

FAMILLE ET SCHIZOPHRÉNIE : PROCESSUS DE RÉSILIENCE FACE À LA MALADIE MENTALE D'UN MEMBRE À DOUALA

Blaise NZEUMOTCHO

Université de Douala

blaisenzeumotcho1@gmail.com

Joachen BANINDJEL

Université de Yaoundé 1

joachen.banindjel@univ-yaounde1.cm

Abstract

Schizophrenia is a severe and potentially chronic mental disorder whose effects extend beyond the person diagnosed to the family system. This study examines the processes through which families with a member presenting schizophrenia maintain or reconstruct a sufficiently functional balance despite the emotional, relational and social challenges associated with the illness. A mixed-methods design, predominantly clinical and qualitative, was used with five families living in Douala. Data were collected through semi-structured interviews, clinical observations and standardized self-report measures, including the Wagnild and Young Resilience Scale, the Davidson Trauma Scale and the Peritraumatic Distress Inventory. The standardized measures were used as complementary indicators for participating relatives and were interpreted in conjunction with qualitative material; they were not treated as direct measures of family resilience. Cross-case analysis revealed marked differences both between and within families. Individual resilience and trauma scores were therefore not aggregated into family scores; they were interpreted alongside interviews and observations. Three interpretive dimensions emerged from the qualitative analysis: mentalization, mobilisation of resilience-supporting relationships, and cognitive elaboration of the illness experience. Mentalization appeared to facilitate a less moralizing interpretation of the patient's behaviours; supportive relationships helped relatives contain distress and avoid isolation; and cognitive elaboration helped organize responses to recurrent crises. The findings suggest that family resilience in the context of schizophrenia is a dynamic and multidimensional process involving meaning-making, family organization, communication and access to social and professional support. Because of the small, non-probability sample, the findings are exploratory and cannot be generalized to all families in Douala.

Keywords: schizophrenia; family resilience; mentalization; resilience-supporting relationships; cognitive elaboration.

Résumé

La schizophrénie, trouble psychique sévère et potentiellement chronique, ses effets dépassent la personne diagnostiquée et touchent aussi bien le système familial. Il est analysée dans cette étude, les processus par lesquels des familles ayant en leur sein un membre présentant une schizophrénie parviennent à conserver ou à reconstruire un équilibre suffisamment fonctionnel en dépit des difficultés psychiques, relationnelles et sociales associées à cette maladie. Cette recherche a mobilisé une approche mixte à dominante clinique et qualitative auprès de cinq familles vivant à Douala. Les données ont ainsi été recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs, d'observations cliniques et de mesures standardisées, , plus précisément l'échelle de résilience de Wagnild et Young, la Davidson Trauma Scale et le Peritraumatic Distress Inventory. Les mesures standardisées ont été utilisées comme indicateurs complémentaires auprès des proches ayant participé à l'étude; ces données ont été interprétées en articulation avec les données qualitatives ; certes, elles ne sont pas considérées comme des mesures directes de la résilience familiale. L'analyse croisée met en évidence aussi bien des différences marquées entre les familles qu'entre les proches d'une même famille. Les scores individuels de résilience et de traumatisme ont donc été interprétés en articulation avec les entretiens et les observations. L'analyse thématique fait identifier trois dimensions principales : la mentalisation, la mobilisation de relations pouvant jouer une fonction de tuteurs de résilience et l'élaboration cognitive de l'expérience de la maladie. La mentalisation tend à à favoriser une interprétation moins moralisatrice des comportements du proche malade ; les soutiens relationnels contribuent à contenir la détresse et à limiter l'isolement ; l'élaboration cognitive permet d'organiser les réponses face aux épisodes de crise. Les résultats montrent que la résilience familiale face à la schizophrénie est un processus dynamique et multidimensionnel, impliquant dans ce sens la construction de sens, l'organisation familiale, la communication et l'accès aux ressources sociales et professionnelles. Au regard de la taille réduite et du caractère non probabiliste de l'échantillon, ces résultats restent exploratoires et ne peuvent être généralisés à l'ensemble des familles de Douala.

Mots-clés : schizophrénie ; résilience familiale ; mentalisation ; tuteurs de résilience ; élaboration cognitive.

1. Introduction

La schizophrénie constitue une expérience particulièrement éprouvante pour les personnes qui en sont victimes et pour leurs proches. Au-delà des symptômes cliniques, son évolution peut entraîner des changements dans les habitudes de vie, les responsabilités, les relations interpersonnelles et les projets familiaux. Historiquement, c'est Bleuler qui a contribué à la conceptualisation de la schizophrénie dans son ouvrage *Dementia*

praecox oder Gruppe der Schizophrenien (1911). La compréhension contemporaine dudit trouble ne se réduit pas à une désorganisation de la pensée ou de l'affectivité ; toutefois, elle prend en compte un ensemble de manifestations psychotiques, cognitives, affectives et fonctionnelles ainsi que leur évolution dans le temps.

Lorsqu'un membre de la famille présente une schizophrénie, les proches peuvent faire face à des comportements qu'ils comprennent difficilement : retrait social, troubles de la communication, idées délirantes, hallucinations, agitation, perte d'initiative ou difficultés dans les activités quotidiennes. L'incertitude qui accompagne les premières manifestations suscite peur, impuissance, colère, culpabilité ou fatigue. La famille doit alors adapter son organisation à une situation dont l'évolution peut être marquée par des périodes d'amélioration et des épisodes de crise.

