothèses pourraient être affinés pour préciser comment les pré-organisations établies, pendant l'enfance se projettent chez les parents de personnes autistes.

Le recueil des traces rétrospectives du vécu parental à partir du discours narratif pour apprécier le développement psychique du sujet en relation avec les membres de sa famille. La mise en œuvre d'un processus de résilience familiale Delage (2008). En outre, au terme de cette recherche, nous avons pu mesurer la complexité des facteurs qui conditionnent l'impact d'un enfant en situation de handicap mental sur la famille. Les effets peuvent en être contradictoires, parfois structurants, parfois destructeurs, mais jamais neutres. C'est donc autour de la qualité du fonctionnement familial que semble se jouer une grande partie de l'adaptation de la famille face au handicap de l'enfant. Les réalités familiales, sociales, politiques et/ou culturelles peuvent structurer le contexte du vécu du traumatisme.

La construction de sens joue un rôle primordial dans le processus de reconstruction après un traumatisme. L'une des principales sources psychiques est l'impossibilité pour le sujet de reconstruire le système de signification brisé par le trauma. Pour y remédier, ces parents mettent en place des moyens de mécanisme de défense archaïque, tels que le déni, le clivage, la forclusion, le refoulement, etc. d'où le problème porte sur le défaut ou l'absence d'élaboration des stratégies de résilience dans le vécu traumatique dans la perception du handicap mental et résilience familiale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham, N., Torok, M. (2008). *L'écorce et le noyau*. Paris : Champs essais.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi peau*, Paris : Dunod
- Aristote (1934). *De Memoria et Reminiscencia, De l'âme*, Paris : Vrin.
- Artaud, A. (197). *Le Moine*. Paris : Gallimard.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation-Du pictogramme à l'énoncé*, Paris : PUF.
- Aulagnier, P., Valabrega, J.P. (2016). *Le désir et la perversion*. Paris : Seuil.
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements violents*, Paris : PUF.
- Balint, M. (2003). *Le défaut fondamental*, Paris : Payot.
- Baranger, M. (1985). « La situation analytique comme champ dynamique ». Paris : PUF.
- Barrois, C. (1998), *Les névroses traumatiques*, Paris : Dunod.
- Berger, M. (2004). *L'échec de la protection de l'enfant*, Paris : Dunod.
- Berger, M. (1987). *L'enfant et la souffrance de la séparation*, Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1972). *Abrégé de psychologie Pathologique*, 9ème édition, Paris : Masson.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris.
- Bergeret, J. (1986). « *Violence et évolution affective humaine Psychologie pathologique : Théorique et clinique* ». Paris : Masson.
- Bergeret, J. (1991). *Le psychanalyste à l'écoute de l'addiction*, Paris : Dunod.
- Bergson, H. (1965). *Matière et mémoire. Essai sur la relation du corps à l'esprit*. Paris : PUF.
- Bernateau, I. (2010). *L'adolescent et la séparation*, Paris : PUF.
- Bertaux, D. (2010). *L'enquête et ses méthodes, Le récit de vie*. Paris : Armand Collin.
- Bertrand, M. (2004). « Le spectre de la dépression », *Revue française de psychanalyse*, (68).
- Bion, W. (1963), *Éléments de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Bion, W. (1965), *Transformations*. Paris : PUF.
- Bleger, J. (1980), *Symbiose et ambiguïté*, Paris : PUF.
- Bonnet, C. (2000). « Entre récit et douleur : psychopathologie des récits de plaintes », thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille.
- Bonnet, G. (2000). *Avoir l'oeil, la violence du voir dans la jalousie*, in *Revue française de psychanalyse*, 1-1997 et *Le remords. Psychanalyse d'un meurtrier*. Paris, PUF.
- Boszormenyi-Nagy I. & Krasner, B. (1986). *Between Give and Take: A Clinical Guide to Contextual Therapy*, New York, Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy I. & Spark G. (1989). *Invisible loyalties: Reciprocity in Intergenerationnal Family Therapy* », Levittown, Brunner/Mazel.

- Boszormenyi-Nagy Y. (1991) « La confiance comme base thérapeutique : la méthode contextuelle », *Revue dialogue*, (111).
- Bourdieu, P. (1986). « Actes de la recherche en sciences sociales » 62/63, juin.
- Bourguignon, O. & Bydlowski, M. (2006). *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF.
- Bowen, M. (1984). *La différenciation de soi*, Paris, : ESF.
- Briole, G. & Lebigot, F. (1994). *Le traumatisme psychique. Rencontre et devenir*, Paris, Masson.
- Cyrulnik, B. & C. seron (Eds), *la résidence on comment renaître de sa souffrance*. Paris : Fabert.
- Cyrulnik, B. (1989). *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2000). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2003). *Echange avec des professionnels de la relation d'aide*.
- Cyrulnik, B. (2006). *Psychanalyse et résilience*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2009). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2012a). Pourquoi la résilience. In Cyrulnik, B. & Jorland, G. (Éds), *Résilience : connaissances de base* (pp. 222 p.). Paris : Éditions Odile Jacob.
- David, M. (2004). *Le placement familial, De la pratique à la théorie*, Paris : Ed. Dunod. de l'enfant (CIDE) [en ligne], <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx> (25Août, 2015).
- De Tychey, C. (2001). « Surmonter l'adversité ; les fondements dynamiques de la résilience ». *Cahier de Psychologie clinique*. 16, (1) 49-68. Development and psychopathology (1991), Dossier sur la définition de la maltraitance psychologique, p. 3-124.
- Delage, M. (2001). Traitement familial du traumatisme psychique. *Thérapie familiale*. 21 (3),273-287.
- Delage, M. (2004). « Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien ? ». *Thérapie Familiale*, 25 (3), 339-347.
- Delage, M. (2008). *La résilience familiale*. Paris: odile Jacob.
- Delay. C., Frauenfelder, A., Shulteis, F. (2007). *Maltraitance, contribution à une sociologie del'intolérable*. Paris : Le harmattan

