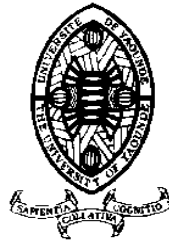


UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

LABORATOIRE DU DEVELOPPEMENT
ET DU MAL-DEVELOPPEMENT



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

LABORATRY OF NORNAL AND
ABNORMAL DEVELOPPEMENT

Lien fraternel et processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant

Mémoire rédigé et soutenu le 14 octobre 2024, en vue de l'obtention du Master en Psychologie

Spécialité : Psychopathologie et clinique

Par

NDADJE FANKAM Zaviera Carmen

Licenciée en psychologie



JURY

QUALITÉ	NOMS ET PRÉNOMS	UNIVERSITÉ
Président	NGAH ESSOMBA Hélène Chantal	Yaoundé 1
Rapporteur	ONDOUA MBENGONO Laura Julienne	Yaoundé 1
Membre	TCHEUNDJIO Rosaline	Yaoundé 1

Octobre 2024

À
MES PARENTS
MAKAMGANG Aubergine Delaur
FANKAM Victor
&
TOUS LES ENFANTS DE PARENT ALCOOLODEPENDANT DU MONDE INTIER

REMERCIEMENTS

Nous tenons à témoigner notre profonde gratitude :

Au Dre ONDOUA MBENGONO Laura Julienne, pour avoir cru en nous et accepté de diriger ce travail, et aussi pour sa patience, sa compréhension mais surtout pour sa rigueur. Elle a mis à notre disposition son temps, savoir-faire en matière de recherche et son savoir être ;

Au Pr Chandel EBALE MONEZE, Chef de Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour avoir autorisé cette recherche et pour ses enseignements dispensés ;

À tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I,

À tout le personnel de l'Hôpital Central en général, et particulièrement à ceux du centre la vie, pour avoir favorisé la réalisation de cette étude ; plus précisément le Dre Marilienne KEMME KEMME.

À tous les participants de cette étude pour leur disponibilité, sans lesquels la présente étude n'aurait été possible ;

À mon fiancé, MENGUE ASSILA Marie Serge, pour son soutien inconditionnel dans toutes les étapes de la présente étude ;

Au Dr Guy-Bertrand OVAMBE MBARGA, pour sa disponibilité inlassable, ses multiples orientations et son soutien inconditionnel tout au long de cette recherche ;

À tous les membres du groupe RAPHA-Psy, notamment Dr Boris GOULA pour son soutien durant ce travail de recherche ; ainsi qu'à tous nos camarades de promotion et amis, Kevin, Henri...pour leur soutien et leur encouragement tout au long de ce travail ;

À toute notre famille, et tous nos compagnons de toujours, pour leur soutien inlassable de toute nature.

Enfin à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué de quelque manière que ce soit à la réalisation du présent travail de recherche.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ANNEXES.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	5
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
CHAPITRE 2 : ALCOOLODÉPENDANCE ET CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES SUR L'ENFANT.....	28
CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE	57
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	79
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	80
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	113
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	138
CONCLUSION GÉNÉRALE	155
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	159
ANNEXES	clxix
TABLE DE MATIÈRES.....	cxcv

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HCY : Hôpital Central de Yaoundé

INRB : Institut National de Recherche Biomédicale

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MS : Organisation Mondiale de la Santé

PUF : Presses Universitaires de France

UY1 : Université de Yaoundé 1

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des variables, modalités et indicateurs	85
Tableau 2 : caractéristiques des participants	97
Tableau 3 : Grille d'analyse des entretiens	107
Tableau 4 : Principaux résultats de l'étude.....	136
Tableau 5 : récapitulatif des caractéristiques des participants et de leur aptitude à mentaliser la situation d'enfant de parent alcoolodépendant	152

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de collecte des données.....	clxx
Annexe 2 : Formulaire de consentement.....	clxxi
Annexe 3 : Corpus d’entretien avec Jiji.....	clxxii
Annexe 4 : Dépouillement du Dessin de la famille de Jiji	clxxix
Annexe 5 : Corpus d’entretien avec Didi	clxxx
Annexe 6 : Dépouillement du Dessin de la famille de Didi	clxxxvi
Annexe 7 : Corpus d’entretien avec Lili	clxxxviii
Annexe 8 : Dépouillement du Dessin de la famille de Lili.....	cxciii

RÉSUMÉ

La présente étude s'intitule « *Lien fraternel et processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant* ». L'alcoolodépendance du parent conduit au dysfonctionnement du système familial, lequel conduit l'enfant à un fonctionnement de codépendance et très souvent de parentification. Cet enfant est aussi exposé à différentes formes de maltraitance conduisant à des traumatismes relationnels précoces. C'est donc un enfant sans défense se développant dans un environnement peu contenant, peu structurant, ne favorisant pas le développement de la capacité de mentalisation. Or, cette grande souffrance psychique qu'il fait face nécessite le travail d'élaboration psychique. C'est pourquoi il est important de questionner le travail de mentalisation chez cet enfant. Cette étude a donc comme problème la contribution du lien fraternel dans le processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant. La question de recherche déroulée de ce problème est : Comment le lien fraternel contribue-t-il au processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant ? En guise de réponse à cette question, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle : Du fait de son action sur les mécanismes d'empathie et d'identification au tuteur de développement, le lien fraternel contribue au processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant. Ainsi, notre objectif est de comprendre le processus de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant au travers du lien fraternel.

Pour ce faire, nous avons fait recours à la méthode clinique. Les données ont été collectées par le biais des entretiens semi-directifs et de la technique des tests projectifs auprès de trois enfants de parent alcoolodépendant à l'HCY. Lesdites données ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Les résultats obtenus montrent que l'environnement familial de l'enfant de parent alcoolodépendant présente des caractéristiques violentes et maltraitantes, occasionnant une souffrance psychique significative. Ces résultats ont été interprétés à partir de la théorie du lien fraternel Meynckens-Fourez (2004) et discutés à la lumière des travaux antérieurs, notamment ceux de de Tamian (2019), Michaud (2001) et de Sedlak et al. (2010). Ceci confère une pertinence clinique à notre hypothèse de départ.

Mots clés : Alcoolodépendance, Codépendance, Mentalisation, Maltraitance, Lien fraternel.

ABSTRACT

This study is entitled '*The sibling bond and the mentalization process in children of alcohol-dependent parents*'. The parent's alcohol dependence leads to dysfunction in the family system, which in turn leads the child to co-dependence and very often parentification. This child is also exposed to various forms of abuse leading to early relational trauma. The child is therefore defenceless, developing in an environment that is not very containing or structuring, and does not encourage the development of the capacity to mentalise. And yet, the great psychological suffering they face requires them to work out their thoughts. This is why it is important to question the work of mentalization in this child. The problem addressed in this study is the contribution of the sibling bond to the mentalization process in children of alcohol-dependent parents. The research question developed from this problem is: How does the sibling bond contribute to the mentalization process in the child of an alcohol-dependent parent? To answer this question, we formulated the following hypothesis: Because of its action on the mechanisms of empathy and identification with the developmental tutor, the sibling bond contributes to the mentalization process in the child of an alcohol-dependent parent. Our aim is therefore to understand the mentalization process in children of alcohol-dependent parents through the sibling bond.

To do this, we used the clinical method. Data were collected through semi-structured interviews and projective tests with three children of alcohol-dependent parents at the HCY. The data were subjected to thematic content analysis. The results show that the family environment of children of alcohol-dependent parents is violent and abusive, causing significant psychological suffering. These results were interpreted on the basis of the Meynckens-Fourez (2004) theory of the sibling bond and discussed in the light of previous work, in particular that of de Tamian (2019), Michaud (2001) and Sedlak et al. (2010). This lends clinical relevance to our initial hypothesis.

Key words: Alcohol dependence, Codependence, Mentalization, Maltreatment, Sibling bond.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'alcoolodépendance est une addiction à l'alcool caractérisée par une consommation compulsive et répétée de boissons alcoolisées, malgré les conséquences négatives qui en découlent sur la santé, la vie sociale et professionnelle de l'individu. Elle représente la forme la plus sévère de mésusage de l'alcool, avec une perte totale de contrôle et des effets dramatiques sur la vie de la personne (Gillet & Mossé, 2009). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), elle est avérée lorsque la consommation de boissons alcoolisées devient prioritaire par rapport aux autres comportements auparavant prédominants chez une personne (OMS, 2018). Son incidence dans la société est grandissante, selon Gillet et Mossé (2009), à cause de la tolérance dont l'alcool bénéficie au sein de l'opinion. Ils le définissent comme une « *substance à effet hédonique, d'usage culturel, convivial et continuant de jouir, au contraire des autres drogues, d'un préjugé favorable* » (p. 15). Les chiffres sont alarmants sur le plan mondial. Selon l'OMS (2016), en 2016, l'abus d'alcool a entraîné plus de trois millions de décès, soit un décès sur 20. L'abus d'alcool représente plus de 5 % de la charge de morbidité au niveau mondial. Au Cameroun, la situation est de plus en plus inquiétante, car la consommation de l'alcool se manifeste sous différentes formes, fabrication artisanale, fabrication industrielle et forme combinée (Ntone Enyime et al, 2017). En fait, l'alcoolodépendance au Cameroun représente un problème de santé publique majeur, avec des implications importantes pour la santé, l'économie et les structures sociales du pays.

Pour lutter contre ce fléau, des mesures sont prises sur le plan international, régional et national (OMS, 2021, 2013). Elles consistent notamment en des campagnes de sensibilisation ou encore l'application des mesures fiscales pour dissuader la consommation de l'alcool. Mais malgré ces efforts, le phénomène semble s'accroître au sein de la société. Et l'on observe de nombreuses conséquences sur la personne alcoolodépendante elle-même. On relève notamment sur le plan sanitaire, le développement de pathologies graves (cirrhoses du foie, cancers, ...) ; sur le plan économique, la réduction de la capacité de production ; sur le plan risque d'isolement, conflits relationnels ; sur le plan psychologique, des risques de psychopathologies (Gallois et al. 2021). Les conséquences encore plus importantes s'observent sur l'entourage de l'alcoolodépendant, notamment sa famille. Ici, les plus vulnérables sont les enfants. En effet, le phénomène des enfants de parents alcoolodépendants est de plus en plus important à l'échelle mondiale. On estime ainsi à environ 28 000 000 enfants de parents alcooliques dans le monde (Lefort, 2022). Ce sont des enfants dont le développement est soumis à plusieurs défis.

En effet, face à la désinhibition induite par l'alcool chez son parent alcoolodépendant, les enfants sont exposés ou bien à un dysfonctionnement du système familial entraînant un

fonctionnement de codépendance et très souvent de parentalisation, ou bien à des maltraitances de différentes formes. Dans les deux cas, ce sont des enfants exposés à des chocs émotionnels précoces, constituant des traumatismes relationnels précoces (Allen, 2008). Leur situation est d'autant plus préoccupante que le responsable de leur souffrance n'est autre que leur parent, celui-là même qui devrait, en temps normal, les protéger. Or, ces traumatismes peuvent entraîner des conséquences néfastes à la fois sur le développement et sur leur capacité de mentalisation. Ainsi sur le plan psychologiques, plusieurs auteurs (Terradas, 2019 ; Tamian, 2019 ; Allen, 2013 ; Haxhe, 2008 ; Roussaux, 2000 ; Beattie, 1987, 2011) rendent compte de la souffrance psychique de l'enfant de parent alcoolodépendant. Il fait ainsi face à une souffrance psychique intense. Et pour s'en sortir, un vrai travail d'élaboration de ladite souffrance est nécessaire.

Effectivement, la souffrance psychique intense induite par la situation d'alcoolodépendance du parent qu'endure l'enfant nécessite une opération essentielle tenue par le Moi. Il s'agit de la liaison psychique des affects et des représentations, permettant un travail d'élaboration mentale des tensions générées par cette souffrance. C'est la phase de mentalisation de la souffrance. Plusieurs auteurs se sont intéressés à la question (Terradas, 2019 ; Tamian, 2019 ; Allen, 2013 ; Haxhe, 2008 ; Fonagy et Target, 2007 ; Roussaux, 2000 ; Beattie, 1987, 2011). Durant ce travail, le sujet cherche à donner un sens à sa souffrance afin de la maîtriser. Pour cela, il va chercher des appuis en et tout autour de lui.

Alors, il existe certes des travaux qui rendent compte de ce processus d'élaboration psychique de la souffrance chez l'enfant de parent alcoolodépendant (Terradas, 2019 ; Tamian, 2019). Cependant, la dimension de la dynamique fraternelle n'a pas suffisamment été relevée.

C'est pourquoi, dans le cadre de cette étude, nous explorons cette dimension relative à la dynamique fraternelle dans le travail de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant. L'étude s'intitule donc : **lien fraternel et processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant**. Par cette formulation, notre étude a pour objectif de comprendre le processus de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant au travers du lien fraternel.

Pour atteindre l'objectif ainsi formulé, l'étude est divisée en deux grandes parties ayant chacune trois chapitres : La première partie intitulée cadre théorique comprend le premier chapitre intitulé « Problématique de l'étude », le deuxième chapitre intitulé « Alcoolodépendance et conséquences psychologiques sur l'enfant » (revue de la littérature) et le troisième chapitre intitulé « Ancrage théoriques de l'étude » (insertion théorique). La

deuxième partie quant à elle traite du cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend le quatrième chapitre intitulé « Méthodologie de l'étude », le cinquième chapitre intitulé « Présentation et analyse des résultats », et le sixième chapitre intitulé « Interprétation et discussion des résultats ».

PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Introduction

La problématique de recherche est un élément fondamental dans le cadre d'une recherche scientifique. Elle est une construction conceptuelle et thématique qui met en lien un certain nombre de problèmes et de questions interdépendants, le tout dans une cohérence convaincante (Fonkeng Epah & all., 2014) c'est-à-dire que la problématique regroupe un certain nombre d'idées, des théories et un jargon spécifique visant à exposer un problème particulier, une hypothèse, un contexte d'étude et une prise d'opposition par rapport aux différentes théories évoquées. La construction de la problématique est un exercice délicat et difficile qui est crucial pour orienter la recherche scientifique. Elle aide à formuler les questions initiales qui guideront le reste du travail de recherche (Lavarde, 2008). Dans notre cas, il sera question dans la présente partie du travail de fixer son contexte, de poser et de formuler son problème, puis de formuler la question, l'hypothèse, l'objectif et les intérêts de l'étude.

1.1. Contexte et justification

L'alcoolodépendance est une addiction à l'alcool qui entraîne des conséquences néfastes sur la santé, la vie sociale et la vie affective (OMS, 2018). Gillet et Mossé (2009) révèle qu'elle est « *la forme la plus sévère du mésusage d'alcool* » (p. 14). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), elle est avérée lorsque la consommation de boissons alcoolisées devient prioritaire par rapport aux autres comportements auparavant prédominants chez une personne (OMS, 2018). Les personnes alcoolodépendantes sont les buveurs devenus dépendants de l'alcool. Ce sont les malades, les « intoxiqués » de l'alcool qui ont perdu la capacité de maîtriser leur consommation. La dépendance à l'alcool en tant que maladie est ainsi une maladie comportementale se caractérisant par dépendance. C'est à juste titre que Pellegrini (1994) la définit comme « *la perte de la liberté de s'abstenir de l'alcool* » (p. 16). Barbier (2007) la définit comme « *une maladie progressive, émotive, mentale et spirituelle autant que physique* » (p. 5-6). C'est par ailleurs une réalité indéniable dans nos sociétés actuelles.

1.1.1. Constat empirique

Le phénomène d'enfants de parents alcoolodépendants est une réalité dans nos sociétés actuelles. Plusieurs faits l'attestent. Mais avant de s'y appesantir, intéressons-nous tout d'abord au phénomène dont ce dernier est le corollaire : l'alcoolodépendance.

En effet, le phénomène d'alcoolodépendance est bien réel dans le monde. Maurage (2014) déclare à ce propos que : « *La consommation excessive de boissons alcoolisées constitue*

un véritable problème de santé publique puisque l'abus et la dépendance à l'alcool sont directement impliqués dans 4% des décès à l'échelle mondiale » (p. 178). Ce constat est soutenu par plusieurs faits. En 2012, on estimait le taux de prévalence annuelle de la consommation d'alcool à 42% (UNODC, 2012). Ce taux était près de 10 fois plus élevé que celui de l'usage de toutes les drogues illicites réunies. Selon l'OMS (2016), en 2016, l'abus d'alcool a entraîné plus de trois millions de décès, soit un décès sur 20. L'abus d'alcool représente plus de 5 % de la charge de morbidité au niveau mondial. En 2018, cette même organisation, dans un rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé (OMS, 2018), dressait un panorama complet de la consommation d'alcool et de la charge de morbidité attribuable à l'alcool dans le monde. Ce rapport montre que 2,3 milliards de personnes boivent de l'alcool actuellement.

En 2016, la charge de morbidité et de traumatismes imputable à la consommation d'alcool, standardisée selon l'âge, était la plus élevée dans la Région africaine. En effet, l'OMS constatait en 2016 que la consommation d'alcool en Afrique ne cessait de s'accroître et qu'elle inquiétait autorités locales et instances internationales (OMS, 2016). Car, les standards placent certes l'Afrique derrière dans le rang des régions les plus touchées par le phénomène de l'alcoolodépendance, mais la chose n'est pas aussi simple. Parce que, si la moyenne européenne se situe à 10/12 litres d'alcool pur par an et par habitant, et que le champion africain, le Gabon, ne consomme "que 9 litres", il convient de nuancer ce chiffre. Car si on exclut les populations abstinentes, notamment pour des critères religieux, le chiffre s'emballe. Du coup, les pays musulmans deviennent de mauvais élèves. Il y a peu de buveurs, mais de très gros buveurs.

Au Cameroun, l'alcool est la principale cause de charge de morbidité et de mortalité évitable avec plus de 18,7% de camerounais âgés de 15 ans et plus qui consomment abusivement de l'alcool au quotidien (OMS, 2018). Il se présente comme le deuxième facteur de risque d'accident au Cameroun et fait plus de 200 morts chaque année (Institut National de la Statistique, 2015). Sa consommation dans notre société a pris des proportions inquiétantes. Des auteurs indiquent diverses formes sous lesquelles il se manifestent : ils différencient la forme liée au boissons alcoolisées de fabrication artisanale de celle liée à la fabrication industrielle (Ntone Enyime et al, 2017). Certains évoque même la manifestation sous la forme combinée des deux modes de production. Ces variations soulignent la complexité de la situation et la nécessité d'approches différenciées pour aborder ce problème de santé publique.

En effet, la situation due à l'alcool est une réelle préoccupation dans le pays. Car, le Cameroun est identifié comme l'un des principaux pays consommateurs d'alcool en Afrique. En 2019, il était le deuxième grand consommateur d'alcool à l'échelle régionale, avec une moyenne de 9 litres d'alcool par habitant consommés quotidiennement (Agence Cameroun Presse, 2021). Cette donnée met en évidence l'ampleur du phénomène de la consommation d'alcool dans le pays.

En résumé, l'alcoolodépendance au Cameroun représente un problème de santé publique majeur, avec des implications importantes pour la santé, l'économie et les structures sociales du pays. Les boissons bon marché et artisanales, ainsi que les normes sociales favorisant la consommation d'alcool, sont des facteurs clés à considérer dans toute stratégie de réduction des méfaits.

Face à la menace que laisse planer l'alcool, des solutions sont recherchées tant au niveau international qu'au niveau national. Ainsi au niveau international, la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool a été mise sur pied en mai 2010 (OMS, 2021). À la suite, la stratégie régionale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool a été élaborée et adoptée dans la Région africaine de l'OMS (2013), après celles des régions des Amériques (en 2011) et Européenne (en 2012).

Au niveau national, la lutte contre l'alcoolisme est une préoccupation majeure des autorités gouvernementales, étant donné que l'alcool est la principale cause de charge de morbidité et de mortalité évitable, avec plus de 18,7% des Camerounais âgés de 15 ans et plus qui en consomment abusivement au quotidien (Mondjeli Mwa Ndjokou et Tedongmo Nzoyem, 2021). Pour contrer ce fléau, plusieurs mesures gouvernementales ont été prises pour lutter contre l'alcoolisme au Cameroun, notamment l'application des mesures fiscales pour décourager la consommation excessive d'alcool. Cela inclut l'augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées afin de réduire leur accessibilité financière (Agence Cameroun Presse, 2021). Mais malgré ces initiatives qui traduisent la volonté des organismes nationaux et internationaux, ainsi que des États et des Gouvernements, on assiste plutôt à un accroissement du phénomène. L'OMS constate par exemple que la consommation par habitant est restée relativement stable entre 2010 et 2019 dans la Région des Amériques (7,9 et 7,6 litres), la Région africaine (4,8 et 4,8 litres) et la Région de la Méditerranée orientale (0,5 et 0,5 litre) ; et qu'en revanche, elle a augmenté dans la Région de l'Asie du Sud-Est (3,4 et 4,3 litres).

Tous ces faits prouvent bel et bien que l'alcoolodépendance est un problème avéré. Cela dit, même si ce phénomène a d'importantes conséquences directement sur la personne du buveur, ces conséquences se révèlent de plus en plus importants chez ses proches directs, notamment sur sa progéniture.

Le phénomène des enfants de parents alcoolodépendants est de plus en plus important à l'échelle mondiale. On estime ainsi à environ 28 000 000 enfants de parents alcooliques dans le monde (Lefort, 2022). Une étude menée aux États-Unis révélait qu'un enfant sur huit vivait dans un foyer de parents alcoolodépendants (Russel & al., cités par McNamee & Offord, 1994). La tendance semble moins importante en Europe, mais suffisamment préoccupante. Car, l'European Council for Alcohol Research, Rehabilitation and Education (Eurocare) et la Confederation of Family Organisation in the European Union (Coface) estimaient en 2002 qu'environ 183 000 enfants de moins de 15 ans vivent dans une famille où au moins un des deux parents à un problème d'alcoolodépendance en Belgique. Ceci représente une proportion d'un enfant sur dix.

Ces enfants sont exposés à différentes pathologies psychologiques. En effet, Michaud (2001) indique que ces enfants de parents alcoolodépendants ont un risque plus élevé de développer des troubles psychologiques, tels que l'anxiété et l'irritabilité, qui peuvent être des premiers signes de dépendance. Tamian (2019) quant à elle met l'accent sur le plan développemental et indique que ces enfants sont confrontés à des perturbations dans leur développement psycho-affectif, ce qui peut entraîner des difficultés dans la construction de leur identité.

En Afrique, très peu d'études s'intéresse à la question. Higdé Ndouba (2022) qui s'est intéressé à la question dans la société tchadienne parle de « victimes muettes ». Cet auteur affirme clairement que le sujet des enfants de parents alcoolodépendants est peu évoqué, et souvent considéré comme « indésirable ». Pourtant, ajoute-t-il, ces enfants, vivent un calvaire. Au Cameroun, une étude a évalué l'effet de l'alcoolisation ponctuelle importante (API) des parents sur la santé de 6076 enfants au Cameroun en 2014 (Mondjeli Mwa Ndjokou et al., 2023). Cette étude a révélé que l'alcoolisme des parents détériore la santé de l'enfant mesurée par les trois indices les plus couramment utilisés, à savoir la taille par rapport à l'âge, le poids par rapport à la taille et le poids par rapport à l'âge. Le phénomène de d'enfants de parents alcoolodépendants reste ainsi un véritable problème de santé publique qui mérite à plus d'un titre d'être étudié.

1.1.2. Constat théorique

Du point de vue théorique, plusieurs études se sont intéressées au phénomène de l'alcoolodépendance, ainsi qu'à celui de ses conséquences sur l'entourage du buveur, notamment sur sa progéniture.

1.1.2.1. La notion de dépendance

La dépendance est un terme transversal étudiée dans des domaines scientifiques différents. Du point de vue physiologique, elle désigne un besoin irrépessible et incontrôlable de consommer une substance (dépendance à une substance) ou d'effectuer certaines actions (dépendance sans substance) (James, 2020). Si la personne parvient à assouvir ledit besoin, elle atteint un certain plaisir. À défaut, si elle n'y parvient pas, elle évolue vers un sentiment de manque appelé craving. Les conséquences de ce dernier peuvent être plus ou moins importantes selon le niveau de dépendance auquel la personne est confrontée.

Du point de vue psychologique, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^e version (DSM-5), le terme dépendance n'apparaît plus, il est substitué par celui de « trouble de l'usage », dont la sévérité va de « léger » à « sévère » en passant par « modéré », selon le nombre de symptômes ressentis par la personne (APA, 2015).

Au Cameroun, la situation de la dépendance semble prendre des proportions inquiétantes. On estime à environ 2057 le nombre de patients que les centres de soins, d'accompagnement et de prévention de la dépendance ont reçu en 2023, selon le Ministère de la santé publique (Orock & Bilonunga, 2024). Selon Ntap (2024), les dix-neuf centre de prise en charge créés par le gouvernement camerounais sont habituellement débordés et se rabattent vers des centres privés pour faire face à la grande demande de soins de personnes dépendantes.

Le rapport de juillet 2024 dudit ministère accable cette situation dans les trois régions connaissant une crise sécuritaire que sont l'Extrême-Nord, le Nord-Ouest et le Sud-Ouest. En effet, le Ministre de la santé publique affirme :

Le nombre de patients demandeurs de soin d'après les chiffres du comité national de lutte contre la drogue est en nette augmentation dans les trois régions en crise, il est passé d'un taux de 10,16% en 2017 à 22,21% en 2019 et depuis 2021 les patients usagers de substances psychoactives, demandeurs de traitements dans les

centres de soins de ces trois régions représentent désormais à eux seuls près de 42% de nouveaux recensés (Ntap, 2024).

C'est dire que la situation sécuritaire au Cameroun est corrélée à l'augmentation de la consommation de ces substances.

1.1.2.2. La dépendance à une substance

Les études scientifiques sur la dépendance à une substance ont considérablement évolué au cours des dernières décennies, offrant des perspectives précieuses sur les mécanismes sous-jacents, les facteurs de risque, et les stratégies d'intervention.

Les études scientifiques sur la dépendance révèlent une interaction complexe entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Parmi les mécanismes neurobiologiques, les études mettent l'accent sur deux principalement : les mécanismes liés aux circuits neuronaux et de neurotransmission, et ceux liés à la plasticité cérébrale. Les premiers indiquent que les drogues augmentent les niveaux de dopamine dans le noyau accumbens, un processus central à l'induction de la dépendance (Marie & Noble, 2012). Ces auteurs ajoutent que l'utilisation chronique de drogues perturbe également les équilibres de plusieurs systèmes de neurotransmission tels que le glutamate et la sérotonine, contribuant ainsi aux rechutes. Les seconds concernant la plasticité cérébrale révèlent que les substances psychoactives modifient la structure et la fonction du cerveau, affectant la prise de décision et le contrôle des impulsions (Npochinto Moumeni, 2021). Quant aux facteurs génétiques et environnementaux, les premiers sont orientés sur les études familiales, jumelles, et d'adoption ont démontré une forte composante génétique dans la dépendance à l'alcool et autres substances. Par exemple, l'héritabilité de la dépendance à l'alcool de type II est estimée à 88 % (Wohl & Gorwood, 2016). Ces données théoriques sont générales et concernent toutes les substances psychoactives. Il est important de se focaliser sur la dépendance à l'alcool qui nous intéresse particulièrement.

1.1.2.3. Sur l'alcoolodépendance

Séré de Lanauze et Lallement (2006) se sont intéressés aux différentes causes de la consommation de l'alcool. Ils les ont catégorisées en cinq grands facteurs : le sexe, les femmes étant plus exposées que les hommes ; la génétique, naître dans une famille avec l'un des parents alcoolodépendants accroît le risque de développer l'alcoolodépendance à son tour ; l'âge, plus la consommation se fait jeune, plus le risque est élevé ; la classe sociale, l'alcool semble plus marqué dans les classes sociales défavorisées ; la santé mentale (Lopez & al. 2006). Une santé

mentale perturbée présente le risque de développer une alcoolodépendance. Le sujet alcoolique succombe donc toujours à une faiblesse, cherchant manifestement à combler un manque.

Allant dans ce sens, Pellegrini (1994) avait postulé qu'il y a toujours une raison, un effet recherché, à la consommation de l'alcool. À partir de cette évidence, elle trace trois trajectoires à l'effet de l'alcool. La première trajectoire est linéaire et dite « alcool courant ». Les personnes appartenant à cette trajectoire consomment de l'alcool pour être avec et comme les autres. La deuxième trajectoire est l'ascendante, dite « alcool tremplin ». Les personnes qui la constituent souffrent à la base d'un mal existentiel qui les empêche d'entrer en relation avec les autres, alors même que c'est ce qu'elles désirent. La troisième trajectoire selon cette auteure est descendante, dite « alcool-plongeon ». Les personnes la constituant consomment non dans le but d'entrer en relation avec autrui, mais avec le désir de s'en éloigner.

Cette dernière trajectoire elle-même se divise en trois parties selon Pellegrini (1994). La première est la démarche suicidaire, c'est-à-dire une démarche dans laquelle le sujet se trouve dans l'incapacité d'assumer une frustration. La deuxième est la démarche toxicomaniaque, celle dans laquelle le sujet vit totalement et perpétuellement en décalage avec son entourage. La dernière démarche est celle perverse, celle qui se défend de tout jugement de valeur. Les conséquences quant à elles sont à plusieurs niveaux : personnel avec l'altération de la santé physique ; au niveau familial, sociétal, ...

Au Cameroun, plusieurs raisons de la consommation excessive de l'alcool sont évoquées dans la littérature. La première qui est souvent évoquée est celle liée à la culture. En effet, Mondjeli Mwa Ndjokou et Tedongmo Nzoyem (2021) pensent que la culture et les coutumes locales jouent un rôle important dans la normalisation de la consommation d'alcool, incitant ainsi les individus à en abuser. Cette normalisation peut contribuer à une augmentation de la consommation excessive d'alcool par la population. D'autres auteurs indexent souvent la disponibilité et l'accessibilité de l'alcool. Ils relèvent que la présence répandue de distilleries clandestines dans des localités clés dans de grandes villes comme Douala et Yaoundé (respectivement capitales économique et politique) rend l'alcool facilement accessible et de ce fait encourage sa consommation excessive.

La consommation de l'alcool semble en fait ancrée dans les habitudes de vie au Cameroun. L'on peut se demander quelles peuvent être les conséquences sur les enfants.

1.1.2.4. Sur les enfants de parents alcoolodépendants

L'alcoolodépendance a de nombreuses conséquences. L'on peut d'abord évoquer celles liées à la société. Il s'agit essentiellement des coûts sociaux, notamment les dépenses sur les politiques de lutte contre l'alcoolisme. Ensuite, il y a les conséquences liées à l'alcoolodépendant. On peut noter ici les risques des maladies non transmissibles telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, les conditions neurologiques et neuropsychologiques, le risque de blessures intentionnelles et non intentionnelles, etc. enfin, on notera les conséquences liées à l'entourage de l'alcoolodépendant. Celles qui nous intéressent particulièrement sont celles liées à la santé des enfants.

Des études montrent que les personnes vivant avec les proches alcoolodépendants souffrent énormément (Maurage, 2013). Les estimations les plus sobres partent du point de vue que pour une personne alcoolodépendante, au moins une autre, souvent le conjoint, souffre très directement des conséquences de cet abus (Eurocare, 1988, cité dans Maffli, 2002). Les enfants quant à eux se retrouvent souvent victimes à la fois de l'impact de l'alcoolodépendance du parent et de la dynamique familiale (Chayer Gélinau & Moreau, 2006).

Sur le plan psychologique, les dommages de l'alcoolodépendance des parents sur les enfants sont énormes. Car, celle-ci engendre très souvent à la fois des séquelles physiques (coups et blessures, carences liées à la malnutrition, ...), sociales (rejet, attitude d'humiliation, dévalorisation, ...) et comportementaux (repli sur soi, délinquance, ...). Selon Freud (1915, cité par Laplanche et Pontalis, 2007), la pulsion est à l'origine des représentations et des affects. Ces deux derniers étant les représentants psychiques de la pulsion (Laplanche et Pontalis, 1984). Ainsi, Freud (1915), dans ses travaux sur la pulsion, relève que le circuit de la pulsion d'un individu s'opère en trois temps : le temps actif, le temps réflexif et le temps passif. En d'autres termes, il signifie que le sujet observe dans un premier temps, s'observe et dans un deuxième, et se fait observer dans un troisième. En appliquant cette théorisation à un enfant, celui-ci regarde les relations de son parent puis, se regarde dans sa relation avec son parent et se fait regarder par son parent. Ainsi, sans l'autre, cela ne peut fonctionner, le circuit pulsionnel d'un enfant fonctionne avec la réponse du parent. La façon dont l'enfant va percevoir le monde qui l'entoure sera dépendante du retour de ses parents. Dans le cadre du vécu de l'enfant de parents alcoolodépendants, le parent (ou du moins la fonction « parent ») est absent, ce qui met à mal le circuit de la pulsion.

Dans cette perspective, Levaque (2006) pense que l'environnement aura un impact au niveau des pulsions de l'enfant. En d'autres termes, il relève que, comme les parents souffrants d'addiction seraient moins disponibles et moins réceptifs pour répondre aux besoins et demandes de l'enfant, ce dernier pourrait développer un problème dans la phase passive du circuit pulsionnel. Ce qui engendrera des difficultés dans le fait de s'éprouver soi-même comme sujet, la position de l'enfant serait alors déficitaire. Dans les cas les plus extrêmes, il est possible que les représentations de l'enfant soient absentes de son psychisme, il y aurait un défaut de symbolisation caractérisé par une absence de représentations inconscientes. Ce défaut serait compensé par la répétition pulsionnelle, il s'agit de « compulsion de répétition » (Freud, 1920). L'enfant répètera ainsi, de manière inconsciente, l'élément faisant traumatisme en lui, car il n'a pas la possibilité de se le représenter.

Par ailleurs, comme l'indique Fitzgerald et Sucker (2002), les représentations mentales et les mécanismes de défense construits par l'individu lui permettent d'acquérir son identité. Ceci, affirment-ils, est rendu possible grâce à deux processus : le processus de création des représentations et celui du développement des capacités mnésiques. Le premier, tributaire de l'acquisition du langage, lui permet d'accéder à la symbolisation et donc à un niveau du fonctionnement psychique développé. Le second quant à lui ouvre la possibilité de mobiliser les mécanismes de défense lui permettant de se protéger des souvenirs douloureux ou traumatiques. Il apparaît donc que les difficultés dans l'activité des représentations entraînent nécessairement des difficultés dans la construction de l'identité de l'individu. L'enfant de parents alcoolodépendants présenterait donc des difficultés dans la construction de son identité, car ayant grandi dans un environnement complexe, avec un parent alcoolique il doit construire son identité en fonction de représentations qui lui sont propres (Fitzgerald & Sucker, 2002).

De plus, ces enfants évoluent dans un système peu structurant. En effet, Fitzgerald et Zucker (2002) relèvent que, dès trois ans, les enfants de parents alcooliques ont des représentations sur l'alcool et développent des normes, des affects en fonction de ces représentations. La consommation d'alcool est alors incluse comme une des fonctions du parent dans les représentations de l'enfant. Le système dans lequel ces enfants grandissent est de ce fait vécu comme peu structurant, avec peu de fonctions de contenance. Erice et Levaque (2010) relèvent quant à eux que chaque enfant apprend à se développer dans son environnement et adopte une représentation des membres de sa famille qui lui est propre. L'enfant tient son parent alcoolodépendant comme responsable de tous les problèmes, c'est du moins la représentation qu'il a de lui. Ce à quoi ces auteurs concluent que l'enfant pourrait dans ces conditions percevoir

en la personne de son parent alcoolodépendant, non plus la figure parentale, mais simplement la personne alcoolodépendante à aider. Il pourrait alors mettre tout en œuvre pour combattre ce phénomène pour sauver son parent. Ceci peut logiquement mettre les processus de différenciation entre et dans les générations des enfants de parents alcoolodépendants.

Il peut également s'observer que les enfants de parents alcoolodépendants évoluent dans un système familial dysfonctionnel (Croissant, 2004). Cet auteur fait observer que les dépendances symptomatiques peuvent engendrer des dysfonctionnements familiaux. L'enfant de parents alcoolodépendants se trouve ainsi dans une famille où le système familial s'organise autour du parent alcoolodépendant. Les règles d'une famille normale et sécurisante rompent et cèdent la place à un système de règles implicites où chaque membre de la famille joue un rôle centré sur les besoins du parent alcoolique. Or, l'environnement dans lequel se développe l'enfant façonne ses capacités psychiques et son identité. Croissant (2004) prévient qu'il y aura des répercussions sur le développement psychique et la subjectivité de ce dernier dans ce système familial est dysfonctionnel. Vust (2004) va plus loin et montre que dans ces conditions, il se développera parfois un rapport d'emprise dans les relations entre le parent alcoolodépendant et son enfant. Il montre alors qu'on peut parfois se retrouver dans la situation de codépendance : l'enfant développant une « dépendance » vis-à-vis de son parent, qu'il souhaitera aider en satisfaisant ses besoins au détriment des siens. Ceci imposera qu'il mette en place une série de comportements pas toujours adéquats (Vust, 2004).

Ces derniers développements font clairement ressortir la souffrance psychique des enfants de parents alcoolodépendants. Il est surtout question des difficultés liées à leur développement, aux multiples dommages que l'alcoolodépendance de leurs parents peut porter à la structuration et au développement de leur psychisme. Ces dommages compromettent surtout la mise en place d'un psychisme bien élaboré qui leur donnerait les moyens de s'adapter à leur environnement, pour leur épanouissement. À la place, la situation d'alcoolodépendance de son parent semble avoir fragilisé l'enfant. Il devient ainsi intéressant et même important de s'intéresser à sa capacité à élaborer ou à mentaliser sa situation.

1.2. Position et formulation du problème

L'alcoolodépendance des parents entraîne des répercussions psychologiques importantes sur la famille en général, et sur les enfants en particulier (Chayer Gélinau & Moreau, 2006). Ces derniers devront apprendre à se développer dans un environnement complexe, peu structurant, moins contenant. Les dommages de l'alcoolodépendance des parents

sur les enfants sont énormes. Car, celle-ci engendre très souvent à la fois des séquelles physiques, sociales et comportementales. Dans ce cas, cette souffrance de l'enfant de parents alcoolodépendants se rapportent à un fonctionnement psychique peu développé, conduisant à des difficultés d'adaptation dans son milieu de vie.

À ce propos, nombreuses études ont été menées dans le cadre de la santé mentale de l'enfant de parents alcoolodépendants. Les premières ont porté sur la transmission de l'alcoolisme. Différents auteurs s'intéressant à cet objet ont notamment travaillé auprès de différentes populations concernées par la question : auprès des familles, nous avons Goodwin (1988), auprès des jumeaux nous avons, Kaprio, et al (1987), auprès des enfants adoptés comme auteurs Cadoret et al (1987) et demi-frère Cloninger et al (1981). Tous ces auteurs sont parvenus à la même conclusion, à savoir que les enfants de parents biologiques alcooliques étaient plus exposés à l'alcoolisme que le reste de la population.

Certains auteurs (Pollock et al., 1987 ; Schuckit, 1990) estiment il y aurait une influence de la relation entre le sexe du parent et celui de l'enfant sur la transmission de l'alcoolisme. Selon Pollock et al. (1987), l'alcoolisme du père est lié à une augmentation du taux d'alcoolisme des enfants du même sexe ou du sexe opposé. Alors que celui de la mère est strictement lié à une élévation du taux d'alcoolisme chez les filles. Et selon Schuckit et al. (1990), les fils et les filles biologiques d'alcooliques sont quatre fois plus nombreuses à devenir alcooliques que les enfants de non-alcooliques, et les filles d'alcooliques sont plus exposées à épouser un alcoolique.

Une autre conséquence de l'alcoolodépendance sur les enfants est l'effet nocif de l'alcool sur le fœtus. À ce propos, Steinhausen et al (1986), signalent la possibilité d'anomalies plus discrètes induites par l'alcool, comme un retard de développement ou une déficience intellectuelle peu sévère. Ils affirment que « *les principales caractéristiques du Syndrome d'alcoolisme fœtal sont caractérisées par un retard de croissance intra-utérin et postnatal, une microcéphalie, un retard mental, des anomalies craniofaciales typiques et diverses autres malformations* » (p. 218)

Sur la question de la vulnérabilité des enfants aux souffrances psychiques liées à l'alcool, des études mettent en lumière une interaction complexe entre l'alcoolisme parental proprement dit et le milieu familial. À ce propos, Reich et al (1988), montrent que le fonctionnement global du milieu familial des enfants dont l'un des parents est alcoolique est

altéré comparativement à celui des enfants de non-alcoolique. Les mêmes auteurs affirment que les « enfants perturbés » vivent dans un milieu où les effets nocifs de l'alcoolisation parentale se font davantage sentir, ou les conflits parents-enfants sont plus fréquents et les interactions parents-enfants plus rares que chez les enfants n'ayant pas de troubles mentaux (Reich & al, 1988).

Selon Famularo (1986), le fait de vivre dans une famille dont l'un des parents est un alcoolique actif semble accroître le risque d'être victime de mauvais traitements ou de négligence. Selon une vaste étude faite aux États-Unis, Bijur (1992) les enfants dont la mère entraînait dans la catégorie des buveuses a risque étaient exposés à un risque relatif 2,1 fois plus élevé de subir des blessures graves (blessures entraînant une hospitalisation, une intervention chirurgicale, des absences scolaires et un alitement d'une demi-journée ou plus) par rapport aux enfants dont la mère ne buvait pas d'alcool. Pour les enfants vivant avec les deux parents alcooliques, le risque de blessure grave était 2,7 fois plus grave que chez les enfants dont les parents ne buvaient pas.

Selon Reich et al (1998), il s'observe que les sujets qui ont grandi auprès de parents alcooliques, ont très souvent, à l'âge adulte, une faible estime de soi et des sentiments marqués de dysphorie et d'anxiété. Selon Moos et al (1982) les taux d'anxiété, de dépression sont deux fois plus élevés parmi les enfants d'alcoolique chronique que parmi les enfants des non alcooliques. Selon Rubio-Stipec et al (1991) L'alcoolisme parental ne contribue pas seulement à créer un climat familial défavorable, cela entraîne également une augmentation du risque de troubles de l'adaptation, qui est évalué au moyen de l'inventaire des comportements de l'enfant (Child Behaviour Check list ou CBCL).

Sher (1991) pense que les enfants de parents alcooliques ont obtenu un score plus élevé au test d'évaluation de l'ensemble des troubles du comportement qu'aux deux échelles CBCL leurs scores étaient également plus élevés à l'échelle de plainte somatiques. Également, les enfants de parents alcooliques perdaient plus facilement la maîtrise d'eux-mêmes et étaient plus exposés aux troubles névrotiques et à la détresse psychiatrique. Ils avaient un rendement scolaire inférieur et une moins grande aisance verbale que les témoins.

Pour West et al (1987), le quotient intellectuel des enfants de parents alcoolodépendants est moins élevé que les enfants de parents non alcoolodépendants. De même, selon Earls et al

(1988), la plupart des recherches font ressortir l'existence d'un lien entre l'alcoolodépendance parentale et les troubles des conduites des enfants.

Certains autres travaux s'intéressant toujours aux difficultés des enfants de parents alcoolodépendants se sont penchés dans le déterminisme des difficultés d'adaptation de ces derniers. Ainsi, le modèle explicatif de Vitaro et al. (2005) pose que le lien entre l'alcoolisme parental et les problèmes d'adaptation des enfants peut dépendre d'un dysfonctionnement familial consécutif à l'alcoolisme parental ou à d'autres problèmes de santé mentale concomitants. Ce modèle explicatif tient les difficultés familiales ou les problèmes parentaux pour des éléments médiateurs : c'est par leur biais que transitent les problèmes d'adaptation des enfants. De manière encore plus précise, West et Prinz (1987) suggèrent que l'alcoolisme parental augmenterait le risque pour l'enfant de subir d'autres stress familiaux, comme le divorce, une faible situation socioéconomique et d'autres psychopathologies parentales, qui eux, conduiraient à des difficultés d'adaptation.

Dans ces premiers développements, les auteurs se sont principalement intéressés à la santé mentale de l'enfant de parents alcoolodépendants. Ceux-ci se sont davantage intéressés aux facteurs de risque de ces enfants (Logue et al., 1998 ; El-Guebaly & Offord, 1977 ; Sher & Trull 1994 ; Sher, 1991 ; Windle & Searles, 1990). Ces études ont surtout été menées dans une approche quantitative, dans le but de rassembler un très grand ensemble de données (collectées en « seconde personne »), dans une large population. Très peu jusqu'ici se sont intéressées aux données en « première personne », dans une approche qualitative. Mais nombre de travaux dans ce même sens traitent des répercussions psychologiques auprès de la population générale des enfants ayant subi des maltraitances.

Les travaux menés dans ce cadre montrent que les enfants préalablement exposés à un, ou plusieurs, type(s) de maltraitance, comme le cas des enfants de parents alcoolodépendants, sont plus à risques d'observer des retentissements de nature psychopathologique sur leur équilibre psychique (Finkelhor, 2008). Cette étude montre que les actes de maltraitance impactent considérablement le développement de l'enfant, notamment sur le plan affectif. Et quand ces actes sont posés par le parent qui devrait normalement assumer les fonctions fondamentales de relatives à la relation d'attachement que sont *rassurer* et *protéger*, l'enfant aura une attitude ambivalente, un grand besoin d'une relation qui l'effraie. Car ceci entraînera une augmentation des affects négatifs vécus par ce dernier, le parent étant à la fois source de détresse manifeste et de réconfort fantasmé (Allen, 2013). Miguel et al. (2019) affirment que :

Ce type de relation basée sur des modalités dysfonctionnelles engendre une dépendance émotionnelle importante pour l'[enfant]. Cela est vécu par ce dernier comme un vecteur d'entrave à la formation du narcissisme primaire et à la fragilisation de ses propres assises narcissiques, l'énergie psychique de l'enfant étant déployée à satisfaire son parent à tout prix (p. 18).

Dans la situation de l'enfant évoluant dans un environnement familial dysfonctionnel du fait de l'alcoolisation des comportements d'un des parents alcoolodépendant, les maltraitements subies par ce dernier sont imprégnées de multiples événements traumatiques (Tamian, 2019). L'exposition à ces événements a habituellement lieu en bas âge, au sein de relations interpersonnelles significatives et qui se sont produits de façon répétée et prolongée. Car, dans les familles ayant un parent alcoolodépendant, le dysfonctionnement entraîne différentes réactions telles que le rejet, l'étouffement des membres de la famille restreinte, notamment des enfants, vis-à-vis de l'alcoolodépendant. Il est établi que les enfants issus de cet environnement *« gardent les traces de leur passé inscrites dans leur façon d'être (le syndrome des « adultes ex-enfants d'alcooliques ») et développent le plus souvent un comportement de codépendant assuré par la transmission où pointe l'angoisse déjà éprouvée face à cette maladie »* (Tamian, 2019, p. 73). Cette souffrance de l'enfant codépendant se déploie de manière insidieuse. En effet, il cherche toujours *« à arranger, à excuser, puis la pathologie s'aggravant, il fait preuve de plus en plus d'abnégation mais aussi de ressentiment, en endossant de plus en plus de responsabilités et de rôles »* (Tamian, 2019, p. 73).

La codépendance conduit donc une souffrance psychique élevée, prenant les allures de ce que Roussaux (2000, cité par Tamian, 2019) nomme *« la maladie de la perte de soi »*. Car, le codépendant a *« tendance à gérer les problèmes de l'autre, à le protéger, à faire sienne sa souffrance, tout cela en secret, par crainte du jugement d'autrui »* (Tamian, 2019, p. 74). Et surtout qu'habituellement, il le fait au détriment de ses propres intérêts qu'il a cessé de voir, tellement il est focalisé sur ceux de l'autre *« en danger »*. La codépendance prend ainsi les allures d'un trait de personnalité faisant ressortir *« des émotions telles que la peur, la honte, l'imprévisibilité, l'instabilité et le doute »* (Tamian, 2019, p. 74). Elle se révèle donc intensément nocive pour l'enfant, et ce pour plusieurs raisons. L'une de celles-ci est que le milieu familial de l'enfant de parent alcoolodépendant ne tient pas compte des *« caractéristiques naturelles »* que sont sa valeur, sa vulnérabilité, son imperfection, sa dépendance et son immaturité (Beattie, 1987, 2011). Une autre raison de la nocivité de cet environnement pour l'enfant – qui apparaît comme corollaire de la première évoquée – est désignée sous le nom de

la parentalisation. Car devant l'abandon du rôle de parent du parent alcoolodépendant, l'enfant est souvent amené, trop tôt, à « assurer ce manque », en endossant les rôles et responsabilités qui ne lui sont pas logiquement destinés. L'enfant se voit ainsi attribué un ou plusieurs rôles du parent (Haxhe, 2008). La parentification se présente donc comme un frein pour la socialisation. Car, l'enfant codépendant se trouve forcé d'endosser précocement le rôle de parent et d'assumer des responsabilités d'adulte, au moment où ses besoins en général, ceux affectifs en particulier devant favoriser la socialisation devrait être satisfaits.

Cette démission du parent alcoolodépendant à la responsabilité et au rôle de parent expose son enfant à de multiples événements traumatiques qui ont lieu, habituellement en bas âge, au sein de relations interpersonnelles significatives et qui se produisent de façon répétée et prolongée (Terradas, 2019). Allen (2001) précise que le fait que ces traitements s'inscrivent au sein de la relation d'attachement entre l'enfant et le parent explique la sévérité et la diversité de leur impact sur le développement de l'enfant. Cet auteur remarque à ce propos que « *Les carences et traumatismes vécus au sein de cette relation engendreraient une importante détresse chez l'enfant, tout en compromettant le développement de ses capacités mentales et interpersonnelles, lesquelles s'avèrent essentielles pour réguler une telle détresse* » (Allen, 2008, cité par Terradas, 2019, p. 7). Cette position s'inspirant de la théorie de la mentalisation de Fonagy et Target (2007), énonce que l'absence de capacité parentale à contenir l'expérience de l'enfant entraîne le développement de différents troubles psychopathologiques car elle se traduit pour l'enfant par un échec à développer une capacité rudimentaire à entrer pleinement dans sa propre expérience subjective et dans celle des autres, sans dépendre de mécanismes primitifs de défense. Selon cette théorie, un enfant évoluant dans un contexte où le parent a perdu la capacité contenant, à l'instar de l'enfant de parent alcoolodépendant, présentera non seulement des symptômes cliniques et des défauts significatifs au niveau de sa capacité d'autorégulation, et ce, tant au point de vue de la régulation de l'attention que de la régulation des affects et du comportement ; mais aura aussi du mal à faire face à d'éventuelles situations douloureuses. Tout est alors fait, selon cette théorie, comme si tout enfant de parent alcoolodépendant, du fait d'évoluer dans un tel environnement présentera des signes cliniques importants, et sera dépourvu de la capacité de mentalisation pouvant lui permettre de donner un sens à son vécu. En d'autres termes, elle expose que la capacité de l'enfant ne se développant que dans le contexte de la relation d'attachement entre l'enfant et son parent, tout enfant évoluant dans un environnement où le lien parental est dysfonctionnant – et donc dans un attachement insécure – sera incapable d'élaborer sa situation de souffrance psychique intense.