Cette expérience possède aussi une dimension sociale. Dans certains contextes socioculturels, les troubles mentaux peuvent être interprétés à partir de registres médicaux, religieux, traditionnels ou moraux. Ces représentations peuvent influencer les attitudes envers la personne malade, les modalités de recours aux soins et la manière dont la famille fait face au regard social. Il convient néanmoins d'éviter toute généralisation : les représentations de la maladie varient selon les familles, les trajectoires individuelles, les ressources disponibles et les expériences antérieures.

La stigmatisation constitue en ce sens une difficulté supplémentaire. La personne malade peut être réduite à son diagnostic et être perçue comme imprévisible, dangereuse ou incapable. La famille peut elle-même ressentir honte, peur du jugement ou isolement social. Ces processus peuvent fragiliser les liens et compliquer l'accès à l'aide. À l'inverse, certaines familles développent des stratégies d'adaptation : celles-ci recherchent de l'information, maintiennent des liens affectifs, réorganisent les responsabilités, sollicitent des proches ou des professionnels et

apprennent progressivement à reconnaître les signes annonciateurs de crise.

Ces trajectoires différenciées conduisent à mobiliser le concept de résilience familiale. Dans une perspective systémique, la famille n'est ni exclusivement une source de vulnérabilité ni automatiquement un facteur de protection. Elle constitue un système relationnel susceptible de se désorganiser sous l'effet d'une crise, mais également de mobiliser des ressources et de se réorganiser. Walsh (2003) conçoit la résilience familiale comme un ensemble de processus permettant à une famille de faire face à l'adversité, de se réorganiser et de poursuivre son développement. Son modèle fait ressortir trois grands domaines: les systèmes de croyances, les modèles organisationnels et les processus de communication et de résolution des problèmes.

Dans le contexte de la schizophrénie, cette perspective est pertinente. La maladie peut modifier les rôles, les attentes, les modes de communication et la répartition des responsabilités. La famille doit également élaborer le sens de ce qui lui arrive. La manière dont la famille interprète les comportements du proche, dont elle communique à leur sujet et dont elle mobilise les ressources disponibles peut contribuer à orienter sa trajectoire d'adaptation.

Cet article s'intéresse à cinq familles confrontées à la schizophrénie à Douala. Il vise à comprendre comment elles font face à l'épreuve et quels processus semblent soutenir leur adaptation. Trois dimensions ont été retenues pour guider l'analyse : la mentalisation, les relations pouvant jouer une fonction de tuteurs de résilience et l'élaboration cognitive de l'expérience. Nous nous posons la question de recherche suivante : comment les familles ayant en leur sein un membre présentant une schizophrénie mobilisent-elles des ressources psychiques, relationnelles et sociales pour maintenir ou reconstruire un équilibre fonctionnel face à la maladie ?

1.1. Objectif de l'étude

L'objectif général est d'analyser les processus psychiques, relationnels et sociaux qui participent à la résilience familiale face à la schizophrénie à Douala. Plus spécifiquement, il s'agit d'examiner : (1) la manière dont les proches donnent sens aux comportements et aux états psychiques du membre malade ; (2) les formes de soutien mobilisées par les familles ; et (3) les modalités d'élaboration cognitive de l'expérience de la maladie et des crises.

2. Cadre théorique

2.1. La famille comme système relationnel

La famille peut être appréhendée comme un système relationnel dans lequel les conduites, les affects et les représentations de chacun influencent ceux des autres membres. Une telle perspective invite à considérer la schizophrénie comme une expérience qui concerne simultanément la personne malade et son environnement relationnel. Cette approche ne signifie pas que la famille serait responsable de l'apparition de la schizophrénie. Elle permet plutôt d'étudier les transformations réciproques qui se produisent lorsque la maladie s'inscrit dans la vie quotidienne.

Dans cette perspective, les changements observés peuvent concerner la répartition des tâches, les modalités de communication, la proximité ou la distance entre les membres, les attentes relatives à l'autonomie et les stratégies de résolution des problèmes. La famille peut donc devenir un espace de tension, mais aussi un espace de soutien et de réorganisation.

2.2. La résilience familiale selon Walsh

Le modèle de Walsh constitue le principal cadre de compréhension de la résilience familiale dans cette étude. Pour Walsh (2003), la résilience familiale ne correspond pas à une propriété fixe de la famille ; elle renvoie à des processus qui se déploient face à des situations de crise ou de stress chronique. Ces processus s'organisent autour de trois domaines : les systèmes de

croyances familiales, les modèles organisationnels et les processus de communication et de résolution des problèmes.

Les systèmes de croyances concernent notamment la manière dont la famille donne sens à l'épreuve, conserve un espoir réaliste et mobilise ses valeurs. Les modèles organisationnels renvoient à la souplesse des rôles, à la mobilisation des ressources et à la capacité de maintenir une certaine stabilité tout en s'adaptant. Les processus de communication concernent la clarté des échanges, l'expression des émotions, la collaboration et la résolution des problèmes. Ce modèle permet ainsi de dépasser une conception de la résilience comme simple capacité individuelle à « être fort » et de l'envisager comme un processus relationnel.

