



Famille et schizophrénie : processus de résilience face à la maladie mentale d'un membre dans la ville de Douala

Blaise NZEUMOTCHO

Université de Douala,
blaisenzeumotcho1@gmail.com

Joachen BANINDJEL

Université de Yaoundé 1,
joachen.banindjel@univ-yaounde1.cm

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychological, relational, and social ordeal that affects not only the person diagnosed but also the entire family system. This article analyzes the processes through which certain families with a member diagnosed with schizophrenia manage to maintain or rebuild a functional balance despite the traumatic experience of the illness. The study adopts a mixed-methods approach that is predominantly clinical and qualitative. Data were collected in Douala through semi-structured interviews, clinical observations, and standardized scales, including the Wagnild and Young Resilience Scale, the Davidson Trauma Scale, and Brunet's Peritraumatic Distress Inventory. The results highlight a diversity of family profiles: families F1, F4, and F5 exhibit high resilience; family F2 exhibits moderate resilience; while family F3 exhibits low resilience. These results indicate that family resilience is built primarily around three processes: mentalization, which helps make sense of the crisis; resilience support systems, which provide emotional, social, or institutional support; and intellectualization, which transforms raw emotion into organized thought. It follows that a family's resilience in the face of schizophrenia depends on its ability to understand the illness, maintain family bonds, mobilize support, and psychologically process the traumatic experience.

Keywords:

Schizophrenia; family resilience; mentalization; resilience predictors; intellectualization

Résumé

La schizophrénie constitue une épreuve psychique, relationnelle et sociale qui ne concerne pas uniquement la personne diagnostiquée, mais engage également l'ensemble du système familial. Cet article analyse les processus par lesquels certaines familles ayant en leur sein un membre présentant une schizophrénie parviennent à maintenir ou à reconstruire un équilibre fonctionnel malgré l'expérience traumatique de la maladie. L'étude adopte une approche mixte descriptive, à dominante clinique et qualitative. Les données ont été recueillies à Douala à partir d'entretiens semi-directifs, d'observations cliniques et d'échelles

standardisées, notamment l'échelle de résilience de Wagnild et Young, l'échelle de traumatisme de Davidson et l'inventaire de détresse péritraumatique de Brunet. Les résultats mettent en évidence une diversité de profils familiaux : les familles F1, F4 et F5 présentent une forte résilience ; la famille F2 présente une résilience modérée ; tandis que la famille F3 manifeste une faible résilience. Ces résultats indiquent que la résilience familiale se construit principalement autour de trois processus : la mentalisation, qui permet de donner du sens à l'épreuve ; les tuteurs de résilience, qui apportent un soutien affectif, social ou institutionnel ; et l'intellectualisation, qui transforme l'émotion brute en pensée organisée. Il en ressort que la résilience familiale face à la schizophrénie dépend de la capacité de la famille à comprendre la maladie, à maintenir le lien, à mobiliser des soutiens et à élaborer psychiquement l'expérience traumatique.

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

Introduction

La maladie mentale représente une expérience particulièrement éprouvante pour les familles, surtout lorsqu'elle prend la forme d'un trouble chronique et fortement stigmatisé comme la schizophrénie. Cette pathologie, historiquement décrite par Bleuler (1911) comme une désorganisation profonde de la pensée, de l'affectivité et du rapport à la réalité, ne se limite pas à une souffrance individuelle; elle modifie aussi la dynamique familiale, les rôles habituels, les formes de communication, les responsabilités quotidiennes et le regard que la famille porte sur elle-même.

Lorsqu'un membre de la famille présente une schizophrénie, les proches sont généralement confrontés à une situation qu'ils ne comprennent pas immédiatement. Les comportements du malade peuvent paraître étranges, imprévisibles ou inquiétants. Les hallucinations, les idées délirantes, le retrait social, l'agitation ou les ruptures dans la communication peuvent créer un climat d'incertitude. La famille doit alors apprendre à vivre avec une maladie qui déstabilise son organisation interne et qui expose ses membres à une charge émotionnelle importante.

