

Vivre Avec Un Enfant Atteint De Déficience Intellectuelle : Capacités Créatrices Et Résilience Familiale

Living With A Child With An Intellectual Disability : Creative Capacity And Family Resilience

CHOUPO TAMWA Julio Trésor¹

Doctorant en psychopathologie et clinique
Département de Psychologie,
Université de Yaoundé 1-Cameroun.
trechoupo@gmail.com

NGUIMFACK Leonard²

Professeur titulaire des universités
Département de Psychologie,
Université de Yaoundé 1-Cameroun.
leguinfack@gmail.com

RÉSUMÉ

Le diagnostic d'un enfant atteint de déficience intellectuelle peut être considéré comme un événement de vie stressant qui vient mettre en péril la stabilité familiale. La DI de l'enfant est appréhendée comme étant traumatisante du fait de ses répercussions néfastes dans la constellation familiale. À la suite de la naissance d'un enfant déficient intellectuel, certaines familles sont en proie à des troubles psychopathologiques tandis que certaines familles font preuve de résilience. L'objectif de la présente étude est d'appréhender les capacités créatrices développées par les familles vivant chacune avec un enfant atteint de déficience intellectuelle qui favoriserait leur processus de résilience. Pour atteindre cet objectif, la présente étude fait recours à la méthode clinique par le biais des entretiens semi-directifs auprès de deux familles vivant avec un enfant déficient intellectuel inscrit au centre éducatif clinique de l'enfance à Douala. Ce qui nous a permis d'investiguer en profondeur la singularité de ces familles. Après retranscription, les entretiens ont été analysés grâce à l'analyse thématique de contenu. Les résultats montrent que le processus de résilience est sous-tendu par les capacités créatrices que le système familial mobilise dans le but de contrecarrer le traumatisme liés à la présence de l'enfant déficient intellectuel en son sein.

Mots clés : déficience intellectuelle, capacités créatrices, résilience, famille.

ABSTRACT

The diagnosis of a child with an intellectual disability can be considered a stressful life event that jeopardizes family stability. The child's ID is seen as traumatic because of its harmful repercussions in the family constellation. Following the birth of an intellectually disabled child, some families are prey to

psychopathological disorders while some families demonstrate resilience. The objective of the present study is to understand the creative capacities developed by families each living with a child with an intellectual disability which would promote their resilience process. To achieve this objective, the present study uses the clinical method through semi-structured interviews with two families living with an intellectually disabled child enrolled in the clinical childhood educational center in Douala. This allowed us to investigate in depth the uniqueness of these families. After transcription, the interviews were analyzed using thematic content analysis. The results show that the process of resilience is underpinned by the creative capacities that the family system mobilizes in order to counteract the trauma linked to the presence of the intellectually disabled child in its womb.

Keywords: intellectual disability, creative abilities, resilience, family.

1. INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un moment de joie dans le couple et la famille. La raison est que l'enfant vient célébrer et renforcer les liens de mariage. De ce point de vue, Raoult (1999) révèle que l'enfant est l'objet d'un investissement individuel, et groupal. Il est le centre d'une intimité et d'une affectivité familiale. Dans la même veine, Sow (1977) a démontré qu'en Afrique, la naissance d'un enfant est un moyen de pérennisation de la descendance. C'est un événement majeur responsable d'un état émotionnel relatif au sentiment de bien-être, de fierté et de satisfaction (Emselem et al, 1997). Toutefois, il est à noter que cette naissance peut être également le point de départ d'une intense perturbation au sein de la famille lorsque l'enfant ne correspond pas aux attentes des parents. C'est le cas de l'enfant porteur du handicap comme la déficience intellectuelle (DI).

Des auteurs à l'instar d'Harris (2006) évaluant la prévalence de la déficience intellectuelle estiment entre 1 et 3% le taux mondial. Kwok et al (2011) cités dans Ke et Liu (2012) ont eux aussi analysé la prévalence de la DI en Asie et plus précisément dans les milieux urbains et ruraux. Ils ont révélé un taux de 1,02% dans les zones rurales et de 0,4 % dans les zones urbaines. Ce qui témoigne de fait un taux plus élevé en zones rurales comparativement en zones urbaines. Chez les adultes, le ratio femme/homme varie entre 0,7 pour 1 et 0,9 pour 1, tandis que chez les enfants et adolescents ce ratio s'étend de 0,4 pour 1, à 1 pour 1 (Maulik et al., 2011, cités dans Ke & Liu, 2012). Certaines données de 2012 extraites de l'annuaire statistique du Ministère des affaires sociales (MINAS) du Cameroun qui ne renvoie pas à la population générale mais plutôt à une recherche effectuée dans une structure d'encadrement des personnes cibles au cours de l'année 2010 fait référence d'un chiffre de 2450 personnes déficientes intellectuelles avec ou sans comorbidité. Toutes ces données ainsi répertoriées viennent témoigner l'effectivité de l'existence de la DI en territoire africain et plus précisément au Cameroun.