- Desquesne, T. (2004). *Expérience migratoire en situation traumatique : douleur de la rupture ou tuteur de résilience*. Recherche clinique menée auprès des KLmers réfugiés en France après le génocide des années Pol-pot. Mémoire de maîtrise. Université René Descartes, Paris V.
- Doidge, N. (2007). *Les étonnants pouvoirs de transformation du cerveau. Guérie grâce à la neuroplasticité*. Belfond.
- Doron, R. & Parot, F. (1998). Dictionnaire de psychologie. Paris : Presse Université de France.
- Duparc, F. (2008). *Traumatisme et migration. Temporalité des traumatismes et métapsychologie*. DOI. 10.391/dia.85.0015 ERES . N° 185.
- Doucet, M. (2002). « Trajectoires de jeunes abandonnés dans l'enfance : entre récurrence et résilience ». *Prisme*, 38 (12), 66-82.
- Drapeau, S., Beaudoin, S., Marcotte, R. (2000). « La résilience des jeunes en contexte de déplacement : implications pour l'intervention ». *Intervention*, (112), 37-43.
- Dufour, M., Nadeau, L., Bertrand, K. (2000). « Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question ». *Child abuse and neglect*, 24(6), 781-2000.
- Dufour, M., Nadeau, L., Bertrand, K. (2000). « Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question ». *Child abuse and neglect*, 24(6), 781-2000.
- Dumaret, A. (2011). « Placement dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59 (5), 289-298.
- Dumaret, A. (2011). « Placement dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59 (5), 289-298.
- Dumont, M., Bernard, P. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Ste-Foy : Presse de l'Université du Québec.
- Duthie, M. (2000). « Therapeutic approach to reinforce resilience ». *Intervention*, (112), 103-105.
- Ebersold, S. et Bazin, A-L. (2005). *Le temps des servitudes. La famille à l'épreuve du handicap*. PUR
- Fernandez, L. & Pardinielli, J. L. (2006). La recherche en psychologie clinique. Version électronique. *Recherche en soins infirmiers*, (84), 41-51.
- Fortin, M. F. (2005). *Fondement et étapes du processus de recherche*. Université de Montréal.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*, Paris.
- Garnezy, N. (1984). Studies of stress-resistant children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, (55), 97-111.

- Garnezy, N. (1991). « Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty ». *American Behavioral Scientist*, (34), 416-430.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pédiatrie Analys*, 20(9), 459-60.
- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child development*, 55(1), 97-111. doi: 10.2307/1129837.
- Gauthier, B. (2000). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. 3^e édition. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ghiglione, R. & Blanchet, A. (1991). *Analyse de contenu*. Paris : Dunod.
- Glantz, M., Johnson, J. (1999). *Resilience and positive life adaptations*. New York: Académie/Plénum publishers.
- Guedeney, A. (2000). « Les déterminants précoces de la résilience ». In *Ces enfants qui tiennent le coup*. Sous la dir. de Boris Cyrulnik. p. 13-26= Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives.
- Hanus, M. (2001). *La résilience à quel prix ? Survivre et rebondir*. Paris : Maloine.
- Hawley, D. (2000). « Clinical implications of family resilience ». *The American Journal of Family Therapy*, (28), 101-116.
- Hegel, G. W. F. (1966). *Préface de la phénoménologie de l'esprit*. Paris : Aubier - Montaigne.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD-A syndrome in survivors of prolonged and reappeared trauma. *Journal of Traumatic Stress*, (5), 377-391.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P., & Fossion, P. (2011). The resilience scale for adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11(1), 53-70. doi: 10.1080/15305058.2010.508570.
- Hodgkin, R., Newell, P. (2010). *Manuel d'Application de la Convention Relative aux Droits de L'Enfant*. UNICEF, Genève.
- Hurtes, K. P., & Allen, L. R. (2001). Measuring resiliency in youth: The resiliency attitudes and skills profile. *Therapeutic Recreation Journal* 35(4), 333-334.
- Ionescu, S. (2011e). *Traité de résilience assistée* (1 re éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2015). De la résilience naturelle à la résilience assistée. Dans F. Julien Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (Éds), *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation*. Laval : CRIRES.

- Ionescu, S., & Bouteyre, E. (2011). Chômage et résilience assistée. Dans S. Ionescu (Ed.), *Traité de résilience assistée* (pp. 463-486). Paris : Presses universitaires de France,
- Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2011). Évaluation de la résilience. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 61-135). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jew, C. L., Green, K. E., & Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development (American Counseling Association)*, 32(2), 75.

ANNEXES

ANNEXE 1

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie
UNIVERSITE DE YAOUNDE I
FACULTES DES ARTS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES
BP : 755 Yaoundé
Tél. Fax : (237) 22 00 97 18
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF ARTS LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES
BP : 755 Yaoundé
Tél. Fax : (237) 22 00 97 18
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné **Jacques-Philippe TSALA TSALA**, Professeur des Universités, Chef de Département de psychologie, atteste que Madame **KUEMBOMVE MENGUINI Claudine Angèle** Matricule **14E718** est en cycle de recherche Master II depuis l'année académique **2020/2021**.

Son sujet de recherche s'intitule « **Traumatisme du spectre autistique : signifiants culturel et processus de résilience des familles ayant une personne vivant avec l'autisme** ». Ses travaux s'effectuent sous la direction de **Dr BANINDJEL Joachen**, Chargé de Cours.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

11 JAN 2021

Fait à Yaoundé, le

Jacques-Philippe TSALA TSALA
Professeur des Universités

Le Chef de Département



ANNEXE 2

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Nom du chercheur et fonction :

Sujet :

Vécu traumatique de la perception du handicap mental et résilience familiale. Cas des familles ayant un enfant vivant avec autisme.

REPOSE DU PARTICIPANT

Je reconnais que le processus de recherche décrit sur ce formulaire et dont je possède une copie est compris. Je sais que je peux poser des questions maintenant ou plus tard sur l'étude. Il m'a été rassuré que les données seront gardées confidentiellement et qu'aucune information ne sera publiée ou donnée relevant mon identité sans mon consentement. Je comprends que je suis libre de me retirer en tout temps. Par la présente, je consens librement que je participe complètement à l'étude.

Date et signature du participant

Date et signature du chercheur

LETTRE DE NOTIFICATION ADRESSEE AUX PARENTS

Lettre d'information et de consentement adressée aux parents concernant l'enquête portant sur le sujet intitulé : vécu traumatique de la perception du handicap mental et résilience familiale. Cas des familles ayant un enfant vivant avec autisme

Yaoundé le 20 Septembre 2021

Madame, Monsieur

Moi, KUEMBOMVE MENGUINI Claudine Angèle, étudiante de Master II Faculté des sciences des Arts, des lettres et des sciences humaines de l'université de Yaoundé I et avec la tutelle du département de psychologie, dans cet établissement, est à l'initiative d'une enquête auprès des parents d'enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA ou autisme)

Cette enquête en partenariat avec le Centre Médico Pédagogique ELA de Yaoundé et la Faculté des sciences des Arts, des lettres et des sciences humaines de l'université de Yaoundé I) pour objectif de retenir les témoignages des parents ayant avec un enfant vivant avec autisme de ce centre sur la perception du handicap mental, la qualité des relations , la qualité de vie , le vécu de la famille et le soutien (médicosocial , pédagogique et psycho éducatif) de ces enfants et leurs familles au Cameroun.

Pourquoi mener cette enquête ?

Connaitre les difficultés et les connaissances, les besoins et les difficultés des parents des enfants vivant avec autisme à travers les informations recueillies lors de cette enquête , permettra de proposer des lignes d'accompagnement aux pouvoirs publics pour une bonne prise en charge globale de ses enfants et leurs familles.