Dans le contexte camerounais, cette expérience prend une signification particulière. La maladie mentale n'est pas seulement interprétée à partir d'un registre médical. Elle peut aussi être comprise à travers des représentations culturelles, religieuses, mystiques ou morales. Certaines familles peuvent associer les troubles mentaux à la sorcellerie, à une sanction, à une faute familiale, à une malédiction ou à un désordre spirituel. Ces interprétations ne sont pas sans effet sur la manière dont le membre malade est traité. Elles peuvent parfois renforcer la solidarité familiale, lorsque la famille cherche des solutions dans plusieurs registres de soin ; mais elles peuvent aussi aggraver le rejet, lorsque la personne malade est perçue comme une honte, une menace ou une charge insupportable.

La famille se retrouve ainsi placée devant une double épreuve. D'une part, elle doit faire face à la souffrance liée aux symptômes de la schizophrénie et d'autre part, elle doit affronter le regard social porté sur la maladie mentale. Dans certains cas, les proches peuvent éviter de parler de la situation, cacher le malade, limiter les visites ou s'éloigner des relations sociales par peur d'être jugés. Cette stigmatisation ne touche donc pas uniquement la personne malade, elle atteint également la famille, qui peut se sentir marginalisée, incomprise ou abandonnée.

Pourtant, toutes les familles ne réagissent pas de la même manière. Certaines se désorganisent progressivement, s'épuisent et finissent par exclure le membre malade. D'autres au contraire, parviennent à maintenir un minimum de cohésion, à rechercher de l'aide, à réorganiser les rôles et à préserver un lien affectif avec la personne atteinte. Cette différence de trajectoire conduit à s'intéresser à la notion de résilience familiale.

La résilience familiale peut être comprise comme la capacité d'un système familial à résister à une

situation déstabilisante, à se réorganiser et à continuer à fonctionner malgré l'adversité Walsh (2006). Il s'agit d'un processus progressif par lequel la famille parvient à contenir la crise, à lui donner un sens, à mobiliser des ressources et à reconstruire un équilibre suffisamment stable.

Dans le cas de la schizophrénie, cette résilience est particulièrement importante, car la maladie s'inscrit souvent dans la durée. La famille doit donc apprendre à composer avec les périodes d'accalmie, les rechutes, les soins, les crises, les tensions relationnelles et les difficultés d'insertion sociale du membre malade. Cette réalité demande des ajustements permanents. La résilience familiale n'est donc pas un état définitif. Elle se construit, se fragilise et se reconstruit selon les moments, les ressources disponibles et la qualité de l'accompagnement (Delage et al., 2006).

Le présent article s'intéresse aux processus de résilience mobilisés par les familles ayant en leur sein un membre atteint de schizophrénie à Douala. Il cherche à répondre à la question suivante: comment certaines familles parviennent-elles à maintenir ou à reconstruire un équilibre fonctionnel malgré la présence d'un trouble aussi déstabilisant que la schizophrénie? Plus précisément, l'article analyse trois processus: la mentalisation, les tuteurs de résilience et l'intellectualisation. Ces trois dimensions permettent de comprendre comment les familles donnent sens à la maladie, s'appuient sur des soutiens et transforment leur vécu émotionnel en ressources d'adaptation.

1. Cadre théorique

La famille est habituellement considérée comme un système relationnel dans lequel les membres sont interdépendants (Lewin, cité par Oberlé, 2016). Ainsi, lorsqu'un membre souffre, l'ensemble du groupe familial est affecté. La maladie mentale ne perturbe donc pas seulement un individu ; elle produit des effets sur les interactions, les responsabilités, les croyances et les équilibres du groupe familial. C'est en fonction de cette logique qu'il semble judicieux d'interroger la résilience au sein de ce groupe.

Dans les travaux de Walsh (2006), la résilience familiale désigne la capacité d'un système familial à se réorganiser face à l'adversité, à maintenir des liens significatifs et à mobiliser des ressources internes et externes. Cette conception permet d'éviter deux erreurs. La première serait de considérer la famille uniquement comme un facteur de pathologie ou de conflit. La seconde serait de l'idéaliser comme si elle était naturellement protectrice. En réalité, la famille peut être à la fois un lieu de vulnérabilité et un espace de reconstruction. Dans cette veine, la résilience familiale en contexte de la schizophrénie se manifeste par plusieurs signes. Elle apparaît lorsque la famille continue à reconnaître la dignité du membre malade, lorsqu'elle cherche à comprendre les symptômes, lorsqu'elle réorganise les tâches domestiques, lorsqu'elle maintient une forme de communication et lorsqu'elle accepte de recourir à des soutiens extérieurs. Elle apparaît aussi lorsque la famille parvient à ne pas réduire la personne à sa maladie. Le malade n'est plus seulement vu comme « fou », « dangereux » ou « inutile », mais comme un membre de la famille en souffrance, ayant besoin d'accompagnement. S'inscrivant dans cette perspective, la résilience familiale est analysée à travers trois processus: la mentalisation, le recours aux tuteurs de résilience et l'intellectualisation.