La DI est une diminution significative des capacités intellectuelles associées à une limitation des facultés adaptatives dans différents secteurs d'aptitude tels que la communication, l'autonomie, l'apprentissage scolaire, la vie sociale (voire la responsabilité individuelle, le travail, les loisirs, la santé et la sécurité) (Schroeder et al, 2001). Elle survient avant l'âge de 18 ans (OMS, 2011). Dans les sociétés traditionnelles Camerounaise, plus précisément chez les bétis on qualifie les personnes avec DI de « Akut ». Cette dénomination signifie une personne dénuée de toute intelligence, sagesse et savoir en vue d'une meilleure adaptation sociale. « Okukut » désigne celui qui est étourdi, instable et léger. C'est pour cette raison que la DI renvoie à la bouffonnerie et à la bizarrerie (Tsala Tsala, 1989). Chez les Bassa du Cameroun l'étude de Ntjam (2011) attribue l'étiologie du handicap d'un enfant à des propos malveillants prononcés par l'entourage, ou même encore par un tiers lors d'une dispute. Il est plus généralement perçu comme étant un sort jeté aux parents ou une faute commise par les ancêtres. Cette naissance fautive a toujours une coloration liée à la transgression des tabous socioculturels.

Cette catégorie de naissance provoque toujours des éprouvés culturellement significative au sein de la société. Ce qui suscite de nombreuses interrogations relatives au devenir de l'enfant et sa famille. L'enfant DI est ainsi culturellement indésirable n'étant pas considéré comme un être humain, mais plutôt comme un monstre (Dassa et al, 2009). Il provoque le rire du fait d'un grand écart qui existe entre la réalité et sa représentation (Tsala Tsala, 1989). Les études d'Antonak & Harth, (1994) de Parmenter (2004) sur la DI de l'enfant mettent en relief les réactions de méfiance, de résistance et d'hostilité envers ces derniers. La DI confère un statut particulier à celui qui

en est atteint. Sa présence soulève des questionnements relatifs à sa place au sein du groupe. Elle entraîne dans la constellation familiale un choc traumatique capable d'affecter l'appareil psychique familial (Kaës, 1990). La famille se trouve submergée par un taux élevé d'excitation et d'effondrement (Freud, 1920). La naissance d'un enfant atteint d'un problème de santé quelconque est une situation qui génère un stress important dans la famille (Pelchat et al, 2004 ; Pelchat et al, 2005). Sur ce point de vue, la prise en charge d'un enfant déficient intellectuel nécessite un investissement particulier de la famille, notamment celui de ses parents biologiques (ses géniteurs) (Mauder, 2004 ; Van Lierde, 2013).

Hornby (1995) affirme que les parents d'un enfant présentant une DI vivent davantage une détresse psychologique. Cette détresse a des répercussions sur la qualité des interactions père-enfant. Le stress conjugal influence spécifiquement la sensibilité des pères envers l'enfant. Pour ce qui est de la répartition des tâches, la plupart des études indiquent que les mères se sentent davantage responsables des soins et de l'éducation de l'enfant ayant une DI (Heaman, 1995). Les pères assumant moins de responsabilités parentales (Gray, 2003). D'autres mères vont particulièrement être vulnérables, car elles se sentent directement responsables du handicap de leur enfant. Elles se sentent déçues, dévalorisées et lésées (Tétreault, 1990). Cependant, on note que plus la situation est apparente, plus la réaction de ces mères se manifeste rapidement. Un sentiment de perte de l'enfant idéal combiné à un manque de préparation face à cet événement perturbe significativement la santé mentale au même titre que la santé physique de ces femmes (Tétreault, 1990).

Les travaux portant sur la fratrie des personnes présentant une DI montrent que le traumatisme a des sources multiples. En effet, étant donné que la fratrie fait partie de la famille, elle est victime du traumatisme que vit la famille en raison de la présence d'un DI (Schauder & Durand, 2004). Les frères et les sœurs doivent faire face au sentiment d'impuissance et de tristesse parentale (Missonnier et al, 2012). De fait, par le biais de l'identification au parent, la fratrie se voit habitée par un sentiment de honte et de culpabilité. Les moqueries envers l'enfant qui est atteint de DI, placent ses frères et sœurs dans une position particulièrement inconfortable. Ainsi, ils sont plus embarrassés lorsqu'ils sont en contact avec d'autres enfants ou avec l'extérieur.