Appliqué à la schizophrénie, ce modèle conduit à considérer que la résilience familiale peut se manifester lorsque la famille parvient à reconnaître la réalité de la maladie sans réduire la personne à son diagnostic, à réorganiser les responsabilités, à maintenir des échanges suffisamment clairs et à mobiliser des ressources extérieures. À l'inverse, l'isolement, la rigidité organisationnelle, la communication conflictuelle ou les représentations fortement culpabilisantes peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité.

2.3. Mentalisation et fonctionnement familial

La mentalisation désigne la capacité à comprendre et à interpréter les comportements en référence aux états mentaux — pensées, émotions, intentions, croyances ou désirs — de soi et d'autrui. Fonagy et Target (1997) ont montré l'importance de la fonction réflexive dans la compréhension des conduites et dans l'organisation du fonctionnement psychique.

Dans une famille confrontée à la schizophrénie, cette notion permet d'interroger la manière dont les proches interprètent les comportements du membre malade. Un comportement inhabituel peut être compris comme une provocation volontaire, une transgression morale ou une menace ; il peut aussi être interprété comme l'expression d'une souffrance ou d'un symptôme. La

seconde interprétation n'élimine pas la difficulté, mais elle peut modifier la réponse relationnelle.

La mentalisation concerne également les proches eux-mêmes. Comprendre sa propre peur, sa colère, son sentiment d'impuissance ou sa culpabilité peut contribuer à éviter des réactions impulsives. Il ne s'agit donc pas de supposer qu'une famille résiliente « comprend tout », mais plutôt qu'elle conserve la possibilité de questionner les comportements et de rechercher des significations psychologiques et contextuelles.

2.4. Tuteurs et ressources de résilience

La notion de tuteur de résilience, associée notamment aux travaux de Cyrulnik (1999), met l'accent sur les relations et les environnements susceptibles de soutenir une personne ou un groupe confronté à une épreuve. Dans la présente étude, cette notion est transposée au niveau familial pour désigner les personnes, groupes, institutions ou espaces relationnels qui peuvent contribuer à contenir la détresse et à favoriser l'adaptation.

Ces ressources peuvent être internes à la famille — parent stable, frère ou sœur médiateur, conjoint, autre membre disponible — ou externes : professionnel de santé, psychologue, groupe de soutien, association, communauté religieuse ou entourage social. Leur fonction n'est pas nécessairement de résoudre la maladie, mais de diminuer l'isolement, soutenir la prise de décision et permettre aux proches de partager une charge devenue difficile à porter seuls.

Cette dimension est particulièrement importante lorsque l'accès aux services spécialisés est limité. Toutefois, il convient de distinguer soutien social et efficacité thérapeutique : la présence d'un soutien ne garantit pas à elle seule une meilleure évolution clinique. Elle constitue une ressource susceptible de faciliter l'adaptation familiale.

2.5. Élaboration cognitive et intellectualisation

L'intellectualisation est classiquement décrite comme un mécanisme de défense par lequel une personne privilégie une mise à distance rationnelle ou abstraite d'une expérience émotionnellement éprouvante. Dans une étude clinique, il est cependant important de ne pas confondre ce mécanisme avec toute forme de recherche d'information ou de compréhension.

Dans le présent travail, l'analyse porte donc plus largement sur l'élaboration cognitive de l'expérience. Lorsqu'un proche cherche à comprendre la maladie, interroge les professionnels, observe les signes annonciateurs d'une crise ou organise les conduites à tenir, il transforme une expérience initialement confuse en problème auquel il est possible de répondre. Cette élaboration peut soutenir l'adaptation. En revanche, lorsqu'une mise à distance intellectuelle empêche toute expression émotionnelle ou toute prise en compte du vécu du malade, elle peut devenir moins favorable.

Ainsi, mentalisation, ressources de soutien et élaboration cognitive sont envisagées comme des dimensions complémentaires plutôt que comme des mécanismes indépendants. La mentalisation concerne principalement la compréhension des états mentaux ; les tuteurs de résilience renvoient aux soutiens mobilisables ; l'élaboration cognitive concerne la manière dont l'expérience est pensée et organisée. Leur articulation constitue une hypothèse interprétative de la présente étude.

3. Méthodologie

3.1. Type et approche de l'étude

L'étude adopte une approche mixte à dominante clinique et qualitative. Le choix d'un dispositif mixte se justifie par la volonté d'articuler, d'une part, l'exploration approfondie du vécu familial et des interactions et, d'autre part, des indicateurs standardisés susceptibles d'apporter des éléments complémentaires sur la résilience et les manifestations de stress ou de détresse.

La composante qualitative constitue le cœur de l'analyse, car la question de recherche porte sur les processus par lesquels les familles donnent sens à la maladie, mobilisent des soutiens et réorganisent leurs relations. Les données standardisées sont utilisées comme éléments complémentaires et non comme preuve isolée de la résilience familiale.