Concernant la mentalisation, elle désigne la capacité à comprendre ses propres états mentaux et ceux d'autrui. Dans une famille confrontée à la schizophrénie, la mentalisation permet de faire une différence entre la personne et les manifestations de la maladie. Elle aide les proches à comprendre que certains comportements ne sont pas nécessairement des actes de provocation ou de méchanceté, mais peuvent être l'expression d'une souffrance psychique (Berthelot, Ensink & Normandin, 2014). Par exemple, lorsqu'un membre malade s'isole, refuse de parler ou adopte un comportement étrange, une famille qui mentalise peut se demander: « *Que vit-il intérieurement? Qu'est-ce que ce comportement signifie? Comment pouvons-nous l'aider sans l'agresser?* ». Cette posture favorise une relation plus contenante.

La mentalisation joue donc un rôle protecteur. Elle réduit les réactions impulsives, les jugements moraux et les attitudes de rejet. Elle ouvre un espace de parole et de compréhension. Elle permet également à la famille de penser sa propre souffrance: peur, fatigue, colère, découragement, culpabilité. Dès lors, une famille qui mentalise n'est pas une famille qui comprend tout parfaitement; c'est une famille qui tente de mettre des mots sur ce qui se passe, au lieu de rester enfermée dans la confusion ou dans l'accusation.

S'agissant des tuteurs de résilience, Cyrulnik (1999) les considère comme des personnes, institutions ou relations qui permettent au sujet blessé de ne pas rester enfermé dans son traumatisme. Appliquée à la famille, cette notion désigne tous les appuis qui aident le groupe familial à supporter la maladie et à reconstruire un équilibre. Ces tuteurs peuvent être internes ou externes. Ils peuvent prendre la forme d'un parent stable, d'un frère médiateur, d'une mère attentive, d'un professionnel de santé, d'un voisin compréhensif, d'un groupe religieux, d'une association, d'un psychologue ou d'un espace thérapeutique.

Les tuteurs de résilience sont importants parce que la famille ne peut pas toujours porter seule la charge de la maladie Cyrulnik (1999). Lorsque les proches sont isolés, ils risquent davantage de s'épuiser, de se décourager ou de rejeter le malade. À l'inverse, lorsqu'ils se sentent soutenus, ils peuvent mieux contenir l'angoisse et prendre des décisions plus adaptées. Dans les contextes où les structures spécialisées en santé mentale sont limitées, les tuteurs de résilience jouent un rôle encore plus important, car ils compensent en partie le manque d'accompagnement institutionnel.

A propos de l'intellectualisation, elle est généralement comprise comme un mécanisme psychique par lequel une personne met à distance une émotion douloureuse en la transformant en raisonnement, en explication ou en analyse (Freud, 1936). Dans certaines situations, l'intellectualisation peut devenir défensive, surtout lorsqu'elle sert à éviter toute expression affective. Toutefois, elle peut aussi être une ressource lorsqu'elle permet de penser une expérience trop lourde. Pour une famille confrontée à la schizophrénie, chercher à comprendre la maladie, poser des questions aux soignants, lire des documents, comparer les expériences et organiser les conduites à tenir peut aider à diminuer l'angoisse.

Ainsi, la mentalisation, le tutorat de résilience et l'intellectualisation ne sont pas des processus séparés. Ils fonctionnent ensemble. La mentalisation permet de comprendre la souffrance; les tuteurs de résilience apportent du soutien; l'intellectualisation permet d'organiser la pensée et l'action. Leur articulation favorise la reconstruction progressive de l'équilibre familial.