Sans données fiables et objectives, il est difficile de faire des propositions concrètes pour l'amélioration de la qualité de la vie des enfants vivant avec autisme et leurs familles.

Les données de cette enquête permettront donc non seulement de remonter les besoins aux décideurs mais également de développer la recherche scientifique sur le traumatisme

Comment l'enquête va-t-elle se dérouler ?

Nous souhaiterions entrer en contact avec l'un des parents père et mère ou l'un des deux pour une entrevue de 30 minutes au cours d'une réunion organisée à l'école de leur enfant .

Informations importantes

Toutes les informations recueillies dans cette étude resteront strictement anonymes et confidentielles. Votre nom ou celui de votre enfant n'est pas exigé lors de cette enquête. La participation à cette enquête est libre et volontaire, mais importante ! si vous souhaitez participer, bien vouloir exprimer votre consentement écrire en signant au bas de cette page et nous retourner la copie originale.

ANNEXE 3

CORPUS D'ENTRETIEN

Comme mécanisme de défense, ces familles vivent le déni de la réalité. Toutefois, pour mener à bien les entretiens, l'étudiant(e) doit établir une relation de confiance, afin qu'elles prennent conscience du problème en les confrontant à la réalité, en leur montrant qu'on les aime et qu'on ne les juge pas, leur montrer qu'elles ne sont pas seules et qu'elles peuvent s'en sortir en prenant conscience du problème.

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PARENTS D'ENFANTS AUTISTES DU C.M.P D'EMANA SUR LE SUJET "VECU TRAUMATIQUE DE LA PERCEPTION DU HANDICAP MENTAL ET RESILIENCE FAMILIALE. CAS DES FAMILLES AYANT UN ENFANT VIVANT AVEC AUTISME".

Données socioeconomicodémographiques du représentant de la famille 1 et de l'enfant autiste.

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT 1

Etudiante : bonjour madame, Comment allez-vous ?

Participante 1 : bonjour, je vais bien, par la grâce de Dieu.

Etudiante : je suis étudiante en master 2 de l'Université de Yaoundé 1. Je suis ici pour vous entretenir par rapport à l'état de santé de votre enfant.

Etudiante : Qui êtes-vous pour cet enfant ?

Participante 1 : Je suis la mère de cet enfant.

Etudiante : Quel est votre âge ?

Participante 1 : J'ai 33 ans.

Etudiante : Où résidez-vous ?

Participante 1 : Je réside à Nkomkana

Etudiante : Quel est votre niveau d'étude ?

Participante 1 : j'ai obtenu un CEP

Etudiante : Quelle est votre profession ?

Participant 1 : je suis commerçante.

Etudiante : Quel est votre métier ?

Participant 1 : je suis ménagère.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Etudiante : Quel est son âge ?

Participant 1 : Il a 5 ans

Etudiante : Quel est son sexe ?

Participant 1 : Il de sexe masculin

DONNEES FAMILIALES

Etudiante : quel est le nombre d'enfants dans la fratrie ?

Participant 1 : j'ai 2 enfants

Etudiante : Quel est le rang de l'enfant avec autisme dans la fratrie ?

Participant 1 : C'est mon deuxième fils.

Etudiante : Existe-t-il d'autres frères et sœurs autistes dans la famille ? Si oui, combien de filles et/ou de garçons ?

Participant 1 : Pas à ma connaissance.

Etudiante : combien de femmes possède votre mari ?

Participant 1 : je suis seule.

Etudiante : De quelle religion êtes-vous ?

Participant 1 : Je suis catholique d'origine mais je prie actuellement chez les pentecôtistes.

Etudiant : y' a-t-il des antécédents de maladie dans votre famille ? Si oui, lesquelles ?

Participant 1 : Oui, l'hypertension artérielle et le diabète.

CONNAISSANCES DES PARENTS SUR L'AUTISME

Etudiante : Quand avez-vous découvert la maladie de votre enfant ?

Participant 1 : Quand il avait 3 mois, il ne pouvait fixer du regard un objet qu'on lui présentait. Il ne réagissait pas quand on lui faisait des grimaces.

Etudiante : Quelle idée aviez-vous de la maladie de votre enfant avant de savoir qu'il s'agissait de l'autisme ?

Participant 1 : J'ai pensé qu'on lui a lancé un sort.

Etudiante : Quelles sont vos relations avec les voisins ?

Participant 1 : Voisins ? Ils nous regardent avec mépris et nous traitent de sorcières. Ils interdisent à leurs enfants de fréquenter les nôtres.

DIFFICULTES ET SOUTIEN DES FAMILLE AVEC UN ENFANT AUTISTE

Etudiante_: Quels types de besoins avez-vous ?

Participant 1 : Nous avons besoin des finances pour l'éducation de notre enfant et pour sa prise en charge quand il est malade.

Etudiant : Bénéficiez-vous des prestations à domicile ? Sanitaires, éducatives, pédagogiques, psychologiques ?

Participant 1 : Non ! Rien de tout cela.

QUALITES DES RELATIONS A LA MAISON ET NIVEAU D'APPRENTISSAGE

ETUDIANTE : Relation père et mère de l'enfant autiste (sur le trouble de l'enfant).

PARTICIPANTE 1 : Depuis le diagnostic de l'enfant il s'est installé entre nous la culpabilité.

Etudiante : Relations entre la fratrie et l'enfant autiste.

Participant 1 : Son frère aîné prend soin, il le lave, bref, il est affectif.

ETUDIANTE : Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relation avec les autres ?

PARTICIPANTE 1 : Très sérieuses dans tous les domaines que vous venez d'énumérer.

ETUDIANTE : Quand avez-vous constaté qu'il n'était pas comme les autres enfants et comment avez-vous réagi à l'annonce du diagnostic ?

PARTICIPANTE 1 : Parce que à un an enfant quand même ça fait blablablablabla.

ETUDIANTE : Oui, ils babillent.

PARTICIPANTE 1 : - Oui ils babillent,

- **Oui ils babillent**, le babillage des enfants, lui c'est n'était pas du babillage. Lui il faisait toujours nmnhmeh comme ça. Ça, je trouvais bizarre. Et puis vers 2 ans comme ça, ça ne s'arrangeait pas et que les mots n'apparaissaient pas.

L'annonce est difficile à entendre, c'est comme si on m'a enfoncé un poignard dans le cœur (en pleurant).

ETUDIANTE : Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de votre enfant ? La vie à la maison, les amitiés, les apprentissages à l'école, les loisirs.

PARTICIPANTE 1 : Ces difficultés interviennent entièrement dans sa vie ainsi que dans tous les autres aspects.

IMPACT FAMILIAL DU HANDICAP DE L'ENFANT

ETUDIANTE : Selon vous, quelles sont les conséquences familiales d'avoir un enfant avec handicap dans la famille ?