3.2. Participants et critères d'inclusion

Cinq familles ont participé à l'étude. Trois proches ont été rencontrés dans chacune d'elles, soit 15 participants : le père, la mère et un membre de la fratrie dans F1 à F4 ; un frère, une fille et une nièce de la personne malade dans F5. Le recrutement a reposé sur un échantillonnage non probabiliste de convenance. Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir dans la famille un membre présentant une schizophrénie ; vivre avec cette personne ou l'accompagner régulièrement ; accepter librement de participer à la recherche ; et être disponible pour les entretiens et les procédures d'évaluation. Les personnes ne remplissant pas ces conditions ou ne donnant pas leur consentement n'ont pas été incluses.

Les familles ont été codées F1 à F5 afin de préserver leur anonymat. Le faible nombre de cas et le mode de recrutement ne permettent pas de prétendre à une représentativité statistique. L'objectif est plutôt de dégager des processus et des configurations d'adaptation à partir de situations cliniques contrastées.

Tableau 1. Caractéristiques des familles et des proches participants

Famille	Type familial	Proches participants	Âge de la personne malade
F1	Biparentale	Père, mère, frère ou sœur	45 ans
F2	Recomposée*	Père, mère, frère	38 ans

Famille	Type familial	Proches participants	Âge de la personne malade
F3	Biparentale	Père, mère, sœur	36 ans
F4	Biparentale	Père, mère, frère	30 ans
F5	Polygamique	Frère, fille, nièce	63 ans

Note. Les âges et liens de parenté sont repris de la thèse. *La présentation narrative de F2 la décrit comme recomposée, malgré une autre table source qui la qualifie de « normale » ; la description narrative, plus détaillée, a été retenue.

3.3. Terrain de recherche

L'étude a été conduite à Douala, principalement dans les arrondissements de Douala III et Douala V. Ce terrain a été retenu en raison de la diversité des trajectoires familiales et de la coexistence de ressources médicales, communautaires, religieuses et informelles susceptibles d'intervenir dans l'accompagnement des personnes vivant avec un trouble mental.

Le contexte urbain, les contraintes économiques, les représentations sociales de la maladie mentale et les possibilités variables d'accès aux soins peuvent influencer les stratégies familiales. Ces éléments sont donc considérés comme des facteurs contextuels et non comme des caractéristiques uniformes de toutes les familles de Douala.

3.4. Techniques et instruments de collecte

Trois sources principales de données ont été mobilisées.

Premièrement, des entretiens semi-directifs ont été réalisés à partir d'un guide organisé autour de l'histoire de la maladie, des réactions lors des premières manifestations, des représentations attribuées à la maladie, des formes de soutien mobilisées, des

difficultés rencontrées, des stratégies d'adaptation et des changements dans les relations familiales.

Deuxièmement, l'observation clinique a porté sur les interactions entre proches, les attitudes envers le membre malade, les formes de protection ou de rejet, les signes de tension, les modalités de communication et les indices de cohésion. Ces observations ont été utilisées pour compléter et contextualiser les discours.

Troisièmement, des mesures standardisées ont été utilisées auprès des proches participants. La Resilience Scale de Wagnild et Young (1993) explore les ressources individuelles de résilience. Dans la grille d'interprétation retenue par la thèse, un score inférieur à 120 indique une faible résilience, un score de 120 à 149 une résilience modérée et un score d'au moins 150 une forte résilience. La Davidson Trauma Scale (Davidson et al., 1997) comporte 17 items cotés séparément pour la fréquence (0 à 4) et la gravité (0 à 4), donnant deux sous-scores de 0 à 68 et un score total de 0 à 136. Elle explore les manifestations de stress post-traumatique sans constituer, à elle seule, un diagnostic. Le Peritraumatic Distress Inventory de Brunet et al. (2001) comporte 13 items cotés de 0 à 4 et produit un score total de 0 à 52 ; il explore la détresse vécue pendant ou immédiatement après un événement potentiellement traumatique. Dans la présente étude, ces instruments sont considérés comme des indicateurs complémentaires et ne permettent pas, à eux seuls, de poser un diagnostic de trouble de stress post-traumatique ni de mesurer directement la résilience du système familial.

3.5. Procédure

La collecte a été réalisée après information des participants sur les objectifs de la recherche et obtention de leur consentement libre et éclairé. Les entretiens ont porté sur le vécu de la maladie et les stratégies familiales d'adaptation. Les observations ont été réalisées dans le cadre des rencontres prévues par l'étude. Les données ont été anonymisées au moyen des codes F1 à F5 pour les

familles et P1 à P3 pour les proches rencontrés dans chaque famille.

Pour améliorer la qualité méthodologique, les données issues des entretiens, des observations et des instruments standardisés ont été croisées. Ce croisement permet de rechercher des convergences ou des divergences entre ce que les proches déclarent, ce qui est observé dans les interactions et les indicateurs issus des échelles.

3.6. Analyse des données

L'analyse quantitative est strictement descriptive. Les scores ont été interprétés au niveau des proches qui ont complété les instruments, puis rapprochés des caractéristiques qualitatives des situations familiales. Les tableaux de la thèse permettent de restituer 13 scores individuels à la Resilience Scale et 15 scores individuels à la Davidson Trauma Scale. Deux scores de résilience ne sont pas documentés pour F5. Les résultats du Peritraumatic Distress Inventory sont présentés dans la thèse sous forme de distributions par item pour l'ensemble des répondants ; aucun score total individuel par participant n'y est récapitulé. Ils ne peuvent donc pas être intégrés artificiellement au tableau individuel. Compte tenu du faible effectif et de l'absence de procédure validée d'agrégation intrafamiliale, aucun score individuel n'a été transformé en score familial et aucune analyse inférentielle n'a été retenue.