Or, nous avons observé cette population d'enfants de parent alcoolodépendant pendant nos stages et avons constaté que certains de ces enfants parvenaient à percevoir et à interpréter leurs propres états mentaux tels que leurs pensées, leurs sentiments, leurs attentes et leurs intentions, les leurs comme ceux de leurs proches. Et par cette capacité, ils parvenaient à rendre leurs comportements ainsi que ceux de leurs proches compréhensibles, ce qui les permettait de donner un sens à leur souffrance et de la dépasser. En effet, ceux-ci parvenaient à comprendre et à réguler leurs émotions et, par-là, à mieux réguler leurs comportements. Par ailleurs, ces observations nous ont permis de constater un lien fraternel solide chez ces enfants, avec notamment des interactions harmonieuses, une bonne communication et un fort sentiment d'appartenance à la fratrie.

En clair, les enfants de parent alcoolodépendant subissent des maltraitances (Tamian, 2019) au cours desquelles ils sont exposés à divers traumatismes. L'intensité et la multitude de ces traumatismes font observer une souffrance psychique importante auprès de ces derniers. Et la théorie de mentalisation de Fonagy et Target (2007, cité par Terradas et al. 2019) posent que « *la capacité de mentalisation se développe dans le contexte de la relation d'attachement entre l'enfant et son parent* », qu'un enfant se développant dans une relation parentale non contenant ne peut parvenir à la capacité de mentalisation lui permettant d'élaborer la souffrance inhérente à sa situation. Pourtant, contrairement à ce postulat, nos observations nous ont permis de constater que certains de ces enfants parvenaient bel et bien à élaborer leur souffrance et à donner un sens à leur situation de parent alcoolodépendance. Ces mêmes observations nous ont montré un lien fraternel solide. Ceci pose clairement le problème de la contribution du lien fraternel dans le processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant.

1.3. Question de recherche

Du problème posé ci-dessus, nous formulons la question de recherche suivante : **Comment le lien fraternel contribue-t-il au processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant ?**

1.4. Hypothèse de l'étude

Du fait de son action sur les mécanismes d'empathie et d'identification au tuteur de développement, le lien fraternel contribue au processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant. En d'autres termes, le type de relation d'une part, et d'autre part le sentiment d'appartenance de l'enfant à sa fratrie contribuent à la symbolisation de la

souffrance psychique relative à l'alcoolodépendance du parent et à la mise en sens de sa situation.

1.5. Objectif de l'étude

L'objectif poursuivi dans cette étude est de comprendre le processus de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant au travers du lien fraternel. Autrement dit, ce travail vise à saisir les processus psychiques sur lesquels l'enfant de parent alcoolodépendant s'appuie pour parvenir à la mentalisation, et donc aux mécanismes par lesquels il parvient à élaborer sa souffrance.

1.6. Intérêts de l'étude

Cette étude est intéressante sur trois plans : scientifique, clinique et social.

1.6.1. Le plan scientifique

La littérature des enfants de parents alcoolodépendants permet de relever d'importants travaux sur leur fonctionnement psychique. Ils se sont notamment intéressés à la transmission transgénérationnelle de l'alcoolisme (Pihl, 1999), le risque de codépendance, où le parent est alcoolodépendant et l'enfant dépendant du parent (Vust, 2004), celui de développer des troubles mentaux (West & Prinz, 1987). De plus, toutes ces études menées dans le champ de l'alcoolodépendance des parents sont basées sur des variables spécifiques, fragmentant ainsi le fonctionnement de ces enfants, les données par ailleurs récoltées en « seconde personne ».

Notre particularité est que nous tentons de comprendre de façon holistique le vécu subjectif de ces enfants, requérant des données en « *première personne* » (Iannacone & Cattaruzza, 2015), c'est là notre originalité qui sous-tend l'intérêt scientifique de ce travail. Nos résultats pourront ainsi servir de base à la formation des psychologues en général, et des psychologues cliniciens en particulier.

1.6.2. Le plan clinique

Sur le plan clinique, les résultats de cette étude pourront contribuer à la compréhension du vécu des enfants de parents alcoolodépendants. Ils pourront par ailleurs servir à la prise en charge de ces derniers. Leur originalité part du fait qu'ils intègrent la dynamique fraternelle dans la compréhension du vécu de cette population, contrairement aux études antérieures plus axées sur la dynamique parentale ici manifestement désorganisée et de ce fait, défailante.

1.6.3. Le plan socioculturel

Du point de vue social, ce travail pourrait être, pour la société, un outil d'information. Car, nous abordons la question de la saisie du fonctionnement psychique des enfants dans des systèmes familiaux dysfonctionnels.

En effet, une famille dysfonctionnelle sur le plan culturel peut se manifester par des conflits dus à des valeurs, croyances ou pratiques culturelles différentes entre les membres de la famille. Ces divergences peuvent conduire à des malentendus, de la négligence ou des abus, rendant la dynamique familiale instable et affectant le développement psychologique des enfants. Les enfants peuvent se sentir aliénés ou subir des pressions pour se conformer à des normes qu'ils ne comprennent pas ou qu'ils ne partagent pas (Nguimfack, 2016). Ce qui est souvent la situation dans le cadre du dysfonctionnement de la famille dans le cas de l'alcoolisation des comportements due à l'alcoolodépendance du parent. Ici, la souffrance est d'abord individuelle avant de s'étendre dans le contexte familial. C'est la position de Tsala Tsala (1989, cité dans Nguimfak, 2016) qui affirme : « *Dans la plupart des traditions du Cameroun et des pays d'Afrique centrale, la maladie est rarement une donnée individuelle. Elle est toujours la manifestation directe ou indirecte d'un désordre cosmique ayant des effets immédiats sur l'organisation sociale et sur les rapports interpersonnels entre individus du même groupe* » (p. 294).

Par ailleurs, la famille est considérée comme que groupe social primaire. En tant que tel, elle agit comme gardien des valeurs, des actions et des comportements de l'individu (Bessaoud-Alonso & Romagnoli, R., 2019). Elle joue surtout un rôle de « *médiateur de la transition de l'individu vers la société* » (p. XXVI). Son dysfonctionnement mérite donc une attention particulière de la part de la société, au regard de son rôle au sein de celle-ci. Le présent travail aborde donc la question de la question de l'alcoolodépendance du parent sous un angle tout à fait original : il abord notamment la dynamique familiale en général en montrant l'altération du système familial, et celle fraternel en particulier en s'intéressant au lien de la fratrie, il pourra donc permettre la mise sur pied d'un outil de sensibilisation et de pédagogie permettant d'informer sur les enjeux familiaux et sociaux de l'alcoolodépendance du parent.

1.7. Clarification des concepts

Nous nous attelons dans cette section à définir les concepts clés de notre étude afin d'en faciliter la compréhension.

1.7.1. *Processus de mentalisation*

La mentalisation est le processus de prise de conscience de ce qui se passe dans notre esprit et dans celui des autres (Allen et al. 2008). Elle permet de comprendre nos propres comportements et émotions, ainsi que ceux des autres. La capacité de mentaliser est essentielle pour des relations saines et pour une meilleure compréhension de soi-même. Pour Bateman et Fonagy (2004) : « la mentalisation est le processus mental par lequel un individu se représente (explicitement et implicitement) les contenus mentaux (désirs, émotions, motifs) sous-jacents à ses comportements et à ceux des autres » (cité par Phillipe, 2016).

Selon Fonagy et Target (2007), la capacité de mentalisation comporte des dimensions telles que la capacité d'autorégulation émotionnelle et comportementale, la capacité d'empathie et la reconnaissance de ses états mentaux et ceux des autres. Cela suppose l'opération de symbolisation qui consiste en la liaison de représentations des affects à ceux-ci, permettant l'attribution d'un sens à un élément ou une situation. La symbolisation consiste à « *transformer une expérience subjective en représentations que le sujet s'approprie en lui donnant une forme spécifique, mais ce processus de mise en représentation dépend de la réflexivité de l'environnement et contiendra des indices de cette réflexivité* » » (Brun, 2019). Car, symboliser c'est donc « *transformer, métaboliser ses expériences et leur donner une forme, se créer soi-même et le monde dans cette mise en forme* » (Brun, 2019).

Dans le cadre de cette étude, le processus de mentalisation renverra la double opération de la liaison des représentations et des affects vécus péniblement dans le cadre de l'élargissement de l'imaginaire du sujet ; et l'attribution d'une signification et l'interprétation d'une situation vécue comme pénible. Elle sera reconnaissable à ses dimensions que sont l'autorégulation des émotions et du comportement, la capacité d'empathie et la reconnaissance de ses états mentaux et ceux des autres.

1.7.2. *Enfant de parents alcoolodépendants*

L'expression « parents alcoolodépendants » peut se définir comme des personnes vivant des alcoolisations régulières et dommageables, où le besoin de boire devient prévalent, devient ou est devenu une préoccupation de plus en plus grande, avec dépendance au sens strict (Croissant, 2004).

Ainsi posé, l'enfant vivant dans un foyer avec un des parents ou les deux (adulte(s) ayant une autorité sur eux) alcoolodépendants est considéré, dans le cadre de la présente étude, comme un enfant des parents alcoolodépendants.

1.7.2.1. Lien fraternel

Pour Dupré La Tour (2002), le lien est ce qui se constitue par la présence de l'autre : le lien naît des effets psychiques de la présence (et non de l'absence), des restrictions que cette présence impose. Delage (2012) fait la différence entre relation, interaction et lien. « *Il ne suffit pas d'être en relation pour être lié* » (Delage, 2012 cité dans Tamian, 2017, p. 65). En effet, l'on peut, dans le sens de Delage (2012), être en relation avec certaines personnes sans en être fondamentalement lié. Selon Tamian (2017), le lien lui concerne les relations dans leurs dimensions d'appartenance. Les liens inscrivant donc les membres d'une même famille dans un ensemble où se mêlent les réalités psychiques des uns et des autres, et où se définissent des places reliant chacun au symbolique. Delage (2012) situe ainsi, au sein de la famille, des différences de niveaux. Il distingue le niveau communicationnel et interactionnel, le niveau relationnel et le niveau des liens. Pour lui, le lien combine communication, interaction et ajoute surtout le sentiment d'appartenance sans lequel on ne se limitera que sur la relation.

Par ailleurs, la fratrie désigne « *un groupe qui se construit avec les parents, mais également à côté d'eux. Elle permet la construction d'un espace singulier où s'expriment les joies et les heurts de la socialisation. Les relations tissées sont d'une grande complexité car les affects qu'elles déclenchent sont intenses. Attraction et rejets, ponctuent la vie de toutes les fratries* » (Peille, 2005, p.50). Pour Tsoukatou (2005), il constitue l'un des trois grands liens (lien conjugal, lien parental) qui structurent la famille. Il joue un rôle considérable dans la vie intrapsychique, affective et sociale du sujet.

Dans le cadre de la présente étude, le lien fraternel sera considéré comme l'attachement particulier liant les membres de la fratrie entre eux, fait d'une communication de qualité, d'interactions harmonieuses et de sentiment d'appartenance à la fratrie.

Conclusion

Le présent chapitre était dédié à la problématique de l'étude. Il a permis de poser le contexte de l'étude en ressortant tour à tour le constat empirique et celui théorique. Le premier a décliné les données de terrain décrivant la réalité de la situation d'alcoolodépendance des

parents, et surtout celles des conséquences psychologiques de cette dernière sur la progéniture de l'alcoolodépendant. Le second quant à lui s'est intéressé aux différents travaux des auteurs sur la question. Ensuite, il a été question de construire et de poser le problème à savoir la contribution du lien fraternel dans le processus de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant. Puis, la question de recherche, l'hypothèse, l'objectif et les intérêts de l'étude ont été dégagés à partir de ce problème. Et pour terminer, les principaux concepts de l'étude ont été clarifiés. La problématique de l'étude ainsi dégagée, il sera question dans le prochain chapitre de faire la recension des écrits sur la notion de l'alcoolodépendance et sur ses conséquences psychologiques.

CHAPITRE 2 : ALCOOLODÉPENDANCE ET CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES SUR L'ENFANT

Introduction

Après avoir dégagé la problématique – ce qui était l’objectif du chapitre précédent, le présent chapitre se consacre essentiellement à la revue de la littérature. Il s’intéresse à faire la recension des écrits sur la question d’alcoolodépendance et sur ses conséquences psychologiques.

2.1. Alcoolodépendance

Cette première partie s’articulera autour de trois principaux points : les généralités sur la notion d’alcoolodépendance, ses complications sur l’alcoolodépendant lui-même et l’approche nosographique de ce concept.

2.1.1. *Notion d’alcoolodépendance*

2.1.1.1. Historique de la notion d’addiction à l’alcool

L’alcoolodépendance est un concept qui a émergé comme un concept fondamental pour l’alcoolologie du XX^e siècle. C’est un terme qui a été adopté car il est plus scientifique et moins stigmatisant que la notion d’alcoolisme (Rosenberg, 1993). Au départ, on n’arrivait pas déjà à différencier l’alcoolodépendance et l’addiction. Cette confusion donnait à ces notions un caractère hybride, rendant donc leur compréhension difficile, sur le plan clinique comme sur le plan de la recherche (James, 2020).

Avec le temps, les critères propres à l’addiction se sont établis. Même si dans les deux cas (l’addiction et l’alcoolodépendance), le sujet a du mal à arrêter un comportement appris et devenu pour lui un rituel de manière volontaire, le processus d’addiction est avant tout comportemental, c’est-à-dire, dans l’addiction on peut être addict aux substances tel que l’alcool, le cannabis, l’amphétamine, l’héroïne etc. On peut également être addict à un comportement tel que : le jeu, la sexualité. Ces comportements sont répétés et deviennent donc inévitable pour le sujet de mettre stop. Elles deviennent donc source de plaisir ou de soulagement (Lagadec, 2016). Il se trouvait donc plus facile à cette époque de diagnostiquer un individu d’alcoolodépendant sans erreur possible c’est-à-dire au moins 03 critères sur 07 devrait être présent pour diagnostiquer de l’alcoolodépendance chez un sujet. Mais à nos jours, avec le DSM-5, les notions d’alcoolodépendance et d’abus ont disparu et remplacé par le terme « alcohol use disorder » ou trouble de l’usage de l’alcool. Ceci est évalué par les 11 aspects cliniques incluant les critères de dépendance et d’abus qui sont dans le DSM-4. L’addiction résulte donc d’un processus de renforcement positif d’un comportement.

Alors que, la dépendance joue plus sur le plan cérébral pour être plus clair, sur le système de récompense. C'est-à-dire que c'est un processus de tolérance appris vis à vis d'une substance consommée, imposant au sujet de continuer à consommer pour éviter la souvenue d'un symptôme de manque (Tassin, 2007). La dépendance à un produit est donc pharmacologique et de nature spécifique à un produit. La survenu d'un manque, ne peut que se rétablir par l'administration de se produit, ou alors d'une molécule qui joue à peu près le même rôle (Chick, 2012, cité par Menecier, 2020). Dans le cas de la dépendance à l'alcool qui nous intéresse, c'est un phénomène de tolérance, qui résulterait d'un mécanisme d'homéostasie cérébral, réactionnels à l'exposition chronique du cerveau à l'éthanol (principe active de l'alcool). (Goldstein, 1971, cité par Forest, 2006). L'éthanol stimule fortement les récepteurs GABA, ce qui explique que, l'ingestion chronique d'alcool va déséquilibrer artificiellement l'homéostasie cérébral. Il y'aura donc une neuro-adaptation qui est due à la surexpression du système excitateur glutaminergique qui se relève par un état de mal être par l'alcoolodépendant (symptôme de sevrage) lorsque l'équilibre homéostasie est soit en dessous de ce qu'il a pour habitude de prendre ou lorsqu'il y'a arrêt brutal de la consommation (Picard & Courcy, 2021).

On retrouve ici la ritualisation qui est une caractéristique de l'addiction. C'est un comportement appris qui va donner avant être comme un rituel, menant donc à l'addiction chez ses sujets. Il est dès lors important de circonscrire son emploi dans le cadre de cette étude.

2.1.1.2. Définition du concept d'alcoolodépendance

L'alcoolodépendance est une addiction à l'alcool sous forme de boissons plus ou moins « fortes ». En effet, le terme alcoolisme renvoie à la consommation excessive, répétée et incontrôlable de boissons alcoolisées. Ce concept renvoie plus clairement à une addiction à l'alcool qui a des conséquences néfastes sur la santé, la vie sociale et la vie affective. Gillet et Mossé (2009) révèle qu'elle est « *la forme la plus sévère du mésusage d'alcool* » (p. 14). Selon l'OMS (2018), elle est avérée lorsque la consommation de boissons alcoolisées devient prioritaire par rapport aux autres comportements auparavant prédominants chez une personne (OMS, 2018). C'est donc un concept d'emploi relativement récent. Mais l'on peut se demander comment en est-on arrivé à lui.

2.1.1.3. Évolution du concept d'alcoolodépendance

L'histoire du concept d'« alcoolodépendance », partant de celui d'« alcoolisme » est liée à la classification américaine des troubles mentaux (Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM). Dans sa première édition de 1952, celle-ci avait rangé l'alcoolisme

parmi les troubles de la personnalité (Lejoyeux, 2004). Cet auteur rapporte que le DSM-I concevait alors les sujets dépendants comme présentant une « personnalité addictive ». Sa deuxième édition a maintenu l'alcoolisme, avec la toxicomanie et les troubles sexuels, dans le registre des « troubles de la personnalité et autres troubles mentaux non psychotiques ». Cependant, cette deuxième édition distinguait ce qui semblait ressortir d'un trouble de la personnalité (alcoolisations excessives épisodiques et alcoolisations excessives habituelles) des symptômes physiques et psychiques de la dépendance à l'alcool (Lejoyeux, 2004).

Dans les versions du DSM (DSM-II, DSM-III, DSM-IV et DSM-5) qui vont suivre notamment dans le DSM-VI, les conduites de dépendance seront décrites comme des entités cliniques autonomes, et retirées ainsi du champ des troubles de la personnalité. La catégorie diagnostique « *trouble lié à l'usage de substance psycho-active* », regroupant l'ensemble des dépendances, ne comporte plus aucune référence à la notion de personnalité (APA, 2004). Ces dernières éditions intègrent les troubles de la personnalité comme distincts du syndrome de dépendance, bien que souvent associés à ce dernier. La distinction est plus nette dans les travaux récents, entre la notion de personnalité et celle de dépendance (Lejoyeux, 2004). Les travaux soulevant cette question portent principalement sur la prévalence des différents troubles de la personnalité chez les individus alcoolodépendants (études de comorbidité ou d'association) et sur l'analyse des liens entre un type de personnalité pathologique et l'alcoolodépendance.

Le terme « alcoolodépendance » est d'utilisation très récente. Il a été proposé par l'OMS, du fait du caractère non précis de celui alcoolisme. Celui-ci renvoie à la consommation excessive, répétée et incontrôlable de boissons alcoolisées. Ceci montre que l'on peut être dans l'alcoolisme sans pour autant en être dépendant. C'est le cas de l'alcoolisme aigu. Ce manque de précision de ce dernier terme a amené l'OMS à proposer un autre plus précis, celui d'« alcoolodépendance », qui met en avant le caractère addictif de l'alcool et le parallèle qui existe avec les autres troubles de l'addiction (dépendance aux dérivés de l'opium, aux jeux d'argent, au sexe, etc.). Bien que l'on ne puisse à proprement parler de causes dans le sens premier du terme, certaines situations sont considérées comme des facteurs de risque.

2.1.1.4. Facteurs de risque de l'alcoolodépendance

Toutes les personnes ne sont pas égales face à l'alcool : le sexe, l'âge, le patrimoine génétique, le milieu socio-économique et culturel d'origine et certains troubles psychiques contribuent au risque de devenir dépendant à l'alcool.

2.1.1.4.1. Les femmes sont plus touchées

En effet, les études montrent que, les effets de l'alcool sont plus rapides et plus intenses chez les femmes, même à un poids équivalent à celui des hommes, en raison de leur composition corporelle avec moins d'eau (Prévost, 2022). Ensuite, les femmes peuvent être plus durement jugées par la société et font face à des stigmatisations plus marquées concernant l'alcoolisme (Duchemin, 2021). Enfin, l'alcoolisme féminin est en hausse, avec entre 500 000 et 1 million de femmes touchées en France et environ 11 000 décès par an attribuables à l'alcool (Reynaud et al., 2016).

2.1.1.4.2. L'âge auquel débute la consommation

L'âge de début de consommation d'alcool est un facteur crucial qui influence le risque de développer des problèmes liés à l'alcoolisme. Plusieurs études ont clairement démontré une corrélation entre l'âge auquel une personne commence à boire de l'alcool et le risque futur de développer une dépendance à l'alcool. Par exemple, des recherches indiquent que commencer à boire de l'alcool avant l'âge de 15 ans augmente considérablement la probabilité de développer une addiction à l'alcool plus tard dans la vie. En revanche, le risque de devenir alcoolodépendant est significativement plus faible chez les individus dont la consommation d'alcool a débuté après l'âge de 20 ans (Quoilin & Quertemont, 2015).

Sur le plan psychologique, l'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. C'est donc une période de grands bouleversements psychologique et physiologique complexes, pouvant entraîner certaines difficultés, et mener à des conduites à risque (Inserm, 2015). Une consommation débutant à cet âge a donc des chances de se pérenniser et d'aboutir à une alcoolodépendance.

2.1.1.4.3. Les facteurs génétiques

L'hérédité est un facteur important de prédisposition à l'alcoolodépendance. Des études faites sur des jumeaux et sur des familles où les problèmes d'alcoolodépendance sont fréquents ont montré que certains gènes pourraient compter pour 50 à 60 % de la prédisposition d'une personne à devenir alcoolodépendante. Des régions particulières sur les chromosomes 1, 2 et 7 ont été identifiées comme importantes dans cette prédisposition (National Library of Medicine, 2011). Concrètement, bien qu'il n'y ait pas de gène identifié directement dans l'alcoolodépendance, plusieurs ont à ce jour été identifiés comme étant impliqués. Il s'agit notamment des gènes ADH1B et DRD2 (Pinto & Quertemont, 2020). Le premier est impliqué dans la fabrication d'une enzyme dans le foie chargée de métaboliser l'alcool. Et le second

DRD2 est lié aux récepteurs à la dopamine (un neurotransmetteur du cerveau), et influe sur la vulnérabilité à la dépendance.

Par ailleurs, de plus en plus d'étude scientifiques (Pinto & Quertemont, 2020) apportent la preuve empirique de ce que l'alcoolodépendance est une maladie familiale. Car, avoir un parent alcoolodépendant multiplie en effet par cinq le risque de développer cette pathologie (Pinto & Quertemont, 2020). Pour arriver à une telle position, Pinto et Quertemont (2020) établissent un certain nombre d'associations confirmant l'implication de facteurs génétiques dans l'alcoolodépendance. Ces auteures identifient notamment les associations « *reliant des variations de gènes impliqués dans la régulation des émotions ou des comportements et des formes graves d'alcoolisme caractérisées par des consommations brutales* » (p. 148).

2.1.1.4.4. Les facteurs socio-économiques

Quel que soit le pays étudié, il existe un lien entre la probabilité de décéder des complications de l'alcoolodépendance et l'appartenance aux classes socio-économiques les plus défavorisées. Les personnes qui ont grandi dans la pauvreté ont une consommation de boissons alcoolisées supérieure à celle des personnes de classes sociales plus favorisées (Hugon, 2005).

De plus, à consommation excessive égale, les personnes qui vivent dans la précarité ont un risque plus élevé de développer des complications sévères, en particulier celles relatives à la violence qui accompagne souvent l'alcoolodépendance. La mortalité liée à l'alcool peut varier d'un facteur de 1 à 15 selon le niveau social du buveur (Ramos & Gorwood, 2018). L'alcool peut ainsi paraître comme le lieu de refuge pour un individu démuné. Ceci peut ainsi créer une plus grande souffrance psychique et donc une grande vulnérabilité pour le sujet (Tamian, 2017). Au Cameroun, l'alcoolodépendance entraîne des conséquences sociales et économiques graves, telles que des accidents de la circulation, des pertes d'emploi et des maladies (Ntone Enyime et al, 2017).

2.1.1.4.5. Les facteurs culturels

Dans toutes les cultures, les boissons alcoolisées font partie de la vie sociale. Parce que la prise d'alcool accroît la sociabilité (le plaisir à être ensemble) et que nous sommes conditionnés à associer boire et s'amuser, les boissons alcoolisées sont un élément familier des fêtes et des moments de détente (Bonte & Bruckert, 2021). Que ce soit à l'occasion d'une soirée ou simplement en rentrant du travail, les boissons alcoolisées sont appréciées pour leur capacité

à nous détendre et à nous mettre de bonne humeur. Certaines personnes y ont recours pour s'endormir, ignorant que l'alcool est source de réveil en pleine nuit et d'insomnies.

Les habitudes de consommation de boissons alcoolisées sont fortement déterminées par les habitudes culturelles du pays d'origine. Au cours des événements sociaux où l'alcool est présent, les comportements des participants vis-à-vis des boissons alcoolisées et de l'ivresse fixent une norme que les plus jeunes générations ont tendance à perpétuer. Dans un pays donné, il existe un lien fort entre la consommation d'alcool moyenne par habitant et la proportion de personnes alcoolodépendantes : au plus la consommation moyenne nationale est importante, au plus le nombre de personnes alcoolodépendantes est élevé (OMS, 2024).

Au Cameroun, l'alcool joue un rôle important lors des événements traditionnels tels que les cérémonies de dot, les mariages et les funérailles. Il est souvent utilisé pour sceller des alliances et accomplir des rituels sociaux (Ntone Enyime, 2017). De même, la consommation d'alcool y est ritualisée et répond à des exigences sociales ou coutumières. Par exemple, le vin de palme est utilisé lors des cérémonies spécifiques parmi les communautés telles que les Bamiléké (Fuh Suh, 2021)

2.1.1.4.6. Les troubles psychiques

Un trouble psychique, encore appelé trouble mental se caractérise selon l'OMS (2022) par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants.

L'alcoolodépendance a des répercussions néfastes sur divers aspects de la vie, y compris la santé mentale. Les troubles psychiques et l'alcoolodépendance sont étroitement liés et peuvent s'influencer mutuellement de plusieurs manières. Il s'agit notamment de la dépression. En effet, l'alcool peut provoquer ou aggraver des épisodes dépressifs chez les individus. Les personnes alcoolodépendantes peuvent ressentir une aggravation de leurs symptômes dépressifs avec la consommation continue d'alcool (Brousse, 2023). Il s'agit aussi des troubles anxieux. Car, la forte consommation d'alcool est également associée à une augmentation de l'anxiété. L'alcool, bien qu'il puisse temporairement soulager l'anxiété, tend à l'aggraver sur le long terme (Brousse, 2023). Elle peut d'ailleurs aller jusqu'aux troubles bipolaires. C'est ce que pense Brousse (2023) lorsqu'il pose que chez les personnes atteintes de troubles bipolaires, la consommation et l'addiction à l'alcool sont courantes. L'alcool est souvent utilisé pour gérer les symptômes du trouble, ce qui conduit souvent à une dépendance.

2.1.1.5. Complications de l'alcoolodépendance

Sur la durée, la consommation excessive de boissons alcoolisées entraîne des complications sévères qui touchent à la fois la santé physique, mentale et sociale de la personne alcoolodépendante.

2.1.1.5.1. Les conséquences sociales de l'alcoolodépendance

Les complications de l'alcoolodépendance sur la vie sociale sont essentiellement liées à l'ivresse et aux modifications du comportement qui en résultent.

L'ivresse est souvent source de conflits avec l'entourage, que ce soit dans un débit de boissons (bar, boîtes, etc.) sous la forme d'agressions verbales des personnes présentes, voire de bagarres, au domicile sous la forme de conflit avec le conjoint ou de maltraitance des enfants, ou également au lycée ou au travail avec une baisse des performances, par exemple.

Les conséquences sociales de l'alcoolodépendance sont nombreuses et varient selon l'âge et la situation des personnes : abandon des études, absentéisme et chômage, violence sexuelle et conjugale, divorce, éloignement des amis, délits pouvant amener à une incarcération, etc. La fréquence et la sévérité des conséquences sociales de l'alcoolodépendance sont directement proportionnelles à la quantité d'alcool consommée.

Par ailleurs, la famille est considérée comme que groupe social primaire. En tant que tel, elle agit comme gardien des valeurs, des actions et des comportements de l'individu (Bessaoud-Alonso & Romagnoli, R., 2019). Elle joue surtout un rôle de « *médiateur de la transition de l'individu vers la société* » (p. XXVI). Le dysfonctionnement de la famille du fait de l'alcoolodépendance d'un de ses membres déteint sur le fonctionnement social. L'alcoolodépendance se présente ainsi comme un indicateur de conflit ou de perturbation des rapports sociaux. C'est donc toute la société qui est concerné du fait de l'affection d'un de ses membres par cette addiction, comme le pense Nguimfack (2016). Il déclare :

C'est tout le monde qui se sent concerné lorsqu'un membre de la famille est malade. Ainsi, la maladie a toujours pour conséquence la désorganisation du fonctionnement et de l'équilibre social que les différentes thérapies en majorité basées sur les pratiques rituelles (sociothérapie) ont pour fonction de rétablir (p. 294).

Tsala Tsala (1989) rappelle quant à lui que :

Dans la plupart des traditions du Cameroun et des pays d'Afrique centrale, la maladie est rarement une donnée individuelle. Elle est toujours la manifestation directe ou indirecte d'un désordre cosmique ayant des effets immédiats sur l'organisation sociale et sur les rapports interpersonnels entre individus du même groupe. » (p. 110)

L'Africain a donc une conception holistique de la maladie. Elle corrobore la position de Sow (1977, 1978) dans sa théorie du relativisme culturel qui pose que « *toutes les maladies ne peuvent être comprises que dans le contexte socioculturel dans lequel elles émergent et qui leur donne sens* » (Nguimfack, 2016p. 294).

Les conséquences sociales liées à l'intersubjectivité dans le cadre de l'alcoolodépendance ont impact significatif sur les individus, notamment sur les enfants dans leurs relations sociales. En fait, l'intersubjectivité est un concept philosophique complexe qui traite de la manière dont les individus perçoivent et interagissent avec les autres (Le Run et al., 2014). En psychologie et plus précisément en psychanalyse, il s'agit davantage d'une « *régulation interactive réciproque d'expériences et de comportements* » (Bohleber, 2014, p. 185). Elle décrit dans ce sens des relations intersubjectives duelles renvoyant à la relation du sujet à un objet individuel ; et des relations intersubjectives sociales renvoyant à un objet groupal (Bohleber, 2014). Les conséquences de la situation d'alcoolodépendance sur l'enfant décrivent aussi bien la difficulté de celui-ci à interagir harmonieusement dans une relation dyade telle que père-fils, partenaire dans une relation intime ou encore enseignant-apprenant ; que dans celle de l'enfant au groupe, notamment sa relation aux pairs, à ses camarades, aux collègues, à la société.

Les conséquences sociales de l'intersubjectivité couvrent plusieurs domaines

2.1.1.5.2. Les conséquences de l'alcoolodépendance sur la santé

La consommation excessive de boissons alcoolisées aggrave plus de soixante maladies, et elle est la cause principale de certaines d'entre elles.

- *Alcoolodépendance et cancers*

L'alcoolodépendance augmente le risque de développer de nombreux cancers : bouche, œsophage, larynx, estomac, côlon, rectum, foie et sein chez les femmes. Cet effet favorisant de l'alcool sur le risque de cancer apparaît même pour des consommations qui ne sont pas considérées à risque par les addictologues.

- *Alcoolodépendance et troubles digestifs*

L'alcoolodépendance augmente le risque de cirrhose du foie (une fibrose irréversible qui empêche le foie de fonctionner), en particulier chez les femmes. Le risque de pancréatite chronique et de diabète de type 2 est également augmenté par l'alcool. De plus, des varices œsophagiennes peuvent apparaître (une dilatation des vaisseaux autour de l'œsophage) et provoquer de graves hémorragies.

- *Alcoolodépendance et maladies du cœur et des vaisseaux sanguins*

L'alcool augmente le risque d'hypertension artérielle et de ses complications (accident vasculaire cérébral - AVC, maladie rénale chronique). Chez les personnes de moins de 40 ans, un AVC sur cinq est lié à la consommation excessive d'alcool.

L'alcoolodépendance peut également être la cause de troubles du rythme cardiaque (arythmies) pouvant entraîner une mort brutale, même chez des personnes sans antécédents cardiaques. Le cas d'arrêt cardiaque dû à une alcoolisation massive est régulièrement observé chez de jeunes consommateurs adeptes du « binge drinking » (ainsi que des accidents vasculaires cérébraux inhabituels dans cette tranche d'âge).

- *Alcoolodépendance et troubles psychiques*

La consommation excessive d'alcool favorise la dépression et le suicide, et aggrave les troubles du sommeil. Elle augmente le risque de dépendance à d'autres substances, en particulier l'addiction au tabac, avec les conséquences négatives du tabagisme sur la santé. De plus, avec le temps, l'alcoolodépendance entraîne une atrophie de certaines régions du cerveau et peut entraîner des problèmes de mémoire et altérer le raisonnement. Chez les personnes schizophrènes, les symptômes psychotiques sont exacerbés par la prise d'alcool.

2.1.1.5.3. Les autres conséquences physiques de l'alcoolodépendance

L'abus de boissons alcoolisées expose aux traumatismes physiques, que ce soit en lien avec une chute, une bagarre ou un accident de la route, par exemple. Les adolescents et les jeunes adultes qui pratiquent le « binge drinking » sont particulièrement exposés aux traumatismes liés à l'alcool.

De plus, l'alcoolodépendance peut, comme le tabac, réduire la fertilité masculine et féminine. Elle expose également à un risque plus élevé de fractures osseuses, en particulier chez les hommes. Enfin, l'alcool exerce un effet négatif sur le système immunitaire et augmente le risque de développer une maladie infectieuse, par exemple la tuberculose, le VIH/sida ou les pneumonies.

Après avoir parcouru ce concept de façon générale, il est important de l'appréhender dans une approche précise, plus proche du contexte dans lequel il sera utilisé dans cette étude.

2.1.2. Approche psychopathologique de l'alcoolodépendance

L'approche systémique qui aborde la famille comme un système, et donc un ensemble dans lequel l'atteinte d'un de ses membres affecte chacun des autres. Dans cette optique, la moindre modification de comportement de l'un entraîne de même rétroactivement une modification de comportement chez tous les autres. Dans cette approche, l'alcoolisme est envisagé comme un symptôme mettant à l'épreuve le système familial et entraînant des perturbations mettant à mal son équilibre et son mode de fonctionnement (Tamian, 2019). En fait, dans son affection, les comportements de l'alcoolodépendant sont modifiés et entraînent par-là la modification des comportements des autres membre de la famille. Le niveau interactionnel et communicationnel se retrouve donc en difficulté au sein du système familial. Puis, la sphère relationnelle est entamée, les problèmes de l'alcoolodépendance mettent en difficulté les relations familiales.

Selon l'approche systémique, la problématique de l'alcoolodépendance d'un membre de la famille « *n'affecte pas uniquement l'individu mais la totalité du système familial : relation conjugale, fonctions parentales, relations avec la famille d'origine (parents, frères et sœurs) et relations professionnelles* » (Tamian, 2019, p. 76). Car face au comportement de l'alcoolodépendant, chacun des autres membres de la famille adaptera son comportement pour tenter de se protéger, de se défendre et de survivre au mieux à la violence inhérente à la consommation de l'alcool. Celle-ci selon Tamian (2019), est de nature à majorer la souffrance familiale et à provoquer des crises au sein de la famille. Dans cette perspective, la famille se retrouve donc directement en souffrance lorsque l'un de ses membres tombe dans l'alcoolodépendance. Et comme répercussions négatives, on pourra citer entre autres : « *la présentation de symptômes de stress et d'anxiété chez les membres non alcooliques de la famille, un plus haut niveau de violence intrafamiliale* »

La question de l'alcoolodépendance n'a pas suffisamment intéressé les classiques de la théorie psychanalytique. C'est ce que Descombey (2004) exprime dans un article au titre évocateur. En effet, Freud, dans un article intitulé "La question de l'analyse profane", exprimait en 1926 le peu de cas que la femme constituait pour la psychologie de l'époque en ces termes : « *La vie sexuelle de la femme adulte est encore un continent noir pour la psychologie* ». Lui-même avait emprunté cette expression à Stanley explorateur de l'Afrique, des forêts

impénétrables, noires et hostiles, “The dark continent”. Paraphrasant donc Freud, Descombey (2004) intitule son article « L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ? ». L'alcoolodépendance semble donc n'avoir présenté suffisamment d'intérêt pour la psychanalyse. Roussaux (2006) en est assez clair et affirme qu'à ce jour, il n'existe pas d'écrits suffisamment détaillés de traitement psychanalytique sur l'alcoolodépendance. Il déclare : « *l'intérêt des psychanalystes pour l'alcoolisme et les toxicomanies aux médicaments ou aux drogues illicites s'est révélé très discontinu. Ce n'est qu'occasionnellement que les assuétudes sont mentionnées* » (Roussaux, 2006, p.21). Ce constat a d'ailleurs été partagé par d'autres auteurs.

En effet, ce vide dans l'approche psychanalytique s'est montré du moins curieux et a surtout interrogé plus d'un. Plusieurs auteurs (Roussaux, 2006 ; Descombey, 2004 ; Shentoub, 1973) se sont notamment montrés curieux quant à l'absence d'un texte fondamental sur la question de l'alcoolodépendance dans l'immense œuvre de Freud. Ils se sont ainsi attachés à chercher à comprendre cette situation et ont avancé quelques hypothèses sur les causes possibles d'un tel désintérêt. L'une de ces causes est que « *l'alcoolisme ne fait pas partie des grandes « psychopathologies » comme celles des névroses, psychoses ou perversions* » (Roussaux, 2006, p.15). L'auteur s'interroge surtout sur l'existence possible d'une structure psychopathologique particulière et identifiable à l'alcoolodépendance. Il avance plus tard une autre cause possible. Pour lui, il faut « *sans doute rechercher la cause de ce relatif désintérêt dans l'inadéquation de la cure-type pour le traitement de ces pathologies* » (Roussaux, 2006, p.21). À y voir plus clair, la cure-type aurait en toute évidence été en inadéquation et donc inefficace dans les pathologies relatives à la dépendance. Descombey (1994) remarque à ce propos que « *l'analyste souffrirait d'un sentiment d'incapacité à aider son patient à être plus vivant* ». C'est encore Descombey (1994) qui pousse le regard plus loin et s'interroge si les assuétudes ne représentaient pas pour Freud un thème dans lequel lui-même aurait été trop impliqué pour pouvoir en parler en toute objectivité.

2.1.3. Approche nosographique de l'alcoolodépendance

Dans le souci de mieux présenter ce concept pour un usage clinique adéquat, il est important de le clarifier dans les deux outils nosologiques qui sont parmi les plus utilisés en psychopathologie. Il s'agit du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques dans sa dernière version (DSM-5), et la Classification Mondiale de la Maladie, sa 10^e version (CIM-10).

Critères diagnostiques du DSM-5

La notion d'alcoolodépendance apparaît dans le DSM-5 dans la catégorie des **troubles liés à une substance**. Selon cet outil nosologique, les troubles liés à une substance regroupent 10 classes séparées de drogues : alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, tabac et substances autres (ou inconnues). Ces 10 classes ne sont pas complètement distinctes.

Le DSM-5 divise les troubles liés à une de ces substances en deux groupes : les troubles liés à l'usage d'une substance et les troubles induits par une substance (APA, 2015). Les conditions suivantes peuvent être considérées comme induites par une substance : intoxication, sevrage et autres troubles mentaux induits par une substance/un médicament (troubles psychotiques, troubles bipolaires et apparentés, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés, troubles du sommeil, dysfonctions sexuelles, état confusionnel et troubles neurocognitifs).

Troubles de l'usage d'une substance

Dans l'ensemble, le diagnostic de trouble de l'usage d'une substance repose sur un mode pathologique de comportements lié à la consommation d'une substance. Pour faciliter l'organisation, on peut considérer que les critères A s'organisent en différents groupes :

- la réduction du contrôle,
- l'altération du fonctionnement social,
- la consommation risquée et
- les critères pharmacologiques.
- La réduction du contrôle

La réduction du contrôle sur la consommation d'une substance correspond au premier groupe de critères (critères 1-4).

- *Le sujet peut prendre la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu (critère 1).*
- *Il peut exprimer un désir persistant de diminuer ou contrôler la consommation de substance et de multiples efforts infructueux peuvent être faits pour diminuer ou arrêter la consommation (critère 2).*
- *L'individu peut passer beaucoup de temps à obtenir la substance, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets (critère 3).*
- *Une envie impérieuse (craving) de la substance (critère 4) correspond à un fort désir ou un besoin pressant de consommer la substance qui peut se produire à tout moment*

et ce d'autant plus dans un environnement où la substance a été obtenue ou utilisée antérieurement.

- L'altération du fonctionnement social

Elle correspond au deuxième groupe de critères (critères 5-7).

- *La consommation répétée de substance peut conduire à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile (critère 5).*
- *Le sujet peut continuer à consommer la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (critère 6).*
- *Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants peuvent être abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance (critère 7).*

La personne peut se retirer d'activités familiales et de loisirs pour consommer la substance.

- La consommation risquée de la substance

Elle correspond au troisième groupe de critères (critères 8-9).

- *Cela peut prendre la forme d'une consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux (critère 8).*
- *Le sujet peut poursuivre la consommation de la substance bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (critère 9).*

La question clé dans l'évaluation de ce critère n'est pas l'existence du problème mais plutôt l'incapacité de la personne à s'abstenir de consommer la substance en dépit des difficultés dont elle est la cause.

- Les critères pharmacologiques

Les critères pharmacologiques représentent le dernier groupe (critères 10 et 11).

- *La tolérance (critère 10).*
- *Le sevrage (critère 11).*

Troubles induits par une substance

La catégorie générale des troubles induits par une substance comprend l'intoxication, le sevrage et les autres troubles mentaux induits par une substance/un médicament (p. ex. trouble psychotique induit par une substance, trouble dépressif induit par une substance).

- Intoxication par une substance et sevrage

Les critères de l'intoxication par une substance sont inclus dans des sections spécifiques.

- *La caractéristique essentielle de l'intoxication par une substance est le développement d'un syndrome réversible spécifique dû à la prise récente de cette substance (critère A).*
- *Les changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs, qui sont associés à l'intoxication sont imputables aux effets physiologiques de la substance sur le système nerveux central et se développent pendant ou peu après la consommation de la substance (critère B).*
- *Les symptômes ne sont pas imputables à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère D).*

- Troubles mentaux induits par une substance/un médicament

Les troubles mentaux induits par une substance/un médicament sont potentiellement graves, habituellement temporaires mais parfois des syndromes persistants du système nerveux central (SNC) se développent dans le contexte des effets d'une substance donnant lieu à abus, de médicaments ou de différents toxiques. Ils sont distincts des troubles liés à la consommation d'une substance, dans lesquels un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques contribue à la poursuite de la consommation d'une substance malgré des problèmes significatifs liés à cette substance. Les troubles mentaux induits par une substance/un médicament peuvent être induits par les 10 classes de substances qui produisent les troubles liés à la consommation d'une substance, ou par une grande variété d'autres médicaments utilisés au cours de traitements médicaux.

Tous les troubles induits par une substance/un médicament partagent des caractéristiques communes. Il est important de reconnaître ces caractéristiques communes pour faciliter la détection de ces troubles. Ces caractéristiques sont décrites comme suit :

- *Le trouble se manifeste par un tableau symptomatique cliniquement significatif d'un trouble mental caractérisé (Critère A).*
- *Mise en évidence, d'après l'anamnèse, l'examen physique ou les examens complémentaires des deux éléments suivants (Critère B) :*
 1. *Le trouble s'est développé pendant ou dans le mois qui a suivi une intoxication ou un sevrage ou une prise de médicament ; et*
 2. *La substance/le médicament impliqué(e) peut induire le trouble mental.*
- *Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble mental indépendant (c.-à-d. qui est non induit par une substance ou un médicament). Les critères suivants peuvent permettre de mettre en évidence un trouble mental indépendant (Critère C) :*
 1. *Le trouble a précédé le début d'une intoxication grave ou d'un sevrage ou d'une exposition à un médicament ; ou*

2. *Le trouble mental complet a persisté pendant une période de temps conséquente après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication grave ou d'une prise de médicament.*
- *Le trouble ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (Critère D).*
 - *Le trouble cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère E).*

Critères diagnostiques de la CIM-10

Dans la CIM-10, on retrouve la notion de toxicomanie sous le concept de **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives** (OMS, 1993).

Ils sont regroupés en 10 classes que son :

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives

Cette 10^e révision de la Classification internationale des maladies mentales de l'OMS (CIM10) propose huit critères de diagnostic de toxicomanie dont trois au moins sont nécessaires pour porter ce diagnostic.

- *Un fort désir ou un sentiment de compulsion portant sur la prise d'une substance.*
- *Baisse de la capacité à contrôler son comportement lors de la prise d'une substance.*
- *Utilisation d'une substance pour soulager des symptômes de sevrage, avec prise de conscience de l'efficacité de cette conduite.*
- *Un syndrome de sevrage physique.*
- *Des manifestations de tolérance : des doses accrues de la substance sont désormais nécessaires pour obtenir les effets initialement produits.*

- *Un appauvrissement de la variété des modes d'utilisation de l'alcool ou des drogues par le sujet.*
- *Un abandon progressif des autres sources d'intérêt et de plaisir au profit de la consommation de drogues.*
- *La persistance de la consommation de drogues ou d'alcool malgré les preuves manifestes de leurs conséquences clairement nocives.*

Cette première partie du chapitre nous a permis de cerner la notion d'alcoolodépendance dans ses principaux contours pour en faire une idée plus proche de la réalité qui est la sienne. À présent, il est pertinent de s'appesantir à son versant qui nous intéresse particulière dans la présente étude : il s'agit de ses conséquences psychologiques sur la descendance de l'alcoolodépendant.

2.2. Conséquences psychologiques de l'alcoolodépendance sur les descendants

Dans cette seconde partie du chapitre, nous aborderons tour à tour les questions de dysfonctionnement du système familial, et des difficultés de l'enfant de parent alcoolodépendant

2.2.1. Dysfonctionnement du système familial

Avant de présenter les effets néfastes de l'altération du fonctionnement familial, il est important de présenter son fonctionnement normal.

2.2.1.1. Système familial : définition et fonction

Selon Watzlawick (1972, p. 120), la famille se définit comme : « un système en interaction continue et durable où les membres sont des personnes en communication avec d'autres personnes ». C'est donc un système à la fois complexe et dynamique qui cristallise les différents liens, relations et interactions entre ses membres, et qui reste constamment en interaction avec son environnement extérieur. En principe, la famille se présente comme un lieu sûr pour ses membres. C'est cette idée que Byng-Hall (1995) défend lorsqu'il évoque le concept de *base familiale de sécurité*. Pour lui, il s'agit de la possibilité que chacun des membres d'une famille a de recevoir l'aide des autres en cas de besoin quels que soient sa place et son rôle au sein de la famille. Il parle ainsi d'un « style relationnel général sûr » comme cette possibilité pour chaque membre de la famille, parent comme enfant, d'être en mesure d'offrir et de recevoir de l'aide.

C'est dans un tel environnement que peuvent « *se développer de bonnes capacités à exprimer et à réguler les émotions, ainsi qu'à les mentaliser* » (Delage, 2007, p.376). Cette sensation de sécurité que procure l'environnement familial est conçue dans l'approche psychodynamique comme émanant de la fonction contenante. Selon Decoopman (2010), il s'agit d'une « *fonction maternelle précoce nécessaire au bon développement de l'enfant* » (p. 144). Cet auteur précise que cette fonction « *évoque l'idée de support, de soutien, de contrôle* » (p. 144). Il ajoute d'ailleurs qu'elle « *est indispensable au bébé pour qu'il puisse faire l'expérience de lui-même comme d'un tout unifié et cohérent* » (p. 144). Les travaux sur l'attachement (Mintz, 2009 ; Gédeney & Gédeney, 2009 ; Ainsworth, 1978 ; Bowlby 1969, 1973, 1982 ; ...) ainsi que ceux sur la mentalisation (Allen, 2013 ; Allen et al., 2008 ; Allen, 2001 ; Fonagy & Target, 2000, 1996, ...) sont assez éloquents sur la question. Par ailleurs, cette notion de contenance au sein de la famille est nécessaire à l'enfant pour l'acquisition de la capacité d'autorégulation des émotions. Mais il arrive que ce fonctionnement soit altéré.

2.2.1.2. Système familial et alcoolodépendance

La famille est, comme nous l'avons vu plus haut, le milieu idéal de développement et de structuration de ses membres. Cependant, cela mérite d'être situé dans un contexte précis. En effet, elle joue la fonction contenante développée plus haut lorsqu'elle fonctionne bien. À contrario, elle peut constituer un facteur de risque en cas de dysfonctionnement.

Dans le cas du dysfonctionnement de la famille relatif à la dépendance à l'alcool d'un de ses membres, on peut distinguer deux types de dynamique familial. Le premier renvoie à alcoolisation symptomatique (Lefort, 2022). Il fait référence à une consommation alcoolique épisodique, en fonction des circonstances. Le but de cette consommation pourra donc être de changer un état affectif, ou encore un état relationnel. Le second quant à lui renvoie à une consommation systématique de l'alcool, se manifestant par une alcoolisation durable et quotidienne. La dépendance à l'alcool a créé ici une sorte d'attachement avec sa consommation. On observe ici que l'alcool aura désormais une place et un rôle au sein de la famille. Tous les membres le lui reconnaîtront et le respectera désormais. Ainsi, le système familial entier s'organiserait autour du membre alcoolodépendant. De la sorte, un système de règles, soient-elles implicites, se mettra en place, « obligeant » chaque membre de la famille jouera un rôle centré sur les besoins du membre alcoolique (Croissant, 2004).