Les études relevées ci-dessus s'accordent sur le fait que la DI de l'enfant est très difficilement perçue au sein de la famille en raison des conséquences traumatiques et des douleurs y relatives. L'écart existant entre l'enfant idéalisé et l'enfant réel atteint de DI met à mal le processus de représentation positive de cette enfant. En réalité, la naissance d'un enfant atteint de DI entraîne des réactions qui désaltèrent tout le réseau relationnel au sein de la famille, ce qui heurte de fait la sensibilité des parents

et retentit sur l'équilibre psychique de chaque membre de la famille (Driessche, 2010).

Le handicap d'un enfant est comparable à « un tremblement de terre ou l'explosion d'une bombe (.) un choc qui partage la vie familiale en un avant qui semble disparu à tout jamais et un après, qu'il va falloir construire et aménager. Comment accepter l'inacceptable ? » (Korff-Sausse, 2007, p. 22). En ce sens, la naissance d'un enfant DI entraînerait de fait un débordement de capacités familiales à y résister, car les excitations externes qui en résultent sont à même de déborder les capacités psychiques du fonctionnement familial (Herzog et al, 2003). Cette éruption d'un enfant DI dans la famille peut entraîner un traumatisme familial pouvant mettre à mal le fonctionnement de l'appareil psychique familial. Ainsi, la présence de l'enfant DI entraîne la famille dans une instabilité et une désorganisation, ce qui génère de la souffrance (Korff-Sausse, 2007). Face à cette situation à fort potentiel traumatique, certaines familles sont enclines au débordement de leurs capacités psychiques adaptatives contrairement à d'autres familles qui, face au même handicap, parviennent à se maintenir en développant des capacités de résistance contre les effets subséquents liés à la DI de l'enfant.

La plupart des études relevant de l'approche psychanalytique s'appesantissent plus sur ces naissances comme source de traumatisme familial chez les parents et au sein de la famille. Accueillir un enfant DI génère de l'anxiété et de la déception chez les membres de la famille. C'est une situation imprévue qui vient mettre à mal les représentations liées au rôle de l'enfant dans la famille. La théorie psychanalytique portant sur les pulsions stipule que la naissance d'un enfant ayant un problème de santé génère de l'anxiété relevant d'une insatisfaction pulsionnelle, ce qui empêche l'étayage du moi (Freud, 1987). Ainsi l'enfant en situation de handicap est présenté comme une procréation fautive, un processus de transmission dangereuse (Korff-Sausse, 2010). Il est perçu comme porteur des désirs déçus ou non réalisés, ce qui met à mal la continuité de la vie familiale (André-Fustier, 2002). La rupture qui se crée entre l'enfant idéalisé et l'enfant réel inflige la souffrance au sein de la famille et déborde ses capacités de contenance (André-Fustier, 2002). Cet enfant génère un débordement de pulsion à caractère traumatique dans le sens où les excitations externes sont tellement intenses qu'elles dépassent les capacités des parents à les contenir (Herzog, 2003). L'enfant DI va induire des changements brutaux qui sont la conséquence de la défaillance de la fonction de contenance et d'étayage au sein de la structure familiale.

Par contre, au-delà de ces études relevant de l'approche psychanalytique, nous avons observé que certaines familles en tant que système ont cette capacité de développer des potentialités leurs permettant de contrecarrer les perturbations liées au handicap de l'enfant en son sein. Ceci met en

perspective les facteurs de résiliences mobilisés par les membres de la famille concernée. Il s'agit, pour nous, dans ce contexte de mettre en exergue les capacités créatrices engagées par le système familial, qui lui permet de s'adapter positivement face à l'adversité (Masten, 2001). En effet, la présente étude adresse la problématique relative aux capacités créatrices des familles, lorsqu'elles font l'expérience de la DI de l'enfant, dans le but d'assurer son évolution. De ce fait, on peut faire l'hypothèse que certaines familles en tant que système confrontées à la DI de l'enfant disposent des ressources tant internes qu'externes leurs permettant d'y faire face. Ainsi, la présente étude cherche à appréhender et décrire les capacités créatrices développées par les familles vivant avec un enfant DI qui militent en faveur d'une reprise développementale.