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique. Une première lecture a permis d'identifier les unités de sens relatives à la compréhension de la maladie, aux réactions émotionnelles, aux formes de soutien, aux modalités de communication et aux stratégies d'adaptation. Ces unités ont ensuite été regroupées autour des trois dimensions théoriques retenues : mentalisation, ressources ou tuteurs de résilience et élaboration cognitive. Les catégories ont été confrontées aux observations et aux données standardisées afin d'identifier les convergences et les divergences.

L'analyse est donc à la fois déductive, parce qu'elle s'appuie sur des concepts théoriques préalablement définis, et ouverte aux éléments émergents issus du discours des participants.

3.7. Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé des participants a été recherché avant la collecte. Les données ont été anonymisées et utilisées dans le respect de la confidentialité. Les citations présentées dans les résultats sont attribuées à des codes familiaux et ne comportent pas d'informations permettant d'identifier directement les personnes. Toute autorisation institutionnelle ou éthique obtenue dans le cadre de l'enquête doit être mentionnée dans la version soumise à la revue avec sa référence exacte.

4. Résultats

4.1. Profils d'adaptation familiale

La restitution des scores individuels met en évidence une hétérogénéité importante entre les proches, y compris au sein d'une même famille. La Resilience Scale situe F1-P1 et F5-P1 dans la catégorie forte ; plusieurs proches de F1 et F2 dans la catégorie modérée ; et certains proches de F2, F3 et F4 dans la catégorie faible. F3-P3 et F4-P1 obtiennent toutefois des scores élevés, tandis que d'autres proches de ces mêmes familles ont des scores faibles. Ces écarts interdisent de déduire un niveau unique de résilience pour chaque famille à partir d'un seul répondant.

La Davidson Trauma Scale montre également des profils contrastés. Les trois proches de F3 rapportent des symptômes légers, tandis que F2 comprend deux profils modérés et un profil sévère. F4 associe deux profils modérés et un profil sévère. F1 comprend un profil léger et deux profils modérés ; F5 présente trois profils légers. Ces résultats montrent que la résilience déclarée et la symptomatologie traumatique ne sont pas des dimensions parfaitement inverses : un proche peut mobiliser des ressources adaptatives tout en demeurant en souffrance.

L'analyse familiale repose donc prioritairement sur le croisement des entretiens, des observations et des configurations de scores, et non sur une moyenne ou une étiquette globale. Les expressions « ressources adaptatives plus importantes », « profil intermédiaire » ou « vulnérabilité » sont utilisées comme synthèses qualitatives prudentes, sans prétendre mesurer directement la résilience du système familial.

Tableau 2. Scores individuels de résilience et de symptomatologie traumatique

Code	Lien	Résilience	DTS F/G/T	DTS : niveau	Synthèse qualitative
F1-P1	Père	154 (forte)	13/13/26	Léger	Acceptation, soins et foi
F1-P2	Mère	142 (modérée)	49/25/74	Modéré	Soutien familial ; forte détresse
F1-P3	Frère / sœur	133 (modérée)	29/25/54	Modéré	Mise à distance
F2-P1	Père	141 (modérée)	33/25/58	Modéré	Recherche de solutions
F2-P2	Mère	113 (faible)	28/54/82	Sévère	Investissement intense ; épuisement
F2-P3	Frère	124 (modérée)	31/42/73	Modéré	Soutien malgré les contraintes

Code	Lien	Résilien- ce	DTS F/G/T	DTS : niveau	Synthèse qualitative
F3-P1	Père	97 (faible)	5/18/23	Léger	Accompagne- ment et recours aux soins
F3-P2	Mère	94 (faible)	6/6/12	Léger	Foi et soutien familial
F3-P3	Sœur	175 (forte)	11/11/22	Léger	Acceptation et aide ponctuelle
F4-P1	Père	175 (forte)	37/28/65	Modéré	Dialogue et acceptation
F4-P2	Mère	79 (faible)	29/27/56	Modéré	Soutien actif; épuisement
F4-P3	Frère	94 (faible)	67/59/12 6	Sévère	Retrait protecteur; tensions
F5-P1	Frère	154 (forte)	15/19/34	Léger	Groupe de soutien et soins
F5-P2	Fille	Non documen- té	5/1/6	Léger	Acceptation et aide aux soins
F5-P3	Nièce	Non documen- té	0/14/14	Léger	Soutiens profession- nels et foi

Note. DTS F/G/T = fréquence/gravité/total. Les scores et catégories sont reproduits tels qu'ils apparaissent dans les tableaux

de résultats de la thèse. Les scores du PDI ne figurent pas ici, car la thèse ne fournit pas de totaux individuels par participant ; elle présente uniquement des distributions globales par item. Les mesures sont individuelles et ne constituent pas des scores de famille.