PARTICIPANTE 1 : S'occuper des besoins de l'enfant a créé des contraintes de temps supplémentaires. Je ne peux même plus faire mon petit commerce. Il y'a un bouleversement désagréable des habitudes de vie familiales. Cette expérience nous a apporté sur le plan spirituel une bonne communion avec Dieu ; je sais que mon Dieu délivrera un jour mon fils. Avoir un enfant avec handicap a entraîné une restriction des relations sociales en dehors du foyer. Le stress chronique au sein de la famille a été une conséquence. La situation a créé des tensions au sein de mon couple. La santé physique des membres de la famille a été affectée par la situation de l'enfant.

ETUDIANTE : Quels sont vos projets pour son éducation ?

PARTICIPANTE 1 : J'aimerais bien qu'il poursuive ses études en espérant bien qu'on aura assez de moyens dans l'avenir.

QUESTION DE L'ECHELLE FAMILY AFFLUENCE SCALE

ETUDIANTE : Quelle est la relation que vous entretenez dans votre couple depuis la venue de cet enfant

PARTICIPANTE 1 : Mon époux est très angoissé et il a beaucoup de peurs qui se retranscrivent dans notre couple. L'équilibre tient souvent à des canaux de communication qui ne sont pas toujours ajustés, tout simplement.

RESSOURCE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE

ETUDIANTE : Ressource et fonctionnement de votre famille.

PARTICIPANTE 1 : Nous avons des difficultés à planifier les activités familiales parce que nous nous comprenons mal.

FACTEURS EXTERIEURS : EQUIPEMENT

ETUDIANTE : Avez-vous fait des agrandissements spécifiques pour votre enfant dans votre maison ?

PARTICIPANTE 1 : Non ! Nous sommes des locataires.

ETUDIANTE : Votre enfant dispose-t-il des toilettes spécifiques adaptées ?

PARTICIPANTE : non ! nous vivons dans une maison classique.

ETUDIANTE : Bénéficiez-vous d'un service de garde de votre enfant à l'extérieur pendant quelques jours, nuits comprises (aide complémentaire) ?

PARTICIPANTE : Non ! je n'ai pas des parents vivant à yaoundé pour m'aider à le garder pendant mon absence.

L'ECHELLE DE DETRESSE PARENTALE

ETUDIANTE : avez-vous l'impression que vous gérez bien la situation de votre enfant ?

PARTICIPANTE : Je me sens prisonnière de mes responsabilités en tant que parent, je me sens seule et sans amis.

ETUDIANTE : Bénéficiez-vous du soutien psychologique pour mieux vivre le handicap de votre enfant ?

PARTICIPANTE : Non !

ETUDIANTE : Avez-vous échangé avec votre mari de vos ressentis et émotions ?

PARTICIPANTE : Je ne sais pas comme réagir et établir un dialogue, le handicap de l'enfant prend beaucoup de place dans le couple, c'est très fatigant.

ETUDIANTE : Une thérapie de couple pourrait vous permettre de livrer chacun ce que vous avez sous les cœurs et de trouver ensemble un rythme qui vous conviennent. Si non, je ne peux qu'encourager à débiter un accompagnement de votre côté pour accepter qu'il chemine différemment de vous et faire le point sur vos attentes, besoins et limites. Je reste disponible à votre écoute.

Merci de votre participation à la réalisation de cette étude.

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT 2

Etudiant 2 : bonjour Monsieur, Comment allez-vous ?

Participant 2 : bonjour, je vais bien.

Etudiante : je suis étudiante en master 2 de l'Université de Yaoundé 1. Je suis ici pour vous entretenir par rapport à l'état de santé de votre enfant.

Etudiante : Qui êtes-vous pour cet enfant ?

Participant 2 : Je suis son père.

Etudiante : Quel est votre âge ?

Participant 2 : J'ai 34 ans.

Etudiante : Où résidez-vous ?

Participant 2 : Je vis à Tsinga

Etudiante : Quel est votre niveau d'étude ?

Participant 2 : je suis titulaire d'une licence.

Etudiant : Quelle est votre profession ?

Participant 2 : je suis fonctionnaire.

Etudiant : Quel est votre métier ?

Participant 2: je suis employé de bureau.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Etudiant : Quel est son âge ?

Participant 2 : Elle a 11 ans

Etudiante : Elle est de quel sexe ?

Participant 2 : Elle de sexe féminin

DONNEES FAMILIALES

Etudiante : quel est le nombre d'enfants dans la fratrie ?

Participant 2 : j'ai 4 enfants

Etudiante : Quel est le rang de l'enfant avec autisme dans la fratrie ?

Participant 2 : Deuxième de la fratrie.

Etudiante : Existe-t-il d'autres frères et sœurs autistes dans la famille ? Si oui, combien de filles et/ou de garçons ?

Participant 2 : Non.

Etudiante : combien de femmes avez-vous ?

Participant 2 : je n'ai qu'une seule femme.

Etudiante : De quelle religion êtes-vous ?

Participant 2 : Je suis traditionaliste.

Etudiant : y' a-t-il des antécédents de maladie dans votre famille ? Si oui, lesquelles ?

Participant 2 : Oui, le diabète et le cancer.

CONNAISSANCES DES PARENTS SUR L'AUTISME

Etudiante : Quand avez-vous découvert la maladie de votre enfant ?

Participant 2 : A sa naissance, on constata que l'enfant ne respirait pas bien et au fur et à mesure que l'âge avançait, elle ne pouvait pas bien articuler les mots.

Etudiante : Quelle idée aviez-vous de la maladie de votre enfant avant de savoir qu'il s'agissait de l'autisme ?

Participant 2 : J'ai toujours accusé la négligence des enfants pour n'avoir pas mis ma fille sous assistance respiratoire.

Etudiante : Quelles sont vos relations avec les voisins ?

Participant 2 : Aucune relation.

DIFFICULTES ET SOUTIEN DES FAMILLE AVEC UN ENFANT AUTISTE

Etudiante : Quels types de besoins avez-vous ?

Participant 2 : J'ai besoin des finances pour m'occuper d'elle et du reste de ses frères.

Etudiant : Bénéficiez-vous des prestations à domicile ? Sanitaires, éducatives, pédagogiques, psychologiques ?

Participant 2 : Non ! Rien de tout cela.

QUALITES DES RELATIONS A LA MAISON ET NIVEAU D'APPRENTISSAGE

ETUDIANTE : Relation père et mère de l'enfant autiste (sur le trouble de l'enfant).

PARTICIPANT 2 : Le support est mutuel, nous nous partageons les tâches.

Etudiante : Relations entre la fratrie et l'enfant autiste.

PARTICIPANT 2 : Ses frères la ramènent à la raison lorsqu'elle commet une erreur d'inattention.

ETUDIANTE : Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relation avec les autres ?