2.2.1.3. Codépendance

La codépendance est une notion dont les origines remontent aux années 1980, théorisée pour la première fois aux États-Unis d'Amérique. Elle a émergé des études sur l'entourage de l'alcoolodépendant, et s'est élargie sur les relations malsaines ou les dysfonctionnements familiaux, sous l'étayage de la théorie systémique émergente à l'époque. Très tôt, Beattie (1987) définit l'individu codépendant comme « *celui qui s'est laissé affecter par le comportement d'un autre individu et qui se fait une obsession de contrôler le comportement de cette autre personne* ». Elle ne concerne donc pas, de ce point de vue, la seule personne de l'alcoolodépendant. Elle émerge ainsi de la prise de conscience de ce que le phénomène de dépendance dans le cas de l'alcoolodépendant ne touche pas que ce dernier, mais qu'il touche également son entourage. Son émergence a surtout été favorisée par des réflexions sur meilleure prise en charge de non seulement l'alcoolodépendant lui-même, mais également de son entourage.

Certains auteurs vont plus loin et considère que les conduites d'alcoolisation engagent une « maladie familiale » (Tamian, 2019). Ceci est surtout alimenté par des observations cliniques établissant que, lorsqu'une personne est devenue alcoolodépendante, elle suscite, et parfois impose, des comportements spécifiques d'adaptation aux difficultés chez ses proches. Rigaud (2001) illustre fort bien cette position dans ces propos « *La femme de l'alcoolique met au point un véritable arsenal de stratagèmes afin de pallier à la vie chaotique que lui impose son mari. Elle se doit de gérer la vie de la famille et de l'adapter au rythme des alcoolisations* ». Ainsi, en subissant les effets néfastes de l'alcoolodépendance de son partenaire, l'autre partenaire développe des mécanismes de codépendance visant à maintenir ou rétablir l'équilibre du système conjugal (voire du système familial dans le cas des autres membres de famille concernés par la codépendance).

L'attitude de l'entourage de l'alcoolodépendant est, à ce titre, au centre des réflexions de nombreux auteurs. Un nouveau concept, proche de celui de *codépendance*, a émergé dans le milieu des Alcooliques anonymes. Il s'agit du *co-alcoolisme* qui décrit un comportement actif de la part d'un proche de l'alcoolodépendant consistant à « *Agir en sorte que se perpétue l'alcoolisation en voie d'installation ou déjà installée, d'un proche désigné par son symptôme comme l'alcoolique* » (Roussaux, 1996, 2000, p. 66). Ces comportements du co-alcoolique ont pour effet de protéger l'alcoolodépendant des conséquences liées à la consommation d'alcool, ce qui permet de maintenir cette consommation. Ainsi le co-alcoolique, selon Roussaux (1989), c'est « *celui ou celle qui permet, le plus souvent involontairement, que l'alcoolique puisse*

continuer à vivre sa vie personnelle, conjugale ou professionnelle, sur le même mode » (p. 55). C'est donc quelqu'un qui empêche (souvent inconsciemment et dans un esprit de sollicitude) à l'alcoolodépendant des frustrations relatives à la consommation de l'alcool.

La famille est ainsi fortement impliquée dans la problématique de l'alcoolodépendance. Des recherches cliniques, notamment dans la clinique systémique (Tamian, 2019 ; Delage, 2010 ; Roussaux, 1996, 2000 ; Steinglass, 1976) se sont notamment intéressé au lien entre l'alcoolodépendance et la famille. Dans les famille dites « familles alcooliques » selon les termes de Steinglass (1976), on a observé comme une réorganisation autour de l'alcool induisant un « *dysfonctionnement alcoolique* » dans la dynamique familiale. Ce dysfonctionnement entraîne différentes réactions telles que le rejet, l'étouffement des membres de l'environnement immédiat, notamment la famille nucléaire, vis-à-vis de l'alcoolodépendant.

Cet environnement, pourtant encourageant, nourrissant et entretenant cette situation d'alcoolodépendance, constitue le noyau de la souffrance en prise directe avec le buveur (Tamian, 2019). Il est établi que les enfants issus de cet environnement « *gardent les traces de leur passé inscrites dans leur façon d'être (le syndrome des « adultes ex-enfants d'alcooliques ») et développent le plus souvent un comportement de codépendant assuré par la transmission où pointe l'angoisse déjà éprouvée face à cette maladie* » (Tamian, 2019, p. 73). Cette souffrance de l'enfant codépendant se déploie de manière insidieuse. En effet, il cherche toujours « *à arranger, à excuser, puis la pathologie s'aggravant, il fait preuve de plus en plus d'abnégation mais aussi de ressentiment, en endossant de plus en plus de responsabilités et de rôles* » (Tamian, 2019, p. 73).

La codépendance conduit donc à une souffrance psychique élevée, prenant les allures de ce que Roussaux (2000) nomme « la maladie de la perte de soi ». Car, le codépendant a « *tendance à gérer les problèmes de l'autre, à le protéger, à faire sienne sa souffrance, tout cela en secret, par crainte du jugement d'autrui* » (Tamian, 2019, p. 74). Et surtout qu'habituellement, il le fait au détriment de ses propres intérêts qu'il a cessé de voir, tellement il est focalisé sur ceux de l'autre « en danger ». La codépendance prend ainsi les allures d'un trait de personnalité faisant ressortir « *des émotions telles que la peur, la honte, l'imprévisibilité, l'instabilité et le doute* » (Tamian, 2019, p. 74).

Selon Beattie (1987, 2011), la nocivité de la codépendance à l'égard de l'enfant codépendant vient du fait que son milieu familial n'aura pas pris en considération ses « caractéristiques naturelles » que sont sa valeur, sa vulnérabilité, son imperfection, sa

dépendance et son immaturité. Cette auteure indique qu'un tel environnement familial installera, dans le lien du parent alcoolodépendant à l'enfant, un attachement de type insécure. Ce que Tamian (2019) commente en affirmant qu'il s'agit d'un « *attachement négatif caractérisé par l'ambivalence des enfants à l'égard des figures d'attachement et correspondant à des perturbations dans leur développement psychoaffectif* » (p. 74). Elle ajoute que conséquemment à un tel attachement, on observera des problèmes cognitifs, des difficultés relationnelles et une faible estime de soi. Par-là, il développe alors des attitudes et des comportements de survie construisant ainsi sa propre dynamique de codépendance.

Un autre phénomène permet également de comprendre cette nocivité de la codépendance chez l'enfant codépendant. Il s'agit ici du dysfonctionnement de la dynamique familiale, se manifestant par modification des rôles joués au sein de la famille et la perturbation des hiérarchies intrafamiliales (Tamian, 2019, p. 75). Car devant l'abandon du rôle de parent du parent alcoolodépendant, l'enfant est souvent amené, trop tôt, à « assurer ce manque », en endossant les rôles et responsabilités qui ne lui sont pas logiquement destinés. Cette situation est mieux décrite par le concept de parentification. Il s'agit d'un mécanisme psychologique complexe consistant en l'attribution d'un ou plusieurs rôles du parent à l'un ou plusieurs enfants dans le système familial (Haxhe, 2008). À ce propos, le Groupe Alcooliques-Anonymes (cité par Tamian 2019), avait dressé une liste de sept différents rôles principaux que l'enfant, face à l'alcoolisation du parent, peut être amené à jouer. Il précise que l'enfant pourra jouer un ou plusieurs de ces rôles correspondant chacun à une dynamique spécifique. Il s'agit de :

- **le héros** chargé d'afficher à l'extérieur de sa famille par le biais de sa réussite que tout va bien,
- **le sauveteur**, précocement parentifié,
- **le bouc émissaire** avec le risque de passage à l'acte et de prises de substances psychoactives à l'adolescence,
- **le clown**,
- **l'enfant invisible** qui se réfugie dans un monde imaginaire,
- **le petit roi**, devenant souvent tyrannique, ou
- **l'enfant déficient intellectuel** manifestant sa douleur à vivre en sacrifiant son intelligence.

La parentification se présente donc comme un frein pour la socialisation. Car, l'enfant codépendant se trouve forcé d'endosser précocement le rôle de parent et d'assumer des responsabilités d'adulte, au moment où ses besoins en général, ceux affectifs en particulier devant favoriser la socialisation devrait être satisfaits. En clair, c'est un enfant qui comble les lacunes parentales en favorisant des lacunes de sa propre nature d'enfant. Cette activité des codépendant recherchant l'homéostasie du système familial, produit alors des familles présentant difficilement des failles sur le plan de leur fonctionnement, mais particulièrement nocives pour l'enfant codépendant qui compromet sa santé, son développement harmonieux en se sacrifiant. Il sacrifie son enfance au profit de l'équilibre familial. C'est dans ce sens que se comprennent ces propos de Reynaert et al. (2006, pp. 110-111) « *Ce sont les familles sans crise qui s'obligent à l'harmonie à tout prix, qui répriment l'ébauche de tout désaccord, qui sont aussi celles qui génèrent le plus de maladies somatiques et au sein desquelles un événement de santé risque le plus de se chroniciser* ».

2.2.2. Difficultés de l'enfant de parent alcoolodépendant

Dans cette section, il sera question de présenter les différentes maltraitances auxquelles est exposé l'enfant d'un parent alcoolodépendant. Mais avant, il est nécessaire de clarifier la notion d'enfance.

2.2.2.1. Notion d'enfance

L'enfance est la période de la vie humaine qui s'étend de la naissance à l'adolescence. Elle est l'étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte. L'être humain, contrairement à la gent animale a besoin de cette longue période pour comprendre et assimiler les structures culturelles complexes auxquelles il devra s'adapter. C'est pourquoi Rousseau (2009) recommande : « *il faut laisser mûrir l'enfance dans les enfants* ». Ce qui fait la spécificité de cette période de la vie humaine, c'est qu'elle évoque une certaine immaturité du sujet, une croissance physique, un développement biologique et mental qui poursuivent leur cours. C'est donc une période dynamique où la croissance se fait dans tous les domaines, s'effectuant suivant des stades ou des étapes.

2.2.2.2. Notion de développement de l'enfant

Le développement en psychologie, ou psychologie du développement, est l'étude scientifique des changements qui se produisent dans le fonctionnement psychologique au cours de la vie d'un individu. Cela inclut les aspects sociaux, cognitifs et affectifs, cherchant à comprendre comment et pourquoi ces processus se déroulent et évoluent, notamment durant la

jeunesse, où le développement se situe souvent dans un contexte de gains vers la maturité (Clément & Demont, 2021). Il existe plusieurs théories du développement étudiant le développement humain en stades.

❖ Développement cognitif

Piaget (1977) a mis sur pied une méthode d'investigation de la pensée de l'enfant par l'observation des enfants dans une situation problème. Elle permet ainsi d'observer l'évolution de leur raisonnement en leur proposant des contre-suggestions. Il avait d'ailleurs commencé par faire une observation systématique de ses propres enfants. De ses travaux, il mettra au point la théorie du développement cognitif de l'enfant, avec quatre stades majeurs.

➤ Stade sensorimoteur (0 – 2 ans)

Ce premier stade va de la naissance à l'âge de deux ans. Il correspond principalement à deux réalités : le développement et la coordination des capacités sensorielles et motrices du bébé. Ce stade est caractérisé par l'exercice des actions sensorimotrices. L'un des concepts phares de Piaget est celui de *schème*. Il s'agit d'une entité abstraite, analogue à un schéma mental, qui correspond à la structure d'une action. Piaget conçoit que l'intelligence de l'enfant qui se manifeste à la fin de la première année de la vie est due à la mobilité des schèmes, mais qu'elle n'est pas encore pratique, c'est-à-dire liée à l'action. À la fin de la deuxième année, les représentations mentales naissantes vont permettre à l'enfant de manipuler en pensée et non plus seulement en action. Elles vont donc permettre une intériorisation des actions (Piaget, 1977).

➤ Stade préopératoire (2 – 7/8 ans)

Ce stade correspond en réalité à une période préparatoire au stade suivant (stade des opérations concrètes). C'est la période dont les acquisitions caractérisent la fonction sémiotique, ou symbolique. C'est au cours de cette période qu'intervient l'intériorisation de l'action. Piaget parle d'intuition en tant qu'action intériorisée mais non réversible et qui sert de transition entre les actions sensorimotrices du bébé et les « opérations » de l'enfant plus âgé. À ce stade, l'enfant parvient à se servir de ses représentations mentales pour évoquer les objets ou événements qu'il a rencontrés, même s'ils ne sont pas présents. C'est ce que Piaget appelle la fonction symbolique ou encore fonction sémiotique. Car c'est à ce moment qu'il apprend à exprimer un signifié à l'aide d'un signifiant. Toutefois, il reste encore prisonnier de son propre point de vue dont il a du mal à imaginer que ce ne soit pas le seul possible (Piaget, 1977).

➤ Stade opératoire concret (7/8 – 11/12 ans)

Ici, l'enfant parvient, grâce à la mobilité croissante des structures mentales, à envisager des points de vue autres que le sien propre. Il devient capable d'opérations mentales, c'est-à-dire d'actions intériorisées et réversibles. Il devient capable de comprendre qu'une modification d'une propriété de l'objet n'affecte pas simultanément toutes les propriétés possibles de l'objet, et que certaines propriétés invariantes permettent le retour à l'état antérieur. Les opérations mentales se coordonnent en systèmes d'ensemble qui sont des structures. Le propre de ce stade est que les opérations mentales de l'enfant de cet âge portent sur du matériel concret qui sert de base à son raisonnement, qui est donc encore très dépendant du contenu auquel il s'applique (Piaget, 1977).

➤ Stade opératoire formel (11/12 – 15/16 ans)

À ce dernier stade, le maniement des opérations mentales a beaucoup évolué, en particulier parce qu'il devient capable de raisonner, non plus sur un matériel concret comme précédemment, mais sur un matériel plus abstrait, comme des propositions verbales ou des signes algébriques (Piaget, 1977).

En nous basant sur cette théorie piagétienne, les participants de cette étude se situent exactement dans le stade opératoire concret. Car, leur âge oscille entre 08 et 11 ans. Qu'en est-il à présent du développement psychoaffectif ?

❖ Développement psychoaffectif de l'enfant

Freud (1905) est le concepteur de cette théorie. Il distingue trois périodes essentielles dans ce développement. Il s'agit notamment de la période prégénitale qui va de la naissance avec la succession des zones érogènes prédominantes (orale, anale, phallique) ; la période de latence au cours de laquelle les pulsions changent de but en se tournant vers des objectifs plus socialisés, rendant l'enfant plus disponible pour des apprentissages de type pédagogique ; et enfin la période génitale proprement dite qui commence à l'adolescence.

➤ Stade orale (0 – 1 an)

Le stade oral dans la théorie freudienne correspond à la première étape de la période prégénitale. Au cours de cette étape, la zone bucco-labiale est la principale région de satisfaction de la pulsion sexuelle. Elle permet par ailleurs la satisfaction du premier besoin à savoir la nutrition. Les principales activités ici étant sucer, mâchouiller, mordre, manger et embrasser

permettent de réduire les tensions. L'objet pulsionnel est le sein, ou son substitut. Le but pulsionnel est quant à lui double : d'une part un plaisir auto-érotique, par stimulation de la zone érogène orale. D'autre part, un désir d'incorporation d'objets. On a deux sous stade à cette étape : le sous-stade oral primitif et le sous-stade oral tardif (Freud, 1905).

➤ Stade anal (1 – 3 ans)

Dans ce deuxième stade de la période prégénitale, sur le plan sexuel, l'enfant devient plus sensible à la région anale. C'est le moment de l'acquisition des aptitudes à la propreté, le moment où il apprend à « faire à la bonne place et au bon moment ». La satisfaction émanant de cette région induit son surinvestissement. Car, on observe à ce moment le déplacement de l'intérêt de l'enfant, de la zone orale à la zone anale (Freud, 1905).

Concrètement, la source pulsionnelle ou encore zone érogène prévalente est la muqueuse ano-recto-sigmodienne, pouvant aller jusqu'à toute la muqueuse digestive jusqu'à l'estomac. Ici, l'objet pulsionnel s'avère complexe, car il ne se réduit pas au seul boudin fécal, la même, et l'entourage plus généralement en font partie. Le but pulsionnel ici est double : d'une part un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène anale grâce aux selles ; et d'autre part une recherche de pression relationnelle. Ce stade a deux sous stades selon Abraham () : le sous-stade sadique anal répulsif et le sous-stade masochique anal rétentif.

➤ Stade phallique (3 – 5 ans)

Dernière étape de la période prégénitale, le stade phallique joue un rôle important dans l'aspect identificatoire de la construction de la personnalité. C'est le moment au cours duquel se situe le complexe d'Œdipe. Le petit enfant s'identifie ainsi au parent de même sexe et manifesterait une sorte d'attachement « sexuel » au parent de sexe opposé. L'enfant est donc dans cette ambiguïté du désir du parent de sexe opposé, et crainte de la puissance du parent du même sexe, notamment chez le garçon. La source pulsionnelle ici est l'urètre, avec le double plaisir de la rétention comme de la miction. Le but pulsionnel est lui aussi double, avec une dimension auto-érotique et une autre objectale (Freud, 1905).

➤ Période de latence (5/6 – 11/12 ans)

Durant cette période, l'énergie sexuelle est relativement inactive. C'est aussi au cours de cette période que l'enfant construit une relation sociale élargie et des mécanismes de défense. C'est une période qui classiquement est a-conflictuelle, les conflits de la période précédente se

montrant plus souples, du fait de la modification structurale des pulsions sexuelles. On observe trois changements importants pendant cette période : l'« obsessionnalisation » de la personnalité, la déssexualisation progressive de la pensée et du comportement grâce au travail de refoulement et de la sublimation, et enfin l'extension extrafamiliale de la problématique œdipienne (Freud, 1905).

➤ Période génital (plus de 12 ans)

Durant cette dernière période du développement psychoaffectif, les pulsions sexuelles inactive durant la période précédente se réveillent sous l'effet de la maturation physiologique. C'est l'ouverture vers la sexualité adulte et donc un changement dans les perceptions sociales de l'adolescent. Le psychisme de l'adolescent devra fournir un effort important pour intégrer ces nouvelles données, ce qui va impliquer des remaniements à tous les niveaux de ce qui avait construit la structure psychique (Freud, 1905).

La période de latence est celle au cours de laquelle les conflits de la période prégénitale s'apaisent et où la déssexualisation de la pensée entraîne un vécu moins turbulent chez l'enfant, contexte favorisant les apprentissages. C'est la période correspondante à nos participants. Voyons à présent les étapes de développement de la capacité de mentalisation.

❖ **Développement de la capacité de mentalisation**

En s'inspirant des travaux de Winnicott, Fonagy et Target (1996, 2000, 2007) ont proposé un modèle de développement de la capacité de mentalisation. À partir de ce modèle le fonctionnement de l'enfant partant de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans s'est élucidé, au travers surtout de l'attachement. Cette compréhension s'est plus appesantie sur les modes de pensée dominants chez l'enfant avant l'intégration de la capacité de mentalisation. Ce modèle suggère l'existence de trois modes pré-mentalitants caractérisant le fonctionnement mental de l'enfant en bas âge : téléologique, équivalence psychique et fictif.

➤ Mode téléologique (0 – 1 an et 6 mois)

C'est un mode caractérisé par une représentation mécaniste et rationnelle des motifs sous-jacents à une action qui sont conçus en termes d'effets physiques, visibles et concrets. Il se fonde sur les observations de l'enfant sur son entourage lui permettant de faire ses premières inférences sur les autres et l'environnement. La compréhension du comportement des autres comme le sien propre est limité aux conséquences physiques, et n'arrivent pas aux motivations

qui sous-tendent ce comportement. N'ayant pas encore une vie mentale à proprement parlé, il ne comprend pas l'intention d'autrui, encore moins sa réaction (Allen et al., 2008).

➤ Mode équivalence psychique (1 an 6 mois – 3 ans)

La réalité interne de l'enfant prédomine celle externe à ce stade, les états mentaux sont confondus à cette première (réalité externe). De même, l'enfant pense, à ce niveau, que ce qu'il sait est su de tout le monde, tout comme ce que l'autre sait lui est accessible (Fonagy & Target, 2007).

➤ Mode fictif (3 – 5 ans)

À cette étape, l'enfant change son appréhension des réalités externe et interne, et adopte ainsi le mode fictif, c'est-à-dire « comme si ». Sa capacité à faire semblant, déjà développée, lui permet de différencier désormais son monde interne de celui externe. Avant l'acquisition totale de la différenciation entre ces deux mondes, ceux-ci devraient restés séparés (Fonagy et Target, 2000).

➤ Capacité de mentalisation (à partir de 5 ans)

Le développement de la capacité de mentalisation intervient de l'intégration de ces trois modes de pensée qui représentent les stades prémentalissants (Fonagy et Target, 2000).

2.2.2.3. Maltraitance et alcoolodépendance

Pour L'OMS (2022), La maltraitance de l'enfant s'entend sur toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.

La maltraitance des enfants fait référence à toute forme de violence, d'abus ou de négligence commise par des adultes envers des mineurs. On a établi cinq types de maltraitance

➤ **La violence physique** : elle désigne toute utilisation délibérée de force physique contre un enfant qui constitue une menace à la santé, au développement et/ou au respect de soi de ce dernier (OMS, 2022). Il s'agit, avec la violence sexuelle, et la négligence, les formes de maltraitance les plus visibles et donc les plus rencontrées. Une étude récente a justement relevé des violences physiques modérées telles que la fessée par un objet chez

plus de 92% d'enfants au Cameroun, et plus de 40% victimes de violences physiques sévères comme des coups de pied (Naudin & al., 2023).

➤ **La violence sexuelle** : pour l'OMS (2002, p. 165), il s'agit de :

« Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ».

Le phénomène des abus sexuels intrafamiliaux est bien réel au Cameroun (Mbassa Menick et al., 2012). Car, selon Mbassa Menick et al. (2012), l'abuseur peut être le père, l'oncle, le cousin ou le frère. Son étude rapporte même des cas, bien que rares, de la mère abuseuse. D'autres traitements se rapportant aux abus sexistes ou sexuels sont également rapportés. En effet, Pemunta (2016) révèle qu'environ 12 % des Camerounaises ont eu les seins repassés.

➤ **La violence psychologique** : il s'agit d'une forme très répandue et dommageable de maltraitance envers les enfants. Elle reflète l'incapacité du donneur de soins de fournir un environnement approprié et favorable au développement de l'enfant et que ce dernier fait continuellement ou habituellement l'objet d'actes de violence déshumanisants, comme se faire injurier fréquemment, ce qui désigne des sévices psychologiques, c'est-à-dire des actes psychologiques commis (Wekerle & Smith, 2019). Elle désigne les actions qui causent ou ont le potentiel de causer des effets adverses sur la santé et le développement émotif de l'enfant. Le comportement de l'adulte responsable peut ainsi prendre des formes variées : rejeter l'enfant, l'isoler, l'ignorer, le terroriser, le corrompre ou l'exploiter (OMS, 2002). On dénombre habituellement six différents types de violences psychologiques : le rejet, l'isolement, le manque d'attention, la terreur, la corruption, l'exploitation (Wekerle & Smith, 2019).

➤ **La négligence** : elle survient lorsque l'adulte responsable de l'enfant ne satisfait pas ses besoins primaires, qu'ils soient physiques, émotifs, médicaux/dentaires ou éducatifs. La négligence est aussi en cause lorsque l'enfant n'a pas accès à une nutrition, une hygiène et un logis adéquats ou que sa sécurité n'est pas assurée (Howard Dubowitz, 2019).

➤ **La violence conjugale** : c'est aussi une forme de maltraitance parce que les enfants qui y sont exposés présentent des problèmes similaires à ceux qui sont directement victimes de violence physique (Sadlier, 2015). En fait, c'est une violence

pour laquelle les principaux concernés sont les parents. Cependant, des foyers dans lesquels on observe cette forme de violence décrivent un environnement parental peu contenant, l'enfant y est donc exposé (Gignoux-Fromen & Guivarch, 2018). De même, le parent représentant un pôle identificatoire pour l'enfant, ce dernier pourrait s'identifier à ce parent violent et reproduire plus tard des scènes de violence vécues plus tôt dans l'enfance.

Conclusion

Au demeurant, le présent chapitre était destiné à la revue de la littérature de l'alcoolodépendance d'une part et de ses conséquences psychologiques d'autre part. La première section du chapitre a permis de clarifier d'abord, avec les données actuelles, les contours de la notion même d'alcoolodépendance. Ensuite, cette même notion a été envisagée à la lumière de l'approche psychopathologique et de celle nosographique. La seconde section quant à elle, s'intéressant aux conséquences psychologiques de l'alcoolodépendance, s'est attardée sur ses effets sur la dynamique familiale de façon générale, et sur les enfants plus particulièrement. Il en ressort donc que ce concept d'alcoolodépendance désigne une consommation chronique de l'alcool avec une histoire relativement longue qui a contribué à son évolution. Et si l'approche psychanalytique est peu loquace sur cette question, celle systémique familiale s'y intéresse particulièrement et ressort ses effets néfastes entravant à la fois les interactions et la communication dans la famille. Il apparaît encore plus clairement les maltraitances auxquelles la situation d'alcoolodépendance du parent expose l'enfant sans défense. Alors, après avoir dégagé cette revue de littérature, il est important de s'intéresser dès à présent à l'ancrage théorique de l'étude.

CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE

Introduction

Le chapitre précédent de cette étude était consacré à la revue de la littérature, nous y avons fait l'état de la question sur les répercussions psychologiques sur la progéniture d'un parent alcoolodépendant. Dans le présent chapitre, nous abordons l'étude théorique de notre sujet d'étude dont l'objet est le processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant. À cet effet, nous aborderons les modèles théoriques de la mentalisation, et l'approche conceptuelle de la dynamique fraternelle.

3.1. Approche théorique de la mentalisation

Dans cette première section, nous aborderons tour à tour la notion de mentalisation, son lien avec la notion de l'attachement et enfin nous intéresserons à l'émergence de la capacité de mentalisation.

3.1.1. *Notion de mentalisation*

Pour bien appréhender cette notion, il est intéressant de clarifier tout d'abord le concept avant de présenter les différentes théorisations y relatives.

3.1.1.1. *Définition*

Le terme « mentalisation » a déjà été conceptualisé par différentes écoles et renferme de ce fait plusieurs théorisations. Toutefois, quelle que soit l'école à laquelle on se réfère, sa définition gardera toujours des invariants. Ainsi, pour Allen et al. (2008), mentaliser c'est « *percevoir ou interpréter le comportement en l'imaginant comme conjoint à des états mentaux intentionnels* » (cité par Tereno et al., 2015, p. 311). Dans cette logique, le processus de mentalisation consiste à déduire les états mentaux qui sont à la base d'un comportement visible objectivement. De cette manière le sujet mentalisant parvient toujours à saisir le comportement et les états mentaux comme des entités séparables. Pourtant, il arrive que ces deux entités ne soient séparables chez certains autres sujets. Il apparaît de cette manière que les états mentaux tels que les sentiments, les émotions sont toujours intentionnels et représentationnels (Tereno, 2021).

La mentalisation se définit, dans cette perspective, comme la capacité à comprendre son propre comportement ainsi que celui de l'autre comme émanant des états mentaux (Allen et al., 2008). Ces auteurs relèvent qu'elle est une aptitude fondamentale dans la régulation des affects et donc à celle des relations sociales.

Pour Marty (1991), il s'agit pour lui de la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images, les mesures, les émois pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi. Car, Marty (1991) souligne l'importance de ce travail dans les situations de crise. Il considère en effet que « *la transgression des excitations engendrées par une situation délétère vécue par le sujet risquant, à défaut de traitement mental ou en d'autres termes, à défaut de mentalisation, de bouleverser l'équilibre homéostatique* ».

De manière plus pratique, Lecours et Bouchard (1997) conçoivent la mentalisation comme « *une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation et à une élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affect en structures mentales de mieux en mieux organisées* » (Bacqué, 2014). Ils présentent ainsi la mentalisation comme intégrant d'autres opérations à la base, notamment la représentation et la symbolisation.

Comme évoqué plus haut, le concept de *mentalisation* est de nos jours un concept large qui englobe une multitude de modèles théoriques (Choi-Kain & Gunderson, 2008, cité par Conklin & al., 2012). Il convient ici d'en présenter quelques-uns, avant de se positionner.

3.1.1.2. *Différents apports sur la notion de mentalisation*

Des auteurs d'écoles et d'époques différentes se sont intéressés à la question de mentalisation. Nous nous attelons de présenter les principaux apports sur la question dans cette partie.

3.1.1.2.1. La mentalisation selon Peter Fonagy

Psychologue clinicien et psychanalyste britannique, Fonagy (2001/2004, cité par Theis, 2006) défend la complémentarité de la théorie développementaliste de l'attachement et de la psychanalyse, la première ayant été vivement critiquée par un certain nombre de psychanalystes reconnus.

Pour Fonagy (2004, cité par Theis, 2006), c'est à partir de l'expérience de l'affect que peut croître la mentalisation – le contrôle des affects se construisant grâce à l'acquisition des représentations symboliques des états internes de l'enfant et ceci est difficilement réalisable si la relation d'attachement avec la mère est de type insécure, c'est-à-dire si le parent est dans l'incapacité à penser l'état mental de son enfant. Fonagy (2004, cité par Theis, 2006) remarque que les situations de maltraitance durant l'enfance, lorsque le traumatisme est perpétré par les figures d'attachement, peuvent entraver le développement de la capacité de mentalisation. Cela

est également le cas lorsque le parent a été émotionnellement inaccessible pour son enfant, ou encore lorsqu'il révèle inconsciemment des états d'esprit agressifs et envahissants (maltraitance psychologique).

Le traumatisme peut miner chez l'enfant l'envie de jouer avec les émotions et les idées (ressenties comme trop réelles) qui sont reliées aux événements externes. En même temps l'absence, dans l'organisation interne, d'une capacité complète de mentalisation, crée une tendance à la répétition continue du traumatisme, sans la modulation qu'apporterait une vision représentationnelle de la réalité psychique (Fonagy, 2004, p. 59, cité par Theis, 2006).

Loin de dire que tous les adultes anciennement maltraités ont une mentalisation de pauvre qualité, il postule plutôt que ces parents, lorsqu'ils ont un haut niveau de fonction réflexive, ont plus de chance de ne pas répéter la maltraitance sur leurs propres enfants (Fonagy et al., 1994, Theis, 2006). Ainsi donc, la mentalisation serait un processus protecteur, pouvant être utile à la compréhension de la résilience. Il propose que cette fonction réflexive soit une cible privilégiée en psychothérapie, comme le suggère Guedeney (1998, cité par Theis, 2006) « la résilience a bien sûr à voir avec le lien, et donc avec l'action thérapeutique » (p. 66).

3.1.1.2.2. La mentalisation selon Pierre Marty

Pierre Marty est l'un des co-fondateurs de l'École de psychosomatique de Paris créée en 1962. Lors de l'élaboration de sa théorie psychosomatique (1918-1993), il introduit notamment la notion de mentalisation (années 1970-75). « *Le terme de mentalisation utilisé en psychosomatique désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressives.* » (Kamieniecki, 1994, p. 65). Pour Marty (1991, cité par Theis, 2006), la mentalisation traite de la quantité et de la qualité des représentations psychiques des individus, représentations qui se manifestent dans le système préconscient. Les caractéristiques de ce système peuvent être considérées sous trois aspects distincts :

- L'épaisseur, « *l'accumulation des couches de représentations pendant les différents temps du développement individuel [...]* » (Marty, 1991, cité par Theis, 2006) ;
- La fluidité et la souplesse des représentations, la circulation des représentations au sein d'une même couche et d'une couche à l'autre, c'est-à-dire « *lors de leur évocation, de leur liaison à d'autres de la même époque [...] ou d'époques différentes [...]* » (Marty, 1991, cité par Theis, 2006) ;
- La permanence, la régularité du fonctionnement du système préconscient dans le temps (Marty, 1991, cité par Theis, 2006).

Chez les sujets bien mentalisés, nous dit Marty (1991, cité par Theis, 2006), lorsque le recours par la voie mentale n'est pas immédiatement possible, on voit apparaître une dépression, une augmentation des symptômes mentaux et des manifestations d'angoisse, mais surtout les « *excitations et représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique existante qui les englobe et les assimile dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine.* » (Marty, 1991, p. 66, cité par Theis, 2006), ce qui a donc fait trauma peut se voir élaboré psychiquement. Il en est tout autrement pour les sujets mal mentalisés, pour lesquels en l'absence de fonctionnement du système préconscient, les excitations non exprimées et non déchargées persistent et s'accumulent favorisant l'apparition d'une dépression essentielle et la désorganisation progressive du corps (affections somatiques évolutives et graves). Entre ces deux organisations psychiques, Marty (1991, cité par Theis, 2006) identifie d'autres structures psychiques plus ou moins bien mentalisées, avec des caractéristiques propres. Cet auteur note que les insuffisances foncières des représentations dans le système préconscient ne sont pas réversibles, que ce soit spontanément ou à l'aide de psychothérapie. En revanche, dans le cas d'indisponibilité des représentations acquises, une réanimation psychique est possible.

3.1.1.2.3. La mentalisation selon Rosine Debray

Appartenant à l'école de l'IPSO (Institut de psychosomatique), Rosine Debray reste proche du positionnement théorique de Pierre Marty et apporte de nouvelles contributions au développement de la clinique psychosomatique (1983, 1991, 1996, 2001). Elle s'écarte quelque peu de la définition de la mentalisation proposée par Marty (1991, cité par Theis, 2006), souhaitant une définition qui fasse sens. Elle suggère alors que la mentalisation soit rapportée à

La capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie (Debray, 2001, p. 97, cité par Theis, 2006).

De Tychey et *al.* (2000, cité par Theis, 2006) remarquent que cette définition a l'intérêt de mettre l'accent sur la nécessité du travail d'élaboration des affects, en particulier des affects de déplaisir (angoisse, dépression), et sur la nature des conflits d'ordre intrapsychique ou interpersonnel. Debray (2001, cité par Theis, 2006) donne ici une place importante à la réalité externe, aux facteurs environnementaux, qu'il s'agira de relever lors de désorganisations somatiques. Mais elle précise que ces « *données externes conjecturelles de type traumatisme externe repérable : accident, deuil, etc., ne suffisent pas à elles seules à rendre compte du*

mouvement de désorganisation somatique car il faut dans le même temps que ces éléments entrent en résonance avec des fragilités internes [...] » (Debray, 1996, p. 87, cité par Theis, 2006). Elle pointe en effet l'existence de moments de plus grandes vulnérabilités dans le développement de tout un chacun, notamment les périodes sensibles telles que l'âge du conflit œdipien, l'adolescence, la crise du milieu de vie, etc., périodes communes sources de déstabilisation psychique (surcharge et débordement de l'appareil psychique) pouvant conduire à une désorganisation de la sphère corporelle.

3.1.1.2.4. La mentalisation selon Jean Bergeret

La conception de Jean Bergeret (1990-1991) diffère des précédentes puisqu'il fait la distinction entre imaginaire et mentalisation. Dans une communication personnelle à de Tychey (1991) Bergeret et *al.* (1992, cité par Theis, 2006) pose que la mentalisation est l'utilisation mentale de l'espace imaginaire. Bergeret (1991, cité par Theis, 2006) commence par définir l'imaginaire comme *« l'activité de rêves et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs. »* (Bergeret, 1991, cité par Theis, 2006) considère l'imaginaire comme un véritable réservoir fantasmatique. L'imaginaire permet de ne pas se sentir écrasé par une action trop intrusive en s'évadant, en fuyant une réalité intolérable. Pour Bergeret (1991, cité par Theis, 2006), imaginer *« c'est être capable d'engendrer des fantasmes, des rêveries, des rêves qui, pour un individu, mettent en images de façon très vivante sa place et sa manière d'être en relation dans le monde de même que le modèle de ses échanges avec les autres. »* (p. 88). Ainsi, une plus grande richesse de l'espace imaginaire constituerait un facteur de protection, à condition seulement que les capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire soient suffisantes, au risque toutefois d'être débordé par cet imaginaire. En effet, selon Bergeret (1991), la mentalisation est :

Un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement : la mentalisation est une attitude où l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire, c'est-à-dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental. C'est l'activité la plus noble de toutes les formes de fonctionnement imaginaire (Bergeret, 1991, cité par Rebourg, 1992, p. 73).

Le travail de mentalisation passe par une activité de représentation, à savoir un travail de symbolisation des pulsions sexuelles et agressives (opération de sens) et un travail d'élaboration mentale des affects (liaison affect-représentation) (Lustin, 2004).

La première opération de symbolisation consiste à transformer les excitations intolérables en images puis en représentations partageables, communicables. La deuxième opération est la traduction en mots des affects, qui nécessite de pouvoir lier la représentation à

l'affect correspondant (De Tychey, 2001). Beaucoup de spécialistes de la résilience ont souligné la nécessité de la mise en sens de l'événement traumatique. Cyrulnik (2003) parle du travail de résilience qui consiste « *à se souvenir des chocs pour en faire une représentation d'images, d'actions et de mots, afin d'interpréter la souffrance.* » (p. 123). Cette mise en sens du trauma peut se réaliser par le travail de l'écriture comme le note Anaut (2002), récit qui est alors adressé à l'autre : « *La blessure psychique liée au contexte traumatogène, qui se travaille à travers l'écriture, rencontre ainsi la possibilité d'une représentation et d'une élaboration de la souffrance enfin partageable.* » (p. 76). Elle précise que le livre devient « *en quelque sorte l'objet transitionnel du processus de représentation et du travail de symbolisation qui l'accompagne.* » (Anaut, 2002, p. 68).

Ce travail de mentalisation nous paraît nécessaire pour pouvoir dépasser le trauma, même si nous considérons qu'un traumatisme ne peut pas être complètement élaboré, qu'il laissera des marques de vulnérabilité. À la différence des sujets non résilients, ceux pour lesquels une résilience durable s'est installée ont pu mentaliser l'événement traumatique, ce qui leur a permis d'éviter une décompensation durable que ce soit sur les plans somatique, comportemental ou psychique (Anaut, 2002).

Bergeret (1991) précise en effet que lorsqu'il y a faillite du traitement mental de l'excitation, deux voies de décharge sont possibles : la décharge dans l'agir comportemental ou celle encore plus archaïque par la voie somatique :

Le comportement est là pour utiliser l'imaginaire dans un modèle relationnel qui n'est pas mentalisé, qui passe par des actes au lieu d'être mentalisé alors qu'une partie du somatique, le psychosomatique, constitue une façon d'utiliser le corps dans une traduction relationnelle de l'imaginaire qui ne passe ni par le comportement (du moins directement), ni par la mentalisation (p. 53).

Cet auteur se rapproche ici de la théorie psychosomatique de Marty (1991), avec cette notion de hiérarchie dans les modes de désorganisation. Nous avons choisi de nous appuyer plus particulièrement sur cette conception théorique de la mentalisation élaborée par Bergeret (1990-1991), car sa formalisation est plus fine (distinction entre imaginaire et mentalisation). Aussi, parce que ce modèle est opérationnalisable notamment par le recours à une méthodologie projective comme le test de Rorschach (Rebourg et al., 1992 ; de Tychey et al., 2000) que nous utiliserons comme un outil de collecte de données dans cette recherche. Des données qui pourront également nous révéler certains facteurs liés à la résilience.

Les précédents développements présentent la notion de mentalisation sous plusieurs approches. Cependant, notre étude s'inspire sur les antérieurs à ceux de Fonagy. Ces travaux

mettent l'accent sur les processus mentaux menant à la transformation des expériences émotionnelles et pulsionnelles profondément arrimées au corps somatique (Marty, 1990 : 1991 ; Lecours & Bouchard, 1997).

Les précédents développements présentent la notion de mentalisation sous plusieurs approches. Cependant, notre étude s'inspire des travaux plus modernes, renvoyant aux théorisations de Fonagy. Celles-ci parviennent à l'effort de la complémentarité de la théorie développementaliste de l'attachement et de la psychanalyse.

3.1.2. Mentalisation et attachement

Avant de nous intéresser à la question de l'influence de l'attachement sur le développement de la mentalisation, tentons d'abord une clarification de la notion même d'attachement.

3.1.2.1. Notion d'attachement

L'attachement est une notion importante dans la psychologie du développement. Bowlby (1969) la décrit comme relevant des comportements dont le but est la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. Il relève surtout de l'inné, et constitue le socle de la relation avec autrui. Et donc, contrairement à Freud pour qui les seuls besoins primaires sont ceux du corps, Bowlby (1969) pense que l'attachement est aussi un besoin social primaire et inné relevant d'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture.

La figure principale d'attachement de l'enfant est la figure maternelle, qui peut aussi avoir des substituts. Celle-ci constitue la base de sécurité pour celui-ci. C'est grâce à cette base de sécurité que l'enfant se sent en confiance et peut explorer son environnement pour un développement harmonieux. C'est pourquoi Bowlby (1969) relève que l'attachement a une fonction adaptative de protection et d'exploration.

Concrètement, le terme « attachement » fait référence à des liens émotionnels forts entre les enfants et leurs premiers donneurs de soins (Bowlby, 1969, cité par Clément & Demont, 2021). Il s'agit d'« *un lien affectif particulier faisant intervenir un sentiment de sécurité. On parle d'attachement pour caractériser le lien de l'enfant au parent ; la langue anglaise permet de distinguer l'attachement du parent à l'enfant par le terme bonding* » (Clément & Demont, 2021, p. 143).

3.1.2.2. Influence de l'attachement sur la mentalisation

Des recherches récentes en neurosciences se sont intéressées à la question de la réciprocité de l'activation du système d'attachement et désactivation de la capacité de mentalisation (Frith & Frith, 2003 ; Gallagher & Frith, 2003 ; Greene & Haidt, 2002 ; Winston et al., 2002 ; Gusnard et al., 2001 ; Bartels & Zeki, 2000, 2004 ; Cabeza & Nyberg, 2000 ; Mayberg et al., 1999 ; Maddock, 1999).

Ces études ont permis de confirmer le lien entre l'activation de l'attachement et la désactivation de la mentalisation. À titre de rappel, des auteurs postulent que le système d'attachement a été organisé pour être activé par la peur, souvent associée à la perte de la protection de la figure d'attachement (Bowlby, 1969, 1973). Dans cette logique, Bartels et Zeki (2000, 2004) ont montré que l'activation de régions cérébrales qui interviennent dans l'attachement maternel et/ou amoureux entraîne à la fois la suppression de l'activité cérébrale dans plusieurs régions jouant un rôle dans différents aspects du contrôle cognitif, dont celle associée au jugement social et à la mentalisation. Ces auteurs proposent de regrouper ces deux « construits » en deux systèmes fonctionnels.

Il s'agit premièrement des régions cérébrales faisant partie des circuits spécialisés dans l'attention et la mémoire à long terme (Cabeza & Nyberg, 2000), mais également dans les émotions positives (Maddock, 1999) et négatives (Mayberg et al., 1999), notamment le cortex préfrontal médian, le cortex pariétal inférieur et le cortex temporal médian, principalement dans l'hémisphère droit, ainsi que le cortex cingulaire postérieur. Maddock (1999) indique que ces régions pourraient être spécifiquement responsables de l'intégration des émotions et des cognitions. Deuxièmement, on observe la désactivation lors de l'activation de l'attachement inclut les pôles temporaux, la jonction pariéto-temporale, l'amygdale et le cortex préfrontal médian. Les auteurs soulignent que l'activation de ces régions est liée aux affects négatifs, aux jugements sociaux moraux et de confiance (liés à la capacité de jugement moral), aux tâches portant sur la théorie de l'esprit (qui évaluent spécifiquement les dimensions cognitives) et à l'attention à ses propres émotions. Ce système constitue probablement une partie du réseau neuronal primaire qui sous-tend la capacité à identifier et interpréter les états mentaux (les pensées comme les émotions) chez l'autre (Frith et Frith, 2003 ; Gallagher et Frith, 2003) aussi bien que chez soi (Gusnard et al., 2001). Ces ruptures sont également probablement associées aux jugements sociaux intuitifs de convenance morale (Greene et Haidt, 2002) et de confiance reposant sur les expressions faciales (Winston et al., 2002).

Il s'observe alors que les patterns d'activation du système d'attachement et de ces deux systèmes cognitifs de contrôle du traitement de l'information pourraient avoir des implications dans notre compréhension de la nature des différences individuelles dans le comportement d'attachement, et dans notre compréhension des dysfonctions associées aux déficits de mentalisation (Fonagy & Target, 2007). Schématiquement, trois situations sont susceptibles d'inhiber des aspects des cognitions sociales associées à la mentalisation de la figure d'attachement.

Dans la première situation, l'activation du système d'attachement en lien avec l'amour, à travers les structures dopaminergiques du système de récompense et la libération d'ocytocine et de vasopressine, inhibe probablement le système neuronal de régulation des affects négatifs. Or, ce système provoque les cognitions sociales en rapport avec la solution de problèmes, incluant la mentalisation. Dans la deuxième situation, l'activation du système d'attachement en rapport avec une menace désactive la mentalisation en provoquant un état d'alerte et des affects négatifs débordants (Arnsten, et al., 1999 ; Mayes, 2000). Et dans la troisième, une relation d'attachement stable, sécurisée, prévisible est sans doute la plus efficace pour anticiper une menace et éviter une activation fréquente du système d'attachement.

Une relation insécure entre l'enfant et le caregiver aura pour conséquence une activation plus fréquente du système d'attachement et entraînera donc plus fréquemment la désactivation des structures neuronales qui sous-tendent les cognitions sociales. Il existe également des preuves que le niveau d'anxiété est corrélé positivement avec l'activation des régions cérébrales en rapport avec les émotions et inversement corrélées avec l'activation des régions associées à la régulation des émotions (cortex orbitofrontal ; Gillath et al., 2005). Les sujets ayant un attachement anxieux pourraient ainsi court-circuiter les régions cérébrales normalement utilisées pour atténuer les émotions négatives.

Si une fonction importante de la mentalisation, du point de vue de l'évolution, est bien d'offrir un avantage en termes de compétition, son plein développement n'est possible que dans le contexte d'une relation protectrice. Fonagy et al. (2007) suggèrent que la relation d'attachement parent-enfant est susceptible de faciliter le développement du soi subjectif précisément parce que, dans ce contexte biologique, les pressions compétitives sont minimisées. Puisque ce sont les relations insécures qui sont le plus susceptibles d'activer le comportement d'attachement, en se basant uniquement sur les données de l'imagerie, on peut prédire qu'une relation sécurisée est la plus à même de faciliter le développement de la

mentalisation, car elle est associée aux effets inhibiteurs limités sur les réseaux cérébraux, permettant la mentalisation.

3.1.3. Ontogenèse de la capacité de mentalisation

La capacité de mentalisation émerge progressivement selon un rythme plus ou moins harmonieux. Son développement s'opère donc dès les premières années de la vie d'un individu. Mais lorsque certaines tâches développementales ne sont pas exécutées, on peut arriver à un développement pathologique.

3.1.3.1. Développement normal

Les résultats de nombreuses recherches montrent que la capacité de mentalisation se développe au cours des premières années de vie de l'enfant et est étroitement liée à la qualité de ses interactions avec ses principales figures d'attachement (Fonagy, et al., 2004 ; Fonagy & Target, 1997). Fonagy et al. (1991) ont notamment montré que pour arriver à développer l'habileté à comprendre et à donner un sens à la pensée de l'autre, l'enfant doit bénéficier d'un contexte où un adulte s'ajuste à son expérience subjective. En plus, il faut que celui-ci lui reconnaisse une pensée, une volonté et des sentiments qui lui sont propres (Auerbach et al., 2002). Fonagy (1995) conclut donc que pour être en mesure de mentaliser, l'enfant doit être habité par suffisamment de pensées et de sentiments, et avoir un parent normal, c'est-à-dire suffisamment centré sur la réalité, qui lui reflète régulièrement ses propres états mentaux.

À partir de ces conditions de base, Fonagy et al. (2004) ont conçu un modèle du développement de la capacité de mentalisation en cinq stades. Le nourrisson apprend, à partir de l'âge de trois mois, que lui et l'autre sont indépendants, ce qui jette les bases de la différenciation entre soi et l'autre. Le second stade se développe parallèlement, alors que l'enfant acquiert un sens du soi et de l'autre par la socialisation, en prenant conscience qu'il est possible d'influencer les actions des autres par la communication verbale et non verbale. Ensuite, vers l'âge de neuf mois, le stade téléologique se déploie. L'enfant comprend les actions d'autrui en fonction de leur résultat ou de leur impact sur lui, sans questionner ce qui peut les motiver. C'est lors de sa deuxième année de vie que l'enfant atteint le quatrième stade. Il développe la capacité à établir des attributions causales, ce qui lui permet de mieux comprendre les comportements qu'il observe. Il peut alors commencer à interpréter les actions, auparavant centrées sur les résultats, comme étant motivées par des états mentaux ou des intentions. C'est ainsi qu'il comprend qu'il est possible d'interpréter de façon erronée certains états mentaux (Fonagy et al., 2004).

Lorsque l'enfant a atteint ce stade, il développera deux modes pré-mentalising en phases successives, soit les modes « équivalent psychique » et « fictif ». Ces deux modes s'intégreront ensuite pour donner naissance à la capacité de mentalisation (Fonagy & Target, 2007). Le mode « équivalent psychique » est concret. L'expérience subjective de la réalité de l'individu y est ressentie comme la seule et unique réalité. Dans ce mode, l'enfant croit que chacun partage ses croyances, qu'il connaît tout des états mentaux des autres et que les autres connaissent tout de ses propres états mentaux. Ainsi, son expérience subjective de la réalité et la réalité externe lui semblent identiques. Lorsque l'enfant est habité par une pensée, une émotion ou une croyance, il est convaincu que c'est la réalité. Il est alors incapable d'envisager la situation sous une autre perspective. Sa perception actuelle constitue pour lui l'unique manière de concevoir le monde, et ce, tant qu'un événement extérieur ne viendra pas la transformer.

Dans le mode « fictif », l'enfant peut maintenir une réalité imaginaire personnelle séparée du monde externe à travers des scénarios de jeu, en faisant « comme-si ». Toutefois, dans ce mode, les réalités interne et externe existent pour lui de manière parallèle, à la condition qu'elles soient totalement indépendantes et non reliées. L'enfant ne pourra donc pas maintenir la réalité imaginaire personnelle qu'il s'est créée s'il est confronté à sa correspondance à la réalité externe. La capacité de mentalisation résulte de l'intégration des modes « équivalent psychique » et « fictif ». L'enfant arrive désormais à concevoir ses états mentaux comme des représentations des réalités interne et externe, et ce, chez soi comme chez l'autre (Fonagy & Target, 2007). Pour ce faire, il doit avoir l'occasion de partager son expérience interne de la réalité avec des individus qui s'y intéressent authentiquement et qui seront donc en mesure de bien la comprendre et la lui refléter convenablement. Cette intégration se produit lorsque l'enfant prend conscience et arrive à tolérer qu'il existe une certaine correspondance entre son expérience personnelle subjective et la réalité extérieure, mais qu'elles peuvent également diverger à l'occasion.