4.2. Résultats relatifs à la mentalisation

Dans les situations les plus adaptatives, les proches semblent progressivement différencier la personne de certaines manifestations de la maladie. Ils peuvent reconnaître que le retrait, l'absence d'initiative ou certains comportements inhabituels ne correspondent pas nécessairement à une volonté de nuire.

Un membre de F1 rapporte : « Pour le moment elle est calme et ses activités de maison se font bien ce qui n'est pas le cas lorsqu'elle fait ses crises. [...] nous avons remarqué qu'elle ne prend aucune initiative. Cependant lorsqu'on lui demande un service, elle le rend sans résister. » Ce propos témoigne d'une observation nuancée du fonctionnement du proche : la famille identifie une différence entre les périodes de crise et les périodes plus calmes et repère également les capacités qui demeurent présentes.

Cette manière d'observer peut être rapprochée de la mentalisation. Le comportement n'est pas seulement jugé ; il est replacé dans une dynamique psychique et contextuelle. La famille peut alors ajuster son attitude, notamment en privilégiant la patience et l'accompagnement.

4.3. Résultats relatifs aux tuteurs et ressources de résilience

Les données montrent que les familles ne font pas face à la maladie uniquement à partir de leurs ressources internes. Les proches évoquent des camarades, d'autres familles vivant une situation similaire, des groupes de soutien, des professionnels et des communautés religieuses.

Un parent de F5 indique : « Mes camarades me soutiennent, me félicitent et m'encouragent dans cette situation. » Il précise

également : « Je suis membre d'un groupe de soutien du centre Saint-Benoît Ménie. » Un proche de F1 rapporte pour sa part : « Certaines familles vivant le même traumatisme m'ont conseillé. » Ces extraits montrent que l'échange d'expérience constitue une ressource pour faire face à une situation vécue comme difficile.

Les soutiens extérieurs ne suppriment pas la maladie, mais ils peuvent diminuer le sentiment d'isolement, offrir des informations et contribuer à la régulation émotionnelle. Ils peuvent également orienter vers des ressources de soins plus adaptées.

4.4. Résultats relatifs à l'élaboration cognitive

La recherche de compréhension apparaît également dans les discours. Certains proches tentent d'accepter la chronicité de la maladie, d'en parler avec la personne concernée ou de rechercher des explications auprès d'autres familles et des professionnels.

Un parent de F4 déclare : « Sa maladie nous a rendus vulnérables (...) J'accepte cette maladie, bien qu'elle soit chronique, mais je me sens soulagé lorsque je parle avec lui. » L'extrait suggère une forme d'élaboration de l'expérience : la chronicité est reconnue, la vulnérabilité est nommée et la communication avec le proche est maintenue.

Dans F5, l'acceptation et le maintien du lien sont également très présents : « C'est ma mère et rien ne pourra l'enlever, même pas la maladie (...) j'ai pris l'habitude de me balader avec elle, qu'importe ce que disent les autres. » Ce propos montre que l'élaboration de la maladie ne passe pas seulement par des explications rationnelles ; elle implique aussi une redéfinition de la place du proche malade dans la relation familiale.

À l'inverse, le témoignage de F4-P3 met en évidence les limites de cette dynamique. La mise à distance exprimée par le proche peut être comprise comme une tentative de protection face à une tension devenue trop forte. Elle rappelle que l'adaptation n'est pas toujours synonyme de rapprochement : dans certaines situations, une distance temporaire peut constituer une stratégie de protection, même si elle comporte un risque de fragilisation du lien.

Tableau 3. Synthèse qualitative croisée des cinq situations familiales

Famille	Ressources repérées	Fragilités repérées	Lecture prudente
F1	Acceptation, recours aux soins, soutien proches	Détresse et mise à distance chez certains membres	Ressources présentes mais expérience non homogène
F2	Investissement parental, recherche de solutions, foi	Rejet social, épuisement, symptomatologie modérée à sévère	Adaptation active mais coûteuse et fragile
F3	Soutien familial, soins, acceptation chez un proche	Scores de résilience faibles chez deux proches	Faible traumatisme déclaré, ressources individuelles contrastées
F4	Dialogue, soins, soutien intrafamilial	Tensions, retrait, un score traumatique sévère	Forte hétérogénéité entre proches
F5	Groupe de soutien, soins, activités partagées, foi	Charge familiale et données de résilience incomplètes	Soutiens diversifiés et traumatisme déclaré faible

Note. Cette synthèse résulte de la triangulation des entretiens, des observations et des scores disponibles. Elle ne constitue ni un classement définitif des familles ni une démonstration causale.

5. Discussion

5.1. La résilience familiale comme processus dynamique

L'objectif de cette étude était d'analyser les processus mobilisés par des familles de Douala confrontées à la schizophrénie. Les résultats mettent en évidence des trajectoires différenciées : certaines familles maintiennent davantage de cohésion et de recherche de soutien, tandis que d'autres apparaissent plus vulnérables. Cette diversité est compatible avec une conception de la résilience comme processus dynamique plutôt que comme propriété stable.

Le modèle de Walsh (2003) permet d'interpréter les résultats à partir de trois dimensions. Premièrement, les croyances familiales interviennent dans la manière de donner sens à la maladie. Une représentation qui permet de reconnaître la personne comme un sujet en souffrance peut être plus favorable à l'accompagnement qu'une représentation exclusivement culpabilisante ou stigmatisante. Deuxièmement, l'organisation familiale doit s'adapter aux changements imposés par la maladie. Enfin, la communication et la résolution des problèmes permettent de coordonner les conduites et de limiter les malentendus.