PARTICIPANT 2 : A vrai dire, elle a obtenu son CEP mais elle n'est pas du tout concentrée.

ETUDIANTE : Quand avez-vous constaté qu'il n'était pas comme les autres enfants et comment avez-vous réagi à l'annonce du diagnostic ?

PARTICIPANT 2 : Lorsque le médecin déclara qu'elle souffre de dysphasie de langage et surtout que nous avons observé des lacunes telles que le manque de concentration, le repliement sur soi et l'absence de l'interaction sociale.

ETUDIANTE : Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de votre enfant ? La vie à la maison, les amitiés, les apprentissages à l'école, les loisirs ?

PARTICIPANT 2 : Tout à fait.

IMPACT FAMILIAL DU HANDICAP DE L'ENFANT

ETUDIANTE : Selon vous, quelles sont les conséquences familiales d'avoir un enfant avec handicap dans la famille ?

PARTICIPANT 2 : S'occuper des besoins de l'enfant a créé des contraintes de temps supplémentaires. Il y'a un bouleversement désagréable des habitudes de vie familiales. Avoir un enfant avec handicap a entraîné une restriction des relations sociales en dehors du foyer. Le stress chronique au sein de la famille a été une conséquence. A cause de la situation de l'enfant, les parents hésitent de téléphoner à leurs amis ou connaissances.

ETUDIANTE : Quels sont vos projets pour son éducation ?

PARTICIPANT 2 : J'aimerais qu'elle poursuive ses études au secondaire après son CEP.

QUESTION DE L'ECHELLE FAMILY AFFLUENCE SCALE

ETUDIANTE : Quelle est la relation que vous entretenez dans votre couple depuis la venue de cet enfant

PARTICIPANT 2 : Ma fille partage une même chambre avec sa sœur.

RESSOURCE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE

ETUDIANTE : Ressource et fonctionnement de votre famille.

PARTICIPANT 2 : Oui, j'ai un ordinateur pour moi et madame.

FACTEURS EXTERIEURS : EQUIPEMENT

ETUDIANTE : Avez-vous fait des agrandissements spécifiques pour votre enfant dans votre maison ?

PARTICIPANT 2 : Oui, j'ai une très grande maison bien équipée et une large cour.

ETUDIANTE : Votre enfant dispose-t-il des toilettes spécifiques adaptées ?

PARTICIPANT 2 : Oui ! j'ai des toilettes spécifiques adaptées.

ETUDIANTE : Bénéficiez-vous d'un service de garde de votre enfant à l'extérieur pendant quelques jours, nuits comprises (aide complémentaire) ?

PARTICIPANTE : Oui, j'ai souvent des membres de la famille qui m'assistent.

L'ECHELLE DE DETRESSE PARENTALE

ETUDIANTE : avez-vous l'impression que vous gérez bien la situation de votre enfant ?

PARTICIPANT 2 : L'autisme est un handicap qui est quand même particulier il ne s'inscrit pas bien dans les structures pour enfant handicapé. Avoir cet enfant a entraîné plus de problèmes que je n'avais imaginés dans mes rapports avec moi-même, conjointe, amis. Je trouve que je sacrifie beaucoup plus l'aspect de ma vie pour satisfaire les besoins de l'enfant que je l'avais imaginé.

ETUDIANTE : Bénéficiez-vous du soutien psychologique pour mieux vivre le handicap de votre enfant ?

PARTICIPANT 2 : Non !

ETUDIANTE : Avez-vous échangé avec votre mari de vos ressentis et émotions ?

PARTICIPANT 2 : Mais il est difficile de se débarrasser du passé, à cette mort du cœur qui s'appelle "autisme", au néant de l'abdication.

ETUDIANTE : Pourtant, rester dans le passé ne nous fait pas avancer. Alors, pensez au futur votre avenir. Gardez le sourire et allons vers l'avenir.

Merci de votre participation à la réalisation de cette étude.

Données socioeconomicodémographiques du représentant de la famille 3 et de l'enfant autiste.

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT 3

Etudiante : bonjour monsieur, Comment allez-vous ?

Participant 3 : bonjour, je vais bien.

Etudiante : je suis étudiante en master 2 de l'Université de Yaoundé 1. Je suis ici pour vous entretenir par rapport à l'état de santé de votre enfant.

Etudiante : Qui êtes-vous pour cet enfant ?

Participant 3 : Je suis le père de cet enfant.

Etudiante : Quel est votre âge ?

Participant 3 : J'ai 63 ans.

Etudiante : Où résidez-vous ?

Participant 3 : Je réside à Obili

Etudiante : Quel est votre niveau d'étude ?

Participant 3 : j'ai obtenu une licence

Etudiante : Quelle est votre profession ?

Participant 3 : j'étais fonctionnaire mais aujourd'hui retraité.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Etudiante : Quel est son âge ?

Participant 3 : Il a 30 ans

Etudiante : Quel est son sexe ?

Participant 3 : Il de sexe masculin

DONNEES FAMILIALES

Etudiante : quel est le nombre d'enfants dans la fratrie ?

Participant 3 : j'en ai 2

Etudiante : Quel est le rang de l'enfant avec autisme dans la fratrie ?

Participant 3 : Il occupe le premier rang.

Etudiante : Existe-t-il d'autres frères et sœurs autistes dans la famille ? Si oui, combien de filles et/ou de garçons ?

Participant 3 : Il n'existe pas en dehors de mon fils.

Etudiante : combien de femmes possède votre mari ?

Participant 3 : je n'ai qu'une seule femme.

Etudiante : De quelle religion êtes-vous ?

Participant 3 : Je suis de la religion protestante.

Etudiant : y' a-t-il des antécédents de maladie dans votre famille ? Si oui, lesquelles ?

Participant 3 : Oui, l'hypertension artérielle, le cancer et le diabète.

CONNAISSANCES DES PARENTS SUR L'AUTISME

Etudiante : Quand avez-vous découvert la maladie de votre enfant ?

Participant 3 : C'est à 6 mois qu'on découvre qu'il a un handicap moteur cérébrale, hypoxie périnatale et prématurité qui est relatif à l'autisme non verbal sévère.

Etudiante : Quelle idée aviez-vous de la maladie de votre enfant avant de savoir qu'il s'agissait de l'autisme ?

Participant 3 : J'avais déjà pris connaissance de cet handicap car on en trouve dans les centres des handicapés .

Etudiante : Quelles sont vos relations avec les voisins ?

Participant 3 : Voisins ?passable, quelque fois un bonjour du signe de la tête.

DIFFICULTES ET SOUTIEN DES FAMILLE AVEC UN ENFANT AUTISTE

Etudiante_: Quels types de besoins avez-vous ?

Participant 3 : Comme tout parent désirant voir une amélioration s'opérer j'aurai besoin de finances pour son éducation dans le secondaire.