2. Méthodologie

2.1. Participants

Les participants ont été recrutés selon un échantillonnage non probabiliste de convenance. Les familles retenues devaient avoir en leur sein un membre présentant une schizophrénie, vivre avec lui ou l'accompagner régulièrement, accepter librement de participer à l'étude et être disponibles pour les échanges. Les familles n'ayant pas donné leur consentement ou ne remplissant pas ces conditions n'ont pas été retenues. Ainsi, cinq familles ont participé à cette étude.

2.2. Matériels

Les données ont été recueillies à partir de trois sources principales. La première source est l'entretien semi-directif. Le guide d'entretien a été organisé autour de plusieurs thèmes: l'histoire de la maladie dans la famille, les réactions au moment des premières manifestations, les formes de soutien mobilisées, les difficultés rencontrées, les interprétations données à la maladie, les stratégies d'adaptation

et les changements observés dans les relations familiales.

La deuxième source est l'observation clinique. Elle a porté sur les attitudes des proches envers le membre malade, la manière dont ils parlent de lui, la qualité des interactions, les signes de tension, de rejet, de protection ou de cohésion. Cette observation a permis de compléter les discours recueillis en entretien, car certaines dimensions de la relation familiale ne sont pas toujours explicitement formulées par les participants.

La troisième source est constituée d'échelles standardisées. L'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993) a permis d'apprécier les capacités d'adaptation des familles. L'échelle de traumatisme de Davidson a permis d'identifier certains signes traumatiques associés à l'expérience de la maladie. L'inventaire de détresse péritraumatique de Brunet a permis de saisir l'intensité de la détresse ressentie pendant ou après les épisodes de crise. Ces outils ont été utilisés non pour réduire l'expérience familiale à des scores, mais pour éclairer les profils observés.

2.3. Déroulement de l'enquête et outil d'analyse

L'étude a été conduite à Douala, principalement dans les arrondissements de Douala 3^e et Douala 5^e. Ce terrain présente un intérêt particulier parce qu'il combine plusieurs réalités: une forte densité urbaine, une proximité sociale importante, des contraintes économiques, des représentations parfois stigmatisantes de la maladie mentale et un accès encore insuffisant aux dispositifs spécialisés d'accompagnement familial. Dans ce contexte, les familles jouent souvent un rôle de première ligne dans la prise en charge du membre malade.

En outre, cette recherche adopte une approche mixte descriptive, à dominante clinique et qualitative. Ce choix se justifie par la nature de l'objet étudié. Elle s'appuie sur une écoute du vécu, des récits, des représentations et des interactions familiales. Cependant, l'usage d'échelles standardisées permet d'apporter des repères complémentaires sur les niveaux de résilience, de traumatisme et de détresse péritraumatique.

L'analyse des données a été menée en deux temps. Les résultats des échelles ont permis d'identifier des profils de résilience et de vulnérabilité. Les données qualitatives ont ensuite été analysées à partir d'une lecture thématique centrée sur les trois processus retenus: mentalisation, tuteurs de résilience et intellectualisation. Les principes de confidentialité, de consentement éclairé et de respect des participants ont été observés tout au long de la recherche.

3. Résultats

A l'issue du traitement des données, il ressort des résultats divers et regroupés en deux catégories: les résultats descriptifs et ceux qualitatifs.

3.1. Résultats descriptifs

La passation et l'interprétation des échelles standardisées ont permis de révéler plusieurs caractéristiques des familles ayant un membre schizophrène.

Les résultats montrent que les familles ne présentent pas les mêmes capacités d'adaptation face à la schizophrénie. Dans cet élan, l'analyse du profil de résilience permet de distinguer trois profils. Les familles F1, F4 et F5 présentent une forte résilience. La famille F2 présente une résilience modérée. La famille F3 présente une faible résilience. Cette répartition montre que la maladie mentale ne provoque pas automatiquement une désorganisation familiale totale. Elle agit plutôt comme une épreuve qui révèle les

ressources ou les fragilités déjà présentes dans le système familial.