Les cinq cas illustrent, à des degrés variables, plusieurs de ces processus. F1 et F5 donnent à voir des soutiens et un maintien du lien relativement visibles ; F2 montre un investissement important accompagné d'une lourde charge émotionnelle ; F3 et F4 présentent des écarts marqués entre proches. Cette hétérogénéité confirme qu'une famille ne peut être résumée par le score d'un seul membre. Les observations permettent de décrire des configurations associées à l'adaptation, mais non d'établir une relation causale.

5.2. La mentalisation comme ressource relationnelle

Les résultats qualitatifs suggèrent que la capacité à différencier le comportement du proche de ses intentions personnelles peut contribuer au maintien du lien. Cette observation rejoint la perspective de Fonagy et Target (1997), pour qui la mentalisation consiste notamment à représenter les comportements en référence aux états mentaux. Dans le contexte étudié, comprendre qu'un retrait ou une absence d'initiative peut être lié au trouble plutôt qu'à une volonté de provoquer la famille peut modifier la réponse des proches.

Cette interprétation doit néanmoins être nuancée. La présente étude n'a pas utilisé un instrument spécifique de mentalisation et ne permet donc pas de mesurer directement cette capacité. La mentalisation constitue ici une catégorie d'analyse construite à partir des discours et des observations. Une étude ultérieure pourrait utiliser un outil validé de fonction réflexive ou une méthode d'entretien spécifiquement consacrée à cette dimension.

5.3. Les tuteurs de résilience et le soutien social

Les témoignages de F1 et F5 montrent l'importance du soutien des pairs et des groupes. Cette observation est cohérente avec une conception relationnelle de la résilience : l'adaptation ne dépend pas uniquement des ressources psychiques individuelles, mais également des ressources accessibles dans l'environnement.

Les groupes de soutien peuvent fournir une validation de l'expérience, des conseils pratiques et un sentiment d'appartenance. Les professionnels de santé peuvent, quant à eux, contribuer à la psychoéducation et à la continuité des soins. Les communautés religieuses ou sociales peuvent également jouer un rôle de soutien, à condition que leurs interventions ne renforcent pas la stigmatisation et qu'elles facilitent l'accès aux soins appropriés.

Une question importante demeure toutefois ouverte : le soutien produit-il une meilleure adaptation ou les familles qui disposent déjà de meilleures ressources sont-elles simplement plus

capables de rechercher ce soutien ? Le devis transversal et le faible nombre de cas ne permettent pas de trancher cette question.

5.4. Élaboration cognitive, intellectualisation et adaptation

Les données invitent à distinguer l'élaboration cognitive de l'intellectualisation au sens strict. Lorsque les proches cherchent à comprendre la maladie, à identifier les signes de crise et à organiser leurs conduites, cette activité cognitive peut faciliter l'adaptation. Elle transforme une expérience initialement confuse en situation plus prévisible et donc plus contrôlable.

Cependant, parler systématiquement d'intellectualisation serait excessif en l'absence d'une évaluation spécifique des mécanismes de défense. Le terme d'élaboration cognitive est donc plus prudent pour décrire les données empiriques de cette étude. L'intellectualisation peut être discutée comme une possibilité théorique lorsque la rationalisation semble servir à mettre à distance une émotion difficile, mais elle ne doit pas être présentée comme un résultat directement démontré.

5.5. Résilience et souffrance : deux réalités compatibles

Un résultat important de l'étude est que la résilience ne signifie pas absence de souffrance. Les proches peuvent ressentir peur, fatigue, impuissance, tristesse ou tension tout en continuant à soutenir le membre malade. Cette conception rejoint l'approche de la résilience comme processus de transformation plutôt que comme invulnérabilité.

Cette distinction est particulièrement importante dans l'accompagnement clinique. Exiger d'une famille qu'elle soit constamment forte ou positive pourrait renforcer la culpabilité. Une intervention adaptée doit au contraire reconnaître la souffrance des proches tout en identifiant les ressources qui peuvent être développées.

5.6. Mise en perspective avec les travaux antérieurs

Les résultats sont cohérents avec la littérature qui considère la famille comme un espace dans lequel les processus d'attachement, de communication et de régulation émotionnelle peuvent influencer l'adaptation. Delage et ses collaborateurs (2006) soulignent notamment l'importance des liens d'attachement, des émotions et de la construction de nouvelles représentations dans le travail familial. Dans le présent corpus, les propos de F4 et F5 montrent également que la relation avec le proche malade peut être maintenue à travers l'acceptation, la parole et des activités partagées.

Les travaux de Cyrulnik (1999) permettent de comprendre l'importance des rencontres et des liens susceptibles de soutenir la reconstruction après une épreuve. Les témoignages relatifs aux camarades, aux autres familles et aux groupes de soutien illustrent cette dimension relationnelle. Toutefois, le concept de tuteur de résilience doit être utilisé avec prudence : la présente étude identifie des ressources de soutien, mais ne permet pas de démontrer l'efficacité causale de chacune d'elles.