Etudiant : Bénéficiez-vous des prestations à domicile ? Sanitaires, éducatives, pédagogiques, psychologiques ?

Participant 3 : Non !

QUALITES DES RELATIONS A LA MAISON ET NIVEAU D'APPRENTISSAGE

ETUDIANTE : Relation père et mère de l'enfant autiste (sur le trouble de l'enfant).

Participant 3 : Chez moi c'est un soutien mutuel entre ma femme et moi nous sommes soudés

ETUDIANTE : Relations entre la fratrie et l'enfant autiste.

Participant 3 : Ma deuxième fille est très affective envers son frère.

ETUDIANTE : Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relation avec les autres ?

PARTICIPANT 3 ! : Oui il éprouve des difficultés mineures en ce qui concerne la concentration. Mais son état physique ne lui permet pas d'avoir des relations avec des enfant de son âge. Il est tout le temps seul dans son coin.

ETUDIANTE : Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de votre enfant ? La vie à la maison, les amitiés, les apprentissages à l'école, les loisirs.

PARTICIPANT 3 : Oui !

IMPACT FAMILIAL DU HANDICAP DE L'ENFANT

ETUDIANTE : Selon vous, quelles sont les conséquences familiales d'avoir un enfant avec handicap dans la famille ?

PARTICIPANT 3 : S'occuper des besoins de l'enfant a créée des contraintes de temps supplémentaires. Il y'a un bouleversement désagréable des habitudes de vie familiales.. Avoir un enfant avec handicap a entraîné une restriction des relations sociales en dehors du foyer. Le stress chronique au sein de la famille a été une conséquence. La situation a créé des tensions au sein de mon couple. La santé physique des membres de la famille a été affectée par la situation de l'enfant. Avoir un enfant avec handicap réduit le temps que les membres de la famille peuvent passer les uns avec les autres en dehors du temps passé avec l'enfant. Elever un enfant avec handicap a donné plus de sens à la vie pour les membres de la famille

ETUDIANTE : Quels sont vos projets pour son éducation ?

PARTICIPANT 3 : Qu'il apprenne un métier t qu'il devienne autonome .

ETUDIANTE : Quels sont les stratégies que vous adaptez pour vaincre le stress ?

PARTICIPANT 3 : je me remets entre les mains du bon DIEU qui me donne la force d'avancer malgré cette souffrance psychique.

QUESTION DE L'ECHELLE FAMILY AFFLUENCE SCALE

ETUDIANTE : Quelle est la relation que vous entretenez dans votre couple depuis la venue de cet enfant

PARTICIPANT 3 : Franchement elle est plutôt pas mal. Elle semble fuir une conversation en rapport avec le handicap de notre fils.

ETUDIANTE : Votre fils a une chambre à lui tout seul ?

PARTICIPANT 3 : Oui ! mon fils a une chambre à lui tout seul.

RESSOURCE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE

ETUDIANTE : Ressource et fonctionnement de votre famille. Parlez-en.

PARTICIPANT 3 : Nous sommes capables de prendre les décisions sur la façon de réglé nos problèmes.

FACTEURS EXTERIEURS : EQUIPEMENT

ETUDIANTE : Avez-vous fait des agrandissements spécifiques pour votre enfant dans votre maison ?

PARTICIPANT 3 : Non, je suis en location et j'ai un espace étroit pour circulé.

ETUDIANTE : Votre enfant dispose-t-il des toilettes spécifiques adaptées ?

PARTICIPANT 3 : oui ! la maison est moderne.

ETUDIANTE : Bénéficiez-vous d'un service de garde de votre enfant à l'extérieur pendant quelques jours, nuits comprises (aide complémentaire) ?

PARTICIPANT 3 : Oui! Ma belle-mère prend le relais dans la garde de notre fils.

L'ECHELLE DE DETRESSE PARENTALE

ETUDIANTE : avez-vous l'impression que vous gérez bien la situation de votre enfant ?

PARTICIPANT 3 : C'est mon enfant, c'est ma progéniture. Je me bats à mon niveau, j'accepte sa situation. C'est la vie, elle est préférable avec ses blessures et ses douleurs aux noires ténèbres du dégoût, au poison du mépris qu'on appelle « autisme ».

Depuis que j'ai eu cet enfant j'ai l'impression que je ne peux presque jamais faire les choses que j'aime

ETUDIANTE : Bénéficiez-vous du soutien psychologique pour mieux vivre le handicap de votre enfant ?

PARTICIPANT 3 : Non !

ETUDIANTE : Avez-vous échangé avec votre épouse de vos ressentis et émotions quant à la pérennité de votre relation

PARTICIPANT 3 : Pas facile, elle se met souvent dans le rôle de la victime.

ETUDIANTE : Comment vous vous sentez aujourd'hui après toutes ces années de turbulences ?

PARTICIPANT 3 : Je me suis connecté à mon temps présent. J'ai découvert mon cœur, mon esprit aussi, en partie. Juste ce qu'il faut pour être aligné. Je vais beaucoup mieux. J'ai des épreuves comme tout le monde. Je les travers avec paix.

ETUDIANTE : Continuez sur cette lancée

Merci de votre participation à la réalisation de cette étude.

Données socioeconomicodémographiques du représentant de la famille 4 et de l'enfant autiste.

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT 4

Etudiante : bonjour madame, Comment allez-vous ?

Participante 4 : bonjour, je vais bien, par la grâce de Dieu.

Etudiante : je suis étudiante en master 2 de l'Université de Yaoundé 1. Je suis ici pour vous entretenir par rapport à l'état de santé de votre enfant.

Etudiante : Qui êtes-vous pour cet enfant ?

Participante 4 : Je suis la mère de cet enfant.

Etudiante : Quel est votre âge ?

Participante 4 : J'ai 44 ans.

Etudiante : Où résidez-vous ?

Participante 4 : Je réside à Eleveur

Etudiante : Quel est votre niveau d'étude ?

Participante 4 : j'ai obtenu un CAP

Etudiante : Quelle est votre profession ?

Participante 4 : je suis commerçante.

Etudiante : Quel est votre métier ?

Participante 4 : je suis ménagère.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Etudiante : Quel est son âge ?

Participante 4 : Il a 3 ans

Etudiante : Quel est son sexe ?

Participante 4 : Il de sexe masculin

DONNEES FAMILIALES

Etudiante : quel est le nombre d'enfants dans la fratrie ?

Participant 4 : j'ai 5 enfants : 02 garçons et 03 filles

Etudiante : Quel est le rang de l'enfant avec autisme dans la fratrie ?

Participant 4 : Il occupe le cinquième rang.

Etudiante : Existe-t-il d'autres frères et sœurs autistes dans la famille ? Si oui, combien de filles et/ou de garçons ?

Participant 4 : Non !

Etudiante : combien de femmes possède votre mari ?

Participant 4 : je suis la seule.

Etudiante : De quelle religion êtes-vous ?