Les familles fortement résilientes se distinguent par leur capacité à maintenir une cohésion minimale malgré la souffrance (Walsh, 2003). Elles ne nient pas la difficulté de la maladie, mais elles parviennent à l'intégrer progressivement dans leur organisation. Elles conservent un certain sentiment de continuité familiale. Le membre malade reste reconnu comme appartenant au groupe familial, même lorsque ses comportements sont difficiles à comprendre ou à supporter. Dans ces familles, la maladie ne détruit pas totalement le lien ; elle oblige plutôt le groupe à se réorganiser.

La famille F2, caractérisée par une résilience modérée, présente une situation intermédiaire. Elle dispose de certaines ressources, mais celles-ci restent fragiles. La famille tente de comprendre la maladie et de soutenir le membre malade, mais elle peut être rapidement débordée par l'intensité des crises, la fatigue ou l'absence d'un soutien suffisant. Ce profil indique que la résilience n'est pas un bloc homogène. Une famille peut être capable de faire face à certains moments, puis se fragiliser lorsque les contraintes deviennent trop fortes.

La famille F3, présentant une faible résilience, illustre une situation de vulnérabilité plus importante. Les capacités de compréhension, de soutien et de régulation émotionnelle y semblent limitées. La maladie est davantage vécue comme une menace ou comme un facteur de désorganisation. Dans ce cas, les risques de rupture relationnelle, de rejet ou d'épuisement sont plus élevés. Ce profil montre que l'absence de soutien, la faiblesse de la communication et les représentations négatives de la maladie peuvent empêcher la construction d'une résilience familiale.

Les résultats obtenus à l'issue de la passation de l'échelle de Davidson (1997) révèlent que la résilience peut coexister avec des signes de traumatisme. Certaines familles présentent une symptomatologie traumatique faible, tandis que d'autres manifestent une symptomatologie modérée. Ce résultat est important, car il évite de confondre résilience et absence de souffrance. Une famille peut être résiliente tout en souffrant. Elle peut ressentir de la peur, de la fatigue, des souvenirs douloureux ou une tension émotionnelle, tout en conservant une capacité d'adaptation. La résilience n'efface donc pas la blessure ; elle permet de ne pas être totalement détruit par elle.

Après l'analyse des données issue de la passation de l'inventaire de détresse péritraumatique de Brunet et al. (2001), il ressort que les crises liées à la schizophrénie peuvent provoquer des réactions intenses. Les proches ressentent de la peur, de l'impuissance, de la tristesse, de la sidération ou des manifestations physiques de stress. Cette détresse est particulièrement marquée lorsque la famille ne comprend pas les symptômes, lorsqu'elle ne bénéficie pas d'un soutien extérieur ou lorsqu'elle interprète la maladie uniquement à travers la honte ou la faute. L'analyse qualitative permet de mieux comprendre ces résultats.

3.2. Résultats qualitatifs

L'analyse de contenu permet de comprendre le vécu des personnes vivant au sein des familles possédant un schizophrène. Trois catégories d'analyse ont été retenues à savoir: la mentalisation, le recours aux tuteurs de résilience et l'intellectualisation.

En ce qui concerne la mentalisation, dans les familles les plus résilientes, les proches arrivent progressivement à comprendre que le membre malade n'agit pas toujours volontairement contre la famille. Ils reconnaissent que certains comportements sont liés à la souffrance psychique. A titre d'illustration, un membre de la famille F1 souligne que:



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. Mais vous pouvez constater qu'elle commence toujours ses journées par la prière puis va la paroisse catholique que nous visitons tous et à son retour elle peut rester là à ne rien faire. Contrairement au moment où elle était en bonne santé ; nous avons remarquée qu'elle ne prend aucune initiative. Cependant lorsqu'on lui demande un servi elle le rend sans résister.

Cette compréhension modifie la relation. Au lieu de répondre uniquement par la colère, la peur ou le rejet, la famille peut adopter une attitude plus contenante. La mentalisation favorise donc une forme de patience et de protection.