À partir de l'âge de six ans, l'enfant atteint le cinquième et dernier stade de développement de la capacité de mentalisation, soit le stade autobiographique. Il peut alors organiser les souvenirs de ses expériences en les référant à lui-même, en tenant compte des dimensions causale et temporelle, ce qui lui permet de mieux comprendre ses propres comportements et ceux des autres (Fonagy et al., 2004). La capacité de mentalisation se développe à la petite enfance au sein d'une relation d'attachement saine entre l'enfant et l'adulte qui en prend soin. Il a été établi que la sensibilité que démontre un parent aux états mentaux de

son enfant augmente les probabilités du développement d'une relation d'attachement sécurisé entre eux (Meins, Fernyhough, Fradley et Tuckey, 2001). Ce sont sur ces bases d'attachement que s'établissent les assises de la capacité de mentalisation. En effet, afin de pouvoir reconnaître ses propres états mentaux et développer ensuite la capacité de reconnaître ceux des autres, l'enfant doit tout d'abord avoir bénéficié de la présence d'un adulte les ayant lui-même reconnus chez lui (Allen, Fonagy et Bateman, 2008). Si ces différents stades décrivent le développement normal de la capacité de mentalisation, encore faudrait-il que l'individu les atteigne tous.

3.1.3.2. Développement pathologique

Les données cliniques indiquent que tous les enfants n'atteignent pas toujours les différents stades de développement de la capacité de mentalisation décrits ci-dessus au même moment (Chabot et al., 2015). En effet, inévitablement et pour différentes raisons, le parent n'est pas toujours en mesure d'offrir cette reconnaissance cohérente, contingente et marquée des états affectifs de l'enfant. Ainsi, l'histoire relationnelle de l'enfant laisse des traces. Chaque individu développe des zones de vulnérabilité ou des défauts de mentalisation. Il arrive alors plus ou moins bien à négocier avec certaines thématiques ou certaines émotions. Cliniquement, ceci implique que dans certaines situations chargées émotionnellement, s'il n'a pas reçu la reconnaissance adéquate, l'enfant peut éprouver de la difficulté à différencier la réalité externe de sa propre expérience subjective. En fonction de l'ampleur de ces défauts de mentalisation, il arrive alors plus ou moins bien à réfléchir et à réguler ses émotions (Fonagy & Target, 2000). L'importance de ces défauts de mentalisation dépend de l'intensité et de la récurrence des moments où l'adulte n'a pas reconnu convenablement l'expérience affective de l'enfant.

La défaillance de la fonction parentale marquée par l'indisponibilité affective et non-reconnaissance de l'expérience de l'enfant de manière répétée sur une longue période, induit un stress qui peut entraîner des conséquences permanentes. Plusieurs auteurs parlent du trauma relationnel (Scheeringa & Zeanah, 2001 ; Schore, 2001). L'enfant souffrant d'un trauma relationnel peut avoir du mal à développer sa capacité de mentalisation harmonieusement selon les cinq stades présentés précédemment. La reconnaissance de ses sentiments s'avère alors ardue et il éprouve des difficultés de réflexion sur ses propres états mentaux et ceux d'autrui. Ces défauts de mentalisation peuvent entraîner chez lui une tendance à répéter ses patterns relationnels traumatiques, avec l'intention souvent inconsciente de les résoudre, sans toutefois disposer des moyens appropriés pour ce faire. Dans les cas plus graves d'abus, l'impact du trauma peut se manifester de différentes façons chez l'enfant. À ce propos, Chabot et al. (2015)

relèvent le fait que les patients qui consultent en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte sont souvent aux prises avec des défauts de mentalisation importants.

3.2. Approche conceptuelle du lien fraternel

Dans cette seconde partie, nous nous intéressons à différentes conceptions du lien fraternel. Pour ce faire, il est important de clarifier premièrement la notion de fratrie pour en aborder le lien.

3.2.1. Notion de fratrie

La complexité d'une définition unanime de la fratrie part de ce que les situations vécues et les liens qui unissent les ses différents membres varient d'une famille à l'autre. Toutefois, l'on peut relever un certain nombre de caractéristiques décrivant cette entité, quel que soit l'ancrage théorique auquel on s'inspire. On peut donc relever que, quelle que soit la théorie à laquelle on se réfère, les membres d'une fratrie sont issus des mêmes parents, ils ont des origines héréditaires communes, un patrimoine génétique commun et une vie familiale commune, faite d'événements partagés. Ces bases conjointes qui caractérisent la fratrie n'empêchent pas que cette dernière soit unique étant donné sa composition, la succession des naissances et la répartition des sexes. En plus, la constitution, le tempérament de chaque enfant ainsi que les représentations, les identifications possibles et les attentes parentales, par rapport aux différents membres de la fratrie, sont autant d'éléments qui alimentent les relations fraternelles. La relation fraternelle est une relation familiale qui dure le plus longtemps. Cette relation surpasse généralement la mort des parents.

Ainsi, on peut la définir comme un ensemble composé de tous les enfants (frères et sœurs) d'une même famille qui partage le même héritage génétique et socioculturel (Tsoukatou, 2005). Dans une perspective systémique où l'on accorde plus d'importance dans les interactions, la communication et le sentiment d'appartenance, la fratrie s'entend comme « *un ensemble de vases communicants* » (Tilmans-Ostyn & Meynckens-Fourez, 1999, p. 38). Dans cette même lancée, Peille (2005), considère la fratrie comme un groupe qui se construit avec les parents, mais également à côté d'eux. Elle [la fratrie] permet la construction d'un espace singulier où s'expriment les joies et les heurts de la socialisation. Les relations tissées sont d'une grande complexité car les affects qu'elles déclenchent sont intenses. Attraction et rejets, ponctuent la vie de toutes les fratries (Tilmans-Ostyn & Meynckens-Fourez, 1999).

Les frères et sœurs sont à la fois attachés par des liens affectifs, par une consanguinité et par une seule et même famille. À titre de rappel, Kellerhals et Widmer (2012) précisent :

On se rappelle que frères et sœurs partagent 50% de leurs gènes, qu'ils font partie de la même famille, qu'ils ont été éduqués par les mêmes parents, qu'ils ont grandi dans le même contexte. Les germains ne partagent qu'une petite partie de l'environnement significatif pour leur socialisation, ils n'ont pas les mêmes réseaux. Les parents ont des stratégies variables et la relation fraterne est complémentaire plutôt que symétrique. (p. 89)

Cependant la famille reste le lieu où frères et sœurs se côtoient et jouent le plus souvent ensemble. C'est ce qu'indique Peille (2005) en ces termes :

La famille exerce un rôle prépondérant dans le développement de la personnalité et de la socialisation de chacun. Elle est le lieu où se forment ses liens émotionnels les plus forts, la toile de fond de sa vie personnelle la plus intense, et elle le restera toute la vie, quelles que soient ses expériences futures. (p. 15)

Kellerhals et Widmer (2012) décrivent quatre types de relation fraterne.

3.2.1.1. Fraternité conflictuelle

Le premier type renvoie à la fraternité conflictuelle. Celle-ci est caractérisée par une différence prononcée entre frère et sœur. Dans ce type de fratrie, il n'y a pas d'échange, ni de coopération. Frères et sœurs présentent des goûts et des idées divergents. Ce type de fraternité représente 24% de fratrie (Kellerhals & Widmer, 2012).

3.2.1.2. Fraternité consensuelle

Le deuxième type, la fraternité consensuelle, est représenté par des germains plutôt proches. Il s'agit de ceux qui pratiquent des activités régulièrement ensemble et qui ont globalement les mêmes goûts. Cette relation est foncièrement égalitaire et non conflictuelle. Ce type de fratrie représente 26% de fratries (Kellerhals & Widmer, 2012).

3.2.1.3. Fraternité contrastée

Quant au troisième type, il renvoie à la fraternité contrastée qui met l'accent sur la différenciation. Dans cette relation, le pouvoir dans la fratrie est réparti de manière inégalitaire, car les rôles sont distingués. Il se peut même qu'il y ait souvent la présence d'un clivage socio-culturel. La coopération est très développée dans cette relation. Elle représente 18% de fratrie (Kellerhals & Widmer, 2005).

3.2.1.4. Fraternité tranquille

Enfin, le dernier type, la fraternité tranquille, est définie comme une relation dans laquelle il n'y a pas de disputes, ni d'échanges, ni de coalitions. Ils ne partagent pas d'activités communes donc ce lien est vidé de sa substance relationnelle. Elle représente 32% de fratries (Kellerhals & Widmer, 2012).

3.2.2. *Lien fraternel*

Pour Buisson (2003), contrairement aux les relations entre parents et enfant qui émanent des processus verticaux, celles entre frères et sœurs se construisent grâce à des processus horizontaux. Widmer (1999) relève ainsi que le lien fraternel : « *influence les itinéraires sociaux de ses membres, les frères et sœurs ne sont donc pas le simple réceptacle de leurs parents* » (p. 19). Ayat (2007) quant à elle insiste sur la durée du tissage de ces liens. Elle affirme que « *Les liens fraternels se tissent de l'enfance à la mort, il paraît donc primordial de les conserver en permettant à un frère et une sœur d'avoir des moments de vie communs même lors d'un placement dans une institution.* » (Ayat, 2007, p. 20)

3.2.2.1. *Lien fraternel en psychanalyse*

La fratrie au niveau relationnel, vit les trois mécanismes fondamentaux présents dans toutes les relations sociales : l'opposition, la coopération et la différenciation. Ces trois axes sont intimement liés. L'opposition dans la fratrie peut être envisagée dans un rapport de conflit et de violence. Il est important de remarquer qu'aucune relation ne peut éviter complètement le conflit puisqu'il « *est au cœur de la vie relationnelle. Il met en contact les individus ; il les fait interagir intensément* » (Widmer, 1999, p. 19). C'est avec les personnes proches qu'on se dispute le plus, car le cadre familial est particulièrement favorable à cela et les sentiments négatifs qu'on éprouve peuvent être aussi intenses que les sentiments positifs ressentis. Dans l'interaction familiale de plus, c'est toute la personne qui est impliquée, cette situation rendant les sujets plus sensibles aux actes ou paroles d'autrui et moins objectif.

Les conflits dans la fratrie datent de la genèse du monde et de la mythologie. Ainsi, dans le livre de genèse en son chapitre 4 du verset 3 au verset 9, l'histoire de Caïn et de son frère Abel nous est une illustration parfaite des rivalités au sein de la fratrie. En effet, Caïn et Abel sont les deux fils d'Adam et Eve qui font chacun une offrande à l'éternel. En retour, Dieu porte un regard favorable à l'offrande d'Abel et un regard défavorable à celle de Caïn qui se met en colère et tue son petit frère. Ce passage biblique met en évidence l'importance de la figure paternelle dans la relation d'un frère à l'autre. Dans le même ordre d'idée, l'histoire de la mythologie égyptienne d'Osiris et de son frère Seth ne va pas sans soulever la même problématique des rivalités fratricidaires. Seth en veut à son frère Osiris jusqu'à le tuer à deux reprises parce que celui-ci a une notoriété qu'il n'a pas aux yeux du peuple égyptien.

La violence est envisagée comme l'utilisation de la force physique par les membres de la fratrie. Elle n'est pas une absence de lien social, mais plutôt une particularité de celui-ci. La

violence montre simplement que les interdépendances peuvent également être négatives. Les facteurs pouvant alimenter cette violence peuvent entre autres être : l'intensité des sentiments dans les relations familiales ; la cohabitation forcée entre frères et sœurs, l'inégalité parentale, le sexe des individus, ainsi que leur âge.

La coopération dans la fratrie se manifeste à plusieurs niveaux : on a ainsi des coalitions, entendues en sciences sociales comme « *toute combinaison d'acteurs formée pour l'intérêt mutuel. La coalition ne sous-entend pas l'affection, l'intimité, un lien durable et fort. Il s'agit d'un processus qui peut se rompre ou même se renverser, si les intérêts des coalisés deviennent différents* » (Widmer, 1999, p. 71). Comme dans tout groupe social, les alliances dans la fratrie ne sont pas permanentes. Les acteurs changent en fonction des profits qu'ils veulent en tirer. Les coalitions dans les familles ont ensuite besoin d'un conflit et d'un adversaire tel un parent, une fratrie, ou quelqu'un de l'extérieur à la famille pour se manifester. Les coalitions fraternelles ne peuvent exister que si les relations conjugales sont bonnes, car « *si le couple parental ne s'entend pas, des coalitions parents-enfants apparaîtront* » (Widmer, 1999, p. 79).

Un autre niveau concerne les sentiments qui sont de nature et d'intensité différente dans les relations qu'on entretient avec autrui. Ces rapports sentimentaux peuvent être envisagés selon trois axes : les rivalités (forces qui opposent), la proximité affective (forces qui rapprochent), et la distinction (forces qui différencient). Les relations fraternelles sont souvent empreintes des rivalités et Widmer (1999) distingue trois sentiments à l'origine des rivalités intra et interfratries : la jalousie, l'envie et le sentiment de compétition. La jalousie est un sentiment qui réfère à la peur de perdre, à cause de quelqu'un ou quelque chose qui a été gagné. Pour Angel (1996), « *c'est une chose compliquée que la jalousie, et qu'on ne peut cependant occulter ; elle fait partie de nous, même lorsqu'elle est fortement refoulée, déplacée, sublimée, intellectualisée* ».

L'envie invoque le désir d'acquérir les biens ou caractéristiques d'autrui. Quant à la compétition, elle se réfère à deux personnes désirant les mêmes biens ou avantages. La fratrie est un lieu de compétition au sein duquel les cadets veulent égaler, voire dépasser les plus grands, alors que l'aîné va faire en sorte de conserver sa suprématie. Dans la compétition, chaque enfant désire être le meilleur pour ainsi être plus proche des parents et reconnu à leurs yeux. Les rivalités fraternelles peuvent avoir un effet organisateur sur l'enfant puisqu'elles l'aident à se différencier de l'autre. Elles lui offrent une opportunité extraordinaire pour se dépasser, progresser et se construire.

La proximité affective touche à la vie commune que la fratrie mène, les histoires familiales qu'ils partagent, les parents qu'ils ont, l'hérédité qui les unit, etc. ils sont proches

par des expériences communes qu'ils vivent, les secrets qu'ils s'échangent, les avis qu'ils demandent sans crainte d'être jugé et les conseils qu'ils se donnent. Toutes ces choses que la fratrie partage sont à l'origine d'une pléthore de sentiments positifs et de pratiques de solidarité. La distinction en fin met l'accent sur les efforts fournis par chacun pour exister au sein de la fratrie, trouver sa place afin de se différencier des autres.

Un dernier mécanisme présent dans les relations sociales en générale et dans les fratries en particulier est la différenciation. Elle s'effectue à partir de deux processus : le leadership et les rôles. Le leadership s'exprime à partir du pouvoir et de l'influence ; le pouvoir est la « *capacité à faire prédominer ses vues sur celles d'autrui dans une relation sociale* » (Widmer, 1999, p. 158). Il implique une forme de pression sur autrui dans la mesure où il est entendu comme la capacité à obtenir des individus qu'ils se comportent comme on le souhaite. « *Le pouvoir s'inscrit toujours dans une relation, puisque la soumission du dominé n'est généralement pas purement passive.* » (Widmer, 1999, p. 158) Pour cet auteur, il existe une relation très forte entre le rang dans la fratrie et le pouvoir exercé.

L'ainé est dans ce cas susceptible de posséder le pouvoir fraternel car, d'une part il jouit d'un « pouvoir légitime » sur son puîné, qui lui est donné par de modèles culturels. D'autre part, l'ainé possède plus de ressources que son cadet ; il est souvent fort, physiquement, a plus de grandes capacités à convaincre ses parents, connaît plus de chose (Roduit, 2006). Un autre facteur impliqué dans le pouvoir est l'asymétrie des échanges. En effet, celui qui a le plus de ressources donnera davantage à ses autres frères, ce qui lui confèrera plus de pouvoir. La place de l'individu au sein du réseau de communication familiale n'est pas en reste comme facteur déterminant l'allocation du pouvoir. Dans cette logique, l'ainé est avantagé puisqu'il communique davantage avec ses parents et reçoit la plupart du temps plus d'informations de la part des cadets qu'il ne leur en donne.

L'influence est comprise comme « *une action, le plus souvent graduelle et continue, qu'exerce une personne sur une autre* » (Rey, 1996, p. 578). Le vecteur important de cette influence est la comparaison ; les parents et les pairs sont des modèles de comparaison pour l'enfant et l'adolescent. La fratrie est aussi un objet de comparaison, « *il joue le rôle d'étalon de mesure dans un grand nombre de situations* » (Widmer, 1999, p. 174). Le deuxième processus de la différenciation fait référence aux rôles. C'est un « *système de capacités, de droits et d'obligations qui déterminent les types de comportement légitime d'un individu à l'intérieur du groupe ; ensemble des comportements légitimes, attendus, correspondant à une position sociale* » (Rey, 1996, p. 447).

Des études se sont penchées sur la question des rôles fraternels. La plus connue qui a repris l'idée de concordance entre rang de naissance et rôles, est celle de Toman (1987). Pour lui, le rang de naissance et le sexe de l'individu définissent sa personnalité, de même que son rôle. La famille est « *le contexte majeur de toute l'existence : ses effets s'exercent d'une façon plus précoce, exclusive et régulière qu'aucun autre dans la vie* » (Toman, 1987, p. 25). La plupart des caractéristiques de la personnalité sont majorées par la constellation familiale, plus particulièrement, la constellation fraternelle à laquelle il appartient. La famille doit à cet effet, remplir certaines fonctions essentielles telles que : avoir des objectifs communs, une orientation collective, créer et entretenir des liens extérieurs, établir et faire respecter certaines règles, avoir une cohésion interne.

Ces fonctions multiples établissent la base de la formation de rôles au sein de la famille, au rang desquels : le rôle d'orienteur (liés aux objectifs communs), le rôle d'altruiste, d'animateur et de réconciliateur (qui permettent d'entretenir les liens entre familiers), le rôle d'intégrateur (lié aux liens avec l'extérieur), le rôle de censeur (lié à la définition des normes familiales). Widmer (1999) définit deux autres rôles, implicitement liés dans les fonctions de la famille, à savoir le rôle de parent complémentaire et le rôle de perturbateur.

Être frères et sœurs, c'est avoir les mêmes parents, des expériences communes de joie et de tristesse. C'est partager des souvenirs différents, puisque chacun se construit selon les événements marquants qui lui sont propres, avoir des frères et sœurs c'est également partager les parents, leurs temps et vivre dans les mêmes lieux ce qui conduit à des conflits ou des connivences. La fratrie permet de s'identifier à l'autre, prendre conscience de soi, de différencier et d'apprendre à « faire avec les autres » (Roduit, 2006). La fratrie selon le même auteur est le lieu de l'apprentissage des lois, et aussi le premier lieu de socialisation. En son sein, l'enfant apprend à se situer par rapport à des pairs. Il expérimente la coopération et la réciprocité, mais aussi les relations conflictuelles où il pourra dominer ou se faire dominer. La fratrie est dans ce cas envisagée comme un cadre dans lequel circule l'énergie libidinale sous forme d'investissements ou de contre investissements.

3.2.2.2. Lien fraternel dans l'approche systémique

Bien que résultant de constructions sociales différentes dépendant souvent de l'époque et de la culture donnée, la famille semble répondre, de toute époque et de toute culture, au besoin d'être lié de l'humain. Les travaux sur l'attachement sont assez démonstratifs sur la question. Mais il convient, pour mieux saisir la notion de lien, la distinguer de ses notions connexes que sont la relation et l'interaction. La relation se caractérise par des échanges

durables revêtant un caractère qualitatif (Delage, 2010). Pour autant, précise cet auteur, « *il ne suffit pas d'être en relation pour être lié* » (Delage, cité dans Tamian, 2017, p. 65). En effet, l'on peut, dans le sens de Delage (2010), être en relation avec certaines personnes sans en être fondamentalement lié. C'est le cas par exemple dans la relation de voisinage ou encore celle professionnelle. Des individus y entretiennent des relations mais ne se retrouvent pas pour autant forcément liés. Quant à l'interaction, selon Delage (2010), elle concerne des comportements observables entre individus en train de communiquer à l'instant présent. On comprend par cette position que des individus peuvent être en interaction dans différents milieux, dans différents contextes et pour différentes raisons, les uns plus profondes que les autres. Le terme d'interaction est habituellement employé comme la contraction de « interaction sociale » (Marc & Picard, 2016). Elle évoque alors, par son étymologie, une action mutuelle et suggère l'idée d'influence réciproque. Marc et Picard (cité dans Marc & Picard, 2016,) la définissent d'ailleurs comme une « *relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre* » (p. 191).

Selon Tamian (2017), le lien lui concerne les relations dans leurs dimensions d'appartenance. Les liens inscrivant donc les membres d'une même famille dans un ensemble où se mêlent les réalités psychiques des uns et des autres, et où se définissent des places reliant chacun au symbolique. Delage (2010) situe ainsi, au sein de la famille, des différences de niveaux. Il distingue le niveau communicationnel et interactionnel, le niveau relationnel et le niveau des liens. La famille devient donc une réalité au-delà d'un simple ensemble d'individus en relation, ou une entité où des individus se retrouvent en interaction. Elle se présente plutôt comme une entité répondant « *à une nécessité de constituer un espace privé qui préserve l'intimité, la proximité de ceux qui la constituent* » (Tamian, 2017, p. 65). Dans le même ordre d'idées, Delage (2010) pense qu'elle signifie :

L'existence d'une réalité invisible à l'origine d'un espace virtuel, d'un entre plusieurs qu'on peut nommer l'espace intime de la famille, et qui fait de celle-ci une singularité à laquelle chacun est lié par une appartenance où s'entrecroisent ses inclinations affectives et son inscription dans les structures de la parenté. (p. 137)

La famille se présente comme le premier groupe d'appartenance des individus, et renfermes-en son sein différents types de liens : liens d'alliance ; liens consanguins ; liens de filiation ; liens avunculaires (le lien de la mère à sa famille d'origine, et donc le lien de l'enfant

à la famille de la mère) ; liens généalogiques ; liens du groupe familial avec l'extérieur (Tamian, 2017).

3.2.2.3. *La théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez*

En s'inspirant de la théorie systémique, Meynckens-Fourez (2004) va baser ses travaux sur les interactions au sein de la fratrie. Elle pose que la richesse de ces interactions au dans cette entité fait du lien fraternel celui dont la longévité est la plus élevée. Elle révèle que « *Les relations fraternelles remplissent au minimum trois fonctions : une fonction d'attachement, de sécurisation, de ressource ; une fonction de suppléance parentale ; une fonction d'apprentissage des rôles sociaux et cognitifs* ». (Meynckens-Fourez, 2004, p. 70)

Ce postulat se base sur le fait que, premièrement, le lien fraternel, lorsqu'il est bon, peut corriger les manquements du lien parentale. En effet, Meynckens-Fourez (2004) affirme qu'en cas de désorganisation de la fonction conjugale et/ou de celle parentale, le lien fraternel peut constituer la ressource assurant la stabilité et la permanence, pouvant « *assurer pour les enfants une fonction de soutien et préserver l'unité familiale d'un émiettement trop important* » (Scelles, 2003, cité par Meynckens-Fourez, 2004, p. 71). L'auteur conclut donc en affirmant que la fratrie joue la fonction de suppléance parentale. Or, dans une telle fratrie, on observe, comme décrit ci-dessus, la consolidation du lien fraternel au travers d'interactions harmonieuses, de communication de qualité et surtout du sentiment d'appartenance. Cette consolidation du lien fraternel jumelée à la nécessité née de l'« absence » du parent forgera une capacité d'empathie chez certains membres de la fratrie.

Deuxièmement, les relations fraternelles connaissent différentes formes d'interactions, positives comme négatives. Les interactions négatives participent au processus de différenciation, processus important, avec celui de l'identification, dans la construction de l'identité. Quant aux interactions positives, elles se manifestent souvent sous forme d'affection, de soutien ou d'empathie. Car, malgré qu'elles soient souvent conflictuelles comme relevé plus haut, les relations fraternelles prédisposent à l'émergence des habiletés en lien avec l'autorégulation émotionnelle, l'empathie (Meynckens-Fourez, 2004). Elles renforcent ainsi le sentiment d'appartenance. Les frères sentent un lien si fort, renforçant leurs relations, leurs sentiments, leur rapprochement. Ce sentiment d'appartenance contribue donc à développer un lien d'attachement solide. Celui-ci est au service de la rassurance, et donc de sécurisation, de protection. Plus loin, par ce sentiment, les membres de la fratrie se disposent et se disponibilisent les uns les autres pour servir de ressource. C'est pourquoi Meynckens-Fourez (2004) relève que la fratrie joue une fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource.

Troisièmement et enfin, les frères et sœurs développent habituellement des relations de proximité. Ceci se comprend davantage par le fait que la fratrie se présente comme un « laboratoire », selon les termes de Meynckens-Fourez (2004). C'est donc un espace qui leur offre l'occasion d'expérimenter différentes relations : rivalité, complémentarité ; identification, différenciation ; etc. (Meynckens-Fourez, 2004). Il leur offre également l'occasion d'expérimenter différentes émotions : amour, haine ; estime, honte. C'est l'apprentissage des rôles sociaux favorisé par certains mécanismes tels que l'identification à la figure de développement, favorisée par la fonction d'apprentissage des rôles sociaux et cognitifs que joue les relations fraternelles.

Conclusion

Le présent chapitre avait pour but de décliner les théories explicatives de notre sujet. À cet effet, deux grandes approches théoriques ont été présentées, notamment l'approche théorie de la mentalisation et celle du lien fraternel. Il apparaît que la mentalisation renvoie à la capacité à comprendre son propre comportement ainsi que celui de l'autre comme émanant des états mentaux, que son développement est fortement influencé par le lien d'attachement et qu'elle émerge progressivement selon un rythme plus ou moins harmonieux. Par ailleurs, la notion de fratrie quant à elle renvoie à un ensemble composé de tous les enfants (frères et sœurs) d'une même famille qui partage le même héritage génétique et socioculturel. Son lien décrit des relations entre frères et sœurs et se construit grâce à des processus horizontaux. Après cet ancrage conceptuel de notre travail, il est question dans la deuxième partie de s'attaquer au cadre méthodologique de l'étude, plus pratique.

PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

Introduction

Ce chapitre traite de la méthodologie de l'étude. Nous présenterons successivement le site de l'étude ; le type de recherche ; le type de démarche ; la méthode de recherche ; les critères de sélection des participants ; la procédure de sélection des participants ; les techniques de collecte des données ; les techniques d'analyse des données ; les critères de rigueur scientifique ; les critères de qualité de la recherche et les considérations éthiques. Cependant, pour mieux apprécier les choix méthodologiques, il est important de rappeler brièvement la problématique de l'étude.

4.1. Bref rappel de la problématique de l'étude

Dans cette section, nous rappelons les éléments fondamentaux de la problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche, de l'hypothèse et des objectifs de l'étude.

4.2.1. *Rappel du problème de l'étude*

Les travaux menés dans ce cadre montrent que les enfants préalablement exposés à un, ou plusieurs, type(s) de maltraitance, comme le cas des enfants de parents alcoolodépendants, sont plus à risques d'observer des retentissements de nature psychopathologique sur leur équilibre psychique (Finkelhor, 2008). Cette étude montre que les actes de maltraitance impactent considérablement le développement de l'enfant, notamment sur le plan affectif. Et quand ces actes sont posés par le parent qui devrait normalement assumer les fonctions fondamentales relatives à la relation d'attachement que sont rassurer et protéger, l'enfant aura une attitude ambivalente, un grand besoin d'une relation qui l'effraie. Car ceci entraînera une augmentation des affects négatifs vécus par ce dernier, le parent étant à la fois source de détresse manifeste et de réconfort fantasmé (Allen, 2013). Miguel et al. (2019) affirment que :

Ce type de relation basée sur des modalités dysfonctionnelles engendre une dépendance émotionnelle importante pour l'[enfant]. Cela est vécu par ce dernier comme un vecteur d'entrave à la formation du narcissisme primaire et à la fragilisation de ses propres assises narcissiques, l'énergie psychique de l'enfant étant déployée à satisfaire son parent à tout prix. (p. 18)

Dans la situation de l'enfant évoluant dans un environnement familial dysfonctionnel du fait de l'alcoolisation des comportements d'un des parents alcoolodépendant, les maltraitances subies par ce dernier sont imprégnées de multiples événements traumatiques

(Tamian, 2017). L'exposition à ces événements a habituellement lieu en bas âge, au sein de relations interpersonnelles significatives et qui se sont produits de façon répétée et prolongée. Car, dans les familles ayant un parent alcoolodépendant, le dysfonctionnement entraîne différentes réactions telles que le rejet, l'étouffement des membres de la famille restreinte, notamment des enfants, vis-à-vis de l'alcoolodépendant. Il est établi que les enfants issus de cet environnement « *gardent les traces de leur passé inscrites dans leur façon d'être (le syndrome des « adultes ex-enfants d'alcooliques ») et développent le plus souvent un comportement de codépendant assuré par la transmission où pointe l'angoisse déjà éprouvée face à cette maladie* » (Tamian, 2017, p. 73). Cette souffrance de l'enfant codépendant se déploie de manière insidieuse. En effet, il cherche toujours « *à arranger, à excuser, puis la pathologie s'aggravant, il fait preuve de plus en plus d'abnégation mais aussi de ressentiment, en endossant de plus en plus de responsabilités et de rôles* » (Tamian, 2017, p. 73).

La codépendance conduit donc à une souffrance psychique élevée, prenant les allures de ce que Roussaux (2000) nomme « la maladie de la perte de soi ». Car, le codépendant a « *tendance à gérer les problèmes de l'autre, à le protéger, à faire sien sa souffrance, tout cela en secret, par crainte du jugement d'autrui* » (Tamian, 2017, p. 74). Et surtout qu'habituellement, il le fait au détriment de ses propres intérêts qu'il a cessé de voir, tellement il est focalisé sur ceux de l'autre « en danger ». La codépendance prend ainsi les allures d'un trait de personnalité faisant ressortir « *des émotions telles que la peur, la honte, l'imprévisibilité, l'instabilité et le doute* » (Tamian, 2017, p. 74). Elle se révèle donc intensément nocive pour l'enfant, et ce pour plusieurs raisons. L'une de celles-ci est que le milieu familial de l'enfant de parent alcoolodépendant ne tient pas compte des « caractéristiques naturelles » que sont sa valeur, sa vulnérabilité, son imperfection, sa dépendance et son immaturité (Beattie, 1987, 2011). Une autre raison de la nocivité de cet environnement pour l'enfant – qui apparaît comme corollaire de la première évoquée – est la désignée sous le nom de la parentalisation. Car devant l'abandon du rôle de parent du parent alcoolodépendant, l'enfant est souvent amené, trop tôt, à « assurer ce manque », en endossant les rôles et responsabilités qui ne lui sont pas logiquement destinés. L'enfant se voit ainsi attribué un ou plusieurs rôles du parent (Haxhe, 2008). La parentification se présente donc comme un frein pour la socialisation. Car, l'enfant codépendant se trouve forcé d'endosser précocement le rôle de parent et d'assumer des responsabilités d'adulte, au moment où ses besoins en général, ceux affectifs en particulier devant favoriser la socialisation devrait être satisfaits.

Cette démission du parent alcoolodépendant à la responsabilité et au rôle de parent expose son enfant à de multiples événements traumatiques qui ont lieu, habituellement en bas âge, au

sein de relations interpersonnelles significatives et qui se produisent de façon répétée et prolongée (Terradas, 2019). Allen (2001) précise que le fait que ces traitements s'inscrivent au sein de la relation d'attachement entre l'enfant et le parent explique la sévérité et la diversité de leur impact sur le développement de l'enfant. Cet auteur remarque à ce propos que « *les carences et traumas vécus au sein de cette relation engendreraient une importante détresse chez l'enfant, tout en compromettant le développement de ses capacités mentales et interpersonnelles, lesquelles s'avèrent essentielles pour réguler une telle détresse* » (Allen, 2008, cité par Terradas, 2019, p. 7). Cette position s'inspirant de la théorie de la mentalisation de Fonagy et Target (2007), énonce que l'absence de capacité parentale à contenir l'expérience de l'enfant entraîne le développement de différents troubles psychopathologiques car elle se traduit pour l'enfant par un échec à développer une capacité rudimentaire à entrer pleinement dans sa propre expérience subjective et dans celle des autres, sans dépendre de mécanismes primitifs de défense. Selon cette théorie, un enfant évoluant dans un contexte où le parent a perdu la capacité contenant, à l'instar de l'enfant de parent alcoolodépendant, présentera non seulement des symptômes cliniques et des défauts significatifs au niveau de sa capacité d'autorégulation, et ce, tant au point de vue de la régulation de l'attention que de la régulation des affects et du comportement ; mais aura aussi du mal à faire face à d'éventuelles situations douloureuses. Tout est alors fait, selon cette théorie, comme si tout enfant de parent alcoolodépendant, du fait d'évoluer dans un tel environnement présentera des signes cliniques importants, et sera dépourvu de la capacité de mentalisation pouvant lui permettre de donner un sens à son vécu. En d'autres termes, elle expose que la capacité de l'enfant ne se développant que dans le contexte de la relation d'attachement entre l'enfant et son parent, tout enfant évoluant dans un environnement où le lien parental est dysfonctionnant – et donc dans un attachement insécure – sera incapable d'élaborer sa situation de souffrance psychique intense.

Or, nous avons observé cette population d'enfants de parent alcoolodépendant pendant nos stages et avons constaté que certains de ces enfants parvenaient à percevoir et à interpréter leurs propres états mentaux tels que leurs pensées, leurs sentiments, leurs attentes et leurs intentions, les leurs comme ceux de leurs proches. Et par cette capacité, ils parvenaient à rendre leurs comportements ainsi que ceux de leurs proches compréhensibles, ce qui les permettait de donner un sens à leur souffrance et de la dépasser. En effet, ceux-ci parvenaient à comprendre et à réguler leurs émotions et, par-là, à mieux réguler leurs comportements. Par ailleurs, ces observations nous ont permis de constater un lien fraternel solide chez ces enfants, avec

notamment des interactions harmonieuses, une bonne communication et un fort sentiment d'appartenance à la fratrie.

En clair, les enfants de parent alcoolodépendant subissent des maltraitances (Tamian, 2019) au cours desquelles ils sont exposés à divers traumatismes. L'intensité et la multitude de ces traumatismes font observer une souffrance psychique importante auprès de ces derniers. Et la théorie de mentalisation de Fonagy et Target (cité dans Terradas et al. 2019) posent que « *la capacité de mentalisation se développe dans le contexte de la relation d'attachement entre l'enfant et son parent* », qu'un enfant se développant dans une relation parentale non contenant ne peut parvenir à la capacité de mentalisation lui permettant d'élaborer la souffrance inhérente à sa situation. Pourtant, contrairement à ce postulat, nos observations nous ont permis de constater que certains de ces enfants parvenaient bel et bien à élaborer leur souffrance et à donner un sens à leur situation de parent alcoolodépendance. Ces mêmes observations nous ont montré un lien fraternel solide. Ceci pose clairement le problème de la contribution du lien fraternel dans le processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant.

4.2.2. Question de recherche

Du problème posé ci-dessus, nous formulons la question de recherche suivante : Comment le lien fraternel contribue-t-il au processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant ?

4.2.3. Hypothèse de l'étude

Du fait de son action sur les mécanismes d'empathie et d'identification au tuteur de développement, le lien fraternel contribue au processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant ? En d'autres termes, le type de relation d'une part, et d'autre part le sentiment d'appartenance de l'enfant à sa fratrie contribuent à la symbolisation de la souffrance psychique relative à l'alcoolodépendance du parent et à la mise en sens de sa situation.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des variables, modalités et indicateurs

Sujet	Variables	Modalités	Indicateurs
Lien fraternel et processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant	Processus de mentalisation	Capacité de reconnaissance des états mentaux	➤ Reconnaissance des pensées, sentiments, attentes, intentions chez soi ➤ Reconnaissance des pensées, sentiments, attentes, intentions chez les autres
		Capacité d'empathie	➤ Attention portée sur les états mentaux de l'autre ➤ Capacité à éprouver les émotions de l'autre
		Capacité d'autorégulation	➤ Capacité d'autorégulation des émotions ➤ Capacité d'autorégulation de l'attention ➤ Capacité d'autorégulation du comportement
	Lien fraternel	Communication au sein de la fratrie	➤ Modes de communication ➤ Partage d'émotions entre les membres de la fratrie
		Interactions au sein de la fratrie	➤ Distribution des rôles ➤ Hiérarchie
		Sentiment d'appartenance à la fratrie	➤ Même réalité ➤ Attachement

4.2.4. Objectif de l'étude

L'objectif poursuivi dans cette étude est de comprendre le processus de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant au travers du lien fraternel. Autrement dit, ce travail vise à saisir les processus psychiques sur lesquels l'enfant de parent alcoolodépendant s'appuie pour parvenir à la mentalisation, et donc aux mécanismes par lesquels il parvient à élaborer sa souffrance.

4.2. Site de l'étude

Selon Amin (2005), le « *site est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche* ». Dans les faits, notre population d'étude étant constituée des enfants de parent alcoolodépendant, l'Hôpital Central de Yaoundé a abrité notre recherche, plus précisément au département d'addictologie qui se nomme « centre la vie ». En effet, cet hôpital possède département spécialisé en addictologie, prenant en charge des personnes ayant des problèmes d'addictions aux substances. Nous avons choisi ce site parce qu'il nous offre la possibilité d'entrer en contact avec cette population qui nous intéresse dans le cadre de la présente étude. En plus de cela, cette

structure est un lieu de soins de référence à Yaoundé et au Cameroun pour ce qui est de la prise en charge médicale des maladies.

4.2.1. Présentation du site de collecte des données.

Nous avons récolté nos données au centre la vie qui est situé dans l'essence de l'hôpital central de Yaoundé. Avant de présenter le centre la vie, nous allons d'abord présenter l'hôpital central, qui abrite ce centre.

4.2.1.1. Historique

L'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) est une formation sanitaire publique de 2^e catégorie qui a été créé en 1930. C'est seulement vers 1933 que les premières consultations externes y seront effectuées. Placé sous la tutelle du ministère de la Santé Publique, sa gestion est assurée par le Comité de Gestion (COGE). Il a une capacité d'accueil de 650 lits, et emploie 627 personnels de corps différents pour la prise en soin des bénéficiaires.

4.2.1.2. Situation Géographique

S'agissant de sa situation géographique, l'HCY est situé au quartier Centre-Ville, rue 2.008 derrière la CENAME (Centre Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels), non loin du camp sic Messa dans l'arrondissement de Yaoundé 1. C'est un hôpital dont la mise en application de la politique sanitaire est décidée par de nombreux programmes élaborés par les chefs de différents services. L'Hôpital Central de Yaoundé présente des atouts du point de vue de sa situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel médical 24/24 et de son autonomisation.

4.2.1.3. Organisation de l'Hôpital

L'HCY a une organisation bien structurée. Dans cet organigramme nous voyons qu'il y a trois niveaux de prise de décision ; au niveau de la direction, du conseil médical et l'unité administrative et financière. L'hôpital ne dispose pas de service nursing et la surveillante générale n'est pas aussi directement attachée à la direction. Il faut qu'elle passe au niveau du conseil médical avant d'arrivée à la direction. Ce qui ne facilite pas la démarche des infirmiers dans la résolution de leur problème. Signalons aussi que l'hôpital ne dispose pas d'une philosophie de soins infirmiers ; ce qui fait que les soins sont effectués selon le gré et la compétence du personnel.

Le Comité de Gestion est l'instance principale de délibération et de décision de l'Hôpital Central de Yaoundé, il a pour mission de veiller à l'application de la politique définie par le

ministère de la Santé Publique au sein de l'hôpital. Il adopte le budget équilibré en recettes et en dépenses et approuve son exécution conforme. Le Comité de Gestion comprend deux types de membres : les membres délibérants et les membres consultatifs. Il est présidé statutairement par le Délégué du Gouvernement de la ville considérée.

La Direction l'HCY est placée sous l'autorité d'un Directeur nommé par le Président de la République. Sous le contrôle du Comité de Gestion et de la tutelle du ministère de la Santé Publique à qui il rend compte. Le Directeur est chargé de la gestion administrative et financière courante de l'hôpital en conformité avec la réglementation en vigueur et de la mise en œuvre du volet de la stratégie sectorielle de la santé applicable aux formations sanitaires. En vue de l'accomplissement de ses missions, le Directeur est assisté par des organes de direction consultatifs et par des unités opérationnelles.

L'HCY comprend deux organes de direction consultatifs : le conseiller médical et la surveillance générale.

Le Conseiller Médical est nommé par le Premier Ministre. Il est responsable de l'organisation opérationnelle des services de médecine, de chirurgie et des unités médicotecniques, de leur fonctionnement et de la gestion des personnels médecins affectés à l'hôpital. Il remplace le directeur en cas d'absence.

Le surveillant général est nommé par le ministre de la Santé Publique. Elle est assistée d'un Surveillant Adjoint nommé dans les mêmes conditions. Il est responsable du service du nursing dont l'administration générale lui incombe. Le surveillant général adjoint assiste le surveillant général et le remplace en cas d'empêchement, par ordre de préséance.

Les unités opérationnelles de l'HCY sont réparties de la manière suivante :

- *Unités opérationnelles services* (unité d'accueil, des urgences et de réanimation/soins intensifs, Centre de Coordination de l'Accueil et des Urgences, Bloc des Urgences Chirurgicales, Stérilisation Buanderie, Bloc Opératoire René Essomba, Réanimation Soins Intensifs, Anesthésiologie) ;
- *Unité de médecine* (Consultations Externes, Cardiologie, Gastroentérologie, Hématologie, Neurologie, Gériatrie, Infectiologie, Hôpital de jour, Centre National d'Obésité, Centre National de Diabète et d'Hypertension, Centre la Vie, Rhumatologie et Haut-Standing, Physio kinésithérapie) ;
- *Unité de gynécologie-obstétrique* (Maternité Bloc A, Maternité Bloc B, Bloc Opératoire et Stérilisation, Consultations externes, Salle d'Accouchement) ;

- *Unité de chirurgie* (Chirurgie Viscérale (digestive), Chirurgie Pédiatrique, Ophtalmologie, ORL, Stomatologie, Traumatologie A, Traumatologie B, Neurochirurgie, Urologie, Cancérologie, Laboratoire d'Anatomie Pathologique) ;
- *Unité médico-technique* (Laboratoire Central, Laboratoire CCAU chargé seulement des prélèvements, banque de Sang, Pharmacie, Radiologie et Imagerie Médicale, Maintenance et Assainissement).

4.2.2. Présentation du Centre la vie.

4.2.2.1. Historique

La date de création du centre est le mercredi le 27 juin 2001 à l'hôpital central de Yaoundé. Partant de son historique développé ci-après.

ASSIRI HAMAN a réalisé hier matin le degré de mobilisation des autorités responsables du comité national de lutte contre la drogue. Le centre d'information, de formation et de prise en charge des toxicomanes. La vie ouvre officiellement ses portes à l'hôpital central de Yaoundé au cours d'une cérémonie présidée par le secrétaire d'État à la santé, ALIM HAYATOU. Désormais de 9h à 16h centre est animé par une équipe médicale pluridisciplinaire, un documentaliste des communicateurs, des responsables d'ONG. Au secrétaire travers une vitrine observer certains spécimens de drogue : cocaïne chanvre indien héroïne psychotropes... La bibliothèque d'ouvrage frais à la question saigne efficacement. Les activités de la vie ont clairement été définies: organisation des séminaires de formation à la lutte préventive des groupes impliqués prévention en milieu scolaire et sensible enfant de la rue, prisonnier prise en charge des familles de toxicomanes accueil de toute activité en rapport avec la lutte contre la drogue, recueil d'information et conception des outils d'évaluation bref la coordination de tous les problèmes relatif au trafic illicite des stupéfiants et à l'abus de drogues, dans les domaines de la répression du traitement de la réadaptation et de la coopération.

Comme la cinquantaine d'enfants qui ont participé avec lui au cross. ASSIRI HAMAN sait que la politique entamée depuis 1992 pour lutter contre la consommation de drogue vient de prendre une nouvelle allure. Avérée comme un réel problème de santé public qui conduit à la diminution de la productivité des jeunes et de la main d'œuvre nationale, la drogue entretient des rapports troubles avec d'autres fléaux comme la prostitution le sida et le grand banditisme. L'accélérateur pour réprimer son élan a donc été mis en marche. Dans son discours à l'occasion de cette journée de lutte contre les stupéfiants le directeur exécutif du programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues a exalté les vertus du sport qui fait ressortir ce qu'il y a de meilleur chez les jeunes. Le secrétaire général Koffi Annan, entend, quant à lui

rappeler que le problème de la drogue n'est plus la chasse gardée d'une classe sociale ou d'un continent en particulier le fléau qu'est l'abus des drogues n'épargne aucun pays riche ou pauvre. Aux parents à présent d'être vigilants. Aux formateurs tous bords d'expliquer aux jeunes que se doper c'est se duper. Cela constituera la meilleure preuve que l'investissement organisationnel de cette année pour montrer la volonté du Cameroun de lutter contre la drogue n'était pas seulement de la poudre aux yeux.

4.2.2.2. Localisation du centre.

Le centre la vie est une structure qui se trouve à l'intérieur de l'Hôpital Centrale de Yaoundé. Pour y accéder, on passe par l'entrée principale de l'Hôpital après les urgences, on se dirige vers les caisses de paiement, et c'est donc au dernier étage que se trouve le centre à gauche à la montée des escaliers.

Le centre la vie est un secteur de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). C'est un lieu où les personnes impliquées dans la consommation des différentes substances s'y rendent pour un accompagnement et un retour possible à la guérison. Toutes catégories d'âge sont prises en charge, sans distinction de sexe. L'accompagnement dans le centre se fait d'abord au niveau psychologique car l'addiction est une pathologie psychique qu'il faut prendre en compte dans sa dimension entière c'est-à-dire au niveau de l'individu, de la substance. À l'intérieur du centre, l'on retrouve les parties suivantes :

La grande table au centre de la pièce entourée par des chaises qui servent de lieu d'accueil des patients et de toutes personnes voulant rencontrer les responsables du centre ;

Le côté d'enregistrement dans lequel les patients sont enregistrés dans un registre, dans l'ordinateur et où les dossiers de ces derniers sont montés, puis classés en fonction de l'année, du mois du plus ancien patient au plus récent.

Le bureau du chef du centre dans un coin retiré et fermé de la grande salle, est le lieu où le médecin addictologie reçoit les patients avec lesquels ils vont pouvoir échanger en toute distraction.

La salle d'entretien est le lieu où les entretiens sont menés entre patient et médecin/psychologue, également la salle dans laquelle on peut prélever les résultats de l'analyse toxicologique du patient.

Les toilettes mises à la disposition de tout le monde, également le lieu où les patients partent pour mettre leur urine dans les bocal pour les tests toxicologiques.

4.2.3. Quelques pistes autour du service dans lequel le stage s'est effectué.

4.2.3.1. Moyens Humains et Techniques

4.2.3.1.1. Moyens humains

Il est question à ce niveau, de ressortir les différents outils et techniques utilisés par le secteur d'activité du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ainsi que les qualités professionnelles des personnels.

Dans l'ensemble du centre, on regroupe un corps deux spécialistes exerçant chacun dans différents domaines. Il regorge de : un Dr médecin addictologue, et d'un Dr psychologue spécialisé en handicap social.

Il faut noter également l'existence d'un certain nombre d'intervenant en commun avec les autres services du centre comme le service oncologie.

4.2.3.1.2. Moyens techniques

Le service d'addictologie dispose des moyens techniques suivants :

Un kit de d'analyse toxicologique.

Des bocal dans lesquels on prélève les urines des patients

Des bocal dans lesquels on prélève les urines des patients

Un ordinateur de bureau pour l'enregistrement, le remplissage des substances recueillis après le test et la fiche de paiement avec lequel ils pourront aller payer à la caisse.

4.2.3.2. Le fonctionnement du service

4.2.3.2.1. Les activités du médecin

Les activités du médecin du service d'addictologie consistent en la consultation des patients, et leur prise en charge à travers des thérapies et éventuellement une prescription médicamenteuse

Les activités du psychologue

Les activités du médecin du service d'addictologie consistent en la consultation des patients, leur enregistrement, des entretiens guidés avec eux et leur prise en charge.

4.2.3.2.2. Les activités des auxiliaires

➤ Le secrétariat :

La secrétaire assure l'accueil physique et téléphonique, l'enregistrement des patients dans le registre et dans la machine, l'enregistrement des tests toxicologiques effectués par les

patients, la transcription des rapports médicaux, la gestion de l'horaire des différents rendez-vous.

➤ Le brancardage :

Les brancardiers s'occupent du transport des malades entre les différentes unités du service mais aussi lors de leur transfert vers une autre formation.

➤ Les agents de sécurité :

Les agents de sécurité veillent à la protection des personnes au niveau du service

4.2.4. Justification du choix du lieu d'étude

L'HCY a été choisi pour cette étude parce qu'il est un cadre de référence dans l'accueil et le traitement des personnes souffrant d'addiction, notamment celles souffrant d'alcoolodépendance

4.3. Type de recherche

La présente étude est une recherche qualitative. Ce type se justifie par le fait que la recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication (Van Campenhoudt et al., 2017). Ainsi, cette étude vise à comprendre le processus de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant au travers du lien fraternel. D'autre part, dans la recherche qualitative, l'accent est mis sur l'expérience de la personne, telle qu'elle l'a vécue : « *l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes, leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives* » (Mayer et al., 2000, p. 217). La recherche qualitative est donc pertinente dans le cas de notre étude, car celle-ci accorde une place prépondérante à l'expérience singulière de mentalisation de chacun des enfants retenus comme participants. Dans cette perspective, la démarche qualitative fait une large place aux notions de dynamique psychique et d'élaboration mentale sans lesquelles plusieurs facettes de la réalité psychique peuvent échapper à la connaissance.