Participant 4 : Je suis aujourd'hui pentecôtiste.

Etudiant : y' a-t-il des antécédents de maladie dans votre famille ? Si oui, lesquelles ?

Participant 4 : Oui, dans ma famille les gens souffrent de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'asthme

CONNAISSANCES DES PARENTS SUR L'AUTISME

Etudiante : Quand avez-vous découvert la maladie de votre enfant ?

Participant 4 : A l'âge de 3 mois.

Etudiante : Quelle idée aviez-vous de la maladie de votre enfant avant de savoir qu'il s'agissait de l'autisme ?

Participant 4 : J'ai tout de suite pensé à une attaque de sorcellerie.

Etudiante : Quelles sont vos relations avec les voisins ?

Participant 4 : Un petit bonjour et rien d'autres.

DIFFICULTES ET SOUTIEN DES FAMILLES AVEC UN ENFANT AUTISTE

Etudiante : Quels types de besoins avez-vous ?

Participant 4 : Nous avons besoin des finances pour l'éducation de notre enfant et pour sa prise en charge quand il est malade.

Etudiant : Bénéficiez-vous des prestations à domicile ? Sanitaires, éducatives, pédagogiques, psychologiques ?

Participant 4 : Pas du tout.

QUALITES DES RELATIONS A LA MAISON ET NIVEAU D'APPRENTISSAGE

ETUDIANTE : Relation père et mère de l'enfant autiste (sur le trouble de l'enfant).

PARTICIPANTE 4 : Son père est en prison(en pleurant).

Etudiante : Du courage madame DIEU veille sur vous et sur vos enfants.

Etudiante : Relations entre la fratrie et l'enfant autiste.

Participant 4 : Ses aînés s'occupent de lui .

ETUDIANTE : Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relation avec les autres ?

PARTICIPANTE 4 : Oui ! Dans l'ensemble.

ETUDIANTE : Quand avez-vous constaté qu'il n'était pas comme les autres enfants et comment avez-vous réagi à l'annonce du diagnostic ?

PARTICIPANTE 4 : Parce qu'il ne pouvait pas se tenir debout à un an, ni même babiller.

L'annonce du diagnostic est difficile à entendre c'est comme si j'avais reçu un choc. Prise d'un vertige j'ai failli m'écrouler

ETUDIANTE : Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de votre enfant ? La vie à la maison, les amitiés, les apprentissages à l'école, les loisirs.

PARTICIPANTE 4 : Oui, certes.

IMPACT FAMILIAL DU HANDICAP DE L'ENFANT

ETUDIANTE : Selon vous, quelles sont les conséquences familiales d'avoir un enfant avec handicap dans la famille ?

PARTICIPANTE 4 : Cette expérience nous a apporté sur le plan spirituel une bonne communion avec DIEU espérant qu'il délivrera mon enfant. Le stress chronique au sein de la famille a été une conséquence.

ETUDIANTE : Quels sont vos projets pour son éducation ?

PARTICIPANTE 4 : J'aimerais bien qu'il poursuive ses études espérant qu'il aura un avenir meilleur.

QUESTION DE L'ECHELLE FAMILY AFFLUENCE SCALE

ETUDIANTE : Est-ce que votre fils a une chambre à lui tout seul ?

PARTICIPANTE 4 : Non, il dort dans ma chambre. Les enfants autistes dorment mal et se couchent tard, ils se lèvent tôt, ils se lèvent dans la nuit c'est 24 heures/24 donc c'est épuisant c'est une période d'enfer

RESSOURCE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE

ETUDIANTE : Ressource et fonctionnement de votre famille.

PARTICIPANTE 4 : Nous avons des difficultés à planifier les activités familiales parce que je ne le peux toute seule ; car mon mari est écroué dans une prison. Ma belle-famille me rejette il y a beaucoup de sentiment négatif dans notre famille. Nous ne pouvons pas parler de la tristesse que nous ressentons

FACTEURS EXTERIEURS : EQUIPEMENT

ETUDIANTE : Avez-vous fait des agrandissements spécifiques pour votre enfant dans votre maison ?

PARTICIPANTE 4 : c'est impossible car je suis locataires dans une maison très étroite.

ETUDIANTE : Votre enfant dispose-t-il des toilettes spécifiques adaptées ?

PARTICIPANTE 4 : oui ! nous vivons dans une maison moderne.

ETUDIANTE : Bénéficiez-vous d'un service de garde de votre enfant à l'extérieur pendant quelques jours, nuits comprises (aide complémentaire) ?

PARTICIPANTE 4 : Non ! je n'ai personne pour le faire.

L'ECHELLE DE DETRESSE PARENTALE

ETUDIANTE : avez-vous l'impression que vous gérez bien la situation de votre enfant ?

PARTICIPANTE 4: Je me sens prisonnière de mes responsabilités en tant que parent, je me sens seule et sans amis. Pendant trois ans je n'ai pas pu dormir une nuit complète. Je ne pouvais pas sortir seule il y a le regard des autres qui est très pénible. Des gens qui vous insultent au quartier pour avoir accouché un enfant autiste quand il y a des difficultés liées à un enfant qui es super pénible, super fatiguant, les difficultés parce qu'on a quand même envie de l'aider à s'en sortir, et puis le fait qu'il n'y ait pas de structure, pas de garde, pas d'aide, pas d'endroit stable pour y habiter, virer même des locations

ETUDIANTE : Du courage soyez fortifiée au nom de Jésus-Christ. Vous ignorez peut être que vous n'êtes pas la seule dans cette situation.

PARTICIPANTE 4: Oui c'est vrai mais parfois difficile. Lors de la perte d'un être cher il faut le temps du deuil pour continuer à accepter cette perte. Le temps est précieux, je sais, mais la douleur et la tristesse sont présentes. Alors je laisse le temps au temps pour que cette cicatrice puisse se cicatriser.