A propos du recours aux tuteurs de résilience, les familles qui bénéficient d'un soutien extérieur semblent mieux résister à la désorganisation. Le soutien peut venir d'un proche, d'un professionnel de santé, d'un voisin, d'un groupe religieux ou d'une personne de confiance. Dans cette veine, un parent de la famille (F5) souligne avoir recours à ses camarades lorsqu'il fait savoir « *mes camarades me soutiennent me félicitent et m'encouragent dans cette situation* ». Ce soutien ne résout pas toujours le problème, mais il évite à la famille de se sentir totalement seule. C'est pourquoi, il renchérit en disant « *je suis membre d'un groupe de soutien du centre saint Benoît Menie* ». Il permet aussi de partager la charge émotionnelle et de trouver des orientations plus adaptées. A cet effet, un parent de la famille (F1) affirme que « *certaines familles vivant le même traumatisme, m'ont conseillé* ».

A propos de l'intellectualisation, cette étude permet à la famille de ne pas' rester prisonnière de l'émotion immédiate. Face à la peur, à la honte ou à l'impuissance, la pensée peut devenir une ressource. A titre illustratif, un parent de la famille (F4) déclare: « *sa maladie nous rendu vulnérable (...) j'accepte cette maladie bien qu'elle soit chronique mais je me sens soulagé lorsque je cause avec lui.* ». Cependant, cette mise en pensée ne doit pas supprimer l'expression émotionnelle. C'est pourquoi, un parent de la famille (F2) précise « *On essaie de s'adapter mais il y a trop de tensions. Je suis parti de la maison. Il est mieux de se tenir à distance.* ». Une famille qui accueille la souffrance du malade crée un rapprochement émotionnel et relationnel. C'est dans cette veine qu'un membre de famille (F5) par le mécanisme d'acceptation soutient « *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.* ». L'enjeu est donc de transformer l'émotion en pensée sans effacer l'affect.

4. Discussion

Les résultats de cette étude révèlent que la schizophrénie constitue une épreuve familiale globale. Elle ne touche pas seulement la personne diagnostiquée, mais transforme l'ensemble des relations familiales. Dans cette situation, la famille peut devenir soit un espace de soutien, soit un espace de tension et de rejet. Toutefois, certaines familles développent des ressources importantes, tandis que d'autres restent vulnérables. La différence ne vient pas seulement de la gravité de la maladie, mais aussi de la manière dont la famille interprète la situation, communique autour d'elle et mobilise des soutiens. Ainsi, deux familles confrontées à des difficultés similaires peuvent développer des trajectoires très différentes.

Au sujet du rôle de la mentalisation, les familles qui parviennent à donner du sens aux comportements du membre malade sont mieux préparées à maintenir le lien. Elles évitent de réduire le malade à ses symptômes ou à ses comportements les plus difficiles. Cette capacité de compréhension diminue les réactions accusatrices. Elle permet de passer d'une logique de jugement à une logique d'accompagnement (Fonagy & Target, 1997). La mentalisation apparaît donc comme une ressource clinique importante dans la prise en charge familiale de la schizophrénie.

Concernant le rôle des tuteurs de résilience, l'étude montre que la famille a besoin d'appuis. Ces appuis peuvent être affectifs, sociaux, religieux, communautaires ou institutionnels. C'est pourquoi, un parent de la famille (F4) déclare: « *il m'est arrivé de parler de lui avec d'autres familles vivant la même situation que nous.* ». Leur fonction principale est de contenir l'angoisse et de soutenir la famille dans les moments où elle risque de s'effondrer. L'accès aux soins spécialisés étant limité, ces tuteurs jouent un rôle essentiel. Ce résultat s'inscrit dans la perspective de Delage (2012) qui souligne que lorsqu'une famille est confrontée au traumatisme, la solution la plus simple est le soutien qu'elle apporte, aux ressources qu'elle mobilise et l'aide à l'un des siens psychologiquement atteint. Toutefois, il est important que ces soutiens orientent la famille vers des réponses qui protègent la dignité du malade et favorisent une prise en charge adaptée. Face à l'effet émotionnel de la situation, l'offre d'un soutien aux parents permet de contenir les émotions parentales et soulager par la même occasion l'enfant dans son propre processus (Van Pevenage & Lambotte, 2016).

S'agissant de l'intellectualisation, certaines familles cherchent à comprendre la maladie en posant des questions, en échangeant avec les soignants ou en comparant leur expérience à celle d'autres familles. Cette recherche de compréhension permet de mettre de l'ordre dans une expérience vécue au départ comme confuse et angoissante. Elle aide les proches à mieux anticiper les crises, à éviter certaines réactions violentes et à organiser la prise en charge quotidienne. Toutefois, cette intellectualisation doit rester équilibrée. Lorsqu'elle devient trop froide, elle peut éloigner la famille du vécu affectif du malade.