Par ailleurs, la recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur, comme le souligne Fernandez (2007). Aussi, elle est mieux indiquée pour appréhender la complexité d'un phénomène tel que la résilience, ainsi que sa richesse. Le grand avantage de la recherche qualitative dans la présente étude est bien sûr de fournir une analyse en profondeur du phénomène de mentalisation dans un contexte de dynamique familiale favorable. Cette

recherche nous permet aussi d'assurer une forte validité interne, c'est-à-dire que les processus psychiques analysés sont des représentations authentiques de la réalité étudiée.

Dans cette perspective, elle aborde le phénomène de mentalisation d'une manière relativement nouvelle. Ce type de recherche sert ainsi, dans un premier temps, à étudier une situation, à en cerner les divers aspects et à se familiariser avec une réalité qu'on connaît peu ou mal. C'est le cas de la présence effective de la capacité mentalisante chez des enfants maltraités dès la petite enfance, et particulièrement par leur propre parent, phénomène encore mal connu. Ce type de recherche rapporte dans un deuxième temps des données qualitatives qui permettent de mieux définir un problème, de trouver des idées de solutions nouvelles et de formuler des hypothèses à la fin. Ainsi Paillé (1996) relève-t-il que ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques qui nous intéressent dans cette recherche. L'Écuyer (1990, p. 118) pose comme autre postulat de l'analyse qualitative en ces termes : « *l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative* ».

Cette préoccupation de la recherche qualitative rencontre certains intérêts de notre étude, notamment ceux de trouver des solutions qui favorisent la mentalisation chez les enfants maltraités. Ainsi, cette étude ne vise aucunement la généralisation des résultats ; elle se concentre de préférence sur une possible transférabilité de ces derniers. Par ailleurs, rappelons que la thématique de la mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant est relativement inexplorée sous l'angle du lien fraternel. De même, à notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur le sujet en contexte camerounais. Certes, il y a eu des études sur le stress, d'autres sur la codépendance, mais des chercheurs n'ont pas abordé la fonction du lien fraternel dans le processus de mentalisation des enfants maltraités. Voilà pourquoi une recherche qualitative a été privilégiée. Elle est menée selon une démarche bien définie.

4.4. Type de démarche

La recherche en général expérimente différentes démarches. Les plus connues sont la démarche hypothético-déductive et celle inductive (Fortin & Gagnon 2016). La première va du général au particulier et présente ainsi l'avantage d'objectivation, de l'articulation précise entre la théorie explicative du problème de recherche et les hypothèses, et la procédure mise en place pour les tester ou les examiner (Nguimfack, 2008). Elle consiste en fait à vérifier des hypothèses pour en déduire les conséquences (Fortin & Gagnon 2016). La seconde quant à elle va du particulier au général, c'est-à-dire qu'elle consiste à constater les faits et à procéder à des

observations rigoureuses, ponctuelles, répétées de la réalité puis à parvenir à des énoncés généraux ou à inférer des lois et des théories.

Pedinielli (2005) soulignait dans le cadre de ce type de démarche qu'un soin particulier est apporté à la formulation des hypothèses qui doivent être sans ambiguïté, limitées et permettre une procédure de validation et / ou de vérification. Alors d'une part, ces exigences de la démarche hypothético-déductive, malgré leur scientificité ne rencontrent pas la préoccupation de la présente étude. Notre souci ici n'est pas d'éprouver des hypothèses.

D'autre part, malgré ses avantages, la démarche hypothético-déductive présenterait plusieurs limites pour cette étude. En privilégiant l'exactitude et la réfutabilité sur la dynamique des faits et l'interprétation, elle dissémine les phénomènes et procède à une quantification abusive. Par ailleurs, le fait qu'elle préfère l'exactitude à la vérité, elle brise arbitrairement la manière dont les phénomènes se présentent et s'associent dans la réalité clinique. Aussi est-elle incompatible avec les modèles phénoménologique, psychanalytique et ethnopsychanalytique qui procèdent par interprétations et ignorent la quantification. Or la présente étude est ancrée sur les approches psychanalytique et systémique. Voilà pourquoi bien que la démarche hypothético-déductive soit taxée d'objective et la démarche inductive de subjective (Pédinielli, 2005), la dernière est plus adaptée aux objectifs de notre étude. Ceci parce qu'elle privilégie les aspects qualitatifs et la recherche du sens, plutôt que la causalité. Cette démarche que nous avons opté a été encadrée par une certaine méthode.

4.5. Méthode de recherche

Dans le domaine de la recherche, la méthode renvoie au chemin tracé à l'avance pour se diriger vers un but, pour atteindre un objectif (Ardoino & Berger, 2010, cité dans Boutida, 2019). Celui choisi pour l'atteinte de l'objectif de cette étude est la méthode clinique. Celle-ci se définit avant tout par une prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation. Elle a ainsi été choisie pour cette recherche car, nous envisageons saisir la singularité dans l'élaboration de la mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant en contexte camerounais. Ainsi, nous voulons appréhender la capacité de mentalisation dans sa globalité en lien avec le lien fraternel. Et cela est plus possible avec la méthode clinique qui « *insiste sur la diversité et non sur la régularité* » (Hatchuel, 2005, p. 71).

Par ailleurs, la méthode clinique vise à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les

regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. C'est un recueil de faits et d'analyse des productions du sujet qui vise comme nous le promet Lagache (1998) à comprendre la conduite dans sa perspective propre. Cette méthode nous aidera donc ici à appréhender la dynamique psychique de l'enfant maltraité dans son processus de mentalisation en lien avec le lien fraternel. Cette dynamique psychique sera plus aisément saisie au travers de la modalité fondamentale de la méthode clinique qui est l'étude de cas.

En effet, l'étude de cas repose principalement sur la démarche inductive. Comme méthode de recherche, elle est appropriée pour la description, la prédiction, le contrôle et l'explication des processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation (Woodside & Wilson, 2003). La combinaison de ces quatre finalités est aussi possible. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment (Eisenhardt, 1989 ; Kidder, 1982) ; la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements ; le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel ; enfin l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses (Hersen & Barlow, 1976 ; Woodside & Wilson, 2003). C'est dans la modalité compréhensive de l'étude de cas que s'insère notre étude. Ceci, lorsqu'elle cherche à comprendre comment le lien fraternel participe au processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant. L'étude de cas est donc définie ici comme « *une forme de recueil et d'interprétation des données supposant que dans l'approche d'un problème on se fixe comme objectif de comprendre une personne (un groupe) et non seulement le problème ou le symptôme* » (Pardinielli, 2005, p. 65).

Cette méthode d'étude de cas offre certains avantages :

- Elle permet d'illustrer les hypothèses et d'établir leur pertinence et non de les prouver ou de les démontrer. Dans ce sens, elle ne vise pas à établir l'existence de relations causales entre une variable indépendante et une variable dépendante, mais plutôt à décrire la ou (les) relations entre les différentes variables ou faits observés ;
- Elle permet également de faire des observations dans un contexte naturel, en étant plus près de la réalité concrète ; de faire des descriptions détaillées tenant compte de l'individualité ; d'être très souple et de laisser s'établir un contact affectif ; de faire émerger une multiplicité de connexions entre les faits, les événements, le passé et le présent ;
- Elle est la source majeure d'hypothèses sur l'étiologie et le traitement des troubles psychiques et elle permet aussi d'infirmer certaines hypothèses ;
- Elle aide aussi à décrire les phénomènes rares.

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

Toutefois, bien que la méthode d'étude de cas soit souvent présentée comme la méthode par excellence de la psychologie clinique aussi bien sur son versant recherche que celui de la pratique, elle présente quelques limites :

- La difficulté de généraliser les observations faites ;
- La faiblesse à confirmer les liens de causalité due à la difficulté qu'il y a dans l'étude des cas à isoler les causes, à contrôler et à éliminer les hypothèses alternatives ou encore les variables confondantes ;
- Les informations recueillies bien que denses sont imprécises et incomplètes dues à la sélectivité du clinicien et du patient. De même le caractère dense de ces informations peut rendre difficile leur analyse. C'est pourquoi, pour éviter ce problème, nous avons dans ce travail opter de construire un guide d'entretien (voir techniques de collecte des données) qui nous permettra de ne recueillir que les informations utiles en relation avec l'objectif de notre étude.

Il est ainsi important de prendre conscience du fait que l'étude de cas comporte aussi bien des avantages que des inconvénients. Cette prise de conscience devrait alors inciter à plus de prudence et de responsabilité quand on l'utilise. Elle est par ailleurs onéreuse en temps et pour le chercheur et pour les sujets. Ensuite, la validité externe de ses résultats pose problème, une étude de cas pouvant difficilement être reproduite par un autre chercheur. Finalement, elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats qu'elle permet d'obtenir. En effet, il est peu probable que des études comparables soient menées pour généraliser la théorie qu'une étude de cas a permis d'induire ou pour rendre ses résultats applicables à toute une population (Lecompte & Goetz, 1982 ; Lucas, 1974 ; McMillan & Schumacher, 1984 ; Whyte, 1963 ; Worthman & Roberts, 1982).

Mais au-delà de ces avantages et inconvénients, l'étude de cas a été principalement choisie dans cette recherche parce qu'elle nous permet de rendre compte des jeux de facteurs en présence. Il s'agit notamment de l'implication du lien fraternel dans le processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant. Aussi, elle est mieux indiquée pour appréhender la complexité d'un phénomène tel que la mentalisation. Ceci à partir de la sélection des participants de l'étude.

4.6. Sélection des participants

Le choix des participants est une des étapes fondamentales de la méthode clinique. Car, il faut trouver des personnes qui possèdent exactement les caractéristiques de base que l'on recherche, des gens qui sont des « *gisements d'information* ». Ceci est important parce que, bien que tout le monde ait une histoire intéressante à raconter, tout le monde n'a cependant pas la même capacité de faire le récit de soi, de prendre du recul face à des événements traumatiques tels que la guerre. Il est impératif, de ce fait, d'éviter les personnes qui alignent une anecdote après l'autre et qui, d'une façon ou d'une autre, se servent de cette expérience comme une tribune qu'ils n'auraient pas autrement (Mucchielli, 1997).

Sur la question, Turcotte (2000) suggère ce qui suit :

« En recherche qualitative, le recours à de petits échantillons, généralement non probabilistes est le plus souvent privilégié. Les sources d'information sont choisies en fonction de leur capacité anticipée de témoigner de façon intéressante et pertinente de l'objet d'étude ; il s'agit ici d'une qualité de démonstration, de mise en valeur, de mise en évidence d'une réalité, peu importe que cette réalité soit vécue par quelques individus ou toute une communauté » (p. 176).

En partant de ces principes, le nombre de participants de cette recherche est constitué de trois enfants de parent alcoolodépendant. Ce nombre est significatif étant donné que la méthode clinique permet d'avoir plusieurs informations sur le même sujet. D'autre part ce petit échantillon est attribuable au fait qu'il est très difficile de trouver des individus prêts à participer à cette étude. Ceci parce que le parent alcoolodépendant ou son parent devant donner le consentement pour la participation de l'enfant parce que mineur, plongé dans le sentiment de culpabilité et celui d'être jugé est peu enclin à donner son consentement, d'une part. d'autre part, la souffrance psychique de l'enfant est encore un sujet tabou dans la famille camerounaise.

De tout fait, pour être sélectionnés, les participants de l'étude ont été soumis aux critères d'inclusion et aux critères d'exclusion.

4.2.5. Procédure de sélection des participants

La sélection de nos participants sera réalisée grâce à la technique d'échantillonnage par choix raisonné ou par convenance. C'est une technique de sélection d'un échantillon pour laquelle la représentativité de l'échantillon est assurée par une démarche raisonnée (Angers, 1992). Elle permet de faire le choix des individus en se basant sur le jugement du chercheur par

rapport à leur caractère typique ou atypique. Cette technique permet d'étudier des phénomènes rares ou inusités, tels que le vécu traumatique des enfants de parents alcoolodépendants.

4.2.6. Critères de sélection des participantes

Notre population est constituée de personnes mineures vivant dans un foyer. Pour la sélection de ces participants, un certain nombre de critères seront respectés.

De manière concrète, les critères de sélections des participants sont les suivants :

4.2.6.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont des caractéristiques que les participants potentiels doivent présenter pour être admissibles à participer à une recherche. Ils décrivent la population de patients et les critères retenus pour leur sélection (Voisi, 2024).

La population qui cadre avec notre étude est celle présentant certaines spécificités :

- Personne vivant dans un foyer ayant au moins un parent alcoolodépendant depuis plus de cinq (05) ans. Cette condition donne la garantie de la possibilité d'observer le vécu de l'enfant dans sa relation avec le parent alcoolodépendant.
- Personne étant âgée entre sept (07) et onze (11) ans. En fait, la présente étude s'intéresse aux enfants ayant acquis le langage, condition nécessaire pour observer l'activité représentationnelle chez ces derniers (Sinclair & Bronckart, 1972). Par ailleurs, elle s'intéresse aux enfants ne s'étant pas encore engagé dans la période d'adolescence. Ceci est aussi important pour éviter la complexité de cette période (Pivry & Scelles, 2018) qui pourrait constituer des biais dans l'observation du vécu du participant.
- Personne vivant avec son (ses) frère(s) et/ou sœur(s). Seuls les enfants vivant dans un contexte de fratrie intéressent la présente étude, car ce contexte permettra d'apprécier la dynamique psychique de l'enfant en lien avec les autres membres de la fratrie.

Tableau 2 : caractéristiques des participants

Participant(e)	Jiji	Didi	Lili
Âge (ans)	11	08	11
Sexe	Fille	Garçon	Fille
Rang dans la fratrie	1 ^{ère}	2 ^{ème}	1 ^{ère}
Classe	6 ^e	CP	CM2
Type de famille	Monoparentale	Monoparentale	Monoparentale
Nombre de membres de la fratrie	3	3	3
Responsable	Mère	Mère	Oncle paternel
Parent alcoolodépendant	Mère	Mère	Oncle paternel

4.2.6.2.Critères d'exclusions

Les critères d'exclusion sont des caractéristiques qui excluent des personnes d'un essai (Voisi, 2024).

Dans cette étude, nous ne travaillerons pas avec des personnes présentant certaines spécificités.

- Personne ayant une infirmité. La présence d'une infirmité chez le participant pourrait induire des mécanismes relatifs à celle-ci, et ainsi créer une interférence avec ceux étudiés chez l'enfant de parents alcoolodépendants.
- Personne indisponible à participer à la recherche. Toute personne remplissant les conditions liées aux critères d'inclusion mais ne disposant de temps nécessaire pour la collecte de données, ou dont le parent ou le tuteur refuserait de consentir à sa participation.
- Personne pour qui le pronostic vital est très engagé. Ce dernier risquerait d'introduire des mécanismes en lien avec la situation extrême, qui ne nous intéressent pas particulièrement dans cette étude.

4.2.6.3.Critères de non-inclusion

Les critères de non inclusion sont des critères négatifs, c'est à dire qu'ils décrivent les caractéristiques que ne doivent pas présenter les sujets ou les patients pour être inclus dans l'étude (Voisi, 2024).

Ne seront pas pris en charge dans cette étude :

- Personnes vivant dans une institution d'accueil d'enfants. En fait, le vécu de l'enfant dans une institution d'accueil ne permettra pas d'apprécier la dynamique relative à sa relation avec son parent alcoolodépendant.
- Personnes de moins de sept (07) ans et celles de plus de onze (11) ans. Car, d'une part, l'activité représentationnelle s'apprécie dans le cadre d'un langage constitué. Or, les fonctions du langage que sont communication et la représentation se constituent chez l'enfant vers l'âge de 5 voire 6 ans (Sinclair & Bronckart, 1972). Ainsi, pour observer le phénomène chez nos participants, ceux-ci devraient avoir au moins 7 ans. D'autre part, il n'existe pas de définition consensuelle de l'âge de début de l'adolescence.

Toutefois, certains auteurs la situent entre 10 et 13 ans (de 10 à 11 chez la fille et de 12 à 13 ans chez le garçon selon l'Institution National de la Santé Médical (INSERM, 2014). C'est pourquoi nous limitons l'âge de nos participants à 11 ans. Car, la période d'adolescence entraîne d'importantes modifications dans le fonctionnement psychique de l'enfant. Il pourrait ainsi introduire des processus interférant avec ceux qui nous intéressent dans la présente étude.

4.7. Techniques de collecte des données

Dans le processus de collecte de données, la présente étude intègre un triple dispositif, notamment l'entretien clinique, la passation d'un test projectif et l'observation armée. La mise en croisement de ces deux techniques permettra d'avoir une vue globale des sujets et de donner toute la consistance à l'analyse des données.

4.7.1. L'entretien

En tant que technique de recherche, l'entretien se définit comme « *un échange verbal et non verbal entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* » (Blanchet, 1987, cité par Fernandez & Catteeuw, 2001, p. 212). Nous avons choisi cette technique parce qu'elle fournit des données d'une grande richesse et fait surgir la complexité du phénomène étudié (Nkoum, 2015). Comprendre le processus de mentalisation nécessite justement un flux de données, car il s'agit là d'un phénomène d'une grande complexité.

4.7.1.1. Le choix de l'entretien semi-directif

Le type choisi dans la présente recherche est l'entretien semi-directif. Il s'agit du type d'entretien qui permet à l'étudiant-chercheur que nous sommes de centrer les propos du participant sur les thèmes que nous voulons aborder. De plus, selon Lefrançois (1991, cité par Lenoir, 2012) : « *le chercheur dispose de plus de latitude, ce qui lui permet de s'adapter au contexte (environnement, personnalité du sujet, etc.)* » (p. 56). Cette souplesse est précieuse dans la mesure où l'entrevue peut ébranler émotionnellement le sujet lorsqu'il élabore son récit sur son vécu avec son parent alcoolodépendant.

D'ailleurs, compte tenu de l'utilisation d'un schéma d'entrevue qui comporte des sous-thèmes formulées explicitement à l'avance, cela permet à l'intervieweur d'adopter une attitude semi-dirigée, s'assurant ainsi « *que le répondant s'exprime, de la manière qu'il le désire, à l'intérieur toutefois du cadre plus restreint délimité par des thèmes* » (Mayer et al., 2000, p. 149). Par ailleurs, ce type d'entretien se prête bien à des recherches qui visent à circonscrire et

décrire. L'entretien semi-directif nous a permis de recueillir des données significatives et pertinentes à cet égard, ceci via le guide d'entretien.

4.7.1.2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien utilisé est une liste récapitulative des thèmes et des sous thèmes relatives au vécu subjectif de l'alcoolodépendance du parent, à la capacité de mentalisation de la souffrance et au lien fraternel. Il propose relativement le moment et la manière de les introduire lors de l'entretien. Le guide d'entretien est à la disposition du chercheur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des sous-thèmes peuvent varier pendant le déroulement de l'entretien.

4.7.1.3. Déroulement des entretiens

La collecte des données a été effectuée auprès de trois enfants de parent alcoolodépendant. Les participants et leurs parents étaient tous volontaires à participer à l'étude. Ils ont toujours eu la possibilité de refuser un entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire (Giordano, 2003 ; Mayer & Ouellet, 1991). Les rencontres avec les participants se sont déroulées dans un endroit qui leur est familier pour qu'ils se sentent confiants. En effet, après avoir eu le premier contact avec leur parent au **service de toxicomanie**, les contacts étaient échangés et nous fixions le cadre pour les séances de travail qui se tenaient dans leur domicile.

Les entretiens étaient d'une durée approximative de 30 min selon la disponibilité du participant. Mais les participants étant des enfants, un travail préalable était effectué avant chaque séance pour susciter au maximum son attention sur l'activité. Nous ne voulions pas que l'enfant se sente désagréablement épuisé, ou qu'il soit discret. Pour l'entretien, nous avons rencontré chaque participant quatre fois selon le principe de saturation. En effet, les rencontres répondent au principe de saturation lorsque la poursuite, de la collecte de données n'apprend plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles qui ont déjà été trouvées, ne fournit pas une meilleure compréhension du phénomène étudié (Mucchielli, 1991 dans Mayer et *al.*, 2000 ; Bertaux, 1976). Par ailleurs, le fait de rencontrer le sujet à plusieurs reprises a permis d'établir une relation plus profonde. Ainsi, le sujet qui se raconte à la possibilité de réfléchir et de se préparer pour le prochain entretien. Quant au chercheur, cela lui donne la possibilité de revenir sur certains points restés obscurs (Giordano, 2003).

La première rencontre fut consacrée à l'explication du but de la recherche en cours et des objectifs qu'elle tend à atteindre. Lors de cette rencontre, le parent du participant a signé le formulaire de consentement. Les notions de confidentialité et d'anonymat ont été expliquées au participant accompagné de son parent. Il s'est alors instauré, dès ce premier, une atmosphère détendue entre l'étudiant-chercheur et le participant suite aux réponses du chercheur sur les différentes interrogations du participant et de son parent. Ceci a permis de clarifier l'étude, de sécuriser le participant et favoriser la création d'un climat de confiance. Durant cette même rencontre, un questionnaire écrit portant sur les caractéristiques socio-démographiques a été remis aux participants. Cette rencontre était strictement informative et n'était nullement stressante pour le participant.

Les rencontres qui ont suivi, l'entretien proprement-dit, ont permis de dérouler tour à tour sur les thèmes du guide. Le participant a dû rapidement se sentir à l'aise pour faire part de son expérience personnelle, sans être perturbé par le fait qu'il soit enregistré. Les entretiens étaient enregistrés par le magnétophone du iphone, avec le consentement des participants. Ces enregistrements seront conservés pendant toute la période de l'étude. Une fois cette période écoulée, elles seront effacées.

4.7.1.4. Types de données recueillies

Les données recueillies ici présentent principalement de deux types d'éléments : les éléments du verbal et ceux du non-verbal. Les premiers constituent des mots, des phrases et des idées clairement exprimés, tandis que les seconds renferment l'intonation, la gestuelle, la mimique, ...

➤ *Caractéristiques socio-démographiques*

Un questionnaire portant sur des aspects d'ordre général a été remis au participant afin de pouvoir brosser un bref portrait des sujets rencontrés en déterminant leurs caractéristiques socio-démographiques. Il s'est agi : de l'âge ; du sexe ; du rang dans la fratrie ; de l'ethnie ; de la religion ; du niveau scolaire ; du type de famille ; des membres de la famille ; du responsable et du nombre d'année auprès du parent alcoolodépendant.

➤ *Thème 1 : Vécu subjectif de l'alcoolodépendance du parent*

- *Sous-thème 1.1 : Dynamique familiale ;*
- *Sous-thème 1.2 : Codépendance ;*
- *Sous-thème 1.3 : Parentification ;*
- *Sous-thème 1.4 : Maltraitance subie ;*
- *Sous-thème 1.5 : Éprouvés et ressentis.*

➤ **Thème 2 : Capacité de mentalisation de la souffrance**

- *Sous-thème 2.1 : Représentations (lui-même, parent alcoolodépendant, alcoolodépendance, autres membres de la famille)*
- *Sous-thème 2.2 : Reconnaissance et expression des états mentaux*
- *Sous-thème 2.3 : Interaction et communication avec le(s) frère(s) et/ou sœur(s) ;*
- *Sous-thème 2.4 : Qualité des interactions.*
- *Sous-thème 2.5 : Capacité à faire semblant (terminer une histoire selon la consigne : papa et vous descendez du taxi sous la pluie, qu'est-ce que vous allez faire (toi, papa/maman))*
- *Sous-thème 2.6 : Interprétation et sens donné à sa situation.*

➤ **Thème 3 : Lien fraternel**

- *Sous-thème 3.1 : Représentation du(des) frère(s) et/ou sœur(s) ;*
- *Sous-thème 3.2 : Relation avec le(s) frère(s) et/ou sœur(s) ;*
- *Sous-thème 3.3 : Interaction et communication avec le(s) frère(s) et/ou sœur(s) ;*
- *Sous-thème 3.4 : Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie.*

Après les différentes séances d'entretien, les rencontres suivantes ont porté sur la passation du test projectif, le test du dessin de famille

4.7.2. Le Test du dessin de famille

La passation du test projectif intervient pour l'atteinte de certains de nos objectifs. Ce dernier nous permettra de mieux appréhender la qualité des liens de l'enfant face à l'alcoolodépendance du parent. Il nous aidera à mieux saisir le processus de mentalisation qui fait appel à l'élaboration de la souffrance par l'enfant.

4.7.2.1. Le choix du test du dessin de la famille

Le test du dessin de la famille est un outil pour l'évaluation clinique de l'enfant (Chraïbi et al., 2012). C'est un test de personnalité où l'interprétation sera fondée sur les mécanismes associés à la projection. En effet, le dessin témoigne du système d'attachement, hyperactivité, inhibée ou sécurisée, de l'enfant. C'est une épreuve projective : l'entretien se porte sur une famille imaginaire créée par l'enfant et qui lui permettra de se projeter plus facilement (Corman, 1985, cité par Chraïbi et al., 2012). Il est simple, rapide à réaliser. L'interprétation de ce test permettra d'émettre des hypothèses cliniques à propos des besoins, des fantasmes et régressions de l'enfant qui pourront être mis en relation avec le système familial.

De manière simple, il s'agit d'un test papier-crayon qui fait partie de la catégorie des tests de production, et fonctionne également comme les autres tests projectifs. Il étudie les distances et les rapprochements entre les membres de la famille, étudie le type d'attachement que l'enfant a avec les membres de sa famille, en bref il étudie les liens de l'enfant avec ces derniers. La famille d'un enfant étant le centre de son univers, il n'est donc pas surprenant que le dessin de famille soit un thème naturellement exploité par l'enfant lors d'une séance de dessin. Dans cette même lancée, Andersen (1999, p. 123) a observé, dans sa pratique clinique, que : *« comme les enfants ne dessinent pas avec la raison mais avec leurs sentiments, les dessins reflètent toujours la situation de l'enfant à ce moment précis. On peut alors voir dans les dessins comment l'enfant perçoit sa famille »*, et quelles expériences il fait dans cet environnement.

Selon Cohen et Ronen (1999), le dessin de la famille d'un enfant offre des informations à trois niveaux : sur l'enfant lui-même, son estime de soi et son image de soi ; sur les sentiments de l'enfant par rapport à sa famille et les relations intra-familiales ; ainsi que sur la perception de l'enfant concernant la structure familiale et ses attitudes envers les membres de sa famille.

4.7.2.2. La passation

L'une des particularités du test de dessin de famille est qu'il se fait en deux phases : la phase scripturale et la phase verbale. Mais en prélude à cette passation, le psychologue doit, pour une meilleure passation, s'entretenir avec les parents pour requérir des données importantes.

➤ Entretien avec les parents

Cet entretien a pour but de recueillir des données nécessaires à la compréhension de l'épreuve de l'enfant. Il s'agit notamment des données sociodémographiques ; de la constitution (structure, composition et organisation) de la famille réelle ; Etc.

➤ Matériel :

La passation nécessite comme matériel : une feuille blanche ; un crayon ; es crayons de couleur (optionnel).

➤ Procédure

Selon Corman (1985, p. 18), *« on installe l'enfant devant une table à sa taille (...), avec une feuille de papier blanc et un crayon de pointe assez tendre bien taillé »*.

Concrètement, avant de débiter l'exécution du dessin, l'évaluateur prend quelques minutes pour mettre l'enfant en confiance. Ensuite, il présente une feuille blanche à l'enfant, horizontalement, ainsi que des crayons de couleurs en bois. Enfin, il donne la consigne

➤ Passation proprement dite

Nous laissons le participant prendre le temps souhaité afin de compléter son dessin. Nous notons alors l'ordre dans lequel les éléments sont dessinés ainsi que les observations sur les gestes, les mimiques et les verbalisations du participant.

Il est arrivé que le participant demande : « Quelle famille ? », question à laquelle nous répondions (« Dessine ta famille, celle que tu veux »). Une fois le dessin complété (ou au fur et à mesure), nous inscrivions, selon les orientations du participant, sur le dessin, en haut de chaque personnage : le nom, l'âge, le sexe et le lien avec le reste de la famille. De même, nous notions le temps mis pour exécuter le dessin et pour dessiner un personnage quelconque, le soin apporté aux détails ou parfois une tendance obsédante à revenir toujours sur le même personnage, etc.

Puis, nous procédions à un entretien avec le participant. Cet entretien avait pour but de réduire au maximum la part personnelle de l'interprétation de notre interprétation. Car comme le précise Corman (1985) : « *c'est le sujet qui est le mieux placé pour savoir ce qu'il a voulu exprimer en faisant son dessin* » (p. 19). Cette phase commençait par une appréciation de la production de l'enfant quelle que soit la valeur du dessin. Puis nous demandions au participant de raconter cette famille qu'il a dessinée et nous lui posions alors des questions sur la localisation, l'action des personnages, la fonction, sur le rôle de chaque personnage, sur les préférences affectives. En plus, nous encourageons le participant à justifier ses réponses. Finalement, le code du participant et la date du jour étaient inscrits à l'endos de la feuille.

Les données dans cette étude ont donc été collectées à l'issue de sept rencontres avec chacun des participants. Ceci sur une étendue temporelle de trois semaines. Ce nombre important de rencontres ainsi que leur fréquence nous ont offert une riche base de données qui nécessite de fines techniques d'analyse.

4.8. Techniques d'analyse

Les données seront analysées en fonction des techniques qui ont permis leur collecte.

Nous avons notamment les données issues de l'entretien et celles issues du Test de Dessin de Famille.

4.8.1. Les données issues de l'entretien

L'analyse de contenu, notamment celui axé sur l'identification des thèmes significatifs, avec usage des inter-juges, est utilisée pour les données issues de l'entretien. Certains chercheurs conçoivent la technique d'analyse de contenu comme celle qui convient le plus à

l'entretien et aux récits de vie Corman (1985). Elle consiste à lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées a priori ou établies au cours de la lecture. L'analyse de contenu choisie ici comprend cinq principales étapes : la transcription, la préanalyse, la codification, la catégorisation et enfin le traitement des résultats (Dubar & Demasières, 2004).

4.8.1.1. *La transcription*

Avant d'analyser le contenu des entretiens, la transcription des entrevues a préalablement été faite. La transcription des entretiens est une étape indispensable à ne pas faillir. Lors de cette présente recherche, la transcription a été faite après chaque rencontre d'entretien. Cela a permis d'apprivoiser les données et d'être en mesure de repérer l'information manquante qui a pu être récupérée lors des rencontres suivantes (Giordano, 2003). De plus, l'exercice a contribué à se rendre compte des erreurs que l'on a fait dans le cours d'un entretien. Cela a ainsi permis d'améliorer le « *questionnement et de faire ressortir plus tôt la saturation* » (Bertaux, 1980). Nous avons procédé à une transcription totale des verbatim, au lieu d'une transcription partielle, dans un souci de ne négliger aucun aspect évoqué par le participant.

Poirier et *al.* (1983) soulignent l'importance que la transcription se fasse par le chercheur lui-même. Ce travail est ardu mais il nous a permis une connaissance du texte fort importante. Par la suite, il faut « *monter* » le matériel, un peu comme le producteur de film qui procède à l'étape la plus importante de la fabrication d'un film, le montage. Presque tous les auteurs consultés (Bertaux-Wiame, 1986 ; Pineau, 1980 ; Bertaux, 1976) sont unanimes sur la nécessité d'un montage afin d'assurer clarté, intérêt du récit, inclusion du contexte et significations des expressions particulières. En fait, la transcription permet de mieux comprendre le texte et d'être plus rapidement en mesure d'en identifier les points forts, les catégories permettant la préanalyse.

4.8.1.2. *La pré-analyse*

Comme dans toute opération d'analyse, nous avons dû observer un moment de préanalyse. Donc, une lecture répétée des récits a été effectuée pour en pénétrer la logique, en saisir les articulations essentielles, et en comprendre les données fondamentales. Ces lectures nous ont permis de prendre un certain nombre de notes relatives aux idées exprimées, ce qui a facilité grandement les opérations de codification.

4.8.1.3. *La codification*

Le texte de l'entretien a été codifié à l'aide d'un ensemble de mots-clefs, ou catégories, définis par l'étudiant-chercheur. C'est ici qu'un savoir-faire est à acquérir afin de trouver la

bonne mesure de découpage. La codification des entretiens permet de « *déconstruire* » les textes : les citations sont classées par catégorie et illustrées par les éléments signalétiques de chaque personne interviewée. Il est dès lors possible de lire « *qui a dit quoi* ».

La codification est une étape indispensable dans l'analyse de contenu. Elle consiste à nommer, à dégager, à résumer en quelques mots ou en une courte phrase les propos tenus par les personnes interrogées. Phrase par phrase, on tente de dégager le sens de l'idée ou des idées maîtresses. L'étape de la codification est capitale pour assurer la fiabilité de l'analyse. On se retrouve généralement avec une quantité plutôt impressionnante de codes. L'étape suivante, qui permet de freiner cet élan et de restreindre la quantité d'éléments est la catégorisation.

4.8.1.4. *La catégorisation*

Des trois modèles de catégorisation décrits par L'Écuyer (1987) à savoir : le modèle ouvert, le modèle fermé et le modèle mixte, nous avons opté pour le troisième, principalement à cause de sa souplesse. Pour cette recherche, nous avons choisi d'utiliser d'une catégorisation mixte, c'est-à-dire « *une partie des catégories sont préexistantes et le chercheur laisse place à la possibilité qu'un certain nombre d'autres soient induites en cours d'analyse* » (Mayer et al., 2000). Cette catégorisation offre une souplesse et une ouverture plus grande à des catégories imprévues, ce qui permet de rendre compte d'une plus grande justesse de la réalité des répondants. Comme le souligne L'Écuyer (1990), on qualifie ces catégories de préexistantes « *pour bien indiquer qu'elles peuvent changer, qu'elles sont dépourvues du caractère fixe ou immuable des catégories prédéterminées* » (L'Écuyer, 1990). En ce sens, le modèle mixte de catégorisation sert de guide, tout en demeurant ouvert à d'autres catégories possibles au cours du raffinement de ces dernières.

Dans la présente étude, les catégories pré-établies sont en lien avec les objectifs spécifiques de l'étude : le sentiment d'appartenance au sein de la fratrie, les mécanismes de défense, la qualité de la mentalisation, la qualité de la symbolisation, la qualité des interactions. Le modèle mixte est également privilégié ici parce que, le problème qui nous occupe, celui de la fonction du lien fraternel dans le processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant, est relativement nouveau et assez complexe. Il est inexploré par ricochet très peu opérationnalisé.

Nous avons fait une analyse verticale des deux blocs d'entretien. L'analyse verticale réalisée, entretien par entretien (Blanchet & Gotman, 1992) permet de repérer le sens donné par chaque enfant à son vécu de l'alcoolodépendance du parent. Pour cela, nous avons choisi la totalité de chaque récit comme unité de contexte, parce que nous estimons que dans un récit

thématique, tout le propos a son importance. Nous nous sommes intéressés aux noyaux de sens, aux phrases, nombres de phrases, aux mots et idées qui ont un sens par rapport à nos préoccupations de recherche.

Dans un second temps, l'analyse horizontale par découpage transversal des entrevues a été faite afin de supporter la comparaison des différents segments et le développement des catégories analytiques se référant à un même thème. Par cet exercice, nous avons tenté de faire ressortir les similitudes entre les deux blocs d'entretien, en vue d'une meilleure interprétation de ce matériel.

Tableau 3 : Grille d'analyse des entretiens

Concepts	Indicateurs (descripteurs)	Indices
Vécu de l'alcoolodépendance du parent	Dysfonctionnement du système familial	<i>Alcoolisation symptomatique, alcoolisation durable et quotidien</i>
	Maltraitements subies	Violence physique, violence sexuelle, violence psychologique, négligence, violence conjugale
	Ressentis et éprouvés	Honte, rejet, discrimination, impuissance, culpabilité
Action de la dynamique fraternelle dans l'élaboration de la souffrance	Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie	Inexistant, existant
	Reconnaissance et expression des états mentaux	Les siens propres, ceux du parent alcoolodépendant, ceux des autres membres de la famille
	Qualité des interactions	Habilité à ajuster de son comportement, capacité à demander de l'aide et à accepter le soutien offert
Du lien fraternel à la mentalisation de la souffrance relative	Qualité des associations	Riches, pauvres, représentation de soi, représentation de l'objet
	Expression des affects	Non-modulés, modulés
	Qualité des mécanismes de défense	Diversité, restreinte, adaptatifs, inhibitions mentales, ...

Il ressort de cette description que l'analyse de contenu est un exercice assez fastidieux. De la transcription à l'interprétation, le « *matériel verbatim* » nécessite une organisation en plusieurs étapes et de manière graduelle. Ce qui n'est pas le cas avec les données issues du Test du dessin de Famille.

4.8.2. Les données issues du Test de Dessin de Famille

Les données issues du Test de Dessin de Famille sont analysées dans cette étude par regroupement en cinq principaux groupes d'indicateurs. Il s'agit des indicateurs sur l'enfant lui-même, son estime de soi et son image de soi ; et sur les sentiments de l'enfant par rapport à sa famille et les liens intra-familiales.

4.8.2.1. Informations sur l'enfant lui-même

Ces informations émanent à la fois des aspects liés à la forme et au contenu du dessin.

❖ **Aspects formels du dessin**

- **Le style graphique :**

Le tracé :

- Taille : lignes petites et hachées = inhibition, repli ;
- Forme : droites et angles = enfants réalistes, souvent agressif et opposant, avec initiatives ;
- Courbes = enfants plus sensibles, moins confiants, avec une bonne imagination.
- Formes circulaires = immaturité, insécurité.
- Appui : Fort = énergie, pulsions fortes ; faible = timidité, émotivité, indécision

L'espace et sa symbolique :

- Bas : pulsions primitives, intimes ; enfants asthéniques et déprimés ;
- Milieu : centres d'intérêt actuels
- Haut : idéal, imagination ;
- Gauche : passé
- Milieu : présent
- Droite : avenir et ce qu'on y projette (important est le respect des limites et du cadre, sans excès).

Les couleurs et leur symbolique :

- Couleurs chaudes : sujets actifs, impulsifs ;
- Couleurs froides : sujets plus introvertis, plus réfléchis ;
- Couleurs neutres (gris, brun, noir) : inhibition, dépression, refoulement.

B) les structures formelles :

Le bonhomme

- Schéma corporel ?
- Le groupe cohésion : interaction ? éléments de décor, environnement ?
- Le sensoriel = mouvement, chaleur, beaucoup de détails, dynamisme
- Le rationnel = contrôles rigides, moins mobiles, sans interaction.

❖ **Le contenu**

- **Le type de famille :**

- La vraie famille : identification à la réalité

- Le sujet obéit au principe de réalité ; Il y a quand même projection = enfant contrôlé, rationnel, mature, adapté
- À travers le dessin, il y a mise en valeur des investissements de l'enfant (inversion, ordre, perfection de détails...)
- La famille imaginaire :

Le sujet obéit au principe de plaisir (plus l'écart est grand, plus le mécanisme de projection est actif)

 - **Les procédés graphiques exprimant tendances et défenses :**
- La valorisation :
 - Ordre, taille, aspect central, soin ;
 - Souvent il y a identification.
- La dévalorisation :
 - Totale : suppression d'un personnage gênant ou angoissant
 - Partielle : taille, emplacement, bâclé, commentaires péjoratifs
- Les ratures : mode particulier de dévalorisation
- Déplacement : Il concerne certaines tendances difficiles à assumer = personnages surajoutés qui réalisent ce que le sujet n'ose pas faire
 - Bébé : tendance régressive ;
 - Animal : agressivité
 - Double : rôle d'exutoire
- Mise à distance : La cohésion du groupe est révélatrice des relations qui unissent les personnes

- **Les identifications :**

- De désir / de réalité / de défense (identification à l'agresseur) au niveau inconscient, selon l'investissement des personnages.

4.8.2.2. Sentiments de l'enfant par rapport à sa famille et les liens intra-familiales

❖ **Dynamique fraternelle**

Rivalité incontournable, nécessaire : individuation, affirmation de soi... Mais agressivité qui peut devenir pathologique.

Dans le dessin = intervention des mécanismes de défense qui contraignent la rivalité fraternelle à s'exprimer de façon plus ou moins symbolique.

- **Les réactions agressives :**

- Franches ;

- Déplacées : frère, animal... qui devient le symbole de la pulsion censurée
- Détournées :
 - Élimination du rival = immaturité + régression (nie sa réalité pour retrouver le monopole de l'affection des parents).
 - Dessin sans enfant = forme extrême ;
 - Dépréciation du rival (plus de maturité car prise en compte de la réalité de l'autre).

- **La réaction dépressive :**

L'agressivité est chargée de culpabilité et d'angoisse (l'enfant craint qu'elle ne se retourne contre lui).

- Dévalorisation de soi = retournement de l'agressivité contre soi.
- Élimination de soi : suppose un état dépressif. (+ dessin triste, pauvre, sans commentaire, réalisé avec lenteur...)

- **La réaction régressive : C'est une défense contre la dépression**

- Représentation d'un bébé
 - Réalité : y a-t-il identification ?
 - Surajouté : identification de désir.

Conclusion : Quels sont les conflits, quels sont les mécanismes de défense ? - réaction agressive est la plus saine : le conflit s'exprime

❖ **Dynamique parentale**

- **Les manifestations œdipiennes franches :**

- Identification au parent de même sexe : investissement sur le personnage qui devient objet d'identification ; l'œdipe est d'actualité, en voie de résolution
- Rapprochement avec le parent de sexe opposé :
- Agressivité envers le parent de même sexe :
 - Directe ;
 - Dévalorisation ;
 - Élimination (évitement = élimination du parent objet du désir).

- **Les manifestations œdipiennes masquées : (La censure est d'autant plus forte que le conflit est intense)**

- La symbolisation : quelqu'un ou quelque chose devient le symbole de l'agressivité.
- La mise à distance :
 - Élimination totale du couple parental

- Enfant se place à distance des deux parents : distance géographique, phénomènes de cloisonnement (isolation, pas d'interférence des affects).
- Le repli narcissique :

Investissement privilégié de l'image de soi, tendance narcissique (narcissisme secondaire : retrait de la libido objectale sur soi).

- L'enfant se dessine en premier, apporte un soin particulier à sa représentation :
- Absence de relation
- Intérêt pour son apparence, grande complaisance envers soi-même.
- Un autre indice est la représentation d'un double, qui vient se surajouter et peut réaliser certaines pulsions interdites (rôle de lutte contre la dépression).

L'élan vital sera-t-il suffisant pour que l'enfant s'en sorte ?

- La régression préœdipienne : retour à la position binaire, qui est moins conflictuelle. Refuge dans l'immaturité.

4.9. Difficultés rencontrées

La principale difficulté rencontrée était d'ordre linguistique. Nos participants étant des enfants, il a fallu adapter le niveau de langue au leur. Par ailleurs, nous avons rencontré la difficulté liée à l'accord des responsables des participants d'utiliser un outil d'enregistrement lors des entretiens. Une autre difficulté était liée à l'accès des participants. En effet, il a fallu consentir à arriver chez eux, et là, les conditions d'un bon entretien n'étaient pas toujours réunies. Nous les recevions parfois dans des cadres difficiles à mener un bon entretien. Mais nous avons dû faire preuve d'ingéniosité pour nous adapter à ces conditions.

Par ailleurs, il nous a été difficile de gérer le transfert. Car, il est arrivé des moments où nous ressentions la douleur de ces enfants participants de notre étude, des moments où nous nous mettions à leur place et ressentions la souffrance qui est la leur. À ces moments, il a fallu nous ressaisir pour un réaménagement psychique qui se faisait parfois à travers un exercice de relaxation, de respiration,

4.10. Considérations éthiques

Conscient du fait que les recherches en sciences humaines et sociales portent sur des sujets humains ; il peut avoir des incidences sur la vie, les droits et la dignité des participants. Dans cette étude, nous nous assurerons de la préservation de cette dignité humaine en respectant les principes éthiques. Il est important d'inclure les informations relatives au consentement des participants, soit quand et comment celui-ci sera obtenu et joindre en annexe au protocole le

formulaire type du consentement ainsi que tout autre document (informations sur le projet, annonces du projet, etc.) qui sera adressé aux patients concernant l'étude et le recrutement. (Gouvernement du Canada, 1996)

Concrètement, nous tiendrons à ce que les participants aient toutes les informations nécessaires en ce qui concerne les buts poursuivis et l'utilisation des résultats de la recherche. Ceci par le canal d'une notice d'information. Par ailleurs, les noms seront codés pour préserver la confidentialité et l'intimité des participant (Audette et al., 2020). De plus, la participation à cette étude se veut entièrement libre et les participants seront entièrement libres de participer ou non à la recherche et ce sans aucune conséquence quelconque. Pour nous rassurer de cela, une fiche de consentement libre et éclairé à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens sera signée par chaque participante. Il est également important pour nous de mentionner que chaque participant sera libre de se retirer de la recherche à tout moment.

Par ailleurs, nous nous assurerons que la participation soit faite sur une base totalement volontaire et en toute connaissance du contenu de l'étude. Lors des entretiens, nous porterons également attention aux comportements non verbaux des participants dans le but de repérer tout signe de détresse. Compte tenu du caractère anxiogène que peuvent revêtir certaines expériences, il sera convenu de ne pas contraindre un participant à témoigner d'aspects trop difficiles à aborder, lui rappelant ainsi son droit de poursuivre sa participation à la recherche et sa liberté de ne raconter que ce qu'elle désire partager.

Conclusion

Le présent chapitre, après avoir brièvement rappelé la problématique de l'étude, s'est intéressé tour à tour aux éléments du site de l'étude, le type de recherche, sa démarche, la méthode choisie. Ensuite, il s'est appesanti sur la sélection des participants, les techniques de collecte et d'analyse de données. Et enfin, il a présenté les difficultés rencontrées ainsi que les considérations éthiques. Il en ressort donc au demeurant que cette recherche qui s'est déroulée à l'Hôpital Central de Yaoundé est de type qualitatif ayant mobilisé la démarche inductive et la méthode clinique, notamment l'étude de cas. Les données y ont été collectées par deux techniques à savoir l'entretien semi-directif et la technique des tests projectifs. Les difficultés rencontrées ont par ailleurs trouvé solution et les principes éthiques ont été observés. Il est à présent question de présenter ces données recueillies afin d'en faire des analyses.

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Introduction

Le présent chapitre porte sur la présentation et l'analyse des résultats que nous avons collectés à l'aide des entretiens semi-directifs et du test de dessin de la famille auprès de trois participants. Pour des raisons de confidentialités et d'anonymat, ces participants ont été surnommés Jiji, Didi et Lili. Il sera question ici de faire une brève présentation de chaque participant, de procéder à l'analyse thématique des entretiens. Ce chapitre est organisé en deux sections. La première est dédiée à la présentation des participants et des résultats de l'entretien, et la seconde à l'analyse des résultats proprement dit. L'analyse des résultats elle-même se fera sous forme d'analyse thématique et d'analyse de test projectif.

5.1. Présentation des participants

Il est question dans cette partie de faire une présentation sommaire de chacun des participants. Ceux-ci ont, il faut le rappeler, subi un encodage selon Audette et al. (2020), afin de préserver l'anonymat des participants.

5.1.1 Jiji

Jiji est une jeune fille de 11 ans, originaire de Batsié (Ouest Cameroun), première d'une fratrie de trois du côté de sa mère. C'est avec son frère cadet et sa sœur benjamine qu'elle vit. Mais sa mère a eu 4 enfants dans un précédent mariage. C'est après le décès de son premier mari qu'elle s'est mise en couple avec le père de ses trois derniers enfants, de qui Jiji est l'aînée. Ces quatre premiers enfants de la mère de Jiji ne vivent pas avec eux, ils vivent dans une autre ville, dans leur famille paternelle. Depuis le décès de son premier époux alors que Jiji n'avait que 4 ans, sa mère s'est mise à boire. Sa propre famille a cessé de la soutenir, ce qui l'a amenée à couper les ponts avec celle-ci. Son second partenaire, père de ces trois derniers enfants, l'a soutenue au départ, est parti plusieurs fois durant de longues périodes, mais revient souvent. La petite fille en tant qu'aînée a connu une enfance difficile auprès d'une mère alcoolodépendante, souvent maltraitante et surtout irresponsable. C'est ainsi que la petite a été amenée à jouer le rôle de protecteurs de ses jeunes frère et sœur très tôt. Sur le plan scolaire, elle est plutôt intelligente, est en classe de 6^e (équivalent de la 7^e année scolaire après la maternelle).

5.1.2 Didi

Didi est un garçon de 08 ans. Il est le deuxième d'une fratrie de trois. Il est le jeune frère de la participante présentée ci-dessus (Jiji). Grandissant dans une famille dont la responsable

est alcoolodépendante, Didi a vécu plusieurs maltraitances depuis les premières années de sa vie. Il a un lien particulier avec sa sœur qui, comme une adulte, veille sur son petit frère, tout comme elle veille sur leur petite benjamine. À l'école il se montre très éveillé. Nonobstant le fait qu'il a commencé l'école avec un retard significatif (à l'âge de 7 ans), il n'a pas encore repris de classe. Et parmi ses camarades, les enseignants ont des témoignages élogieux à son égard (selon les confidences de sa mère).

5.1.3 Lili

Lili est une jeune fille Ewondo (région du Centre Cameroun) de 11 ans, d'une famille catholique. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux. Leurs parents sont morts des suites d'un accident alors qu'elle n'avait trois ans (sa petite sœur n'avait que trois mois). Depuis leur décès, leur tuteur actuel, frère cadet de leur père, les a prises à sa charge. Mais celui-ci est alcoolodépendant depuis plus d'une dizaine d'années. En couple lorsqu'il les a « adoptées », il est célibataire aujourd'hui, depuis que sa copine l'a abandonné à cause de son alcoolodépendance. En partant, elle l'a laissé avec leur fille, une adolescente de 16 ans, qui vit avec les petites, les protège comme elle peut. Aujourd'hui, sa mère à lui s'est installée chez lui pour veiller sur les enfants. Sur le plan scolaire, Lili est une élève moyenne. Elle est au Cours moyen deuxième année (CM2), l'équivalent de la 6^e année de scolarisation après la maternelle. Auprès de son oncle, Lili a vécu plusieurs types de maltraitances et connu des atrocités inimaginables pour une enfant de son âge.

5.2. Analyse thématique des données de l'entretien

Nous procéderons à une analyse thématique transversale des corpus d'entretien dans cette section. Nous avons choisi de procéder ainsi pour mieux saisir, dans sa globalité, le discours de tous les participants de cette étude. De même, cette analyse nous permettra d'obtenir les indicateurs qui résument plusieurs sens dans les corpus d'entretiens des participants. Et pour faciliter ce travail, une grille d'analyse composée d'indicateurs que l'on appelle les catégories d'analyse, a été construite préalablement. Après l'exploitation des données, nous avons ressorti des thèmes que nous analysons dans les lignes qui suivent.