6. Implications cliniques et sociales

6.1. Renforcer la psychoéducation familiale

Les résultats plaident en faveur de programmes de psychoéducation destinés aux proches. Ces programmes devraient porter sur la compréhension de la schizophrénie, la reconnaissance des signes annonciateurs de crise, les modalités de communication avec le proche, les conduites à tenir en situation de crise et l'importance de la continuité des soins. Une information adaptée peut réduire l'incertitude et limiter certaines interprétations culpabilisantes.

6.2. Soutenir les proches

L'accompagnement ne devrait pas être centré uniquement sur la personne présentant une schizophrénie. Les proches ont eux aussi besoin d'espaces d'écoute, d'information et de soutien psychologique. Ces dispositifs pourraient contribuer à prévenir l'épuisement, améliorer la communication familiale et favoriser une meilleure continuité de l'accompagnement.

6.3. Mobiliser les ressources communautaires

Les groupes de pairs, associations, communautés religieuses et autres réseaux sociaux constituent des ressources importantes dans les trajectoires décrites. Une collaboration avec ces acteurs pourrait permettre d'améliorer l'orientation vers les soins, à condition qu'ils disposent d'informations fiables sur la maladie mentale et qu'ils respectent la dignité et les droits des personnes concernées.

6.4. Lutter contre la stigmatisation

La lutte contre la stigmatisation doit concerner simultanément la personne malade et sa famille. Des actions communautaires, groupes de parole et campagnes de sensibilisation peuvent contribuer à réduire les représentations associant systématiquement maladie mentale, dangerosité ou honte. L'objectif n'est pas seulement d'informer, mais aussi de favoriser des relations sociales qui permettent à la personne de conserver une place dans sa famille et dans sa communauté.

7. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. Premièrement, l'échantillon est réduit à cinq familles et a été constitué par convenance ; les résultats ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble des familles confrontées à la schizophrénie à Douala ou au Cameroun. Deuxièmement, le caractère principalement qualitatif de l'étude expose l'analyse à la subjectivité inhérente à l'interprétation des récits et des observations. Le croisement des

sources a toutefois été utilisé pour renforcer la crédibilité de l'analyse.

Troisièmement, les instruments standardisés utilisés ont été conçus pour évaluer des dimensions individuelles ou des réactions à des événements traumatiques. Ils ne constituent pas des mesures directes et spécifiques de la résilience familiale. Leur utilisation dans cette étude doit donc être comprise comme complémentaire aux données qualitatives. Quatrièmement, les concepts de mentalisation et d'intellectualisation n'ont pas été mesurés au moyen d'outils spécifiques ; ils constituent des catégories interprétatives.

Enfin, le caractère transversal de la collecte ne permet pas de suivre l'évolution des familles dans le temps. Une recherche longitudinale pourrait mieux documenter les changements de stratégies d'adaptation entre les périodes de crise, de stabilisation et de rechute.

8. Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les processus de résilience mobilisés par des familles ayant en leur sein un membre présentant une schizophrénie à Douala. L'analyse de cinq situations familiales met en évidence des profils d'adaptation différenciés et montre que la présence d'une maladie mentale sévère ne conduit pas nécessairement à une désorganisation familiale totale. Certaines familles parviennent à maintenir le lien, à réorganiser leur fonctionnement et à rechercher des soutiens malgré la souffrance.

Trois dimensions ressortent particulièrement de l'analyse : la mentalisation, la mobilisation de ressources relationnelles pouvant jouer une fonction de tuteurs de résilience et l'élaboration cognitive de l'expérience. La mentalisation semble favoriser une lecture moins moralisatrice des comportements du proche ; les soutiens sociaux et professionnels contribuent à limiter l'isolement ;

L'élaboration cognitive permet d'organiser les réponses face à une situation vécue comme imprévisible.

Ces résultats doivent cependant être considérés comme exploratoires. La résilience familiale ne doit pas être comprise comme l'absence de souffrance, ni comme une qualité fixe. Elle correspond plutôt à un processus dynamique de réorganisation face à l'adversité. Elle peut se renforcer ou se fragiliser selon les périodes, les ressources disponibles, la qualité des relations et les possibilités d'accès aux soins.

Dans le contexte camerounais, cette perspective invite à développer une prise en charge qui associe la personne présentant une schizophrénie, ses proches et son environnement social. La psychoéducation familiale, le soutien psychologique des aidants, la mobilisation des réseaux communautaires et la lutte contre la stigmatisation constituent des pistes importantes. La famille peut ainsi être reconnue simultanément comme un espace de vulnérabilité et comme une ressource potentielle de soutien, de protection et de reconstruction.

Références

- Bleuler, E.** (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig & Wien: Franz Deuticke.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., Fagan, J., & Marmar, C. R.** (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480–1485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1480>
- Cyrułnik, B.** (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E.** (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153–160. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004229>

- Delage, M., Cyrulnik, B., Benghozi, P., Clervoy, P., Petitjean, M., Perrin, F., & Lussiana, S.** (2006). La famille et les liens d'attachement en thérapie. *Thérapie Familiale*, 27(3), 243–262. <https://doi.org/10.3917/tf.063.0243>
- Fonagy, P., & Target, M.** (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M.** (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
- Walsh, F.** (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1–18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>