Ces résultats invitent à comprendre la résilience familiale comme un processus multidimensionnel. Elle repose sur des ressources psychiques, comme la capacité de comprendre et de réguler les émotions; sur des ressources relationnelles, comme la communication et la cohésion; et sur des ressources sociales, comme le soutien des proches ou des institutions.

5. Implications cliniques et sociales

Les résultats de cette étude permettent de dégager plusieurs pistes d'intervention. La première concerne la psychoéducation familiale. Les familles ont besoin de comprendre ce qu'est la schizophrénie et ses manifestations. Ensuite, comment réagir en situation de crise et pourquoi le suivi psychologique est important. Une meilleure information peut réduire la peur et limiter les interprétations culpabilisantes.

La deuxième piste concerne l'accompagnement psychologique des proches. Les familles vivent souvent une souffrance silencieuse. Elles peuvent être fatiguées, inquiètes, honteuses ou découragées. Leur offrir un espace d'écoute permettrait de prévenir l'épuisement et d'améliorer la qualité de la relation avec le membre malade. Il ne suffit donc pas de soigner uniquement le patient; il faut aussi soutenir l'environnement familial.

La troisième piste concerne la mobilisation des ressources communautaires. Dans un contexte où les familles s'appuient souvent sur des réseaux religieux, communautaires ou sociaux, il serait utile de travailler avec ces acteurs pour réduire la stigmatisation et favoriser une meilleure orientation vers les soins. Les tuteurs de résilience peuvent devenir de véritables relais d'accompagnement lorsqu'ils sont sensibilisés à la maladie mentale.

La quatrième piste concerne la lutte contre la stigmatisation. La maladie mentale reste encore associée à des représentations négatives qui favorisent l'exclusion. Des campagnes de sensibilisation, des groupes de parole et des actions communautaires pourraient aider à modifier le regard social.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les processus de résilience mobilisés par les familles ayant en leur sein un membre présentant une schizophrénie dans la ville de Douala. Les résultats indiquent que la maladie mentale constitue une épreuve majeure pour l'équilibre familial. Elle provoque de la peur, de la fatigue, des tensions et parfois des formes de rejet. Cependant, elle ne conduit pas nécessairement à la désorganisation totale. Certaines familles parviennent à maintenir ou à reconstruire un fonctionnement adapté.

L'analyse met en évidence trois processus essentiels à savoir: la mentalisation, les tuteurs de résilience et l'intellectualisation. Ces trois processus montrent que la résilience familiale est une construction progressive, fondée sur la compréhension, le soutien et la régulation émotionnelle.

In fine, la résilience familiale ne signifie donc pas' absence de souffrance. Elle implique la capacité à continuer à faire lien malgré la souffrance. Elle suppose que la famille puisse contenir l'épreuve, lui donner un sens et mobiliser des ressources pour préserver la dignité du membre malade. Dans le contexte camerounais, cette réflexion invite à renforcer les dispositifs de psychoéducation, d'accompagnement familial et de lutte contre la stigmatisation. La famille doit être reconnue non seulement comme un lieu de vulnérabilité, mais aussi comme un espace possible de soin, de protection et de reconstruction.

Références/bibliographiques

- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2014). Mentalisation efficiente du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 3 (1), 6-20.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Deuticke.
- Brunet, A., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485.
- Cyrułnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.
- Davidson, J. R. T., et al. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153-160.
- Delage, M. (2012). Résilience et famille. Dans B, Cyrułnik et G, Jorland, *Résilience : connaissance de base*, 97-114. Odile Jacob.
- Delage, M. et al. (2006). La famille et les liens d'attachement en thérapie. *Thérapie familiale*, 27(3), 243-262.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Freud, A. (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. Presses Universitaires de France.
- Freud, A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défenses*. PUF.
- Oberlé, D. (2016). *La dynamique des groupes*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Van Pevenage, C. & Lambotte, I. (2016). La famille face à l'enfant gravement malade : le point de vue du

psychologue. *Enfances, Familles et Générations*, 24.

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, 1-18.

Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.