5.2.1. Vécu de l'alcoolodépendance du parent

La présente partie du travail explore l'expérience vécue du participant dans un foyer familial ayant un parent alcoolodépendant. À ce propos, les discours des participants ont mis

en exergue trois principaux sous-thèmes, à savoir le dysfonctionnement du système familial, les maltraitances subies et les ressentis et éprouvés.

5.2.1.1. *Dysfonctionnement du système familial*

L'alcoolodépendance est un phénomène qui constitue un défi pour la famille. En effet, l'atteinte d'un membre entraîne habituellement l'« alcoolisation » de la famille. On en observe deux types tous conduisant à un dysfonctionnement du système familial : l'alcoolisation symptomatique et l'alcoolisation durable et quotidienne. Ce dernier est le type qui présente plus de dommages au système familial. C'est d'ailleurs le type qui ressort du discours des trois participants. En effet, Didi utilise une emphase à partir d'une répétition pour l'exprimer : « (...) maman boit beaucoup. Elle boit beaucoup (...) ». Puis, voulant maladroitement atténuer les faits pour ne pas « accabler » sa mère, il ne peut s'empêcher d'en faire une couche : « *Mais il y a des jours, elle ne boit pas aussi. Même comme ces jours sont rares. Maman peut boire tous les jours de la semaine* ». C'est à peu près le même témoignage qu'on rencontre chez sa grande sœur, Jiji. Elle aussi elle tente, à sa manière, d'atténuer les faits, elle déclare : « *Avant mama buvait tout le temps mais maintenant elle boit encore, mais plus comme avant. Elle le fait surtout lorsqu'elle sort* ». Puis, dans une figure d'opposition, elle finit par avouer « *Mais elle sort aussi chaque fois* ». Lili quant à elle use de l'hyperbole pour signifier que son oncle par ailleurs son tuteur a une consommation des plus fréquentes de l'alcool. Elle affirme que ce dernier « *boit, il boit beaucoup, (...)* ». Ensuite, elle poursuit : « *Tu sais, chaque soir quand il rentre à la maison, il est saoul. Lui il n'a pas d'occasion. Avant je pensais qu'il travaillait aux Brasseries, et qu'il buvait donc chaque soir en rentrant* ».

L'alcoolodépendance d'un parent du type *alcoolisation durable* entraîne des réaménagements dans le système familial donnant une place et un rôle au sein de la famille. De la sorte, chaque membre de la famille réaménage son comportement pour parvenir à un certain équilibre dans la dynamique familiale. Les lacunes du parent alcoolodépendant sont ainsi résorbées et donc l'alcool intégré comme élément à part entière du système familial. C'est ce qui ressort d'une des stratégies évoquées dans le discours du jeune Didi : « *D'abord quand elle est fâchée, pour qu'elle ne sorte pas boire dans le bar et commencer à mal nous parler là-bas, Jiji nous demande souvent d'aller lui acheter une bouteille de bière pour qu'elle boive à la maison* ». On observe par-là la place que la famille donne à l'alcool au sein de la famille. Ils l'utilisent comme régulateur de l'équilibre familial. D'autres stratégies sont utilisées pour pallier les insuffisances du parent alcoolodépendant. Jiji évoque cet état de choses dans son discours lorsqu'elle confie :

Mais quand elle boit, elle ne peut pas se réveiller tôt. On se réveille grâce à l'alarme d'une vieille pendule que j'avais réglée et installée dans notre chambre parce qu'on arrivait souvent en retard à l'école quand maman n'avait pas pu nous réveiller à temps.

Les enfants ont ainsi trouvé une stratégie pour pallier l'insuffisance relative à l'absence de la mère pendant ses moments d'ébriété. Et elle particulièrement a dû revoir tout son univers pour l'équilibre de sa famille. Elle relate :

Parfois je joue aussi quand j'ai le temps. Je vais jouer avec les voisins. Mais c'est rare. Parce que je dois prendre soin de mes petits frères, je dois aussi prendre soin de maman. Parce que, il y a des soirs, quand elle (sa mère) n'est pas rentrée tôt, si la nuit tombe, je dois aller la chercher pour la ramener à la maison. Moi je me dis souvent que si je ne suis pas là quand elle a bu, elle va manquer qui lui faire à manger elle va dormir sans manger. Je n'aime pas voir ma mère souffrir, du coup j'ai le devoir d'être là pour m'occuper d'elle sinon elle va bavarder, et elle va dire qu'on ne l'aime pas. Parfois elle tombe aussi malade, je ne supporte pas.

Son petit frère Didi révèle d'autres stratégies qu'ils mettent à exécution :

Parfois aussi, Jiji elle nous dit souvent de ne pas dire que maman boit aux gens de l'extérieur. Elle dit souvent que si on leur dit, ils détesteront notre mère. Et parfois aussi, quand maman a bu, pour que ses amis ne le sachent pas, lorsqu'on demande à la voir ou à lui parler, on répond souvent qu'elle n'est pas là, pour qu'on ne la voit pas dans l'état dans lequel elle est souvent.

Lili présente une situation similaire au sein de sa famille. Tout le monde essaie de revoir son fonctionnement pour sauvegarder une famille unie, même en apparence. Ainsi, sa grand-mère avait aménagé dans leur maison, en abandonnant son ancienne vie, dans le but de pallier les insuffisances de l'oncle alcoolodépendant et garder l'équilibre familial. Elle raconte :

Aussi, un jour, étant rentré saoul, il (son oncle) avait porté Titi (son propre fils) et l'a dosé au sol. Il ne respirait plus, et comme ma grand-mère était venue nous rendre visite, c'est elle qui l'avait amené à l'hôpital. C'est ce jour que Mémé (sa grand-mère paternelle) avait décidé de venir rester avec nous. Depuis qu'elle est là, ce n'est plus trop comme avant.

Dans ce fonctionnement, la dynamique familiale fait observer des phénomènes tels que la codépendance, et même la parentalisation. En effet, du discours de nos participant, la situation d'alcoolodépendance n'affecte pas seulement l'individu alcoolodépendant, mais elle touche aussi les autres membres de la famille. Ainsi voit-on ces derniers affectés par le comportement de la victime primaire de l'alcool au sein de la famille, et réaménager leur fonctionnement en guise de stratégies pour pallier les insuffisances de l'alcoolodépendant. La jeune Jiji a par exemple instauré la loi du silence pour préserver l'image de sa mère, et par là celle de la famille. En fait, face à l'alcoolisation habituelle de sa mère et des frasques qu'elle commet, elle a pris sur elle de ne jamais l'avouer aux gens extérieurs à la famille. C'est ce qui

ressort de cet aveu où elle explique pourquoi elle s'arrange toujours à ne jamais laisser transparaître les erreurs de sa mère

Mais c'est parce que, si je dis la vérité que c'est elle, tout le monde va croire que notre maman est méchante. (Puis plus calmement et à voix-basse) Moi je ne veux pas ça, j'aime ma maman, je ne veux pas qu'il lui arrive quelque chose !

Elle trouve d'ailleurs d'autres stratégies pour couvrir ces insuffisances. Elle raconte :

Quand elle n'a pas bu, elle se réveille toujours la première et nous réveille. On fait nos travaux et on sort [pour aller à l'école]. Mais quand elle boit, ne pouvant pas se réveiller tôt, on se réveille grâce à l'alarme d'une vieille pendule que j'avais réglée et installée dans notre chambre parce qu'on arrivait souvent en retard à l'école quand maman n'avait pas pu nous réveiller à temps.

Et pour se rassurer que la chose ne fuite pas, elle va instaurer cela comme une règle que ses petits frères doivent impérativement suivre. Ne jamais rien dire aux gens extérieurs pour ne pas exposer leur mère de ses manquements liés à sa dépendance à l'alcool. Ainsi peut-on entendre Didi se refuser à nous décrire son vécu de l'alcoolodépendance de sa mère. Concrètement, lorsque nous l'invitons à nous parler de l'alcoolodépendance de sa mère, il déclare : « *Oui, elle boit souvent la bière. Mais Jiji ne veut pas qu'on en parle* ».

De même, on observe pareilles stratégies dans le discours de Lili qui avoue s'être soumise à son oncle qui abuse d'elle sexuellement. Ainsi, après une réunion entre les membres de la famille paternelle au cours de laquelle l'oncle avait avoué son forfait et avait promis de cesser cette pratique de l'inceste, il a quand même continué, menaçant et condamnant l'enfant au silence. Pourtant, elle pouvait bien trahir, exprimer en dénonçant ce supplice qu'elle vivait. Cependant, elle a décidé de garder le silence. Elle continuera donc à se soumettre à son oncle tout en restant silencieuse sur la question pour se rassurer que celui-ci ne touche sa petite sœur, mais aussi pour sauver l'équilibre et l'image de la famille. C'est ce qu'elle avoue lorsqu'on lui demande les raisons pour lesquelles elle n'a pas daigné dire ce que son oncle continuait de lui faire, même à sa grand-mère. Sa réponse :

[Hésite... puis lâche] Je ne veux pas parler de ça. [Silence] Et puis, les gens vont nous regarder comme si on était une famille bizarre. Et puis un jour il m'a dit que si j'en parle ou que si je refuse, il fera aussi ça à Mimi (sa petite sœur). Je ne veux pas qu'il touche ma petite sœur.

Dans ce fonctionnement de codépendance, on observe également le phénomène de parentalisation. Il s'agit ici du dysfonctionnement de la dynamique familial, se manifestant par modification des rôles joués au sein de la famille et la perturbation des hiérarchies intrafamiliales. Dans le cas de Jiji, elle occupe manifestement le rôle de « *chef de famille* » qui doit penser, planifier, gérer et assumer certaines tâches au sein de sa famille. Elle raconte :

« Habituellement c'est moi qui prépare. Nous avons un champ de l'autre côté de la ville. Je vais souvent chercher du bois là-bas, souvent toute seule, mais parfois j'y vais avec Didi [son petit frère cadet] ». Et ce n'est pas tout. Elle ajoute :

Quand je rentre avec le bois, des fois je vends une partie, et l'argent que j'obtiens, j'achète du riz, ou du manioc, ou quelque chose d'autre pour préparer. Parfois aussi je ne pars pas à l'école, parce que je dois vendre. Maman achète souvent des fruits, et je vais souvent les vendre en route. Il y a des jours où je peux tout vendre et des jours que je ne vends pas beaucoup.

Pour terminer, elle énumère un ensemble d'autres tâches qui lui incombent, expliquant pourquoi elle ne peut se livrer aux jeux avec les autres enfants, comme eux :

Parce que je dois prendre soin de mes petits frères, je dois aussi prendre soin de maman. Parce que, il y a des soirs, quand elle n'est pas rentrée tôt, si la nuit tombe, je dois aller la chercher pour la ramener à la maison. Moi je me dis souvent que si je ne suis pas là quand elle a bu, elle va manquer qui lui faire à manger elle va dormir sans manger. Je n'aime pas voir ma mère souffrir, du coup j'ai le devoir d'être là pour m'occuper d'elle sinon elle va bavarder, et elle va dire qu'on ne l'aime pas. Parfois elle tombe aussi malade, je ne supporte pas.

L'altération du fonctionnement familial résultant de la dépendance à l'alcool de l'un de ses membres entraîne les phénomènes de codépendance et son corolaire la parentalisation. Or, c'est un fonctionnement conduisant à une réelle souffrance psychique chez l'enfant.

5.2.1.2. *Maltraitances subies*

L'alcoolodépendance du parent, à travers le dysfonctionnement du système familial qu'elle occasionne, expose l'enfant vivant au sein d'une telle famille à de nombreuses formes de maltraitance. Du moins, c'est ce qui ressort des discours de nos participants.

Ainsi observe-t-on une grande occurrence de violences physiques dans les discours des participants de cette étude. Il s'agit, pour ces parents, d'une utilisation *délibérée* de force physique contre un enfant qui constitue une menace à la santé, au développement et/ou au respect de soi de ce dernier. Le caractère délibéré de cette utilisation de la force est discutable, du fait de l'action de l'alcool dans le fonctionnement du parent en question. Il s'observe surtout comme une désinhibition chez le parent alcoolodépendant. Ceci le rend particulièrement dangereux, à la mesure qu'il peut parfois se déchaîner sur l'enfant, de façon quasi inconsciente. C'est ce que Jiji décrit lorsqu'elle relate :

[Elle baisse le visage, puis désigne une longue cicatrice sur le front, près du sourcil gauche] Tu vois cette cicatrice ? C'est un tournevis que maman avait lancé et qui m'avait blessé là. Elle avait bu et comme quand elle boit habituellement elle est très violente, elle peut te balancer n'importe quoi, c'est comme si elle ne se contrôle plus souvent. Elle peut te lancer tout ce qu'elle a en main. Je m'étais mise à crier,

j'avais très mal, le sang coulait tellement qu'il avait inondé mon œil, je pensais qu'il était percé.

On retrouve pareilles descriptions dans le récit de Lili. Elle rapporte deux situations de maltraitance physiques évidentes :

Quand il a déjà bu, il est très violent. Il nous tape, il nous gifle, en ce moment il nous tape avec n'importe quoi. Il avait lancé le marteau à ma petite sœur et il l'avait piquée sur le bras. On l'a amenée à l'hôpital vite vite. Le sang avait beaucoup coulé, tonton lui-même avait déjà peur. Aussi, un jour, étant rentré saoul, il avait porté Titi (son propre fils) et l'a dosé au sol. Il ne respirait plus, et comme ma grand-mère était venue nous rendre visite, c'est elle qui l'avait amené à l'hôpital.

Elle ajoute que sa violence physique n'est pas particulièrement orientée sur elles (les enfants), mais aussi vers d'autres personnes, parfois même hors de la famille. C'est ainsi qu'elle décrit un conflit ayant opposé son oncle à un de leurs voisins. Elle révèle : « *Parfois il veut bagarrer avec la personne. Par exemple, notre voisin où nous restions d'abord lui avait dit qu'il nous traite comme ça parce que nous ne sommes pas ses enfants. Il avait bagarré avec lui* ».

On rencontre aussi une grande occurrence de violence verbale. La désinhibition évoquée plus haut favorise également la violence verbale. La jeune Jiji évoque cela dans son discours en ces termes :

Cela veut dire que ma mère quand elle ne boit pas on rit ensemble, on joue, on se fait des câlins. Mais quand elle boit, elle est très désagréable, on n'a même pas envie de rester près d'elle. Tu as juste envie de te cacher. Avant mama buvait tout le temps mais maintenant elle boit encore, mais plus comme avant. Elle le fait surtout lorsqu'elle sort. Mais elle sort aussi chaque fois. Et avant, quand elle buvait c'était grave je peux dire qu'elle devenait même folle car, elle se déshabillait en route, bavardait, disait des choses dures et c'était la honte. Et puis quand elle boit, elle va faire le bruit partout au quartier : elle nous insulte, nous gronde, bavarde encore et encore c'est la catastrophe. En ce moment-là, elle est très nerveuse envers tout le monde.

Elle évoque là une situation absolument violente pour elle et ses frère et sœur. Son jeune frère Didi, ajoute : « *Parfois elle nous insulte et tout le monde est courant. Des fois tout le quartier est souvent là, les voisins essaient souvent de nous venir au secours. Et aussi, j'aimerais que maman nous parle souvent calmement* ». Lili dans l'envie d'atténuer, finit par reconnaître : « *Quand il a bu, il nous dit des choses qui font mal* ».

Dans le même sens des maltraitements subies par les enfants de parent alcoolodépendant, il s'observe aussi, dans le discours des participants, d'autres violences telles que la négligence, la violence domestique et même les agressions sexuelles. Comme négligence, Jiji révèle la situation dans laquelle elle se trouve avec ses petits frères. Ils sont abandonnés de tous, dans ce

qu'ils subissent avec leur mère. Lorsqu'on lui demande si les gens leur viennent en aide, s'ils savent même ce qu'ils vivent, elle répond : « *Non, ils ne savent pas que nous vivons comme ça. Des fois quand ils nous posent les questions, on ne leur dit pas toujours la vérité* ». Le versant émotionnel de cette négligence se ressent beaucoup dans ce discours de Didi lorsqu'il relate :

Et aussi, j'aimerais que maman nous parle souvent calmement, qu'elle joue avec nous, qu'elle nous écoute quand les gens nous font du mal, et qu'ils nous disent que notre maman boit beaucoup. J'ai aussi souvent mal quand, à l'école, la maîtresse prend toujours notre mère en exemple quand il parle des gens qui boivent, des gens alcooliques. Après les autres élèves, ils se moquent souvent de nous [ferme les yeux et pose les mains sur la face, cachant les yeux.... Et après quelques instants, il se ressaisit. Nous recommandons à le motiver].

Lili quant à elle révèle des cas d'agression sexuelle. En effet, elle affirme que son oncle abuse d'elle sexuellement depuis plus d'un an. C'est ce qu'elle finit par sortir lorsqu'on lui demande pourquoi la femme de son oncle qui était parfois bienveillante avec elles (sa petite sœur, sa cousine et elle) avait décidé de les abandonner avec son oncle :

[Spontanément] Elle a découvert qu'il me viole souvent [Silence. Puis se mordillant le pouce droit]. Un jour, il avait déjà bu, puis il m'avait fait venir dans sa chambre et ... [beaucoup de gêne et d'hésitation] ... et il s'était mis à me toucher. Et puis il a commencé à me faire mal. Avant j'avais très mal. Je pensais que j'allais mourir [long silence]. Puis il a recommencé, encore et encore. Et un jour tantine l'a trouvé un train de me faire ça. C'est ce jour qu'elle est partie de la maison, elle n'est plus revenue. Moi je ne voulais pas, je lui ai dit que ça me faisait mal, mais lui il n'écoute pas souvent quand il a déjà bu ... [Se met en sanglots]

Pour ce qui est des violences domestiques, c'est toujours Lili qui révèle ce qu'elles subissaient, sa cousine, sa petite et elle, lorsque sa tante partie restait encore avec elles. Elle raconte :

Et quand tantine (la copine de son oncle) venait encore à la maison, ils faisaient les problèmes tout le temps, et nous, on ne pouvait pas dormir. Quand ils commençaient, nous étions à l'écoute parce que parfois ils arrivaient dans notre chambre, ils saccageaient tout. Et nous, on était seulement en train de courir, parfois dans la nuit. Parfois tantine partait nous cacher chez les voisins. Elle nous sauvait (protégeait) souvent.

Ces différentes formes de maltraitements ressortent des discours de nos participants et décrivent un vécu assez douloureux.

5.2.1.3. Ressentis et éprouvés

Le vécu de l'enfant de parent alcoolodépendant, confronté à toutes ces formes de maltraitance révèle des traumatismes précoces chez ce dernier. En effet, ce vécu est fait de ressentis douloureux et d'émotions pénibles. C'est ce qui ressort du discours de nos patients. Jiji révèle

notamment des émotions telles que la honte, la tristesse, la peur et parfois la colère. Elle raconte :

Et avant, quand elle buvait c'était grave je peux dire qu'elle devenait même folle car, elle se déshabillait en route, bavardait, disait des choses dures et c'était la honte. Et puis quand elle boit, elle va faire le bruit partout au quartier : elle nous insulte, nous gronde, bavarde encore et encore c'est la catastrophe.

Elle ajoute en ces termes :

(Long silence. Puis, des larmes se mettent à couler. Je lui propose une pause et lui fais effectuer un exercice de respiration. [...]. Puis quelque temps après...). Parfois c'est très difficile. Dès qu'elle boit, elle devient très pénible. Elle nous gronde, nous insulte, parfois nous poursuit pour nous taper. Et là, tout ce qu'elle trouve, elle peut nous lancer. Mon petit frère a dormi dans la brousse d'à côté une nuit, parce qu'il avait très peur d'arriver à la maison. Elle l'avait poursuivi et tout en pleurant, il a disparu. Depuis tout petits, nous vivons constamment des scènes comme celles-là.

Son petit frère en rajoute et se présente comme la risée de son groupe de compagnons. Il décrit un vécu fait de tristesse, de honte et de colère. Il raconte par exemple l'attitude de ses compagnons et même de son enseignant vis-à-vis de lui :

Parfois ils imitent maman et ils se moquent aussi de moi. À l'école quand ma maîtresse parle des parents qui boivent la bière, elle dit toujours comme la maman de Didi. Moi j'aimerais que ma maman ne boive plus. Je veux qu'elle soit comme la maman des autres enfants [commence à pleurer. Nous interrompons pour quelques minutes. Puis nous le remontons et le remotivons pendant des minutes].

À ces émotions, Lili met l'emphasis sur la douleur. Elle révèle que son vécu est très douloureux. C'est ce qui ressort de cet extrait relatif à la description d'une scène où son oncle abuse d'elle sexuellement. Elle déclare : « *Moi je ne voulais pas, je lui ai dit que ça me faisait mal, mais lui il n'écoute pas souvent quand il a déjà bu ... [Se met en sanglots]*. Elle relève une douleur corrélée à des angoisses de mort dans une autre scène : « *J'avais très mal. Je pensais que j'allais mourir [long silence]* ».

En définitive, l'enfant de parent alcoolodépendant évolue dans un environnement familial peu structurant qui délaisse ses intérêts liés aux différentes tâches développementales qui sont les siennes à cette période pour le mettre dans un système familial altéré. Ici, ses tâches développementales sont substituées par des efforts auxquels il doit consentir pour pallier les insuffisances du parent alcoolodépendant. Ceci l'installe alors dans un fonctionnement relatif à la codépendance, fonctionnement qui l'expose pourtant à des maltraitances de diverses formes. C'est pourquoi son vécu est fait d'émotions pénibles intenses telles que la peur, la tristesse, la honte, la colère. C'est ainsi une souffrance psychique intense que vit cet enfant de parent

alcoolodépendant. Pour s'en sortir, un vrai travail d'élaboration de ladite souffrance est nécessaire.

5.2.2. Action de la dynamique fraternelle dans l'élaboration de la souffrance

Au regard des développements ci-dessus, l'enfant de parent alcoolodépendant est un enfant qui s'inscrit dans une trajectoire complexe. Sa trajectoire n'ayant pas favorisé le développement d'une capacité d'élaboration psychique, celle-ci devient un réel déficit. Dans le cas de nos participants, on observe des réalités sur lesquelles cette élaboration s'appuie. Il s'agit notamment de la qualité des interactions du sentiment d'appartenance au sein de la fratrie, de la qualité de la communication et du sentiment d'appartenance à cette même fratrie.

5.2.2.1. Qualité des interactions

Les interactions peuvent être un réel défi au sein de la famille où les membres sont dans la codépendance alcoolique. En effet, les interactions sont dégradées dans une famille ayant un membre alcoolodépendant et les autres codépendants. Lorsqu'il y a des enfants, on observe habituellement le phénomène de parentalisation qui pervertit les rôles. Ici, les enfants se retrouvent avec certains rôles et/ou responsabilités des parents. C'est ce qui ressort de nos observations ci-dessus, sur la population de nos participants. Toutefois, les interactions qui nous intéressent dans cette partie du travail sont celles issues de la dynamique fraternelle.

5.2.2.1.1. Qualité des interactions chez Jiji

En entretien, Jiji présente des interactions harmonieuses au sein de sa fratrie. En effet, il ressort de son discours que les rôles sont bien distribués entre ses petits frères et elle. En tant qu'aînée, elle doit penser, planifier, gérer et assumer certaines tâches. Elle raconte : « *Habituellement c'est moi qui prépare. Nous avons un champ de l'autre côté de la ville. Je vais souvent chercher du bois là-bas, souvent toute seule, mais parfois j'y vais avec Didi [son petit frère cadet]* ». Et ce n'est pas tout. Elle ajoute :

Quand je rentre avec le bois, des fois je vends une partie, et l'argent que j'obtiens, j'achète du riz, ou du manioc, ou quelque chose d'autre pour préparer. Parfois aussi je ne pars pas à l'école, parce que je dois vendre. Maman achète souvent des fruits, et je vais souvent les vendre en route. Il y a des jours où je peux tout vendre et des jours que je ne vends pas beaucoup.

Par ailleurs, ses petits frères suivent ses pas, ils l'épaulent dans les travaux domestiques. Ce qui fait que les rôles sont bien joués, chacun en ce qui le concerne. Elle explique : « *Mes petits frères sont compréhensifs. Même comme ils me font parfois la tête, surtout quand ils sont*

fatigués, ils m'aident à faire les travaux. Par exemple, c'est eux qui nettoient souvent le sol, surtout Didi. Parfois ils lavent les assiettes ». Mais la répartition des tâches n'est pas rigide. On observe des mécanismes permettant d'harmoniser les interactions, comme une réelle plateforme d'apprentissage des rôles sociaux. C'est ce qui ressort du discours de Jiji lorsqu'elle explique : *« Mais je me charge de laver tous nos vêtements, parce qu'ils ne peuvent pas encore bien le faire. Tous les travaux qu'ils ne peuvent pas faire, c'est moi qui les fais. Et quand parfois je me rends compte qu'ils sont vraiment fatigués, je fais tout ».*

De même, il ressort du discours de Jiji cette grande capacité d'ajustement de son comportement, ainsi que cette tendance à solliciter et offrir de l'aide aux autres membres de la fratrie pour de meilleures interactions entre eux. C'est ce qui ressort de ses aveux ci-dessus :

Mais quand je suis triste, parfois je veux rester seule, je ne veux pas que quelqu'un me parle. Mais je ne mets pas souvent long dans cet état, parce qu'après je dois être là pour mes petits frères. C'est pourquoi je leur parle habituellement, quand ça ne va pas. On se retrouve souvent dans la chambre, on parle, chacun explique ce qui ne va pas, parfois on pleure, et parfois aussi on rit. Et après, on est bien. Et quand je suis en colère, parfois je gronde mes petits frères, et après quand je les vois tristes, ou quand je constate qu'ils ont peur, ça me fait encore mal et je cherche à me ressaisir.

Ces données des entretiens s'observent également dans le test projectif qui lui a été passé.

Au Dessin de la famille. Jiji présente une famille nombreuse imaginaire au sein de laquelle elle se situe au centre. Tous les personnages sont en mouvement, se déplaçant du côté gauche. Le type de dessin est sensoriel, étant donné les détails, les personnages vraisemblablement dans un mouvement et d'un animal (un chien) symbolisant un décor. Elle raconte son dessin à la fin en décrivant l'action que mène chacun et en lui attribuant une fonction au sein de la famille. Lorsqu'elle raconte son dessin à la fin, elle révèle que la famille est en balade, de façon générale. Puis elle conte l'activité de chaque membre : un grand frère protecteur qui veille sur elle et avec qui elle « se vent », une grande sœur avec qui elle fait une sortie, une petite sœur qu'elle coiffe pour apprêter le départ à l'école, elle-même requérant et incitant toutes les attentions, la grand-mère contant des historiettes, la mère étant dans une séance de sport avec ses enfants et les protégeant par la même occasion, un père suffisamment « costaud » pour protéger la maisonnée, et un chien veillant sur leur protection. Dans chaque situation, on perçoit la capacité de la testée à ajuster son humeur à chaque rôle qu'elle-même joue (lorsqu'elle attire l'attention ou lorsqu'elle coiffe sa petite sœur), ou qu'elle fait jouer un autre personnage (par exemple le grand frère tout joliment dessiné et d'un air séduisant avec

qui elle « se vente »). De même, on perçoit dans son dessin cette requête de l'aide qu'elle lance symboliquement dans ce thème de protection qu'elle semble manquer. Les rôles paraissent donc distribués et clairs, démontrant ainsi une bonne qualité d'interactions.

On observe pareilles données chez les autres participants.

5.2.2.1.2. Qualité des interactions chez Didi

En entretien. Les interactions sont également harmonieuses dans le discours de Didi, ce qui est cohérent eut égard au fait qu'il est le petit frère de Jiji, et donc appartient à la fratrie décrite plus haut. Il décrit :

(...) C'est ma grande sœur. Elle est très forte. Je veux être comme elle. Maman nous dit souvent que c'est notre mère. Quand un enfant me « comment » (provoque), c'est elle qui vient souvent me défendre. Elle avait tapé le grand frère d'Ali parce que c'est lui qui m'avait « commencé » (provoqué), après il m'avait tapé. Je suis venu, j'ai appelé Jiji, je lui ai dit ce qu'il m'avait fait. Elle l'avait bien « dosé » (tapé) [se met à rire en se couvrant la bouche]. C'est lui qui avait commencé ! Et depuis il ne me dérange plus. Dès qu'il veut commencer, je lui dis juste que je vais aller dire ça à Jiji, après il me laisse. Même quand un enfant « commence » (provoque) Martin, Jiji le protège aussi. Mais cette année, elle n'est plus dans notre école. Elle est partie au collège. Parfois les enfants nous menacent parce qu'ils savent que notre grande sœur n'est plus là. Des fois je leur dis souvent que je vais aller lui dire, et là eux, ils ont peur. Même quand nous avons faim, c'est Jiji qui nous cherche à manger. Parfois maman nous cherche aussi à manger. Mais parfois quand maman n'est pas là ou quand elle a bu, c'est Jiji qui nous cherche à manger. Mais parfois elle (Jiji) nous tape. Parfois quand elle nous a avertis, et qu'on recommence, c'est alors là qu'elle se fâche souvent et elle nous tape. Ou bien parfois elle nous dit souvent qu'on va se coucher sans manger.

Il en découle une distribution de rôles entre l'aînée d'une part jouant entre autres les rôles de protectrice et de pourvoyeuse, et d'autres part les petits frères dont Didi, étant tenus au respect et à l'obéissance. On y note également la tendance à la recherche et à l'offre d'aide. Cependant, le dessin de Didi ne présente pas souvent suffisamment ces aspects.

Au Dessin de la famille. Didi présente sa famille réelle, majorée de trois des quatre premiers nés de sa mère, s'étant établis dans une ville différente de celle à laquelle ils vivent. Le dessin a un style rationnel, avec contrôle rigide, moins mobile et sans interaction. Et même à la phase d'entretien de la passation, Didi répond qu'ils ne font rien, et s'en tient à cette réponse. On y voit donc moins le manque d'interaction au sein de sa fratrie, moins plus de difficultés personnelles à avoir spontanément des interactions saines.

5.2.2.1.3. Qualité des interactions chez Lili

En entretien. Tout comme Jiji, Lili exprime des interactions harmonieuses au sein de sa fratrie, constituée d'elle-même, de sa petite et de son grand cousin. Elle décrit une bonne capacité à ajuster son comportement. C'est ce qu'elle signifie lorsqu'elle affirme conte : *« Après elle me dit souvent que Dieu m'a donné la mission de protéger Mimi. Et quand je la vois, j'ai encore plus de force. Parfois je l'amène jouer, danser, chanter. Oui, on chante souvent elle et moi. Elle aime quand on chante. J'aime aussi »*. De même, elle décrit la capacité à offrir de l'aide comme à en demander, lorsqu'il faut. C'est ce qui ressort de cette partie de son discours :

J'aime aussi. Mémé a dit qu'on va nous inscrire à la chorale de l'église pendant les vacances. J'aime beaucoup Mimi. Quand elle a peur ou quand elle a mal quelque part, elle me dit, parfois elle pleure. Je l'amène souvent avec moi se promener, parfois on parle. Moi-même quand ça ne va pas, je pars souvent dire à Titi. C'est lui qui m'écoute. J'ai confiance en lui.

Ces informations sur des interactions plus u moins harmonieuses ressortent également dans le test projectif.

Au Dessin de la famille. Lili présente sa famille réelle, avec un conflit intense manifeste d'avec les parents, se matérialisant dans le dessin par l'élimination de ceux-ci. En revanche, la fratrie représentée, constituée de la testée, sa petite sœur et son grand cousin, semble présenter des interactions harmonieuses. En effet, les trois personnages du dessin sont en action : ils se tiennent dans la main semblent en mouvement dans une même direction. Dans la narration du dessin, la testée confiera que les personnages sont en chemin pour une promenade. Le grand cousin, protecteur, donne la direction. La testée elle-même s'assure de protéger la plus petite qui marche au milieu des deux. Par cette dynamique, on perçoit une distribution claire des rôles, joués respectivement par chaque membre et en fonction de sa position au sein de la fratrie.

Les interactions dans la fratrie de chacun de nos participants apparaissent d'une qualité satisfaisante. Ces derniers semblent avoir développé, bien qu'à des niveaux différents, une compétence relative à l'ajustement de son comportement au contexte vécu, et donc à l'autorégulation de leurs émotions. Cette compétence semble s'être développée indépendamment de la qualité de la relation parentale. Elle semble d'ailleurs avoir d'une manière ou d'une autre avoir pallier les apories du contact parental. Ceci semble s'être consolidé dans un contexte par une autre compétence proche.

5.2.2.2. *Qualité de la communication*

La communication est une compétence importante dans la dynamique fraternelle. Dans un contexte de souffrance psychique dans lequel se trouve l'enfant de parent alcoolodépendant, elle s'avère essentielle pour tolérer voire parvenir à l'élaboration de cette souffrance.

5.2.2.2.1. Qualité de la communication chez Jiji

En entretien, Jiji exprime une bonne communication entre ses frères et elle. Elle déclare :

(...) Habituellement c'est en ce moment que nous parlons des choses qui nous dérangent. Des fois aussi c'est lorsque nous allons au champ. Si quelque chose dérange quelqu'un, il me dit. On en parle. Moi aussi, parfois je leur dis si quelque chose me dérange. Des fois aussi nous parlons de choses qui nous arrivent et qui nous font mal lorsqu'on est dans notre chambre. C'est vrai que dans ce cas on parle souvent petit (à voix basse) pour que maman ne nous entende pas.

Au dessin de famille. Plusieurs éléments du Dessin de la famille de Jiji attestent d'une communication fluide au sein de la fratrie. En effet, les bras grands ouverts, jambes écartées chez les personnages de la jeune génération montrent une bonne compétence de communication auprès de ceux-ci, ce qui n'est pas le cas des personnages renvoyant à grand-mère, la mère et le père. En plus, les bouches de cette jeune génération présentent des bouches concaves vers le haut, ouvertes, ce qui dénote de bonnes compétences de communication avec convivialité.

5.2.2.2.2. Qualité de communication chez Didi

En entretien, Didi présente une moins bonne qualité de communication dans son entretien. On y perçoit de façon fugace une forme de communication en un sens, où il reçoit tant des injonctions que des conseils de sa sœur aînée. C'est ce qu'on relève ici lorsqu'il relate :

Mais parfois quand maman n'est pas là ou quand elle a bu, c'est Jiji qui nous cherche à manger. Mais parfois elle (Jiji) nous tape. Parfois quand elle nous a avertis, et qu'on recommence, c'est alors là qu'elle se fâche souvent et elle nous tape. Ou bien parfois elle nous dit souvent qu'on va se coucher sans manger. Et quand elle est contente de nous, elle nous encourage, elle nous demande de lui dire si quelqu'un nous a commencé, si quelqu'un nous a fait mal. Et aussi, elle nous apprend beaucoup de chose.

Par ailleurs, vis-à-vis de son petit frère, la relation semble davantage conflictuelle. Il décrit un petit frère capricieux, ce qui semble compliquer la communication entre eux. Il relate : « *Mais il pleure trop. Martin aime trop pleurer. Petite chose, il pleure, petite chose, il pleure. Même quand je le touche pas, il se met à pleurer et puis Jiji elle, elle me dit toujours de ne plus déranger l'enfant* ». Alors même si on note une forme de communication dans son discours, il apparaît qu'elle n'est pas assez développée. Elle le semble encore moins dans le test projectif.

Au Dessin de la famille. Plusieurs éléments du dessin attestent de la présence de la capacité de communication. Notons ici la présence des oreilles et de la bouche chez chaque personnage. Il y a aussi cette communication entretenue par le testé sur les éléments de sexuation des personnages. Il indique le sexe du personnage au travers de la chevelure, des boucles d'oreille et des chaussures. Toutefois, les personnages semblent muets dans leur rigidité et dans leur immobilisme. Ainsi peut-on observer des bouches fermées, bien que souriantes, en signe d'un déficit de communication entre eux ; des bras collés au tronc, et parfois dans les poches, connotant une moindre sociabilité. En simple, le dessin de Didi présente certes une capacité pour le testé à la communication, mais semble déplorer l'absence de communication dans son environnement familial.

5.2.2.2.3. Qualité de communication chez Lili

En entretien. Lili présente des éléments d'une bonne capacité de communication et d'une communication réelle au sein de sa fratrie. Elle déclare :

J'aime beaucoup Mimi. Quand elle a peur ou quand elle a mal quelque part, elle me dit, parfois elle pleure. Je l'amène souvent avec moi se promener, parfois on parle. Moi-même quand ça ne va pas, je pars souvent dire à Titi. C'est lui qui m'écoute. J'ai confiance en lui.

Ces éléments contribuent clairement à la tolérance de son quotidien pénible. On retrouve pareilles données dans son test projectif.

Au Dessin de la famille. Des éléments dans le dessin de la famille de Lili témoignent d'une bonne capacité de communication. Il s'agit notamment de la présence des organes de communication tels que les oreilles et la bouche. D'autres éléments comme l'expressivité de la différenciation de sexe (la chevelure, les boucles d'oreille) ou encore celle des âges sont entre autres des éléments témoignant d'une compétence de communication. Par ailleurs, les éléments tels que l'ouverture des bras, le sourire affiché sur le visage, bien que sur des bouches fermées, attestent de la perception d'une communication satisfaisante au sein de la fratrie.

En clair, la compétence de communication de même que la perception d'une communication satisfaisante s'observent chez nos participants, certes un peu moins chez Didi. Il apparaît à l'évidence que c'est une compétence qui contribue à la capacité de tolérance d'un vécu chargé et pénible chez nos participants. Cette compétence participe donc clairement à la fonction d'apprentissage des rôles sociaux et cognitifs.

5.2.2.3. *Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie*

Le sentiment d'appartenance au sein de la fratrie décrit un lien particulièrement fort avec les autres membres de la fratrie. Ainsi, celui-ci peut devenir une vraie source de motivation, même dans des conditions difficiles. En d'autres termes, la conviction de protéger ou de suivre, du moins d'agir pour le bien de sa fratrie pour devenir une grande source de motivation qui peut amener à se surpasser. C'est ce que l'on observe dans le discours des participants de la présente étude.

5.2.2.3.1. Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie chez Jiji

En entretien, Jiji évoque ses motivations à tenir bon, les éléments sur lesquels elle s'est appuyée pour tolérer son quotidien dans cet environnement nocif pour elle. Elle déclare :

En plus, je suis l'aînée. Je dois faire tout pour que Didi et Martin soient bien. Ce sont mes petits frères. Si moi je ne le fais pas, personne d'autre ne peut le faire à ma place, en tout cas pas comme moi. Ils n'ont pas une autre grande sœur.

Dans cet aveu, on relève que le grand souci de protection de ses petits frères l'amène à ne pas se fatiguer, à continuer à fournir des efforts. En d'autres termes, ce sentiment d'appartenir à cette fratrie dans laquelle elle seule est capable de protection sur les autres membres, semble être en même temps son étayage. Et mieux, ce grand souci de protection lui permet de trouver un sens à son vécu, à ses souffrances, à son combat. On y voit la compétence d'empathie. Jiji présente une grande capacité d'empathie vis-à-vis de ses petits frères.

Au Dessin de la famille, Jiji présente une assurance de l'appartenance à sa fratrie. En effet, des éléments de son dessin attestent de cela. Notons premièrement le regroupement des membres de la fratrie dans le dessin, laissant voir des distances négligeables entre eux, puis cette joie apparente, avec des bouches concaves vers le haut ouvertes, cette ambiance des personnages renforcée par le témoignage de l'entretien de fin. Elle affirme que les membres de la fratrie sont dans une activité de groupe, une balade qui symbolise l'élément intégrant et de reconnaissance de chaque membre de la fratrie. C'est pourquoi elle « se vente de son frère », elle « fait une sortie avec sa grande sœur » et « coiffe sa petite sœur pour l'apprêter pour l'école ».

5.2.2.3.2. Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie chez Didi

En entretien, Didi exprime, dans son discours, le sentiment d'appartenance à sa fratrie. Il le fait de façon claire, en mettant en avant la grande admiration et l'amour qu'il a vis-à-vis de ses frère et sœur. Il commence par sa sœur aînée : « *Oui, je les aime. J'aime surtout Jiji.*

C'est ma grande sœur. Elle est très forte ». Et il ajoute : « *Oui, j'aime aussi Martin parce que c'est mon frère* ». Et on remarque à son expression la raison de son amour pour eux, par cette circonstancielle de raison « parce que c'est ... ». Il indique par là une raison qui fait accroître son amour vis-à-vis des siens, c'est le sentiment d'appartenir à la même fratrie, c'est parce qu'ils sont frères et sœur. On y perçoit même des mouvements identificatoires. En effet, il semble avoir de l'admiration pour sa sœur qu'il s'y identifie. C'est ce qui ressort de ces aveux :

Je veux être comme elle. Maman nous dit souvent que c'est notre mère. Quand un enfant me « comment » (provoque), c'est elle qui vient souvent me défendre. Elle avait tapé le grand frère d'Ali parce que c'est lui qui m'avait « commencé » (provoqué), après il m'avait tapé. Je suis venu, j'ai appelé Jiji, je lui ai dit ce qu'il m'avait fait. Elle l'avait bien « dosé » (tapé) [se met à rire en se couvrant la bouche]. C'est lui qui avait commencé ! Et depuis il ne me dérange plus. Dès qu'il veut commencer, je lui dis juste que je vais aller dire ça à Jiji, après il me laisse. Même quand un enfant « commence » (provoque) Martin, Jiji le protège aussi. Mais cette année, elle n'est plus dans notre école. Elle est partie au collège. Parfois les enfants nous menacent parce qu'ils savent que notre grande sœur n'est plus là. Des fois je leur dis souvent que je vais aller lui dire, et là eux, ils ont peur. Même quand nous avons faim, c'est Jiji qui nous cherche à manger. Parfois maman nous cherche aussi à manger. Mais parfois quand maman n'est pas là ou quand elle a bu, c'est Jiji qui nous cherche à manger.

Ce sentiment d'appartenir à la fratrie ressort aussi comme thème majeur dans son test projectif.

Au Dessin de la famille. Le dessin de la famille de Didi laisse percevoir des signifiants identitaires qui attestent bien du sentiment identitaire de ce dernier. À ce propos, on note cette grande ressemblance des personnages avec une tête identique pour les deux garçons, une coiffure identique, la même apparence et la même expression du visage. Et curieusement, ayant intégré d'autres membres dans le dessin (notamment les enfants de la première union de leur mère ne vivant ni n'étant en relation avec eux), la différence est palpable : la chevelure est différente, la position des yeux, de la bouche, du nez, bref, la face est différente, comme s'il a voulu exprimer la différence entre eux de la fratrie (unie) des autres personnages. En plus de cette ressemblance, on note le regroupement curieux des trois frères et sœur dans le dessin, comme si le testé a voulu, là aussi, exprimer la différence. On y voit un enfant qui a le sentiment d'appartenir à une fratrie sur laquelle il a suffisamment investi.

5.2.2.3.3. Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie de Lili

En entretien. Lili de son côté ne cache pas non plus son sentiment d'appartenance à sa fratrie. Elle considère sa petite sœur comme sa famille, expression à laquelle elle va adjoindre une emphase avec cette restriction absolue : « ma seule famille ». Elle explique : « *Mimi est ma*

famille. Elle est ma seule sœur, ma seule famille ». Et elle souligne elle-même la différence avec son cousin protecteur pour qui elle a aussi une grande affection. Elle affirme : *« Je sais que Titi est aussi mon frère, mais c'est mon cousin, c'est pas pareil. Puis elle explique pourquoi cette différence : « C'est vrai que je l'aime, il nous défend toujours. Mais Mimi est ma mission sur Terre ».* Un élément, lié à la culture, va intensifier ce sentiment. Elle raconte : *« Je sais que mes parents nous gardent, parce que c'est la mission que Dieu leur a donnée, à mon tour, ma mission c'est Mimi. Je sais qu'elle m'aime aussi beaucoup ».* Elle explique plus tard l'origine de cette croyance :

Après elle me dit souvent que Dieu m'a donné la mission de protéger Mimi. Et quand je la vois, j'ai encore plus de force. Parfois je l'amène jouer, danser, chanter. Oui, on chante souvent elle et moi. Elle aime quand on chante. J'aime aussi. Mémé a dit qu'on va nous inscrire à la chorale de l'église pendant les vacances. J'aime beaucoup Mimi. Quand elle a peur ou quand elle a mal quelque part, elle me dit, parfois elle pleure. Je l'amène souvent avec moi se promener, parfois on parle. Moi-même quand ça ne va pas, je pars souvent dire à Titi. C'est lui qui m'écoute. J'ai confiance en lui.

C'est la manifestation claire de la capacité d'empathie, elle parvient ainsi à se mettre à la place de sa petite sœur pour ressentir ses peurs et ses angoisses. Elle décide ainsi d'être là pour elle, de la protéger, elle y trouve un sens, la mission de sa vie. On parvient aussi à percevoir ce sentiment d'appartenance dans son test projectif.

Au Dessin de la famille. À côté de cette joie qui accompagne les personnages du dessin dans leur promenade, il y a cette chaleur qui les enveloppe dans cette position où ils se tiennent tous main dans la main. C'est une démonstration d'un étayage fraternel donnant les moyens à chaque membre d'affronter des difficultés contingentes.

Le sentiment d'appartenance est donc manifeste chez chacun des participants de cette étude et est perceptible tant dans leur discours que dans leur production issue des méthodes projectives. C'est un sentiment qui semble leur offrir des motivations nécessaires pour affronter les réalités éprouvantes de leur quotidien. Dans le cas de Jiji et de Lili, elles démontrent une grande capacité d'empathie qui leur permet de se mettre à la place de leurs jeunes frères et sœur, pour mieux ressentir leurs craintes. Et pour Didi, on perçoit davantage le mécanisme d'identification. Il semble s'identifier à la personne de sa grande sœur pour

À la fin, il apparaît clair que chacun des participants de la présente étude a un lien solide avec les autres membres de sa fratrie. On note que ces participants n'ont pas une relation simple avec leurs autres membres de la fratrie, mais que cette relation est surtout faite d'interactions

harmonieuses, à l'exception de Didi chez qui cette harmonie pourrait être nuancée, du fait du conflit relativement important entre son petit frère et lui. On remarque aussi une communication de qualité laissant entrevoir des mécanismes, certes embryonnaires, de modes de communication efficaces. À ces interactions harmonieuses et une communication de qualité, on observe aussi le sentiment d'appartenance à la fratrie qui consolide ce lien fraternel de ces participants. Ceci se montre par ailleurs décisif dans la mise en œuvre d'une capacité nécessaire à la tolérance de la souffrance psychique induite par leur situation d'alcoolodépendance du parent. Cette capacité semble émaner principalement de processus psychiques à savoir une grande capacité d'empathie chez les aînés envers leurs cadets (cas de Jiji et Lili) et une identification au tuteur de développement chez les cadets envers leurs aînés (cas de Didi).

5.2.3. Du lien fraternel à la mentalisation de la souffrance relative

La situation d'alcoolodépendance du parent est suffisamment pénible pour l'enfant. Elle l'expose à un environnement familial dysfonctionnel d'une part, et d'autre part à un parent désinhibé et donc dangereux. Dans le premier cas, l'enfant est exposé à la codépendance et plus, à la parentification, des fonctionnements ne respectant pas sa nature. Dans le second cas, l'enfant est exposé à différentes formes de maltraitance. Les analyses plus haut ont permis de mettre en lumière le poids de cette situation sur nos participant. Elles nous ont révélé un vécu imprégné d'une souffrance psychique significative.

Dans cette situation, pour faire face, l'enfant doit réaliser une opération essentielle, tenue par le Moi du sujet : il s'agit de la liaison psychique des affects et des représentations, permettant un travail d'élaboration mentale des tensions générées par la souffrance induite par sa situation. C'est la phase de mentalisation de la souffrance, qui sera rendue possible grâce à la qualité du lien qu'il entretient avec ses frères et sœur. Ce travail désigne l'ensemble des procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assure la transformation des maltraitements liés à l'alcoolodépendance du parent en atteinte narcissique et en douleurs psychiques, ceci permettant un réinvestissement libidinal. Dans le cadre de la présente étude, cela a surtout permis à nos participants d'élargir leurs représentations de l'alcool, au regard de leur discours, de lui attribuer d'autres significations, et ainsi de faire une interprétation de leur situation de l'alcoolodépendance du parent.

5.2.3.1. Symbolisation de l'alcoolodépendance du parent

L'analyse du discours des participants de cette étude met en exergue le fait que la représentation de l'alcoolodépendance du parent ainsi que celle du parent alcoolodépendant

renvoient à des phénomènes subjectifs dont l'expérience fluctue d'un participant à un autre, en fonction de sa qualité d'étayage. Il en résulte que chacun en vient à percevoir, à définir et à comprendre cette alcoolodépendance, au travers aisance que lui offre le lien fraternel, d'une façon qui lui est particulière.

5.2.3.1.1. Représentation de l'alcoolodépendance du parent

La représentation de l'alcool et même de l'alcoolodépendance du parent diffère certes d'un participant à l'autre, mais la différence n'est pas grande. Tous appréhendent l'un et l'autre comme négatifs, mais les qualifications vont varier selon la subjectivité et chacun, et la qualité du lien avec ses frères. Jiji par exemple qualifie l'alcool de destructeur, de démon, du semeur de la zizanie dans la famille. Elle développe :

L'alcool, pour moi c'est quelque chose qui détruit. C'est un mauvais truc, un démon. C'est ce qui a détruit maman. C'est ce qui fait qu'elle soit comme elle est. Moi je dis souvent à mes amis que je ne peux jamais boire l'alcool. C'est ce qui vous sépare de tout le monde, après vous devenez malheureux. Regardez-vous même comment ma mère souffre. Quand ça devient une dépendance, c'est pire. C'est même très grave. C'est pas bon.

Elle conclut en affirmant que la dépendance à l'alcool est pire que l'alcool qu'elle a décrit au départ. Didi, son petit frère, est plus incisif. Pour lui, l'alcool est négatif et le parent alcoolodépendant représente le méchant. Il explique : « *L'alcool c'est aussi comme la bière. C'est pas bon. Quand maman boit ça elle devient méchante. Je ne vais pas boire la bière quand je serai grand, parce que ça rend malade* ». Lili quant à elle trouve en l'alcool un traître, un méchant, comme les autres, un dislocateur des familles. Elle affirme : « *L'alcool c'est le traître. C'est ce qui te rend méchant. C'est ce qui te sépare des gens que tu aimes. Je n'aime pas l'alcool. Moi quand les gens vont prendre l'alcool, j'ai pas envie qu'il prennent ça, parce que je sais qu'il va les changer* ».