2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

2.1 Objectif et méthode

La présente étude a pour objectif d'appréhender les capacités créatrices qui sont à la base du processus de résilience chez les familles d'enfant porteur de DI. Nous avons fait recours à la méthode clinique relevant de la recherche qualitative fondée sur l'étude de cas. Car nous cherchons à nous intéresser à la singularité et la compréhension approfondie des participants de la présente étude. Dans ce sens, la pertinence de cette méthode est que, nous cherchons à comprendre les capacités créatrices en jeu dans le processus de résilience des familles vivant avec un enfant DI

2.2 Population et critère d'inclusion

Deux familles vivant chacune avec un enfant DI inscrit au Centre Éducatif Clinique de l'Enfance ont été sélectionnées sur la base des critères d'inclusion. Nous avons attribué les pseudonymes de famille Kamdem et famille Souop. Leur consentement de vouloir participer à l'étude a été obtenu dans le respect des normes éthiques qui instruit le chercheur d'obtenir au préalable le consentement libre et éclairé du participant à une étude en lui expliquant tous ce qui doit ou peut se passer dans le cadre de l'étude. Ainsi, avant de commencer avec les entretiens nous leurs avons expliqué l'objectif de la présente étude.

2.3 Outils des collectes des données

Les données ont été recueillies grâce à un guide d'entretien semi-directif. Il a permis aux familles d'exprimer leurs expériences vécu en contexte de DI de l'enfant, de la grossesse à la découverte de la DI de l'enfant jusqu'au temps présent. Ces entretiens duraient en moyenne 37 minutes. Au cours des entretiens, nous avons utilisé un bloc note et un stylo, auxquels nous avons associé un enregistreur audio. Les données issues des entretiens ont été retranscrites à l'aide du logiciel word sur ordinateur avant d'être analysées grâce à la technique d'analyse thématique de contenu.

3. RÉSULTATS

L'étude porte sur les capacités créatrices auxquelles la famille fait recours face à la déficience intellectuelle de l'enfant et qui sous-tendent le processus de résilience. Ainsi, l'analyse du discours est faite autour des thématiques significatives telles la découverte du handicap de l'enfant, l'expérience de la désorganisation de la vie familiale avec modification de la trajectoire de vie, activation du processus de résilience.

3.1 CAS FAMILLE KAMDEM

La découverte de la déficience intellectuelle de l'enfant est un événement vécu comme stressant et traumatique au sein de la famille Kamdem. Ainsi, elle a impacté leur vie familiale. Les membres de la famille ont mentionné que la naissance de leur enfant porteur de déficience intellectuelle a été traumatisante pour eux de sorte à affecter le système familial dans son ensemble. À ce sujet Mme Monique, la mère, précise qu'au « départ, on était beaucoup stressé. Beaucoup traumatisé ». Hervé l'atteste en ces termes « c'est une histoire que même si je suis en train de dormir, je ne peux jamais oublier cela ». Ces mots traduisent bien le choc et la violence qu'ils ont ressentie suite à la découverte de la déficience de l'enfant. Cette période a été pour la famille très riche en émotions, qu'elle semble se graver à jamais dans leur mémoire. Ainsi, à la découverte de la maladie de l'enfant, la famille a été confrontée à un dysfonctionnement en son sein. Ce qui a même poussé le père à abandonner le foyer conjugal. Face à cette situation traumatisante suite à la situation de son enfant, le père ne s'est pas du tout impliqué et a mis en place un mécanisme de défense de fuite en abandonnant le foyer comme le témoigne la mère : « quand il est parti, j'ai fait 5 ans avec Arthur sans que son père ne mette pied là où je vivais et il ne savait pas comment est-ce que je vivais ». Le traumatisme se traduit comme une effraction du pare excitation. Ainsi, le moi de la mère s'est trouvé débordé par le trop-plein d'excitations, venant du handicap d'Arthur ; il est alors mis hors circuit et s'effondre en se désorganisant. Elle déclare : « mais c'était vraiment dure, même ma dépression a pris un coup, je suis arrivée à un stade où je dis je tombe dans quoi. Je restais, je pleurais seule (.) c'est comme si tout était finit pour moi, même la force même pour m'occuper. » Ce vécu traumatique ressort aussi dans le discours du fils : « à chaque fois que je rentrais de l'école, et que je pense que je vais le voir, hum, c'est comme si quelque chose traversait mon corps ». Cette découverte de la DI fait éruption dans l'existence des membres de la famille. Ils sont envahis par un stimulus auxquels ils ne peuvent ni échapper ni contrôler.