ETUDIANTE : « il faut saisir la verte créatrice du temps et se dire une fois pour toutes qu'il est toujours temps de bien agir » **MARTIN Lutter King**

Merci de votre participation à la réalisation de cette étude.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE :	5
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	6
1.1 - CONTEXTE DE L'ETUDE ET JUSTIFICATION.....	8
1.1.1. Contexte de l'étude	8
1.1.2 Justification	10
1.2 CONSTATS ET PROBLÈME DE L'ÉTUDE	12
1.2.1 constats.....	12
1.2.2 Formulation et position du problème	12
1.2.3 Enoncé du problème	14
1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE	15
1.4. L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE	16
1.5. LES INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	16
1.5. LES DÉLIMITATIONS DE L'ÉTUDE.....	17
1.5.1. Au plan thématique	17
1.5.2. Au plan théorique.....	17
1.5.3. Au plan spatio-temporel.....	17
1.6. CLARIFICATION DES CONCEPTS.....	17
1.6.1. Famille	17
1.6.2. Handicap	20
1.6.2.1 Le handicap mental	21
1.6.2.2 Handicap cognitif.....	21
1.6.3. Autisme	22
1.6.4. Traumatisme	22
CHAPITRE II : HANDICAP ET TRAUMATISME.....	26
2. 1. GENERALITE SUR LE HANDICAP	27
2.1.1 Classification des handicaps selon la CIH et l'OMS	27

2.1.2 Causes du handicap.....	28
2.1.2.1 Les Causes physiques	28
2.1.2.2 Les causes gestationnelles.....	30
2.1.2.3 Le handicap cognitif (trouble de l'attention, de mémoire)	30
2.1.2.4 Le concept de représentation sociale : polysémique.....	31
2.1.3 Perception du handicap	32
2.1.4 Conséquence du handicap.....	32
2.2. LE TRAUMATISME.....	34
2.2.1. Définition et généralité	34
2.2.2 Symptomatologie du traumatisme	35
2.2.3. Le traumatisme en psychanalyse	36
2.3. AUTISME	41
2.3.1. Définition et généralité	41
2.3.2. L'approche psychanalytique	42
2.3.3 Les classifications internationales de l'autisme.....	43
CHAPITRE III : RÉSILIENCE ET FAMILLE	45
3.1. LA NOTION DE RESILIENCE	46
3.1.1. Les facteurs de protection dans la résilience.....	48
3.1.2. Approche psychodynamique sur la résilience.....	49
3.1.3 Analyse du fonctionnement de la résilience	50
3.1.4. Perception de l'autisme et résilience familiale	52
3.2. La résilience familiale	54
3.3. Handicap et famille.....	56
3.4. Mentalisation et résilience	58
DEUXIÈME PARTIE :.....	69
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	69
CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE	70
4.1. Rappel des éléments de la problématique.....	71
4.1.1. Rappel du problème	71
4.1.2. Rappel de la question de recherche.....	71
4.1.3. Rappel de l'objectif général	71
4.1.4. Rappel de l'hypothèse générale	71
4.1.5. Description de l'hypothèse générale de notre étude	72
4.2. Site de la recherche.....	73

4.2.1. Justification du choix du site.....	74
4.3. POPULATION DE L'ETUDE.....	74
4.3.1. Population d'étude.....	74
4.3.2. Échantillon d'étude.....	74
4.4. Critères de sélection des participants.....	74
4.4.1. Critère d'inclusion.....	74
4.4.2. Critère d'exclusion.....	75
4.4.3. Recrutement des participants.....	75
4.5. Type de recherche.....	75
4.6. METHODE DE RECHERCHE : méthode clinique.....	76
4.6.1. Etude de cas.....	76
4.7. TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : entretien semi-directif.....	77
4.8. DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	79
4.9. TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS : l'analyse de contenu.....	79
4.9.1. Analyse de contenu.....	79
4.9.2. Analyse thématique.....	80
4.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	81
4.11. Les conditions éthiques de la recherche.....	82
CHAPITRE V : PRÉSENTATION DE DONNES ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	83
5.1. Présentation des participants.....	84
5.1.1. Famille 1.....	84
5.1.1.1. Histoire de la famille.....	84
5.1.1.2. Présentations des résultats des entretiens avec la famille 1.....	85
5.1.1.3. Perception du handicap dans la famille et travail psychique.....	85
5.1.1.4. Représentation du handicap et résilience dans la famille 1.....	86
5.1.1.5. Tuteurs de résilience.....	86
5.1.2. Famille 2.....	87
5.1.2.1. Histoire de la famille 2.....	87
5.1.2.2. Présentation des résultats des entretiens avec la famille 2.....	88
5.1.2.3. Perception du handicap dans la famille 2 et travail psychique.....	88
5.1.2.4. Représentation du handicap et résilience dans la famille 2.....	88
5.1.3. Famille 3.....	88
5.1.3.1. Histoire de la famille 3.....	88
5.1.3.2. Présentation des résultats des entretiens avec la famille 3.....	90

5.1.3.3. Perception du handicap dans la famille 3 et travail psychique	90
5.1.3.4. Représentation du handicap et résilience dans la famille 3	91
5.1.4. Famille 4	91
5.1.4.1. Histoire de la famille 4.....	91
5.1.4.2. Présentation des résultats des entretiens avec la famille 4.....	94
5.1.4.3. Perception du handicap dans la famille 4 et travail psychique	94
5.1.4.4. Représentation du handicap et résilience dans la famille 4	95
5.2 Analyse thématique des résultats.....	95
5.3. Rapport de synthèse des processus de résilience entre les membres de la famille.....	98
5.3.1. Famille 1	99
5.3.2. Famille 2	100
5.3.3. Famille 3	100
5.3.4. Famille 4	100
CHAPITRE VI : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DES	
RÉSULTATS ET PERSPECTIVES	101
6.1. Interprétation des résultats.....	102
6.1.1. Interprétation des résultats par rapport à la mentalisation	102
6.1.2. Interprétation des résultats par rapport à l'intellectualisation.....	102
6.1.3. Interprétation des résultats par rapport au déni de la réalité	103
6.1.4. Interprétation des résultats par rapport aux tuteurs de résilience.....	104
6.2. Discussion.....	105
6.2.1. Evaluation de traumatisme lié au handicap dans la famille	107
6.2.2. Evaluation de la résilience	108
6.2.3. Ressources résilientes et facteurs de protection.....	110
6.2.3.1 Facteurs de protection individuels.	112
6.2.3.2 Facteurs de protection interactionnels.	113
6.2.3.3 Facteurs de protection environnementaux	114
6.2.3.4. Processus de résilience	115
6.2.4. Éléments psychodynamiques de la résilience	116
6.3. Positionnement théorique de notre recherche.....	118
6.4. Synthèse de la recherche.....	123
6.5. SUGGESTION	125
Comme perspective nous avons émis des suggestions suivantes pour résoudre ce problème.	125

1. Suggestion à l'endroit de la famille, nous suggérons qu'une stratégie d'accompagnement puisse être mobilisée à l'endroit des différentes familles qui ont à leur sein un enfant en situation de handicap mental	125
2. A l'endroit des pouvoirs publics, nous suggérons un cadre d'accompagnement clinique non seulement pour des enfants handicapés mentaux, mais aussi pour des familles qui se trouvent être traumatisées	125
Les personnels de la santé pourraient introduire dans leurs conseils lors des visites prénatales les aspects liés à la sensibilisation sur ce phénomène.	125
3. A l'endroit de la société en générale, nous proposons une psychoéducation afin de déconstruire les représentations négatives liées aux handicaps mentales	125
6.5.1. Pistes de recherche et perspectives préventives et ou thérapeutiques.....	125
CONCLUSION GÉNÉRALE	127
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	130
ANNEXES	135
TABLE DES MATIÈRES	160