Une constante ressort de ces différentes représentations c'est la négativité. Après, chacun, en fonction de son vécu propre et de la chaleur du lien d'avec ses frères utilise des représentations précises pour qualifier. On remarque principalement des représentations crues de Didi, dont le lien semble de moins bonne qualité que les deux autres.

5.2.3.1.2. Représentation du parent alcoolodépendant

Ici on part de la compréhension à l'accablement du parent. En effet, Jiji semble à première vue comprendre sa mère alcoolodépendante, même si elle avoue que ce n'est pas normal pour un parent de se laisser aller à de telles pratiques. Elle explique :

Mais maman c'est ma mère, c'est la femme qui m'a accouché. Des fois son regard m'énerve sa me repousse alors que j'aimerais aller dans ses bras. Je la comprends mais pas tout le temps. Je ne peux pas la juger car c'est ma mère on n'en a pas deux, elle est unique. Elle représente tout pour moi. Elle est parfois difficile, parfois elle énerve même, mais au fond elle nous aime. Tu sais, parfois elle nous amenait visiter des places de la ville. J'aimais ça, elle nous achetait ce qu'on voulait manger. Oui, c'est ma mère. Maintenant une mère qui boit, qui laisse sa famille et choisit l'alcool, c'est pas normal. Moi je pense que, une mère, ou un père qui fait ça, il est méchant, ses enfants souffrent, comme nous maintenant.

C'est la même position que l'on observe chez son frère Didi. Il précise :

Ma maman est mon amie. Elle est souvent saoule et devient méchante. Mais elle nous aime, et moi je l'aime aussi beaucoup. Je vais travailler mon argent quand je serai grand, et je vais prendre soin d'elle. Je veux qu'elle soit contente de moi. Je veux aussi qu'elle soit heureuse. C'est bien qu'elle ne boive pas. Parce qu'un parent qui boit c'est méchant.

Cette position de compréhension ne semble pas partagée par Lili qui condamne fermement un parent alcoolodépendant comme son oncle. Son vécu subjectif de la situation de l'alcoolodépendance du parent permet de comprendre cette position. Car, après avoir subi des abus sexuels de la part de son oncle qui continuent d'ailleurs, sa position se comprend. Elle tranche :

(...) Il est méchant [silence... puis :] j'ai peur de lui. [Longue inspiration !] je sais que c'est le frère de mon père, mais mon père ne pouvait pas me faire les choses qu'il me fait. C'est vrai que c'est quand il boit qu'il devient comme ça. Si un parent boit, il maltraite les enfants comme tonton le fait, c'est qu'il est méchant. Pourquoi il boit, mais c'est qu'il est méchant. S'il boit il ne nous fait pas tout ceci, ce n'est pas grave, mais il se fait aussi du mal. Un oncle qui boit doit arrêter. Même si c'est même le père, il doit arrêter.

Cette activité de représentation de nos participants témoigne de la liaison psychique des représentations aux affects négatifs induits par la situation de l'alcoolodépendance de leur parent.

5.2.3.2. Sens attribué à la situation d'alcoolodépendance du parent

L'activité qui consiste en l'attribution d'un sens à la situation vécue par nos participants semble moins riche que les autres plus haut. Ils parviennent en fait à donner un sens à ladite situation, mais c'est un sens assez peu élaboré. Ainsi note-t-on celui donné laconiquement par Jiji : « *Je ne sais pas, des fois je pense que c'est Dieu qui a voulu que nous vivions cela. Titi m'avait dit que cela nous prépare à une vie meilleure* ». Elle pense donc que cette souffrance rencontrée irait dans l'ordre des choses divine qui aurait une valeur renforçatrice. Une telle situation permettrait donc à la fratrie de se solidifier pour des lendemains meilleurs. C'est la même idée que l'on rencontre chez Didi. Il affirme : « *Je ne sais pas. Jiji dit que nous devons*

connaître des situations difficiles pour être des hommes forts. Je pense que Martin et moi, nous serons des hommes forts ». Lili semble plus abondante sur la question. Elle affirme que c'est leur condition d'orphelin qui explique ce qui leur arrive. Elle raconte :

[...] Je pense que c'est parce que nous n'avons pas nos propres parents. La vie n'est pas facile pour les orphelins. Si mon père et ma mère vivaient encore, il n'allait pas nous faire ça. Tout le monde est méchant avec nous. Les autres qui ont leurs parents, même à l'école on ne les traite pas comme on nous traite. Je connais aussi mon amie qui n'a pas de parents comme nous. Elle m'a raconté un jour que son voisin lui fait souvent ce que je t'ai dit pour tonton. Mais les autres qui ont leur père et leur mère, on ne leur fait pas ça. Mémé nous dit que les enfants qui connaissent la vie difficile comme nous ont souvent des missions à accomplir. Je pense que c'est vrai. Ma première mission est de protéger Mimi, je ferai tout pour la protéger.

On note comme sens donné à cette situation d'alcoolodépendance du parent une volonté de Dieu visant à affermir la fratrie. Cette position est partagée par deux des participants. La troisième l'interprète comme le résultat de l'absence de parents. Mais elle parvient à un sens profond consistant en la destinée de réalisations importantes à ceux qui connaîtraient un sort pareil.

En un mot, on observe ainsi des mécanismes psychologiques permettant de partir de la relation que vit l'enfant au sein de sa fratrie à la mentalisation de la souffrance relative à l'alcoolodépendance du parent. Il s'agit essentiellement de l'activité de symbolisation à travers le travail de liaison des différentes représentations de l'alcoolodépendance du parent et celles du parent alcoolodépendant aux différents affects y relatives. Il s'agit également de l'attribution du sens à ce vécu pénible.

Tableau 4 : Principaux résultats de l'étude

Partici- pant(e)	Vécu de l'alcoolodépendance du parent			Lien fraternel		Travail de mentalisation		
	<i>Dynamique familiale</i>	<i>Type de maltraitance</i>	<i>Affects</i>	<i>Qualité du lien</i>	<i>Mécanisme d'appui</i>	<i>Sens donné à sa situation</i>	<i>Symbolisation</i>	
							<i>Représentations de l'alcoolodépendance du parent</i>	<i>Représentations du parent alcoolodépendance</i>
Jiji	Alcoolisation durable	Violences : -Physiques -Verbales -Négligences	-Culpabilité -Honte -Colère -Peur	Bonne : -Communication fluide -Interactions harmonieuses -Fort sentiment d'appartenance	Capacité d'empathie	C'est « la volonté de Dieu », « une étape pour une vie meilleure	C'est « un destructeur » « un méchant », « un démon ».	C'est « sa mère », « sa génitrice », « quelqu'un d'unique », « son tout », « une amie », mais aussi quelqu'un qui « énerve parfois », « une lâcheuse », « de méchant ».
Didi	Alcoolisation durable	Violences : -Physiques -Verbales -Négligences	-Culpabilité -Honte -Colère -Peur	Assez bonne : -Communication fluide -Bonnes interactions -Sentiment d'appartenance	Identification à sa grande sœur (son tuteur de développement)	C'est « une étape pour devenir des hommes forts »	C'est « qui est mauvais », « qui rend malade »	C'est « une saoularde », « une méchante », mais aussi « une amie », « une malade nécessitant des soins »
Lili	Alcoolisation durable	Violences : -Physiques -Verbales -Négligences -Sexuelles -Domestiques	-Culpabilité -Honte -Colère -Peur -Douleur	Bonne : -Communication fluide -Interactions harmonieuses -Fort sentiment d'appartenance	Capacité d'empathie	« parce qu'on est des orphelins », « la vie n'est pas facile pour les orphelins », « c'est parce qu'on a une mission à accomplir dans la vie »	C'est ce qui est « dangereux », « méchant », « à éviter », « sème le trouble », « transforme négativement », « le diable ».	C'est « un méchant », « un cruel », « un lâche », « un faible »

Conclusion

En conclusion, ce chapitre nous a permis de présenter et d'analyser les résultats de la présente recherche. Il en ressort que nos participants évoluent dans un environnement familial peu structurant, peu soutenant du fait de l'alcoolodépendance du parent, le soumettant à un fonctionnement qui ne respecte pas sa nature d'enfant. Et que ce même environnement présente des caractéristiques violentes et maltraitantes, occasionnant une souffrance psychique significative. Ces mêmes résultats montrent que ces participants entretiennent un lien fraternel solide, du fait d'une relation avec des interactions harmonieuses, une communication de qualité et surtout un fort sentiment d'appartenance à la fratrie. Ce lien laisse ainsi voir, dans le cadre de la présente étude, deux processus psychiques à la base de l'étayage des participants, leur permettant de développer une grande capacité d'élaboration de la souffrance psychique inhérente à leur expérience quotidienne. Il s'agit d'une grande capacité d'empathie chez les aînés envers leurs cadets (cas de Jiji et Lili) et une identification au tuteur de développement chez les cadets envers leurs aînés (cas de Didi). On observe enfin chez nos participants que ces processus favorisent le travail de mentalisation, à partir du processus de symbolisation permettant l'élargissement de leurs représentations de l'alcool et l'attribution d'autres significations, leur permettant de mieux interpréter leur situation de l'alcoolodépendance du parent, et d'y trouver un sens.

CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Introduction

Le présent chapitre est consacré à l'interprétation et à discussion des résultats obtenus. Il intervient après la présentation et l'analyse des données collectées sur le terrain. Dans cette optique, nous procéderons d'abord à l'interprétation desdites données à la lumière des fondements théoriques de cette étude. Ensuite, nous discuterons les résultats obtenus au regard des travaux antérieurs. Enfin, nous présenterons les implications ainsi que les perspectives de la présente étude. Mais avant tout, présentons préalablement sous la forme synthétisée les résultats obtenus au chapitre précédent.

6.1. Synthèse des résultats

L'analyse thématique des données collectées a fait ressortir principalement trois thèmes : le vécu de l'alcoolodépendance du parent, l'action de la dynamique fraternelle dans l'élaboration de la souffrance et la mentalisation de la souffrance relative à l'alcoolodépendance du parent grâce au lien fraternel.

Il ressort du premier thème, intitulé *vécu de l'alcoolodépendance du parent*, que nos participants grandissant dans un foyer ayant un parent alcoolodépendant évoluent dans un environnement familial peu soutenant et peu structurant. Il s'agit d'un environnement caractérisé par un système familial dysfonctionnel. Dans ces conditions, cet environnement ayant induit une généralisation de l'alcoolisation de la famille, fait non plus une seule victime en la personne de l'alcoolodépendant, mais plusieurs, c'est-à-dire tous les membres de la famille. On observe ainsi que ces autres membres deviennent des codépendants, en d'autres termes, des membres de la famille qui se dévouent aux soins et stratégies visant à pallier les insuffisances de l'alcoolodépendant pour maintenir l'*équilibre* familial. Ils le font aux dépens de leur propre santé. Cette situation de codépendance conduit à l'attribution de rôles et de responsabilités du parent à l'enfant. Dans ce cas, ce phénomène de parentification tout comme celui de la désinhibition à l'alcool du parent exposent cet enfant à des violences de tout type.

En effet, plusieurs formes de violences s'observent chez nos participants. La plus partagée est la violence physique. On note à cet effet que, le parent alcoolodépendant étant habituellement en état d'ébriété et donc de désinhibition émotionnelle et même volitionnelle, devient particulièrement dangereux vis-à-vis de ces enfants. Les données récoltées nous montrent en effet des cas de passage à l'acte, de l'agressivité du parent qui en arrive à frapper l'enfant avec n'importe quel objet entre ses mains (Jiji présente une grande cicatrice sur la face

d'une blessure au tournevis lancé par sa mère ; Lili relate la perte de souffle de son cousin frapper au sol par son oncle, propre père du cousin, ...). D'autres formes de violence ressortent également de ces données telles que la violence verbale, la négligence ou encore les abus sexuels (l'oncle de Lili abuse d'elle sexuellement depuis ses 09 ans, et continue d'ailleurs). Tous ces abus rendent le vécu de ces enfants particulièrement pénible.

Il ressort donc du vécu de nos participants que leur vécu est fait de ressentis douloureux et d'émotions pénibles. On y relève des émotions intenses telles que la honte, la culpabilité, la tristesse, la peur et parfois la colère. On rencontre aussi une grande douleur (notamment chez Lili qui confesse vivre les abus sexuels de son oncle avec une douleur intense. Ce sont ainsi des enfants qui évoluent dans un environnement traumatogène et donc qui trainent une souffrance psychique significative. Cette souffrance est d'autant plus sévère qu'elle est l'œuvre du parent qui en temps normal représente le premier objet d'amour de l'enfant. De plus, c'est la première personne ayant la charge de la protection de l'enfant. À la place, il se retrouve être son bourreau.

Le deuxième thème quant à lui nous a permis d'explorer, dans le discours de nos participants, l'action de la dynamique fraternelle dans l'élaboration de la souffrance. Il en ressort que ces derniers chacun des participants de la présente étude a un lien solide avec les autres membres de sa fratrie. On note que ces participants n'ont pas une relation simple avec leurs autres membres de la fratrie, mais que cette relation est surtout faite d'interactions harmonieuses, à l'exception de Didi chez qui cette harmonie pourrait être nuancée, du fait du conflit relativement important entre son petit frère et lui. Il apparaît une certaine organisation dans la distribution des rôles au sein de la fratrie. On note à cet effet que, en l'absence du parent, des tâches de protection, de planification, d'organisation incombent aux aînés (le cas de Jiji et celui de Lili). Tandis que celles d'obéissance, de suivi reviennent aux cadets (le cas de Didi).

Par ailleurs, on remarque aussi une communication de qualité laissant entrevoir des mécanismes, certes embryonnaires, de modes de communication plus ou moins efficaces. On peut par exemple observer des modes de communication efficaces, où l'aîné impose une certaine retenue aux autres, sur certaines questions, et où il réajuste lui-même son comportement pour adapter les mécanismes de communication à l'état affectif de ses cadets. On observe également des stratégies de communication consistant à évoquer et discuter de certaines questions dans certains endroits uniquement, soit pour discriminer certaines personnes à cet échange (Jiji impose par exemple ses petits frères à évoquer certaines questions loin de leur mère alcoolodépendante, notamment sur le chemin de l'école), soit pour plus de confort.

À ces interactions harmonieuses et une communication de qualité, on observe aussi le sentiment d'appartenance à la fratrie qui consolide ce lien fraternel de ces participants. Ceci se montre par ailleurs décisif dans la mise en œuvre d'une capacité nécessaire à la tolérance de la souffrance psychique induite par leur situation d'alcoolodépendance du parent. Cette capacité semble émaner principalement de processus psychiques à savoir une grande capacité d'empathie chez les aînés envers leurs cadets (cas de Jiji et Lili) et une identification au tuteur de développement chez les cadets envers leurs aînés (cas de Didi).

Enfin, le troisième thème a permis d'explorer le passage de l'action lien fraternel à la mentalisation de la souffrance relative à l'alcoolodépendance du parent. En un mot, on observe ainsi des mécanismes psychologiques permettant de partir de la relation que vit l'enfant au sein de sa fratrie à la mentalisation de la souffrance relative à l'alcoolodépendance du parent. Il s'agit essentiellement de l'activité de symbolisation à travers le travail de liaison des différentes représentations de l'alcoolodépendance du parent et celles du parent alcoolodépendant aux différents affects y relatives. Il s'agit également de l'attribution du sens à ce vécu pénible.

En conclusion, ce chapitre nous a permis de présenter et d'analyser les résultats de la présente recherche. Il en ressort que nos participants évoluent dans un environnement familial peu structurant, peu soutenant du fait de l'alcoolodépendance du parent, les soumettant à un fonctionnement qui ne respecte pas sa nature d'enfant. Et que ce même environnement présente des caractéristiques violentes et maltraitantes, occasionnant une souffrance psychique significative. Ces mêmes résultats montrent que ces participants entretiennent un lien fraternel solide, du fait d'une relation avec des interactions harmonieuses, une communication de qualité et surtout un fort sentiment d'appartenance à la fratrie. Ce lien laisse ainsi voir, dans le cadre de la présente étude, deux processus psychiques à la base de l'étayage des participants, leur permettant de développer une capacité d'élaboration de la souffrance psychique inhérente à leur expérience quotidienne. Il s'agit d'une grande capacité d'empathie chez les aînés envers leurs cadets (cas de Jiji et Lili) et d'une identification au tuteur de développement chez les cadets envers leurs aînés (cas de Didi). On observe enfin chez nos participants que ces processus favorisent le travail de mentalisation, à partir du processus de symbolisation permettant l'élargissement de leurs représentations de l'alcool et l'attribution d'autres significations, leur permettant de mieux interpréter leur situation de l'alcoolodépendance du parent, et d'y trouver un sens.

6.2. Application de la théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez à la compréhension des résultats

Cette section nous permettra de lire les résultats de la présente étude à partir de la théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez (2004). À titre de rappel, elle postule que « *Les relations fraternelles remplissent au minimum trois fonctions : une fonction d'attachement, de sécurisation, de ressource ; une fonction de suppléance parentale ; une fonction d'apprentissage des rôles sociaux et cognitifs* » (Meynckens-Fourez, 2004, p. 70). Dans cette étude, cette théorie va s'appliquer à la compréhension.

6.2.1. Application de la théorie du lien fraternel à la compréhension de l'empathie chez l'enfant de parent alcoolodépendant

Les deux des trois fonctions que joue le lien fraternel participent au développement de compétences chez l'enfant évoluant en son sein, telles que l'empathie ou l'autorégulation émotionnelle. En effet, la fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource, tout comme celle de suppléance parentale s'observent dans une fratrie où le lien fraternel est favorable.

6.2.1.1. Fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource, et capacité d'empathie

Les relations fraternelles connaissent différentes formes d'interactions, positives comme négatives. Les interactions négatives participent au processus de différenciation, processus important, avec celui de l'identification, dans construction de l'identité. Quant aux interactions positives, elles se manifestent souvent sous forme d'affection, de soutien ou d'empathie. Car, malgré qu'elles soient souvent conflictuelles comme relevé plus haut, les relations fraternelles prédisposent à l'émergence des habiletés en lien avec l'autorégulation émotionnelle, l'empathie (Meynckens-Fourez, 2004). Elles renforcent ainsi le sentiment d'appartenance. Les frères sentent un lien si fort, renforçant leurs relations, leurs sentiments, leur rapprochement. Ce sentiment d'appartenance contribue donc à développer un lien d'attachement solide. Celui-ci est au service de la rassurance, et donc de sécurisation, de protection. Plus loin, par ce sentiment, les membres de la fratrie se disposent et se disponibilisent les uns les autres pour servir de ressource. C'est pourquoi Meynckens-Fourez (2004) relève que la fratrie joue une fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource.

Dans les faits, l'on observe un lien d'attachement solide entre les membres des différentes fratries auxquelles appartiennent les participants de la présente étude. En effet, évoluant dans un environnement particulièrement hostile, un phénomène s'observe dans chaque

fratrie concernée par cette étude : les membres de la fratrie sont plus proches les uns des autres, ce qui rend compte d'un fort sentiment d'appartenance à la fratrie. Dans ce sens, Jiji justifie ses efforts auprès de ses petits frères en ces termes :

En plus, je suis l'aînée. Je dois faire tout pour que Didi et Martin soient bien. Ce sont mes petits frères. Si moi je ne le fais pas, personne d'autre ne peut le faire à ma place, en tout cas pas comme moi. Ils n'ont pas une autre grande sœur.

Par ce témoignage, on observe un lien d'attachement solide, menant la jeune fille à se dévouer à la protection, à la rassurance et à se constituer personne ressource pour ses jeunes frères. Cette fierté à confesser l'appartenance à sa fratrie ressort également chez les autres participants. Lili par notamment montre le même degré de sentiment d'appartenance. Car, elle considère sa petite sœur comme sa famille, expression à laquelle elle va adjoindre une emphase avec cette restriction absolue : « ma seule famille ». Elle explique : « *Mimi est ma famille. Elle est ma seule sœur, ma seule famille* ». Et elle souligne elle-même la différence avec son cousin protecteur pour qui elle a aussi une grande affection. Elle affirme : « *Je sais que Titi est aussi mon frère, mais c'est mon cousin, c'est pas pareil*. Puis elle explique pourquoi cette différence : « *C'est vrai que je l'aime, il nous défend toujours. Mais Mimi est ma mission sur Terre* ». Elle explique d'ailleurs plus ses motivations en ce sens :

(...) Dieu m'a donné la mission de protéger Mimi. Et quand je la vois, j'ai encore plus de force. Parfois je l'amène jouer, danser, chanter. Oui, on chante souvent elle et moi. Elle aime quand on chante. J'aime aussi. Mémé a dit qu'on va nous inscrire à la chorale de l'église pendant les vacances. J'aime beaucoup Mimi. Quand elle a peur ou quand elle a mal quelque part, elle me dit, parfois elle pleure. Je l'amène souvent avec moi se promener, parfois on parle. Moi-même quand ça ne va pas, je pars souvent dire à Titi. C'est lui qui m'écoute. J'ai confiance en lui.

Les deux cas évoqués ci-dessus (Jiji et Lili) démontrent un grand sentiment d'appartenance à leur fratrie respective. Celui se perçoit surtout à travers leur engagement à toujours protéger, sécuriser leurs petits frères et sœur respectifs. Ce qui témoigne clairement de la fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource que leur fratrie joue. Cette fonction permet ainsi de mieux comprendre la capacité d'empathie qu'elles démontrent vis-à-vis des leurs.

6.2.1.2. Fonction de suppléance parentale et capacité d'empathie

Le lien fraternel, lorsqu'il est bon, peut corriger les manquements du lien parentale. En effet, Meynckens-Fourez (2004) affirme qu'en cas de désorganisation de la fonction conjugale et/ou de celle parentale, le lien fraternel peut constituer la ressource assurant la stabilité et la permanence, pouvant « *assurer pour les enfants une fonction de soutien et préserver l'unité*

familiale d'un émiettement trop important » (Scelles, 2003, cité par Meynckens-Fourez, 2004, p. 71). L'auteur conclut donc en affirmant que la fratrie joue la fonction de suppléance parentale. Or, dans une telle fratrie, on observe, comme décrit ci-dessus, la consolidation du lien fraternel au travers d'interactions harmonieuses, de communication de qualité et surtout du sentiment d'appartenance. Cette consolidation du lien fraternel jumelée à la nécessité née de l'« absence » du parent forgera une capacité d'empathie chez certains membres de la fratrie.

Dans le cas d'espèce, les deux participantes évoquées plus haut étant les aînées de leur fratrie respective, montrent de grands efforts pour la protection des leurs. L'analyse du discours de Jiji fait relever le rôle important qu'elle joue pour garantir la « stabilité » à la fratrie. Elle raconte :

Quand je rentre avec le bois, des fois je vends une partie, et l'argent que j'obtiens, j'achète du riz, ou du manioc, ou quelque chose d'autre pour préparer. Parfois aussi je ne pars pas à l'école, parce que je dois vendre. Maman achète souvent des fruits, et je vais souvent les vendre en route. Il y a des jours où je peux tout vendre et des jours que je ne vends pas beaucoup.

En l'absence de leur mère, c'est elle qui semble pourvoir aux besoins de ses frères. De même, c'est elle qui intervient en cas de nécessité, pour les protéger, comme le ferait leur mère si elle était présente. En l'absence du parent, l'aînée se confronte à une situation qui l'amène à se surpasser pour garantir la stabilité aux siens. C'est ce que Jiji évoque en ces termes :

(...) Mais quand je suis triste, parfois je veux rester seule, je ne veux pas que quelqu'un me parle. Mais je ne mets pas souvent long dans cet état, parce qu'après je dois être là pour mes petits frères. C'est pourquoi je leur parle habituellement, quand ça ne va pas. On se retrouve souvent dans la chambre, on parle, chacun explique ce qui ne va pas, parfois on pleure, et parfois aussi on rit. Et après, on est bien. Et quand je suis en colère, parfois je gronde mes petits frères, et après quand je les vois tristes, ou quand je constate qu'ils ont peur, ça me fait encore mal et je cherche à me ressaisir.

On remarque ici le passage d'un mécanisme rigide parce que systématique dans son fonctionnement et à l'évidence inadéquat (le retrait social) à un autre plus flexible et en adéquation avec le contexte (l'affiliation). Elle est amenée à fournir des efforts plus grands pour garantir la sécurité à ses frères. On remarque des mécanismes similaires dans la fratrie de Lili. En tant qu'aînée, elle veille sur sa sœur cadette. Elle explique :

J'aime beaucoup Mimi. Quand elle a peur ou quand elle a mal quelque part, elle me dit, parfois elle pleure. Je l'amène souvent avec moi se promener, parfois on parle. Moi-même quand ça ne va pas, je pars souvent dire à Titi. C'est lui qui m'écoute. J'ai confiance en lui.

On note à la fin que dans la fratrie où le parent est « absent », par la fonction de suppléance parentale, les enfants parviennent à développer des compétences telles que l'empathie ou l'autorégulation des émotions.

6.2.2. Application de la théorie du lien fraternel sur le mécanisme de l'identification

Les frères et sœurs développent habituellement des relations de proximité. Ceci se comprend davantage par le fait que la fratrie se présente comme un « laboratoire », selon les termes de Meynckens-Fourez (2004). C'est donc un espace qui leur offre l'occasion d'expérimenter différentes relations : rivalité, complémentarité ; identification, différenciation ; etc. (Meynckens-Fourez, 2004). Il leur offre également l'occasion d'expérimenter différentes émotions : amour, haine ; estime, honte. C'est l'apprentissage des rôles sociaux favorisé par certains mécanismes tels que l'identification à la figure de développement, favorisée par la fonction d'apprentissage des rôles sociaux et cognitifs que joue les relations fraternelles.

Dans le cadre de la présente étude, l'analyse du discours du participant Didi permet de relever les éléments en lien avec le mécanisme d'identification évoqué ci-dessus. Parlant de sa sœur il affirme : « *Oui, je les aime. J'aime surtout Jiji. C'est ma grande sœur. Elle est très forte* ». Il parle de son jeune frère en des termes semblables : « *Oui, j'aime aussi Martin parce que c'est mon frère* ». On remarque à son expression la raison de son amour pour eux, par cette circonstancielle de raison « parce que c'est ... ». Il indique par là une raison qui fait accroître son amour vis-à-vis des siens, c'est le sentiment d'appartenir à la même fratrie, c'est parce qu'ils sont frères et sœur. C'est ce qu'on relève ici lorsqu'il relate :

Mais parfois quand maman n'est pas là ou quand elle a bu, c'est Jiji qui nous cherche à manger. Mais parfois elle (Jiji) nous tape. Parfois quand elle nous a avertis, et qu'on recommence, c'est alors là qu'elle se fâche souvent et elle nous tape. Ou bien parfois elle nous dit souvent qu'on va se coucher sans manger. Et quand elle est contente de nous, elle nous encourage, elle nous demande de lui dire si quelqu'un nous a commencé, si quelqu'un nous a fait mal. Et aussi, elle nous apprend beaucoup de chose.

Plus loin, il présente de l'admiration pour sa sœur à qui il s'identifie. C'est ce qui ressort de ces aveux :

(...) C'est ma grande sœur. Elle est très forte. Je veux être comme elle. Maman nous dit souvent que c'est notre mère. Quand un enfant me « comment » (provoque), c'est elle qui vient souvent me défendre. Elle avait tapé le grand frère d'Ali parce que c'est lui qui m'avait « commencé » (provoqué), après il m'avait tapé. Je suis venu, j'ai appelé Jiji, je lui ai dit ce qu'il m'avait fait. Elle l'avait bien « dosé » (tapé) [se met à rire en se couvrant la bouche]. C'est lui qui avait commencé ! Et depuis il ne

me dérange plus. Dès qu'il veut commencer, je lui dis juste que je vais aller dire ça à Jiji, après il me laisse. Même quand un enfant « commence » (provoque) Martin, Jiji le protège aussi. Mais cette année, elle n'est plus dans notre école. Elle est partie au collège. Parfois les enfants nous menacent parce qu'ils savent que notre grande sœur n'est plus là. Des fois je leur dis souvent que je vais aller lui dire, et là eux, ils ont peur. Même quand nous avons faim, c'est Jiji qui nous cherche à manger. Parfois maman nous cherche aussi à manger. Mais parfois quand maman n'est pas là ou quand elle a bu, c'est Jiji qui nous cherche à manger.

Didi voit en sa grande sœur une personne formidable avec des qualités admirables qu'il veut devenir. Il ressort d'ailleurs cela dans son dessin de famille réalisé. Dans ce dessin, sa grande sœur est le personnage qui lui a pris le plus de temps dans la réalisation, elle est celui sur qui il a pris le plus soin pour réaliser, c'est le personnage le plus proche du sien. Et pour lui, c'est elle la plus heureuse parce qu'elle n'a peur de rien, la plus gentille parce qu'elle le protège et lui garde toujours. Et pour finir, c'est la personne qu'il voudrait être.

La grande sœur de Didi veille sur lui, et à travers les soins et la protection qu'elle lui procure, Didi veut devenir comme sa grande sœur. Cette détermination à devenir comme elle lui donne la force de se surpasser et donc de ne pas stagner dans la souffrance inhérente à son quotidien. Il apprend ainsi à faire les choses comme elle, à devenir aussi fort qu'elle, et surtout à s'autoréguler. Sa grande sœur apparaît comme son tuteur de développement. L'identification au tuteur de développement, favorisée par la fonction d'apprentissage des rôles sociaux et cognitifs que joue les relations fraternelles apparaît à la lumière comme le mécanisme permettant Didi à donner un sens à sa situation d'enfant de parent alcoolodépendant.

En clair, la théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez (2004) permet une bonne lecture de nos résultats. L'analyse de nos résultats a fait apparaître le fait que nos participants, pourtant enfants de parent alcoolique ayant évolué dans un environnement peu structurant, peu soutenant, peu contenant et donc insécure, parviennent pourtant à une certaine forme de mentalisation qui leur permet d'élaborer la souffrance psychique signification relative à leur situation. En effet, nous avons pu relever un travail de liaison des affects qui sont les leurs tels que la honte, la culpabilité, la peur, la colère, la tristesse (Jiji, Didi, Lili) et la douleur (Lili), aux représentations notamment de l'alcoolodépendance du parent et du parent alcoolodépendant. Ces résultats confirment donc une certaine mentalisation chez ses enfants. Cette théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez (2004) permet de lire ces résultats et de comprendre que ces participants, face à l'échec des fonctions parentale et conjugale, se sont appuyé sur le lien fraternel de qualité et, grâce à celui-ci, ont pu atteindre des compétences telles que l'empathie (Jiji et Lili) et l'identification au tuteur de développement (Didi). Dans le premier cas

(l'empathie), deux des trois fonctions de cette théorie ont particulièrement été en action, à savoir la fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource, et celle de suppléance parentale, et dans le second cas, la fonction d'apprentissage des rôles sociaux et cognitifs. Cette lecture confirme ainsi le postulat selon lequel le lien fraternel, lorsqu'il est bon, peut corriger les manquements du lien parentale. En d'autres termes, en cas de désorganisation de la fonction conjugale et/ou de celle parentale, le lien fraternel peut constituer la ressource assurant la stabilité et la permanence, pouvant « *assurer pour les enfants une fonction de soutien et préserver l'unité familiale d'un émiettement trop important* » (Scelles, 2003, cité par Meynckens-Fourez, 2004, p. 71).

6.3. Discussion des résultats

Ce travail visait la comprendre du processus de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant au travers du lien fraternel. Autrement dit, elle cherchait à saisir les processus psychiques sur lesquels l'enfant de parent alcoolodépendant s'appuie pour parvenir à la capacité de mentalisation, ainsi que les mécanismes par lesquels il parvient à élaborer sa souffrance. Les résultats nous indiquent qu'en s'appuyant sur un lien fraternel de qualité, l'enfant de parent alcoolodépendant développe un ensemble de compétences, notamment la capacité d'empathie et le mécanisme d'identification au tuteur de développement. Que ces compétences lui permettent d'élargir ses représentations de l'alcoolodépendance du parent et du parent alcoolodépendant, et donc de leur attribuer une signification et de faire ainsi une interprétation de leur situation de l'alcoolodépendance du parent. Il s'observe alors que le sens donné à leur situation, quelle que soit sa nature (positive ou négative), participe à diminuer l'anxiété chez l'enfant.

Dans cette nouvelle section, il s'agira donc de confronter ces résultats de notre étude avec ceux issus des études antérieures. Ceci se fera au travers d'une comparaison qui nous permettra de ressortir aussi bien les convergences que les divergences, le cas échéant, et en tentant de justifier à chaque fois, à la lumière des approches théoriques, méthodologiques et contextuelles les aspects divergents. Cette discussion s'organise autour des points suivants :

6.3.1. Le dysfonctionnement du système familial de l'enfant de parent alcoolodépendant

Dans le cadre de la présente, les résultats montrent nos participants évoluent dans un système familial dysfonctionnel. En effet, l'analyse des discours des participants révèle que les interactions au sein de la famille sont perversies, les enfants occupant des rôles et des responsabilités incombant logiquement aux parents et vice versa. Dans le cas de Jiji par exemple, elle a dû revoir son univers pour l'équilibre de sa famille, cela passant par des soins qu'elle a dû donner non seulement à ses frères, mais aussi et surtout à sa mère. Elle relate :

Parfois je joue aussi quand j'ai le temps. Je vais jouer avec les voisins. Mais c'est rare. Parce que je dois prendre soin de mes petits frères, je dois aussi prendre soin de maman. Parce que, il y a des soirs, quand elle (sa mère) n'est pas rentrée tôt, si la nuit tombe, je dois aller la chercher pour la ramener à la maison. Moi je me dis souvent que si je ne suis pas là quand elle a bu, elle va manquer qui lui faire à manger elle va dormir sans manger. Je n'aime pas voir ma mère souffrir, du coup j'ai le devoir d'être là pour m'occuper d'elle sinon elle va bavarder, et elle va dire qu'on ne l'aime pas. Parfois elle tombe aussi malade, je ne supporte pas.

Dans ce verbatim, on relève la perversion des rôles au sein de la famille de Jiji. Étant l'aînée des enfants, elle doit, en l'absence de la mère, endosser les responsabilités de celle-ci qui consistent à prendre soin de ses enfants. De plus, elle s'arrange à prendre soin, même de la mère elle-même, par « nécessité », pour préserver l'équilibre de la famille malgré les insuffisances de la mère. En même temps, il s'observe que la mère prend la place de celle qui reçoit les soins, tandis que la fille est celle qui procure les soins à sa mère. D'où la perversion des rôles. On observe la même situation dans la famille de Lili. Il lui est arrivé plusieurs fois d'amener sa petite sœur à l'hôpital à la place de son oncle qui devait normalement le faire. Pourtant, à son jeune âge, Lily doit bénéficier des soins de son oncle et non l'inverse. Dans l'un comme dans l'autre cas, On assiste à une sorte de perversion des rôles au sein de la famille. Les parents qui en principe doivent prendre soin de leurs enfants, sont ceux-là, qui reçoivent ces soins de leurs enfants. Ce qui atteste clairement du dysfonctionnement des rôles au sein de la famille.

Ces résultats corroborent ceux de Tamian (2019) qui décrivent le dysfonctionnement de la dynamique familiale au sein de la famille d'un alcoolodépendant. Pour cette auteure, ce dysfonctionnement se manifeste par modification des rôles joués au sein de la famille, ce qui, selon lui, perturbe des hiérarchies intrafamiliales. L'auteur relève que, devant l'abandon du rôle de parent du parent alcoolodépendant, l'enfant est souvent amené, trop tôt, à « assurer ce

manque », en endossant les rôles et responsabilités qui ne lui sont pas logiquement destinés. Ce qui expose indéniablement l'enfant à différentes formes de maltraitance.

6.3.2. Les maltraitances chez l'enfant de parent alcoolodépendant

Les résultats de cette étude montrent aussi que l'enfant vivant dans un environnement familial ayant un parent alcoolodépendant sont exposés à différentes formes de maltraitances. Car, tous nos participants ont révélé avoir subi au moins une forme de maltraitance. Le parent alcoolodépendant présente des moments d'une grande dangerosité, notamment lorsqu'il est en état d'ébriété. En ce moment, il présente des signes de désinhibition le rendant particulièrement redoutable. Nos participants ont chacun décrit des violences physiques. Jiji porte sur elle les stigmates de ces violences, elle relate :

[Elle baisse le visage, puis désigne une longue cicatrice sur le front, près du sourcil gauche] Tu vois cette cicatrice ? C'est un tournevis que maman avait lancé et qui m'avait blessé là. Elle avait bu et comme quand elle boit habituellement elle est très violente, elle peut te balancer n'importe quoi, c'est comme si elle ne se contrôle plus souvent. Elle peut te lancer tout ce qu'elle a en main. Je m'étais mise à crier, j'avais très mal, le sang coulait tellement qu'il avait inondé mon œil, je pensais qu'il était percé.

On retrouve pareilles descriptions dans le récit de Lili. Elle rapporte deux situations de maltraitance physiques évidentes :

Quand il a déjà bu, il est très violent. Il nous tape, il nous gifle, en ce moment il nous tape avec n'importe quoi. Il avait lancé le marteau à ma petite sœur et il l'avait piquée sur le bras. On l'a amenée à l'hôpital vite vite. Le sang avait beaucoup coulé, tonton lui-même avait déjà peur. Aussi, un jour, étant rentré saoul, il avait porté Titi (son propre fils) et l'a dosé au sol. Il ne respirait plus, et comme ma grand-mère était venue nous rendre visite, c'est elle qui l'avait amené à l'hôpital.

À côté des violences physiques, nos participants ont aussi largement décrit celles verbales. La désinhibition du parent sous l'emprise de l'alcool entraîne une grande violence verbale du fait de la difficulté pour lui de passer au tri les mots qu'il sortira à l'encontre de ses enfants. De tels mots participent pourtant à s'attaquer à l'estime de soi de ses enfants. Jiji décrivant sa mère en état d'ébriété relate :

(Long silence. Puis, des larmes se mettent à couler. Je lui propose une pause et lui fais effectuer un exercice de respiration. [...]. Puis quelque temps après...). Parfois c'est très difficile. Dès qu'elle boit, elle devient très pénible. Elle nous gronde, nous insulte, parfois nous poursuit pour nous taper. Et là, tout ce qu'elle trouve, elle peut nous lancer. Mon petit frère a dormi dans la brousse d'à côté une nuit, parce qu'il

avait très peur d'arriver à la maison. Elle l'avait poursuivi et tout en pleurant, il a disparu. Depuis tout petits, nous vivons constamment des scènes comme celles-là.

La fratrie de Lili vit aussi des violences verbales. Même si ces deux premières formes de violences semblent les plus courantes dans le discours de nos participants, ceux-ci décrivent aussi des formes telles que la négligence tant physique qu'émotionnelle ; les abus sexuels. En effet, l'oncle de Lili, pourtant son tuteur, abuse d'elle depuis ses 9 ans. Expliquant la raison de départ de sa tante du foyer de son oncle, elle reconnaît :

[Spontanément] Elle a découvert qu'il me viole souvent [Silence. Puis se mordillant le pouce droit]. Un jour, il avait déjà bu, puis il m'avait fait venir dans sa chambre et ... [beaucoup de gêne et d'hésitation] ... et il s'était mis à me toucher. Et puis il a commencé à me faire mal. Avant j'avais très mal. Je pensais que j'allais mourir [long silence]. Puis il a recommencé, encore et encore. Et un jour tantine l'a trouvé un train de me faire ça. C'est ce jour qu'elle est partie de la maison, elle n'est plus revenue. Moi je ne voulais pas, je lui ai dit que ça me faisait mal, mais lui il n'écoute pas souvent quand il a déjà bu ... [Se met en sanglots]

Ces résultats corroborent la position de Michaud (2001) qui relève que les enfants de parent alcoolodépendant sont exposés à court et à long terme. À court terme, cet auteur affirme que ces enfants sont exposés à la maltraitance et, ajoute-t-il, à ce qu'il nomme la forme « subaiguë » de cette maltraitance : la parentification. À long terme, ces enfants sont exposés à leur tour à l'alcoolodépendance.

Ils corroborent également ceux de Sedlak et al. (2010). En effet, ces auteurs ont mis en exergue la vulnérabilité des enfants dans le contexte de l'alcoolodépendance d'un des parents. Ils soulignent surtout le risque de maltraitements infantiles, et mettent l'accent sur la négligence à la fois physique et psychologique.

6.3.3. Capacité de mentalisation des enfants de parent alcoolodépendant

La présente étude laisse voir la possibilité d'une élaboration psychique auprès de l'enfant de parent alcoolodépendant. En effet, l'on observe celui-ci s'appuyant sur sa fratrie, parvient à élargir, représentations sur l'alcoolodépendance du parent et sur le parent alcoolodépendant. À ce propos, Jiji déclare :

Mais maman c'est ma mère, c'est la femme qui m'a accouché. Des fois son regard m'énerve ça me repousse alors que j'aimerais aller dans ses bras. Je la comprends mais pas tout le temps. Je ne peux pas la juger car c'est ma mère on n'en a pas deux, elle est unique. Elle représente tout pour moi. Elle est parfois difficile, parfois elle énerve même, mais au fond elle nous aime. Tu sais, parfois elle nous amenait visiter des places de la ville. J'aimais ça, elle nous achetait ce qu'on voulait manger. Oui, c'est ma mère. Tu une mère toi-aussi ?

Elle se représente clairement sa mère, en tant que « sa mère », « sa génitrice », « la seule », « celle qui est tout pour elle », « celle qui l'aime malgré tout ». Les autres participant parviennent à des représentations plus ou moins proches de ce niveau de richesse.

Ils parviennent d'ailleurs à élargir les représentations sur leurs affects, sur les différentes émotions intenses qu'ils vivent, notamment la honte, la culpabilité, la tristesse, la colère, la douleur.

Ceci les rend apte l'identification et à l'interprétation de leurs propres états mentaux et de ceux des autres. Aussi parvient-il à reconnaître ses sentiments, ses émotions, ses peurs, ses craintes ainsi que ceux des autres. Ceci permet donc une forme de symbolisation auprès de cet enfant, qui s'opère par la liaison de ces représentations à ces différents affects intenses qu'il vit. C'est ainsi qu'il parvient à la mentalisation la souffrance psychique relative à sa situation d'alcoolodépendance du parent.

La petite Lili montre, dans cet extrait, les différentes opérations d'identification et d'interprétation des états mentaux de son oncle et des siens, puis la régulation de son comportement en fonction du contexte, alors qu'on lui pose la question de savoir si elle peut reconnaître lorsque son oncle a bu :

Pour moi ce n'est même pas difficile de le savoir. Regarde un peu : si tu vois il arrive en sifflotant, c'est qu'il a bu, et il est content. En ce moment, il parle doucement, parfois il ne prononce pas bien les mots. Dès que j'entends ça, j'amène souvent Mimi dans la chambre. Lorsqu'il se fâche, je reconnais cela parce qu'il tremble souvent, il gronde et il dit des mots qui font mal. En ce moment, je préfère souvent juste me taire et obéir, sinon il va me fouetter. Mais quand il est content, parfois il nous appelle de dehors (depuis l'extérieur de la maison). Mais en ce moment aussi, je cherche à ne plus partir dans sa chambre même s'il m'appelle. Je pars rester avec Mémé. Parfois je dis que je suis malade, et Mémé prend soin de moi. C'est toujours quand il est content qu'il m'enferme dans sa chambre pour me faire du mal.

Le petit Didi décrit quant à lui :

Ah, oui ! ma maman quand elle ouvre grand les yeux, quand elle gronde, je sais qu'elle est fâchée. En ce moment, je ne discute plus, et parfois j'ai peur. Parce que parfois elle peut me lancer tout ce qu'elle a en main. Parfois je fuis souvent, parfois je pleure aussi. Mais quand elle me flatte, quand elle m'appelle par mon « Papi » (son petit nom), je sais qu'elle est contente. Et j'aime beaucoup ces moments. Parfois elle nous garde des cadeaux, quand elle arrive à la maison et qu'elle m'appelle comme ça, je sais qu'elle m'a gardé un cadeau. Parfois aussi c'est quand elle veut m'envoyer lui acheter la bière, elle me flatte aussi. Mais lorsqu'elle pleure, ou qu'elle reste couchée toute la journée, je sais qu'elle a mal, parfois elle a très mal, souvent quand elle reste au lit, elle se met à pleurer.

Ces extraits donnent la preuve d'une bonne capacité de mentalisation chez cette enfant. On y perçoit des éléments de la théorie de l'esprit, des éléments de la capacité d'empathie, des éléments de l'autorégulation, des émotions et du comportement.

Ces résultats vont en contradiction avec ceux de Levaque (2006). En effet, celui-ci C'est Lucie relève un défaut de symbolisation caractérisé par une absence des représentations inconscientes chez l'enfant de parents alcoolodépendants. À la place de ces représentations pour lui, l'enfant répétera de manière inconsciente l'élément faisant traumatisme en lui, n'ayant pas la possibilité de le représenter. Cette divergence entre les résultats de cet auteur et les nôtres, par le fait que cet auteur s'est intéressé à une population générale des enfants de parents alcoolodépendants, alors que nous nous sommes intéressés uniquement à ceux de ces enfants étant dans une fratrie ayant un lien fraternel positif. Lui, ne s'étant pas intéressé à la dynamique fraternelle, il s'est intéressé exclusivement à la désorganisation de la fonction parental. Alors que nos données nous manquent que La désorganisation de la fonction parentale ou conjugale peut être corrigée par un lien fraternel solide.

Tableau 5 : récapitulatif des caractéristiques des participants et de leur aptitude à mentaliser la situation d'enfant de parent alcoolodépendant

Participants	Jiji	Didi	Lili
Caractéristiques			
Âge	11 ans	08 ans	11 ans
Sexe	Fille	Garçon	Fille
Rang dans la fratrie	1 ^{ère} /3	2 ^e /3	1 ^{ère} /2
Type de famille	Monoparentale	Monoparentale	Monoparentale
Parent alcoolodépendant	Mère	Mère	Oncle (tuteur)
Tribu	Batié	Batié	Ewondo
Maltraitements subies	-Physiques -Verbales -Négligences	-Physiques -Verbales -Négligences	-Physiques -Verbales -Négligences -Sexuelles -Domestiques
Mécanisme d'appui à la mentalisation	Empathie	Identification au tuteur de développement	Empathie
Mentalisation de la situation de souffrance	Effective	Effective	Effective

6.4. Implications et perspectives

Cette dernière section nous permet d'une part, de présenter les éventuelles retombées de cette étude ; et, d'autre part, d'en évoquer les perspectives.

6.4.1. Implications

L'enfant grandissant dans un foyer ayant un parent alcoolodépendant évolue habituellement dans un environnement familial peu soutenant et peu structurant. Il s'agit d'un environnement caractérisé par un système familial dysfonctionnel (Fitzgerald & Zucker, 2002). Dans ces conditions, ce dernier implique souvent une généralisation de l'alcoolisation de la famille, faisant non plus une seule victime en la personne de l'alcoolodépendant, mais plusieurs, c'est-à-dire tous les membres de la famille (Erice et Levaque, 2010). On les désigne dans ce cas sous le terme de codépendants, en d'autres termes, des membres de la famille qui se dévouent aux soins et stratégies visant à pallier les insuffisances de l'alcoolodépendant pour maintenir l'équilibre familial. Ils le font habituellement aux dépens de leur propre santé (Tamian, 2017). Cette situation de codépendance des enfants d'un tel foyer conduit très souvent à l'attribution de rôles et de responsabilités du parent à l'enfant. Dans ce cas, ce phénomène de parentification tout comme celui de la désinhibition à l'alcool du parent exposent cet enfant à des maltraitance de tout type. C'est un enfant qui évolue dans un environnement traumatogène et donc qui traîne une souffrance psychique significative. Cette souffrance est d'autant plus sévère qu'elle est l'œuvre du parent qui en temps normal représente le premier objet d'amour de l'enfant. De plus, c'est la première personne à la charge de la protection de l'enfant. À la place, il se retrouve être son bourreau.

Dans cette optique, les études portant sur cette question permettent de contribuer à sa compréhension, notamment au processus de mentalisation indispensable pour l'enfant évoluant dans un tel environnement. Ceci pourrait être bénéfique pour le suivi et l'accompagnement psychologique de ces enfants. De manière concrète, cette étude révèle la nécessité de la prise en compte de la dynamique fraternelle de l'enfant maltraité, et de l'enfant de parent alcoolodépendant plus particulièrement, dans le cadre de sa prise en charge. En effet, le fait de prendre en compte la dynamique fraternelle offre une lecture nouvelle et originale pour combler les apories développementales relatives à l'échec de la fonction parentale, ou celui de la fonction conjugale sur l'enfant. Cette prise en compte de la dynamique fraternelle, dans le contexte de maltraitance infantile, à travers l'intervention du lien fraternel, comme nous le montrent les résultats de la présente étude, présente un avantage dans l'efficacité de la prise en charge.

6.4.2. Perspectives

La présente étude visait à comprendre le processus de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant au travers du lien fraternel. Les résultats nous indiquent qu'en s'appuyant sur sa fratrie, l'enfant de parent alcoolodépendant développe un ensemble de compétences, notamment la capacité d'empathie et le mécanisme d'identification au tuteur de développement. Que ces compétences lui permettent d'élargir ses représentations de l'alcoolodépendance du parent et du parent alcoolodépendant, et donc de leur attribuer une signification et de faire ainsi une interprétation de leur situation de l'alcoolodépendance du parent.

En perspective, il serait intéressant et pertinent de continuer à questionner le rôle du lien fraternel dans le processus de mentalisation chez la personne ayant un parent alcoolodépendant, à l'âge adulte. Ceci nous permettra d'étudier les effets à long terme des maltraitances vécues plus jeune. Une telle étude serait davantage intéressante si elle prenait en compte beaucoup d'autres variables pour mieux discriminer la souffrance psychique émanant exclusivement de l'alcoolodépendance du parent, d'une part ; et d'autre part, les processus de mentalisation émanant uniquement du lien fraternel. Une telle discrimination pourrait prendre en compte premièrement le type de famille (recomposée, monoparentale, adoptive, ...), le parent alcoolodépendant (le père, la mère, le tuteur, la tutrice, ...), le cas des deux parents alcoolodépendants.