Ce vécu va entraîner un dysfonctionnement au sein de la famille. Le discours du fils aîné relate « avec le père, c'était avant que ça n'allait pas tellement ». Il continue en précisant : « le véritable problème même c'était Arthur, car mon père était abattu, découragé, peut-être, il ne s'occupait plus de personnes même de ma mère qu'il aimait tant au paravent ». Cette situation de handicap de l'enfant va

créer un déséquilibre familial en la rendant dysfonctionnelle. Face à ce traumatisme lié à la DI de l'enfant, la famille va s'engager dans la recherche des solutions, ce qui les a aidées dans un début, de manière quotidienne, à faire face à la situation d'Arthur et de pouvoir la surmonter. Cette capacité de pouvoir se mettre en action dans la recherche des solutions est le point d'ancrage qui montre que la famille au-delà du traumatisme vécu, ne se laisse pas envahir, mais se met en mouvement pour pouvoir comprendre ce qui arrive à l'un des leurs et de l'aider. C'est une quête de sens. La mère raconte : « Elle me dit que l'enfant a une infection dans le cerveau. J'ai demandé qu'est-ce qui a provoqué l'infection dans le cerveau ? ».

La recherche du soutien se justifie dans cette famille et surtout chez la mère lorsqu'elle dit lors de l'entretien qu'« il y a une ONG Lilians Fond, oui qui en général regarde tous les enfants de ce genre et c'est partant de là que j'ai bénéficié de ces médicaments. Donc quand il est malade je ne dépense pas pour ses médicaments même pour la nutrition ». Ces fragments de verbatim montrent que c'est ce soutien qui atténue un peut les angoisses de la mère dans la prise en charge médicamenteuse. De même, elle a dû trouver un travail lui permettant de subvenir à certaines charges qui pesaient au sein de la famille. De là, naît une tentative de réorganisation familiale pour rétablir les liens rompus et se reconstruire voire de s'adapter positivement et de rebondir au-delà de tous les obstacles. C'est ainsi que son mari qui était porté disparu depuis 05 ans a refait surface : « Il est revenu j'ai dit OK, pour que je t'accepte encore voilà mes conditions. Je lui ai donné mes conditions il m'a dit d'accord il n'y a pas de problème, et je lui ai dit que tant que mes conditions ne sont pas remplies il n'y a rien à faire, mais il a rempli ces conditions c'est là où nous sommes rentrés ensemble et on a fait 2 enfants encore ». Ces processus sont mis en œuvre dans la famille pour pouvoir modifier la trajectoire de vie qu'impose la présence de l'enfant DI. On note aussi les capacités que développe la mère à pouvoir aimer et défendre son enfant au-delà de son handicap : « Moi j'ai dit que la personne. que quelqu'un ne tente jamais de me dire que mon enfant est bête mon enfant est idiot c'est que je vais me gâter avec la personne ».

De même, la famille fait preuve de flexibilité et d'ouverture envers l'extérieur en s'appuyant sur les membres de la famille élargie lorsque la mère témoigne l'amour, et l'affection qu'ils ont pour lui : « pour l'autre là tout le monde aime Arthur quand quelqu'un appelle au téléphone Arthur va comment ? Il ne peut pas rester sans demander Arthur. J'ai des cousines qui sont arrivées une fois, elles ont crié seulement on veut voir Arthur avant de rentrer. J'ai donc dit allons y au centre ». Ceci constitue ainsi pour la famille les ressources sur lesquelles elle s'appuie pour pouvoir faire face aux émotions douloureuses liées à la situation. car lorsqu'on traverse des moments difficiles dans le contexte africain, c'est tout le groupe qui se resserre autour de nous pour jouer

un rôle de conteneur. La croyance en Dieu permet aussi à la famille Kamdem de faire un travail de symbolisation. La mère évoque : « *Je vais vous dire hein, aujourd'hui j'accepte tout ce qui se passe je prends la vie telle qu'elle, je ne me morfonds plus sur des éventuelles situations* ».

3.2 CAS FAMILLE SOUOP

La naissance de l'enfant DI a été pour la famille Souop un événement traumatique. La mère déclare « *c'est comme si j'étais pris au piège* ». Pendant cette période, le vécu familial était émaillé des difficultés existentielles liées à la situation de l'enfant. Avec des mécanismes de défenses développés chez la mère comme le déni de la réalité portant sur l'état de santé de l'enfant. Le discours de la mère en témoigne : « *madame qu'est-ce que vous dite là j'ai fait une grossesse jusqu'à aujourd'hui aucun médecin m'a dit que l'enfant avait un souci* ».

On peut dire à ce sujet que les choses étaient devenues très difficiles entraînant une fragilisation du moi et de l'identité familiale en tant que système. La mère témoigne : « *Ça devient très difficile, car personne ne veut voir son enfant souffrir ou souffrir pour son enfant. Très difficile, car forcément il faut plus de moyens financiers. Les hôpitaux par-ci par-là* ». Ceci peut aussi témoigner chez la mère un sentiment de désespoir face au problème de son fils. Ces difficultés rendent le système vulnérable, car il n'agit plus comme une totalité dynamique (Koninckx & Teneau, 2010). La fille, elle aussi est de commun accord sur le fait que, la situation a entraîné des bouleversements au sein de leur famille et est vécue comme événement anxiogène : « *Je veux dire, bon lui à son âge on doit être toujours derrière lui, je n'aurai pas voulu que les choses soit ainsi. De son côté, il y a beaucoup plus de dépense* ».

La famille Souop dans son ensemble est considérée comme victime d'une injustice. Elle est submergée par une intensité émotionnelle qui se développe en son sein. Ce qui impacte sur le bien-être de la famille. Concernant les bouleversements observés, la fille signale qu'« *il y a eu beaucoup de changement, car avant on n'était pas confronté à ce genre de difficulté, bon tout le monde était un peu (.) tout est devenu dur* ». C'est dans un contexte de recherche de solution satisfaisante que la famille a pris connaissance de l'existence du Centre Éducatif clinique de l'Enfance qui prend en charge cette catégorie d'enfants. Ce qui pourrait être appréhendé comme une ressource qui entre dans le processus d'acceptation de la déficience intellectuelle de l'enfant. Ce processus d'acceptation et d'intégration de l'enfant DI se traduit par la capacité de la famille à se projeter dans le temps et à inscrire cet enfant dans la continuité transgénérationnelle de leur famille. La mère déclare : « *Comme dernièrement je disais à une de mes amies que voilà les seins de Gloria qui grandi déjà, bientôt on va comprendre, bientôt elle va commencer à saigner, je ne sais même pas comment me prendre avec elle. En tout cas tout ce que je veux*

seulement pour elle qu'elle grandisse vite, elle m'accouche même deux enfants, je calme mon cœur ».

Chaque membre de la famille s'identifie à l'enfant déficient intellectuel, se sentir prolongé en lui, mieux l'investir affectivement. Aussi, comme le souligne la mère en ses propres mots, arriver à investir ou à tisser un lien affectif avec l'enfant participe à la stabilité du lien affectif à sa mère et vice versa « *quand tu viens épouser une femme qui a un enfant, si tu l'aimes déjà c'est que tu vas aimer son enfant ; et on ne peut pas aimer l'enfant sans aimer la mère* ». L'ouverture de la famille Souop vers l'extérieur leur permet de recevoir des paroles de réconfort venant des tierces personnes « *il y a des gens qui compatissent et te donnent les conseils, si tu es allée voir le prêtre ou aller chez le médecin ce qu'on dit et cela me soulage beaucoup* » les voisins interviennent aussi dans le processus de soins comme le dit la fille : *ils nous soutiennent, oui ils nous aident parfois, à le garder quand on n'est pas là* ». De même, le travail de narcissisme parental crée chez la mère des processus de transformations qui dresse les contenants de sa pensée lui permettant de mentaliser la situation. Elle déclare : « *Moi j'ai appris à (.) qu'il y a aucun enfant bête oui c'est au paravent qu'on pensait qu'il y avait des enfants bêtes c'est seulement parce qu'il n'y a qu'un seul moule dans lequel on veut que tous les enfants passent alors que c'est anormal. Tout le monde ne peut pas passer dans un même moule mais du moment où l'enfant ne passe pas dans le canal qu'on a réservé pour lui, on va le traiter un enfant de bête* »

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Pour Delage (2010), les capacités créatrices du sujet sont sous-tendues par la création d'un « tissu narratif » face à la situation traumatique. C'est une spirale narrative qui milite en faveur de la mentalisation, fondement de base de la résilience. À cette effet, Il déclare qu'« *au bout du compte, la mentalisation développée, soutenue par la narrativité est ce qui permet que le trauma devienne un événement historique transmissible. Ainsi on peut reprendre une vie de famille dans sa dimension inter générationnelle, où se poursuivent quoique transformés des rituels, des traditions, les mythes familiaux, une activité de pensée* » (Delage, 2010, p. 6).

La présente étude est tout à fait orientée dans cette perspective de la mise en œuvre des capacités créatrices. Toutefois, il est judicieux de penser qu'il ne faudrait pas voir cela comme un processus linéaire, mais bien comme un agencement circulaire, sous forme de boucle fermée, dans lequel chaque processus se nourrit de l'autre. L'amorçement d'un processus de résilience permet la levée et l'activation des capacités créatrices, tout comme cette activation et la mise en place de mécanismes d'autopoïèse a pour effet d'accroître la résilience familiale, de la rendre mieux résiliente. Les mécanismes

autopoïétiques sont des processus réactionnels, qui se mettent en œuvre face au danger, au déséquilibre et au risque de désorganisation qui affectent un système. Ce risque de désorganisation du système s'observe chez nos participants à travers leur vécu qu'ils expriment comme traumatique face à la déficience intellectuelle de leurs enfants.

Nos résultats rejoignent celui d'Erne (2015) pour qui la venue simple d'un enfant est déjà source de stress. Ainsi, la naissance de l'enfant en situation de handicap intellectuel est un événement traumatique pour la famille. Il déstabilise la dynamique psychique et fonctionnelle de la famille. C'est une situation de crise qui impacte à cet effet le fonctionnement familial, raison pour laquelle la famille se trouve ainsi à la quête des solutions pour une éventuelle réorganisation. La famille fait recours au moyen de soutien qui est le propre de notre contexte culturel.

Au niveau de la résilience, Normand et Giguère (2009) ainsi que Nader-Grobois (2010) indiquaient déjà la nécessité par la suite d'une réorganisation familiale, d'une reformulation des croyances de la famille, face à l'expérience déstabilisante de la DI de l'enfant. Dans son étude, Requillart (2010) élabore un schéma quelque peu identique à celui-ci. Pour elle, suite au choc initial de l'annonce du diagnostic de la déficience intellectuelle de l'enfant, la famille suit un cycle allant « du choc affectif, au déni, puis à la colère, à l'anxiété, à la tristesse et à la culpabilité. Ensuite, elle atteint un état d'équilibre souvent précaire qui sera suivi dans le meilleur des cas, d'un stade de réorganisation durable » (Requillart, 2010, p. 31). Ceci passe par la réorganisation des croyances sur le deuil en l'occurrence. La reformulation des croyances semble donc constituer la stratégie d'adaptation la plus puissante, la plus transformatrice, puisqu'elle est celle qui donne un sens positif à une situation évaluée négativement de prime abord (Normand & Giguère, 2009)

La présente étude va dans le même sens que les travaux de Koninckx & Teneau (2010), qui ont démontré dans leur recherche comment le processus de résilience se déroule au sein d'une organisation. Ils ont décrit les différentes étapes et les différentes phases de la crise en cours pendant la mise sur pied du processus de résilience dans l'organisation, partant de la phase avant, pendant et après la crise avec, tous les réajustements et adaptations y afférents tant au niveau individuel que groupal. Appliquant leur démarche à la compréhension des résultats obtenus dans la présente étude, cela nous a permis de retracer la même trajectoire dans le cadre familial. Mais il est à noter que bien qu'ayant abouti aux résultats similaires, la différence entre ce travail et celui de Koninckx & Teneau (2010) est que, le présent travail est centré sur le système familial en tant que système vivant tandis que Koninckx & Teneau (2010) relève de la résilience organisationnelle.

CONCLUSION

L'objectif de la présente étude était d'appréhender les capacités créatrices des familles confrontées à la DI de l'enfant qui sous-tendent le processus de résilience. Pour y parvenir, nous avons fait recours à la méthode clinique. Ceci nous a permis de recueillir les données auprès de deux familles ayant un enfant DI inscrit au Centre Éducatif Clinique de l'Enfance situé dans la ville de Douala. Les données collectées ont fait l'objet d'une analyse thématique à travers l'utilisation d'un guide d'entretien. Les résultats qui ressortent de cette analyse montrent que la déficience intellectuelle de l'enfant est un événement traumatique qui vient mettre à mal la stabilité du système familial plongeant ainsi la famille dans un vécu douloureux. Ainsi, les capacités créatrices dont disposent les familles vont les aider à surmonter le traumatisme face à l'adversité induite par la présence de l'enfant porteur de DI et de la sorte militer pour le processus de résilience au sein de la famille.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] A. Raoult, Contexte familiaux : Entre souffrance et déchirement, Souffrances et violences : Psychopathologie des contextes familiaux, Montréal : Le Harmattan Inc, 1999.
- [2] A. S. Masten, "Ordinary magic: Resilience processes in development", *American Psychologist*, vol.56n° 3, 2001, pp. 227-238.
- [3] A. Herzog, C.Muller, S.Nix, C.Mejia, et F.Ansermet « Etude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée », *Psychothérapie* n°23, 2010, pp. 97-106.
- A.Weil-Barais, Les méthodes en psychologie, Paris : Bréal, 1997.
- [4] B. Le Blanc, « des systèmes et des boucles », *revue Hermès*, n°68, 2004, pp. 106-107.
- [5] C. L. Normand, et L.Giguère, « Processus et stratégies d'adaptation positives de parent face à la déficience intellectuelle de leur enfant », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, n°20, 2009, pp. 5-16.
- [6] C. Ensellem, Ciccone, A.Berger M, et D.Mellier, *Plaisir et répétition du maternage et filiations*, Dialogue, 1997, p. 137.
- [7] D. E. Gray, "Gender and coping: the parents of children with high functioning autism", *Journal of Social Science & Medicine* vol.56 n°3, 2003, pp. 631-642.
- [8] D. J. Heaman, "Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities a comparison of mothers and fathers", *Journal of Pediatric Nursing*, n°10, 1995, pp. 311-320.
- [9] D. Pelchat, H.,Lefebvre, M.Proulx, J.,Bouchard, M.,Perreault, et L.Bouchard, « Acquisition de savoirs professionnels et de savoirs parentaux dans le cadre du programme d'intervention PRIFAM », *Revue*

internationale de l'éducation familiale, vol.8, n°2, 2004, pp. 22-40.

[10] D. Pelchat, H.,Lefebvre, et M-J.Lever, « L'expérience des pères et mères ayant un enfant atteint d'un problème de santé : état des connaissances », *Enfance, Familles, Générations*, n°3, 2005, pp. 27-51.

[11] D. Requillart, Annonce du handicap de l'enfant et vécu parental, Mémoire de master). Université du Québec à Montréal, 2010.

[12] F. Erne, Le stress chez les parents d'enfants en situation de handicap, Mémoire de master, faculté des lettres de l'Université de Fribourg, Zurich, Allemagne), 2015.

[13] F. Walsh, Strengthening family resilience, New York : Guilford Press, 2006.

[14] G. Devereux, Ethnopsychanalyse complémentariste, Paris : Flammarion, 1972.

[15] G. Hornby, "Effects on fathers of children with Down syndrome", *Journal of Child & Family Studies*, vol.4, n°2, 1995, pp. 239-255.

[16] G. Koninckx, et G.Teneau, Résilience organisationnelle, Bruxelles : De Boeck University 2010.

[17] H. R. Maturana, et F. J.Varela, "Autopoiesis and cognition", Reidel Publishing Compagny, n°5, 1980, pp. 78-79.

[18] H. R. Maturana, et F.J.Varela, Autopoietic systems. Biosystems, n°3, 1972, pp. 22-23.

[19] I. Sow, Psychiatrie Dynamique Africaine. Payot, Paris, France, 1977.

[20] J. L. Korpès, Handicap mental, note d'histoire, Lausanne: Écoles d'Études Sociales et Pédagogiques, 2000.

[21] J. Bekaert, G.Masclat, et R.Caron, "Inventaire des facteurs de la résilience », revue de Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, n°60, 2012, pp.176-182.

[22] J. Patterson, "Understanding family resilience", *Journal of Clinical Psychology*, n°58, 2002, pp. 233-246.

[23] J-C. Harris, Intellectual Disability: Understanding itsDevelopment, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment, New York, NY: Oxford University Press, 2006.

[24] K. Connor, et J.T.Davidson, "Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)", *Journal of Depression Anxiety*, vol.18, n°2, 2003, pp. 76-82.

[25] X. Ke, J. Liu, intellectual disability. Geneva : International Association for child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

[26] M. Anaut, »Résiliances familiales ou familles résilientes ? », *Reliance*, 2006, pp. 1, 14-17

[27] M. Delage, Résilience et Famille, Communication présentée au Congrès E.F.T.A, Paris, 2010.

[28] P. K. Maulik, Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population based studies. *Research in developmental disabilities*, 32, 2011, pp 419-436.

[29] Ministère des affaires sociales, Annuaire statistiques du MINAS, Yaoundé : INS-CAM, 2012.

[30] N. Nader-Grobois, « Canevas interprétatif des représentations de familles d'enfants à déficience intellectuelle à propos de leur résilience », *Bulletin de psychologie*, n°6, 2010, pp. 409-415.

[31] R. Kaës, « Introduction à l'analyse transitionnelle », In: R.Kaës, A.Missenard, R.Kaspi, D.Anzieu, J.Guillaumin (Eds.), *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, Paris, France, 1990, pp. 1-83.

[32] S. Schroeder, M.,Gerry, G.Gertz, et F.Velasquez, „In: Final Project Report: Usage of the Term Mental Retardation : Language, Imageand Public Education”, Lawrence, KS: University of Kansas, 2001, pp. 1-216.

[33] S. Freud, Au-delà du principe de plaisir, Paris : Presse Universitaire de France, 1920.

[34] S. Korff-sausse, « L'impact du handicap sur les processus de parentalité », *Reliance*, n°26, 2006, pp. 22-29.

[35] S. Schauder, B.Durand, « Famille et handicap. », In P. P.Angel, Mazet, (Eds.), (pp. 609-619). Paris : Presse Universitaire France, 2004.

[36] S.Tétreault, « La situation vécue par la mère de l'enfant handicapé : revue de littérature », *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, n°1, 1990, pp. 121-131.