Conclusion

En somme, le présent chapitre était consacré à l'interprétation et à la discussion des résultats présentés et analysés dans le chapitre précédent. Ils ont été interprétés par la théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez (2004), et discutés à la lumière des travaux antérieurs, notamment ceux de Tamian (2019) sur le dysfonctionnement de la dynamique familial, ceux de Michaud (2001) sur la maltraitance des enfants, ou encore ceux de Sedlak et al. (2010) sur la vulnérabilité des enfants de parent alcoolodépendant. Ce chapitre a également ressorti les implications de ces résultats, ainsi que les perspectives.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La présente étude s'intitule « *Lien fraternel et processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant* ». Elle a été abordée sous l'angle de la psychologie clinique. Il a été question dans cette étude d'interroger la contribution de la dynamique fraternelle dans le travail de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant. C'est pour cette raison que le problème posé par cette étude est celui de la contribution de la dynamique fraternelle dans le travail de mentalisation de l'enfant de parent alcoolodépendant. Dans cette perspective, nous nous sommes posé la question de savoir « *Comment le lien fraternel contribue-t-il au processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant ?* ». En s'appuyant sur l'approche théorique du lien fraternel de Meynckens-Fourez (2004), l'objectif de cette étude était de comprendre le processus de mentalisation chez l'enfant de parent alcoolodépendant à travers le lien fraternel. Pour ce faire, nous avons exploré les travaux scientifiques y afférents dans le but de parcourir ce qui a été déjà fait sur la thématique soulevée.

Nous avons procédé à une revue de littérature tournée essentiellement autour de la notion d'alcoolodépendance, de ses problématiques consubstantielles, ainsi que de ses représentations. Sur la notion d'alcoolodépendance, il a été question de la clarification du concept, partant de son historique, sa définition, son évolution, ses facteurs de risque et ses complications sur la personne alcoolodépendante, notamment ses conséquences sur les plans social, sanitaire, et physique. Et sur la question des retentissements psychologiques de l'alcoolodépendance, nous nous sommes intéressée, dans un premier temps, au dysfonctionnement du système familial au sein de la famille du de l'alcoolodépendant. Après avoir clarifié la notion de système familial, nous avons présenté les différents aspects de son dysfonctionnement dans le cadre de l'alcoolisation de la famille et avons terminé par les fonctionnements de codépendance et de parentification qui en résultent. Dans un second temps, nous avons insisté sur les différentes maltraitements auxquelles l'enfant de parent alcoolodépendant est exposé. Cette investigation nous a ainsi orientée vers les théories qui pouvaient mieux guider notre étude.

La section réservée à l'insertion théorique de cette étude nous a permis d'aborder l'approche théorique de la mentalisation et l'approche conceptionnelle du lien fraternel. Concernant l'approche théorique de la mentalisation, nous nous sommes appuyée sur la notion de mentalisation que nous avons définie puis présenté les principales théorisations, telles que celles de tels que Marty (1991), Debray (2001) ; Fonagy (2001/2004), Bergeret (1990-1991). Ensuite, nous nous sommes intéressée à la relation entre la mentalisation et l'attachement. Sur la question, nous avons clarifié préalablement la notion d'attachement avant

d'en présenter l'influence sur le développement de la mentalisation. Enfin, nous avons présenté le processus de développement de la mentalisation en tenant compte de ses deux aspects que sont le développement normal et celui pathologique. Concernant enfin la conceptualisation du lien fraternel, nous avons présenté la notion de fratrie tout en présentant les quatre types de relation fraternelle. Et finalement nous avons présenté le lien fraternel, d'abord sous l'approche psychanalytique, ensuite sous celle systémique et enfin nous avons terminé en présentant la théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez (2004).

Du point de vue méthodologique, nous avons opté pour l'approche qualitative, notamment la méthode clinique, en nous basant principalement sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie grâce à sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte d'émergence. Suivant nos critères d'inclusion, d'exclusion et de non-inclusion, nous avons fait usage d'un guide d'entretien qui nous a permis de récolter nos données à l'aide de l'entretien semi-directif, et aussi du test de dessin de la famille, grâce à la technique des tests projectifs, réalisé auprès de trois participants : Jiji, âgé de 11 ans ; Didi, âgée de 08 ans et Lili, âgée de 11 ans. Avec chacun des participants, nous avons eu quatre rencontres, une au centre La Vie de Yaoundé, l'autre dans leur domicile respectif. La technique d'analyse nécessaire à l'analyse des résultats a été celle de contenu et spécifiquement l'analyse de contenu thématique.

Il ressort des résultats de cette étude que nos participants évoluent dans un environnement familial peu structurant, peu soutenant du fait de l'alcoolodépendance du parent, les soumettant à un fonctionnement qui ne respecte pas sa nature d'enfant. Et que ce même environnement présente des caractéristiques violentes et maltraitantes, occasionnant une souffrance psychique significative. Ces mêmes résultats montrent que ces participants entretiennent un lien fraternel solide, du fait d'une relation avec des interactions harmonieuses, une communication de qualité et surtout un fort sentiment d'appartenance à la fratrie. Ce lien laisse ainsi voir, dans le cadre de la présente étude, deux processus psychiques à la base de l'étayage des participants, leur permettant de développer une capacité d'élaboration de la souffrance psychique inhérente à leur expérience quotidienne. Il s'agit d'une grande capacité d'empathie chez les aînés envers leurs cadets (cas de Jiji et Lili) et d'une identification au tuteur de développement chez les cadets envers leurs aînés (cas de Didi). On observe enfin chez nos participants que ces processus favorisent le travail de mentalisation, à partir du processus de symbolisation permettant l'élargissement de leurs représentations de l'alcool et l'attribution

d'autres significations, leur permettant de mieux interpréter leur situation de l'alcoolodépendance du parent, et d'y trouver un sens.

Les résultats de cette étude accordent donc une pertinence clinique à notre hypothèse de départ. De la sorte, cette étude relève la nécessité de la prise en compte de la dynamique familiale de l'enfant de parent alcoolodépendant, dans la compréhension de sa situation et dans sa prise en charge.

En perspective, il serait intéressant et pertinent de continuer à questionner le rôle du lien fraternel dans le processus de mentalisation chez la personne ayant un parent alcoolodépendant, à l'âge adulte. Ceci nous permettra d'étudier les effets à long terme des maltraitances vécues plus jeune. Une telle étude serait davantage intéressante si elle prenait en compte beaucoup d'autres variables pour mieux discriminer la souffrance psychique émanant exclusivement de l'alcoolodépendance du parent, d'une part ; et d'autre part, les processus de mentalisation émanant uniquement du lien fraternel. Une telle discrimination pourrait prendre en compte premièrement le type de famille (recomposée, monoparentale, adoptive, ...), le parent alcoolodépendant (le père, la mère, le tuteur, la tutrice, ...), le cas des deux parents alcoolodépendants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allen, J. G. (2013). *Mentalisation dans le développement et le traitement des traumatismes de l'attachement*. Livres Karnac.
- Allen, J. G., Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2008). *La mentalisation dans la pratique clinique*. Éditions psychiatriques américaines, Inc.
- Allen, T. D. (2001). Environnements de travail favorables à la famille : le rôle des perceptions organisationnelles. *Journal du comportement professionnel*, 58(3), 414-435. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2000.1774>.
- American psychiatric association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Elsevier Masson.
- Amin, M. E. (2005). *Social Science Research: Conception, Methodology & Analysis*. Makere University Printed.
- Anaut, M. (2002). Résilience, transmission et élaboration du trauma dans l'écriture des enfances blessées. *Perspectives psy*, 41 (5), 380-388.
- Andersen, E. (1999). *Comprendre les dessins d'enfants*. Chanteclerc.
- Angel, S. (1996). *Des frères et des sœurs : les liens complexes de la fraternité*. Dunod.
- Angers, M. (1992). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Centre éducatif et culturel.
- Audette L.M., Hammond M.S. & Rochester N.K. (2020). Problèmes méthodologiques liés au codage des participants aux études longitudinales psychologiques anonymes. *Educ Psychol Meas*, 80(1), 163-185.
- Audrey Orook, A. & Bilounga, D. (Juillet 2024). *Lutte contre l'Abus et le Trafic illicite des Drogues Intensifier la sensibilisation et encourager les patients dépendants à recourir à des soins appropriés*. Minsante. Consulté le 20 juillet 2024 sur <https://www.minsante.cm/site/?q=en/node/4936>.
- Ayat, S. (2007). *Frères/Sœurs esprit de famille !*. Hachette
- Bacqué, M. F. (2014). Méthodes projectives et mentalisation : formation et recherche en psychologie clinique psychanalytique avec la fiche de dépouillement du TAT de Rosine Debray, *Psychologie clinique et projective* 2014/1(20), 181 -197
- Barbier, J. (2007). Préface. Dans Roegiers, X. *Analyser une action d'éducation ou de formation : Analyser les programmes, les plans et les projets d'éducation ou de formation pour mieux les élaborer, les réaliser et les évaluer* (pp. 11-12). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11, 3829-3834.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155-1166.
- Beattie, M. (1987). *Vaincre la codépendance*. Pocket.
- Bergeret, J. (1991). *Communication personnelle*.
- Bessaoud-Alonso, P. & Romagnoli, R. (2019). La famille comme institution entre pratiques sociales et éducatives. Un dialogue France- Brésil. *Le Sociographe*, 65, XXVI-XXXVII. <https://doi.org/10.3917/graph.065.0090>.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Saint-Germain-du-Puy : Nathan Université.
- Bohleber, W. (2014). Le concept d'intersubjectivité en psychanalyse : une évaluation critique. *L'Année psychanalytique internationale*, 2014, 181-214. <https://doi.org/10.3917/lapsy.141.0181>.
- Bonte, M & Bruckert, M. (2021). Introduction. *Les Cahiers d'Outre-Mer* [En ligne], 283, Janvier-Juin, mis en ligne le 29 novembre 2021, consulté le 07 décembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/com/12730> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/com.12730>.
- Boulze-Launay, I., & Rigaud, A. (2018). Être et avoir un corps dans l'alcoolisme : approche psychopathologique et perspectives cliniques. *Psychotropes*, 24(2), 23-35.

- Boutida, L. (2019). Instruction en famille : une alternative à la forme scolaire ? Une étude de cas. *Spécificités*, 14, 41-53. <https://doi.org/10.3917/spec.014.0041>
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*, vol. 1. *Attachment*. Basic Books. (Trad. fr. : J. Kalmanovitch (1978). *Attachement et perte*, vol. 1. *L'attachement*, Puf).
- Brousse, G. (2023). Chapitre 9. Troubles psychiatriques et alcool. Dans : Grégoire Vitry éd., *Comprendre et soigner les addictions: Avec les approches systémiques* (pp. 101-117). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.vitry.2023.01.0101>.
- Brun, A. (2016). Introduction. Dans : Anne Brun éd., *Aux limites de la symbolisation* (pp. 1-7). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brunr.2016.01.0001>.
- Buisson M. (2003). *La fratrie, creuset de paradoxes*. L'Harmattan.
- Byng-Hall, J. (1995). Créer une base familiale sûre : quelques implications de la théorie de l'attachement pour la thérapie familiale. *Processus familial*, 34(1), 45-58. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00045.x>
- Cabeza, R., & Nyberg, L. (2000). Neural bases of learning and memory: Functional neuroimaging evidence. *Current Opinion in Neurology*, 13, 415-421.
- Cadore, R.J. (1990). Genetics of alcoholism. Dans. Collins, R.L., Leonard, K.E. & Searles, J. (dirs.), *Alcohol and the Family: Research and Clinical Perspectives. The Guilford Substance Abuse Series* (pp. 39-79) Guilford Press.
- Chabot, A., Achim, J. & Terradas, M. (2015). La capacité de mentalisation de l'enfant à travers le jeu et les histoires d'attachement à compléter : perspectives théorique et clinique. *La psychiatrie de l'enfant*, 58, 207-240. <https://doi.org/10.3917/psy.581.0207>.
- Chayer Gélinau, P. & Moreau, F. (2006). *Se guérir d'un parent alcoolique*. Novalis.
- Chraïbi, S., Harrati, S. & Vavassori, D. (2012). Une utilisation originale du dessin de la famille dans l'entretien préliminaire enfant/parent. *Enfances & Psy*, 54, 127-136. <https://doi.org/10.3917/ep.054.0127>.
- Clément, C. & Demont, É. (2021). Chapitre 1. Définition de la psychologie du développement. Dans : , C. Clément & É. Demont (Dir), *Les 23 grandes notions de la psychologie du développement* (pp. 21-26). Paris: Dunod.
- Clément, C. & Demont, É. (2021). Chapitre 14. L'attachement. Dans C. Clément & É. Demont (Dir), *Les 23 grandes notions de la psychologie du développement* (pp. 143-148). Dunod.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. & Sigvardson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cohen, O., & Ronen, T. (1999). Young children's adjustment to their parents' divorce as reflected in their drawings. *Journal of Divorce & Remarriage*, 30, 47-70.
- Conklin, A., Malone, J. & Fowler, J. (2012). Mentalization and the Rorschach. *Rorschachiana*. 33. 189-2013.
- Corman, L. (1985). *Le test du dessin de famille*, Paris, PUF, 5^e édition.
- Croissant, J. (2004). Familles et alcool. et les enfants !: Dépendances des parents et développement des enfants. *Thérapie Familiale*, 25, 543-560. <https://doi.org/10.3917/tf.044.0543>
- Croissant, J. F. (2004). Familles et alcool. et les enfants ! ? *Thérapie Familiale*, 25(4), 543-560. <https://doi.org/10.3917/tf.044.0543>
- Cyrulnik, B. (2002). Préface. Dans : , J. Porcher, *Éleveurs et animaux : réinventer le lien* (pp. XI-XIV). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenante. *Gestalt*, 37(1), 140-153.
- Delage, M. (2007). Attachement et systèmes familiaux. *Thérapie Familiale*, 28(4), 391-414. <https://doi.org/10.3917/tf.074.0391>
- Delage, M. (2012). Résilience et famille. Dans Cyrulnik, B. (dirs.). *Résilience : Connaissances de base* (pp. 97-114). Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.cyrul.2012.01.0097>

- Descombey, J. (1994). *Précis d'alcoologie clinique*. Dunod.
- Descombey, J. (2004). L'humanité des alcooliques : De l'exclusion à la prise en considération de leur humanité. *VST - Vie sociale et traitements*, 3(83), 70-73.
- Duchemin J.-P. (2021). Archéologie d'un rite : les dépôts de monnaies en contexte funéraire entre Seine et Rhin, de la fin de l'Âge du Fer au début du haut Moyen Âge, [Thèse de doctorat, université de Lille].
- Dupont, S. (2022). Introduction. Dans : Sébastien Dupont éd., *Le cycle de vie des familles contemporaines* (pp. 13-17). Érès.
- Dupré La Tour, M. (2002). Le lien : repères théoriques. *Dialogue*, n°(sup> 155), 27-40. <https://doi.org/10.3917/dia.155.0027>.
- Erice, S., & Levaque, C. (2010). Quelles seraient les représentations de la famille pour les enfants de parents alcooliques ? *Thérapie Familiale*, 31(4), 357-370. <https://doi.org/10.3917/tf.104.0357>
- Famularo, R., Stone, K., Barnum, R. & Wharton, R. (1986). Alcoholism and severe child maltreatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 481-485.
- Fernandez, L., & Catteuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Nathan.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People*. Oxford University Press.
- Finkelhor, D. (2008). *Victimisation durant l'enfance : violence, crime et abus dans la vie des jeunes*. Presses de l'Université d'Oxford.
- Fitzgerald, H. E., & Zucker, R. A. (2002). Effets à court et à long terme de l'alcoolisme parental sur les enfants. *Devenir*, 14(2), 169-182. <https://doi.org/10.3917/dev.022.0169>.
- Fonagy P. (1995), « Playing with reality: The development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities », *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 39-45.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2004), « The development of an understanding of self and agency », in Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (eds.), *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, New York: Other Press, pp. 203-251.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Moran G.S., Higgitt A.C. (1991). « The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment », *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy P., Target M. (1997), « Attachment and reflective function: Their role in self-organization », *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fonagy P., Target M. (2000), « Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients ». *International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853-873.
- Fonagy P., Target M. (2007), « Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity », *International Journal of Psychoanalysis*, 88(Pt 4), 917-937.
- Fonagy P., Target M., Ensink K. (2000), *The affect task: Unpublished Measure and Coding Manual*. Anna Freud Center, London.
- Fonagy P., Target M., Steele H., Steele M. (1998), *Reflective Functioning Manual, Version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*, University College London, London.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Ramonville Saint-Agne, Érès.
- Fonkeng Epah, G., Chaffi, C. I. & Bomda, J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales*. Graphicam.
- Forest, D. (2006). Chapitre V. Lacunes et stratégies : de Goldstein au principe du défaut. Dans D. Forest, *Histoire des aphasies* (pp. 243-302). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Fortin, M.- F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e édition). Chenelière éducation.

- Freud, S. (1915). *Pulsions et destins des pulsions* (1^{re} éd.). Payot.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.
- Fuh Suh, B. (2021). *Alcohol Control Policy in Cameroon: A Scoping Review* [Mémoire de master, University of Eastern Finland], https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/25288/urn_nbn_fi_uef-20210728.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Gallois, S., Ambassa, A. & Ramirez Rozzi, F. (2024). Indigenous peoples' health: Culturally grounded evidence from the Baka, Southeastern Cameroon. *Social Science & Medicine*, 350, 1-10.
- Gignoux-Froment, F. & Guivarch, J. (2018). Enfance et violence. *Inflexions*, 37, 199-207. <https://doi.org/10.3917/infle.037.0199>.
- Gillet, C. & Mossé, P. (2009). L'alcoolodépendance : une addiction comme une autre ? *Après-demain*, 10,NF, 14-17. <https://doi.org/10.3917/apdem.010.0014>
- Goodwin, D. (1988). Alcoholism and heredity: A review and a hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 36, 57-62.
- Greene, J., & Haidt, J. (2002). How (and where) does moral judgment work? *Trends in cognitive Sciences*, 6, 517-523.
- Guérin, A., Chagnon, J. & Meilac, C. (2014). Jean-Louis Pédinielli & Hervé Bénony « Psychologie clinique », in EMC 37-032-1-10, 2001. Dans : Jean-Yves Chagnon éd., *40 commentaires de textes en psychologie clinique* (pp. 65-73). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chagn.2014.02.0065>
- Gusnard, D. A., Akbudak, E., Shulman, G. L., et al. (2001). Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: Relation to a default mode of brain function.
- Hatchuel, F. (2005). *Savoir, apprendre, transmettre. Une approche psychanalytique du rapport au savoir*. La Découvert.
- Haxhe, S. (2013). 4. La parentification comme processus. Dans S. Haxhe, *L'enfant parentifié et sa famille* (pp. 91-112). Érès.
- Higdé Ndouba, M. (2022, 19 juillet). Tchad : les enfants de parents alcooliques, des victimes muettes. *Alwihdainfo* consulté le 04 décembre 2023 sur https://www.alwihdainfo.com/Tchad-les-enfants-de-parents-alcooliques-des-victimes-muettes_a115310.html.
- Hugon, P. (2005). La scolarisation et l'éducation : facteurs de croissance ou catalyseurs du développement ? *Mondes en développement*, (132), 13-28. <https://doi.org/10.3917/med.132.0013>.
- Iannaccone, A. & Cattaruzza, E. (2015). Le vécu subjectif dans la recherche en psychologie. *Recherche & formation*, 77-90.
- Innocent, D. H. (2021, 18 mai). Consommation d'alcool : Le Cameroun occupe la 2ème place au classement africain. *Agencepressecamer*. Consulté le 2 novembre 2023 sur <https://agencepressecamertest.com/2021-economie/2021-finances/consommation-d-alcool-le-cameroun-occupe-la-2%C3%A8me-place-au-classement-africain.html>.
- Innocent, D. S. (2021). *Bouteilles boissons alcoolisées*. Agencepressecamertests. Consulté le 21 juillet 2024 sur <https://agencepressecamertest.com/international-3/tag/bouteilles%20boissons%20alcoolis%C3%A9es.html>.
- Institut National de la Statistique. (2015). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5), 2014, Rapport de résultats clés*. Institut National de la Statistique.
- James, L. (2020). Réflexions sur la dépendance et l'addiction. *L'information psychiatrique*, 96, 709-712. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2180>.
- Kamieniecki, H. (1994). *Histoire de la psychosomatique*. Paris : PUF.
- Kellerhals J., Widmer E. (2012). *Familles en Suisse. Les nouveaux liens*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

- Lagadec, M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ?. *Psychotropes*, 22, 11-27. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0011>.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses universitaires de France.
- Lavarde, A. (2008). Chapitre 6. La problématique de recherche. Dans A. Lavarde, *Guide méthodologique de la recherche en psychologie* (pp. 97-116). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.lavar.2008.01.0097>
- Le Run, J., Pelloux, A. & Golse, B. (2014). Introduction. *Enfances & Psy*, 62, 10-15. <https://doi.org/10.3917/ep.062.0010>.
- Lecours, S, & Bouchard M-A (1997). Dimensions of mentalisation : outlining level of psychic transformation, *International Journal of Psychoanalysis*, (78), 855-875.
- L'Écuyer, R. (1987). *L'analyse de contenu : notion et étapes*. In J.-P. Deslauriers (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative*. Québec : Les Presses de l'Université Laval du Québec.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. Québec : Les Presses de l'Université Laval du Québec.
- Lefort, L. (2022). *Le vécu de personnes ayant un parent alcoolique* [Mémoire de master, Université de Liège]. <http://hdl.handle.net/2268.2/14012>.
- Lefrançois, R. (1991). *Dictionnaire de la recherche scientifique*. Éditions Némésis.
- Lejoyeux, M. (2004), Alcoolodépendance, tempérament et personnalité. *Médecine/Sciences*, 20(12), 1140-1144.
- Lenoir, Y. (2012). La recherche collaborative entre recherche-action et recherche partenariale : spécificités et implications pour la recherche en éducation. *Travail et Apprentissages*, 9, 14-40. <https://doi.org/10.3917/ta.009.0014>.
- Levaque, C. (2006). Les fratries d'enfants d'alcoolique et la question de la pulsion. *Cahiers de psychologie clinique*, 27(2), 55-70. <https://doi.org/10.3917/cpc.027.70>
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Majid Ezzati, Jamison, D. T. & Murray, C. J. L. (2006). *Charge mondiale de morbidité et de risque Facteurs*. Oxford University Press.
- Lustin, J.-J. (2004). Clinique Infantile. In J. Bergeret (Ed.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (pp. 244-286). Masson
- Maddock, R. J. (1999). The retrosplenial cortex and emotion: New insights from functional neuroimaging of the human brain. *NeuroScience*, 22, 310-316.
- Maffli, E. (2002). *Codépendance : de la problématique interindividuelle à la responsabilité socio-politique*. ISPA.
- Marc, E., & Picard, D. (2016). Interaction. *Vocabulaire de psychosociologie*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0191>
- Marie N. & Noble F. (2012). Dépendance aux drogues : avancées de la neurobiologie et perspectives thérapeutiques, *La presse médicale*, 41, 12, pp. 1259-1270.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique. Les empêcheurs de tourner en rond*. Masson.
- Maurage, P. (2013). Altérations émotionnelles et interpersonnelles dans l'alcoolodépendance : l'apport des neurosciences. *Revue de neuropsychologie*, 5, 166-178. <https://doi.org/10.1684/nrp.2013.0269>
- Maurage, p., de Timary, Ph., Billieux, J., Collignon, M. & Alexandre Heeren. (2014). Les altérations attentionnelles de la dépendance à l'alcool sont sous-tendues par des déficits de contrôle exécutif spécifiques. *Alcool Clin Exp Res*, 38(7).
- Mayberg, H. S., Liotti, M., Brannan, S. K., et al. (1999). Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: Converging PET findings in depression and normal sadness. *American Journal of Psychiatry*, 156, 675-682.

- Mayer, J. D., Salovey, P. et Caruso, D. (2000). Modèles d'intelligence émotionnelle. Dans R. J. Sternberg (Ed.), *Manuel du renseignement* (pp. 396-420). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511807947.019>.
- Mbassa Menick, D. (2014). L'enfance abandonnée, indicateur d'une psychopathologie sociale inattendue au Cameroun. *Perspectives Psy*, 53, 340-351. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2014534340>.
- McNamee, J. E. & Offord, D. R. (1994). Les enfants de parents alcooliques.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E. & Tuckey, M. (2001). Repenser la sensibilité maternelle : les commentaires des mères sur les processus mentaux des nourrissons prédisent la sécurité de l'attachement à 12 mois. *J Psychiatrie psycholienne de l'enfant*, 42(5) 637-48.
- Menecier, P. (2020). Fiche 6. Substitution alcoolique. Dans : Pascal Menecier éd., *Psychoalcoolologie fondamentale et théorique: 10 fiches pour aborder des notions clés* (pp. 81-90). Paris: In Press. <https://doi.org/10.3917/pres.menec.2020.02.0082>
- Michaud (2001). Les enfants de parents alcooliques. *Carnet PSY* 1(61), 33-35.
- Miguel, L.O. Pereira, P.P. Silveira, M.J. Méchant Influences environnementales précoces sur le développement de la structure et du fonctionnement du cerveau des enfants. (2019). *Dev. Med. Child Neurol.*, 61(10), 1127-1133.
- Mondjeli Mwa Ndjokou & Tedongmo Nzoyem, F. (2023). Alcoolisation ponctuelle importante des parents et santé des enfants au Cameroun : Les pères font-ils la différence ?. *RASEG, La Revue* (24), 51-93
- Moos, R.H. & Billings, A.G. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors*, 7, 155-164.
- Mucchielli, A. (1997). Méthodologie d'une recherche qualitative en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 3(50), 65 – 70.
- Naudin, C., Gatti, V., Kossi Kounou, B., Bagnéken, C-O., Ntjam, M-C., Clément, M-E. & Brodard, F. (2023). Physically Violent Parental Practices: A Cross-Cultural Study in Cameroon, Switzerland, and Togo. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16. 959-971. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00564-8>
- Nguimfack L. (2008) : *Réadaptation des mineurs délinquants placés en institution à l'environnement familial au Cameroun contemporain (Implication des thérapies familiales systémiques*. [Thèse de doctorat en psychologie, Université Charles-De-Gaulle-Lille 3].
- Nguimfack, L. (2016). Psychothérapie des familles camerounaises confrontées à la sorcellerie: Intervention systémique auprès de la famille d'un enfant délinquant. *Thérapie Familiale*, 37, 293-305. <https://doi.org/10.3917/tf.163.0293>.
- Npochinto Moumeni, I. (2021). Plasticité cérébrale : régénération ? réparation ? réorganisation ? ou compensation ? Que savons-nous aujourd'hui ?. *Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*, 21(124). 213-226
- Ntap, E.J. (juillet, 2024). *Au Cameroun, la consommation de drogue est en hausse*. Voaafrrique. Consulté le 20 juillet 2024 sur <https://www.voaafrrique.com/a/au-cameroun-la-consommation-de-drogue-est-en-hausse/7700213.html>.
- Ntone Enyime, F., Wete Kamgueng, E., Ankouane, F., Tzeuton, C. & Biwole Sida, M. (2017). Facteurs Favorisant la Consommation des Boissons Alcoolisées par les Étudiants des Campus Universitaires au Cameroun. *Health Sci. Dis*, 18(3), 63-67.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2012). *Rapport mondial sur les drogues 2012*. Publication des Nations Unies.
- Organisation mondiale de la santé. (1993) *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, 10e édition (cim-10). Masson.

- Organisation mondiale de la santé. (2010). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Bibliothèque de l'OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44485/9789242599930_fre.pdf;jsessionid=6EB0A16EB5B1D711378C2E0945BD6E05?sequence=1.
- Organisation mondiale de la santé. (2013). Activités de l'OMS dans la Région africaine 2012-2013 : Rapport du Directeur régional. Bibliothèque de l'OMS/AFRO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/96577/AFR_RC63_2.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Le rapport 2016 de l'OMS sur l'alcool et la santé*. Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Le rapport 2018 de l'OMS sur l'alcool et la santé*. Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2021). *Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030 pour renforcer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Bibliothèque de l'OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). Troubles mentaux. Who.int. consulté le 20 juillet 2024 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Un%20trouble%20mental%20se%20caract%C3%A9rise,fontionnelles%20dans%20des%20domaines%20importants..>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2024). Alcool. Who.int. consulté le 20 juillet 2024 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
- Pedinielli, J. (2021). *Psychologie Clinique*. EDP Sciences.
- Peille, F. (2005). *Frères et sœurs, chacun cherche sa place*. Hachette Pratique.
- Peille, F. (2005). *La bientraitance de l'enfant en protection sociale*. Armand Colin.
- Pellegrin, C. (1994). *Soigner le malade alcoolique*. Éd. Lamarre.
- Pellegrin, C. (1998). *Soigner le malade alcoolique comprendre pour aider*. Broché.
- Philippe, Frederick. (2016). Au cœur de la mentalisation : la mémoire épisodique et autobiographique. *Revue québécoise de psychologie*. 69-92.
- Picard, E. & de Courcy, S. (2021). Chapitre 1. Définir la dépendance. Dans : , E. Picard & S. de Courcy (Dir), *Addictions et relations de dépendance et codépendance: Guide à l'usage des étudiants et des professionnels* (pp. 19-36). Wavre: Mardaga.
- Pihl, R.O., Peterson, J.B. et Lau, M.A. (1999). A biosocial model of the alcoholaggression relationship, *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, 11, 128-139.
- Pinto, E. & Quertemont, E. (2020). 30. L'alcoolisme se transmet-il de génération en génération ?. Dans : Vincent Seutin éd., *L'alcool en questions: 41 réponses pour démêler le vrai du faux* (pp. 144-147). Wavre: Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.seuti.2020.01.0144>.
- Pivry, S. & Scelles, R. (2018). De l'entretien psychologique à la psychothérapie en institution : le cas d'une adolescente infirme motrice cérébrale. *Bulletin de psychologie*, 555, 691-703. <https://doi.org/10.3917/bupsy.555.0691>.
- Pollock, V.E., Schneider, L.S., Gabrielli, W.F. & Goodwin, D.W. (1987). Sex of parent and offspring in the transmission of alcoholism: A meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 668-673.
- Prévost, C. & Naassila, M. (2022). L'alcoolodépendance féminine. *Sages-Femmes*, 21(1), 26-28, <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2021.11.007>.
- Quoilin, C. & Quertemont, E. (2015). 25. Plus on commence à boire de l'alcool jeune, plus on risque de devenir alcoolique ?. Dans Vincent Seutin éd., *L'alcool en questions* (pp. 122-125). Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.seuti.2015.01.0122>
- Ramoz, N., Gorwood, P. (2018). Aspects génétiques de l'alcoolodépendance. *Presse Médicale*, 47(6) 547-53.

- Reich, T., Edenberg, H.J., Goate, A., Williams, J.T., Rice, J.P. & Van Eerdewegh, P. (1998). Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 81, 207-215.
- Reich, W., Earls, F. & Powell, J. (1988). A comparison of the home and social environments of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *British Journal of Addiction*, 83, 831-839.
- Rey, B. (1996). *Les compétences transversales en question*. ESF.
- Reynaert, C. et al. (2006). « Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36(1), 103-123.
- Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H. & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01>.
- Rigaud, A. (2001). « La psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration psychanalytique », *Alcoologie et addictologie*, 2(3), 142-156.
- Roduit, C. (2006). Frères et sœurs, chacun sa place [mémoire de master, Haute Ecole Ecole Social Valais Gravelone].
- Rosenberg, H. (1993). Prédiction de la consommation contrôlée d'alcool par les alcooliques et les buveurs problématiques. *Bulletin psychologique*, 113(1), 129-139. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.129>
- Rubio-Stipec, M., Bird, H., Canino, G., Bravo, M. & Alegria, M. (1991). Children of alcoholic parents in the community. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 78-88.
- Schuckit, M.A., Irwin, M. & Mahler, H.I. (1990). Tridimensional personality questionnaire scores of sons of alcoholic and non-alcoholic fathers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 481-487.
- Séré de Lanauze, G. & Lallement, J. (2018). Mieux comprendre l'image du consommateur responsable : de la personne idéale aux stéréotypes négatifs. *Décisions Marketing*, 90, 15-34. <https://doi.org/10.7193/DM.090.15.34>
- Sher, K.J. (1991). *Children of Alcoholics, a Critical Appraisal of Theory and Research*. The University of Chicago Press.
- Sinclair, H., Bronckart, J-P. (1972). S.V.O. A linguistic Universal? A Study in developmental psycholinguistics. *Journal of experimental child psychology*, 4, 329-348.
- Steinglass, P. (1976). Expérimentation des approches de traitement familial de l'alcoolisme, 1950-1975 : une revue. *Processus familial*, 15(1), 97-123. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1976.00097.x>
- Steinhausen, H.-C., Gobel, D. & Nestler, V. (1986). Psychopathology in the offspring of alcoholic parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 465-471.
- Tamian, I. (2019). Parentalité et addiction à l'alcool. *Psychotropes*, 25, 61-75. <https://doi.org/10.3917/psyt.254.0061>
- Tassin, J. (2007). Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept. *L'information psychiatrique*, 83, 91-97. <https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0092>.
- Tereno, S. (2021). Chapitre 2. Attachement et psychopathologie développementale. Dans : Joanna Smith éd., *Le GRAND livre des 1000 premiers jours de vie : Développement Trauma Approche thérapeutique* (pp. 19-35). Dunod.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 2(19), 151-188.
- Terradas, M., Achim, J., Domon-Archambault, V. & Guillemette, R. (2019). Souffrances dans les liens parent-enfant : réflexion théorique et clinique sur les pratiques éducatives fondées sur la mentalisation auprès des enfants victimes de maltraitance. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 8, 6-29. <https://doi.org/10.3917/cnmi.191.0006>.

- Theis, A. (2006). Approche psychodynamique de la résilience. [Thèse de doctorat, Université de Nancy 2]. These.fr.
- Tillmans-Ostyn, E., et Meynckens-Fourez, M. (1999). *Les ressources de la fratrie*. Erès.
- Toman, W. (1987). *Constellations fraternelles et structures familiales*. ESF.
- Tsala Tsala J.-P., 1989. De la demande thérapeutique au Cameroun ». *Revue de médecine psychosomatique*, Paris, 19, 109-1024.
- Tsala Tsala, J.-P. (2009). *Familles Africaines en thérapie : clinique de la famille Camerounaise*. L'Harmattan.
- Tsoukatou, A. (2005). Lien fraternel, de la psychanalyse aux mythes et aux systèmes. *Thérapie Familiale*, 26, 55-65. <https://doi.org/10.3917/tf.051.0055>.
- Tsoukatou, A. (2005). Lien fraternel, de la psychanalyse aux mythes et aux systèmes. *Thérapie Familiale*, 26, 55-65. <https://doi.org/10.3917/tf.051.0055>.
- Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. In R. Mayer., F. Ouellet., M.C. SaintJacques., D. Turcotte., & collaborateurs. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaétan Morin.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.vanc.2017.01>
- Vitaro, F., Vachon, J., Wanner, B., Ladouceur, R., Roy, N., Paré, R. & Paré, L. (2005). *Le jeu chez les jeunes: antécédents, corrélats et subséquents*. Rapport de recherche au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, Québec.
- Voisi, P. (2024). *Critères d'inclusion / d'exclusion : comment les déterminer ?*. agencedpc. Consulté le 22 juillet 2024 sur https://www.agencedpc.fr/Crit%C3%A8res-d%E2%80%99inclusion-d%E2%80%99exclusion-comment-les-d%C3%A9terminer?glarity_translate=1.
- Vust, S. (2004). Adolescents face à des parents présentant une consommation d'alcool problématique. *Médecine et hygiène*, 2237-2240. <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS2504/24174>
- Watzlawick, P. (1979). *Une logique de la communication*. Seuil.
- West, D.J. et Farrington, D.P. (1973). *Who Becomes Delinquent?*. Heinemann.
- West, M.O. et Prinz, R.J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 204-218.
- Widmer, Éric D. (1999). *Les relations fraternelles des adolescents*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.widme.1999.01>.
- Winston, J. S., Strange, B. A., O'Doherty, J., et al. (2002). Automatic and intentional brain responses during evaluation of trustworthiness of faces. *Nature Neuroscience*, 5, 277-283.
- Wohl, M. & Gorwood, P. (2016). 8. Vulnérabilité génétique aux addictions. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie* (pp. 87-94). Lavoisier.
- Woodside, A.G., Wilson, E.J. (2003). Case study research methods for theory building. *Journal of Business Industrial Marketing*, 18 (6/7). 493 – 508.

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de collecte des données

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETIARIAT GENERAL

DIRECTION DE L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE

UNITE ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

N°2023/234/ACD/MINSANTE/SG/DHCY/UAF



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL

ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL UNIT

28 NOV 2023
Yaoundé, le

AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNEES

Je soussigné, **Professeur Pierre Joseph FOUDA**,
Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, accorde une
autorisation de collecte des données, sous la supervision du Dr
Marileine KEMME KEMME à **Mme NDADJE FANKAM Zaviera
Carmen**, étudiante-chercheur en Psychopathologie et
Clinique, niveau 2 à l'Université de Yaoundé I sur le thème :
« **Coodépendance de l'enfant de parents alcoolodépendants** ».

L'intéressée est tenue au strict respect du règlement
intérieur de l'Hôpital Central de Yaoundé et s'engage à
déposer un exemplaire dudit mémoire à la Direction dudit
hôpital après correction.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée
pour servir et valoir ce que de droit. /-

Le Directeur,

P. Pierre Joseph Fouda

Annexe 2 : Formulaire de consentement

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
CAMEROON

Paix- Travail – Patrie
UNIVERSITE DE YAOUNDE I



REPUBLIC OF

Peace- Work – Fatherland
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné _____, déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « *Lien fraternel et processus de mentalisation chez enfants de parents alcoolodépendants* ».

Sous la direction du Dr ONDOUA MBENGONO Laura Julienne.

Promoteur : Université de Yaoundé I ;

Investigateur principal : NDADJE FANKAM Zaviera Carmen, étudiante en MASTER.

Objectif : comprendre le vécu de l'enfant de parents alcoolodépendants au travers de la fonction symbolisante.

Engagement du participant : l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des entretiens. L'évaluation se fera en cinq (05) séances, maximum.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigatrice principale, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. À protéger l'intégrité psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté des participants : Le consentement pour poursuivre l'évaluation peut être retiré à tout moment sans donner des raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour la participante.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal. Et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

Bénéfice de l'étude pour le participant : cette étude est faite sans aucun bénéfice direct.

Garantie de confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant les participants pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera aussi anonyme.

Éthique : L'Université de Yaoundé I (promotrice de la recherche) et NDADJE FANKAM Zaviera Carmen (investigatrice principale) s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participantes.

Contact du chercheur :

E-mail : fankamzaviera25@gmail.com,

Tél. (00237) 690126348

Date et Signature du participant (représentant) :

Date et Signature du chercheur :

Annexe 3 : Corpus d'entretien avec Jiji

Renseignements généraux du Participant « Jiji »

Code participant : Participant « Jiji »

Sexe : Fille

Âge : 11 ans

Rang dans la fratrie : 1^{ère}/3 (5^e/7)

Ethnie : Bamiléké

Type de famille : famille monoparentale (mère)

Religion : chrétienne

Membres de la famille : mère, participante et deux petits frères, un père habituellement absent (plus quatre autres enfants de leur mère d'une précédente union mais qui ne vivent pas avec eux)

Niveau scolaire : sixième (6^e)

Responsable : sa mère

Parent alcoolodépendant : sa mère

Entretien avec le Participant « Jiji »

Chercheure : Bonjour « **Jiji** » !

Participant « Jiji » : Bonjour !

Chercheure : Tu te rappelles, je t'avais dit que nous allons parler de quelque chose d'important. Maintenant je veux que nous en parlions, ça te dit ?

Participant « Jiji » : Oui, je veux bien

Chercheure : D'accord, je veux que tu me parle un peu de quelque chose de difficile. Mais si tu ne veux pas en parler maintenant, tu me diras. Mais si tu veux bien, ça va beaucoup m'aider.

Participant « Jiji » : Oui, je veux bien.

Chercheure : Super, tu es une fille gentille. Dis-moi, tu te rappelles ce que tu m'avais dit de maman, qu'elle boit souvent !

Participant « Jiji » : (*Hésite, puis croise les bras*) D'accord. Je dois te dire quoi ?

Chercheure : Merci d'abord d'accepter d'en parler. Je veux que tu me dises comment tu vis cela. Comment ça se passe habituellement en famille, quand elle a bu, et même quand elle n'a pas bu. Comment vous vivez ?

Participant « Jiji » : (*Après un long soupir*) Quelquefois ça se passe bien et des fois ça ne se passe pas bien parfois même ... (marque une longue pause). Des fois même ça se passe mal, mais on est déjà habitué. Quand elle n'a pas bu, elle se réveille toujours la première et nous réveille. On fait nos travaux et on sort [pour aller à l'école]. Mais quand elle boit, elle ne peut pas se réveiller tôt. On se réveille grâce à l'alarme d'une vieille pendule que j'avais réglée et installée dans notre chambre parce qu'on arrivait souvent en retard à l'école quand maman n'avait pas pu nous réveiller à temps. Réveillés, on fait nos travaux puis on part mais une personne doit rester pour s'occuper d'elle à son réveil. Cela veut dire que ma mère quand elle ne boit pas on rit ensemble, on joue, on se fait des câlins. Mais quand elle boit, elle est très désagréable, on n'a même pas envie de rester près d'elle. Tu as juste envie de te cacher. Avant mama buvait tout le temps mais maintenant elle boit encore, mais plus comme avant. Elle le fait surtout lorsqu'elle sort. Mais elle sort aussi chaque fois. Et avant, quand elle buvait c'était grave je peux dire qu'elle devenait même folle car, elle se déshabillait en route, bavardait, disait des choses dures et c'était la honte. Et puis quand elle boit, elle va faire le bruit partout au quartier : elle nous insulte, nous gronde, bavarde encore et encore c'est la catastrophe. En ce moment-là, elle est très nerveuse envers tout le monde.

Chercheuse : Je comprends que c'est difficile pour vous. Mais dis-moi, les voisins, ou même vos tontons, ils ne disent rien à maman ?

Participant « Jiji » : Non, ils ne savent pas que nous vivons comme ça. Des fois quand ils nous posent les questions, on ne leur dit pas toujours la vérité.

Chercheuse : Ah bon ! tu peux me donner un exemple pour lequel vous n'avez pas dit la vérité ?

Participant « Jiji » : (*Elle baisse le visage, puis désigne une longue cicatrice sur le front, près du sourcil gauche*) Tu vois cette cicatrice ? C'est un tournevis que maman avait lancé et qui m'avait blessé là. Elle avait bu et comme quand elle boit habituellement elle est très violente, elle peut te balancer n'importe quoi, c'est comme si elle ne se contrôle plus souvent. Elle peut te lancer tout ce qu'elle a en main. Je m'étais mise à crier, j'avais très mal, le sang coulait tellement qu'il avait inondé mon œil, je pensais qu'il était percé. Mais quand les voisins sont venus pour m'amener à l'hôpital, je leur ai dit que j'étais tombé sur une barre de fer. Je ne voulais pas qu'ils sachent que c'est maman qui m'avait blessé. Et c'est la même chose que je fais chaque fois qu'on me pose des questions sur ce qu'elle a fait.

Chercheure : Je comprends Jiji, c'est vraiment courageux de ta part. mais est-ce que tu peux me dire pourquoi tu fais souvent ça, pourquoi tu ne veux pas qu'on sache que c'est maman qui a posé ces actes ?

Participant « Jiji » : Mais c'est parce que, si je dis la vérité que c'est elle, tout le monde va croire que notre maman est méchante. (*Puis plus calmement et à voix-basse*) Moi je ne veux pas ça, j'aime ma maman, je ne veux pas qu'il lui arrive quelque chose !

Chercheure : Je comprends, c'est toi qui la connais mieux que personne, si tu dis qu'elle n'est pas méchante, elle n'est probablement pas méchante. Mais explique-moi un peu, comme vous vivez seulement vous trois avec votre maman, quand elle a bu, qui s'occupe de vous, comme vous préparer à manger ou d'autres choses dans ce sens ?

Participant « Jiji » : Habituellement c'est moi qui prépare. Nous avons un champ de l'autre côté de la ville. Je vais souvent chercher du bois là-bas, souvent toute seule, mais parfois j'y vais avec Didi [son petit frère cadet].

Chercheure : Mais, Jiji, tu es une jeune fille très courageuse ! Où prends-tu souvent ce que tu vas préparer ?

Participant « Jiji » : Quand je rentre avec le bois, des fois je vends une partie, et l'argent que j'obtiens, j'achète du riz, ou du manioc, ou quelque chose d'autre pour préparer. Parfois aussi je ne pars pas à l'école, parce que je dois vendre. Maman achète souvent des fruits, et je vais souvent les vendre en route. Il y a des jours où je peux tout vendre et des jours que je ne vends pas beaucoup. Mes petits frères sont compréhensifs. Même comme ils me font parfois la tête, surtout quand ils sont fatigués, ils m'aident à faire les travaux. Par exemple, c'est eux qui nettoient souvent le sol, surtout Didi. Parfois ils lavent les assiettes. Mais je me charge de laver tous nos vêtements, parce qu'ils ne peuvent pas encore bien le faire. Tous les travaux qu'ils ne peuvent pas faire, c'est moi qui les fais. Et quand parfois je me rends compte qu'ils sont vraiment fatigués, je fais tout.

Chercheure : Pendant que tu fais tous ces travaux, est-ce que tu parviens aussi souvent à jouer comme les autres enfants ?

Participant « Jiji » : Ah, oui ! parfois je joue aussi quand j'ai le temps. Je vais jouer avec les voisins. Mais c'est rare. Parce que je dois prendre soin de mes petits frères, je dois aussi prendre soin de maman. Parce que, il y a des soirs, quand elle n'est pas rentrée tôt, si la nuit tombe, je dois aller la chercher pour la ramener à la maison. Moi je me dis souvent que si je ne suis pas là quand elle a bu, elle va manquer qui lui faire à manger elle va dormir sans manger. Je n'aime pas voir ma mère souffrir, du coup j'ai le devoir d'être là pour m'occuper d'elle sinon elle va

bavarder, et elle va dire qu'on ne l'aime pas. Parfois elle tombe aussi malade, je ne supporte pas. En plus, je suis l'aînée. Je dois faire tout pour que Didi et Martin soient bien. Ce sont mes petits frères. Si moi je ne le fais pas, personne d'autre ne peut le faire à ma place, en tout cas pas comme moi. Ils n'ont pas une autre grande sœur.

Chercheure : Je vois. Dis-moi, quand tu dis que tu vas la chercher lorsqu'elle n'est pas rentrée tôt, où est-ce que tu pars souvent pour la chercher ?

Participant « Jiji » : Des fois c'est dans un bar où elle boit habituellement, des fois je vais la chercher partout en route.

Chercheure : Je comprends. À présent, dis-moi, est-ce qu'elle est parfois un peu violente avec vous lorsqu'elle a bu ?

Participant « Jiji » : Non, elle ne nous fait pas de mal, elle nous aime. Ma maman n'est pas une mauvaise personne...

Chercheure : Je sais Jiji, je sais qu'elle n'est pas méchante, tu me l'as dit, et moi je te crois. Mais comme je t'ai dit, je veux que tu me dises les choses un peu comme elles sont, c'est comme ça que ce que tu me dis pourra m'aider. Sinon ça ne m'aidera pas. Et puis je t'ai expliqué que je ne dirai à personne tout ce que toi et moi nous dirons aujourd'hui, tu as ma parole.

Participant « Jiji » : *(Long silence. Puis, des larmes se mettent à couler. Je lui propose une pause et lui fais effectuer un exercice de respiration. [...]. Puis quelque temps après...)*. Parfois c'est très difficile. Dès qu'elle boit, elle devient très pénible. Elle nous gronde, nous insulte, parfois nous poursuit pour nous taper. Et là, tout ce qu'elle trouve, elle peut nous lancer. Mon petit frère a dormi dans la brousse d'à côté une nuit, parce qu'il avait très peur d'arriver à la maison. Elle l'avait poursuivi et tout en pleurant, il a disparu. Depuis tout petits, nous vivons constamment des scènes comme celles-là.

Chercheure : Dis-moi Jiji, que ressens-tu souvent dans cette situation ? Au fond de toi comment tu vis souvent cette situation de l'alcoolisme de maman.

Participant « Jiji » : C'est vrai que c'est parfois difficile, mais ça va. Avant je me sentais souvent très triste *(continue avec une voix faible, comme si elle s'adressait à elle-même)*. Je me dis souvent que si maman ne buvait pas, on serait mieux. Parfois j'ai honte quand je suis avec les autres enfants. Parfois aussi je me dis que c'est peut-être à cause de nous qu'elle est comme ça. Surtout à cause de moi. Parfois je veux partir, mais je ne voudrais pas laisser ma mère, et même mes petits frères.

Chercheure : Je comprends. Tu sembles être une enfant très courageuse. C'est formidable. Ta mère a de la chance de t'avoir comme enfant. Est-ce que tu le sais ?

Participant « Jiji » : Est-ce que je sais quoi ?

Chercheure : Est-ce que tu sais que tu es une enfant formidable ?

Participant « Jiji » : (*Hésite un peu, et marmonne*) Maman me le dit souvent. Moi je sais que je suis l'aînée de ma famille. Je dois être courageuse et forte pour mes frères, pour maman et pour moi-même.

Chercheure : Je comprends. Et dis-moi, quand tu vois maman, qu'est-ce qu'elle représente pour toi, pour toi c'est qui.

Participant « Jiji » : Mais maman c'est ma mère, c'est la femme qui m'a accouché. Des fois son regard m'énerve ça me repousse alors que j'aimerais aller dans ses bras. Je la comprends mais pas tout le temps. Je ne peux pas la juger car c'est ma mère on n'en a pas deux, elle est unique. Elle représente tout pour moi. Elle est parfois difficile, parfois elle énerve même, mais au fond elle nous aime. Tu sais, parfois elle nous amenait visiter des places de la ville. J'aimais ça, elle nous achetait ce qu'on voulait manger. Oui, c'est ma mère. Tu une mère toi-aussi ?

Chercheure : Oui j'ai moi aussi une mère. Mais Jiji, rappelle-toi, nous avons dit que je te pose d'abord les questions, on termine puis toi aussi tu pourras me poser les questions que tu veux. Tu te rappelles ?

Participant « Jiji » : Oui, je me rappelle. Je vais te poser les questions après.

Chercheure : Merci, tu es très gentille. Maintenant dis-moi, quand tu entends parler de l'alcool, du fait que les gens arrivent à ne plus pouvoir le résister, qu'est-ce cela te dit ? Pour toi c'est quoi ?

Participant « Jiji » : L'alcool, pour moi c'est quelque chose qui détruit. C'est un mauvais truc, un démon. C'est ce qui a détruit maman. C'est ce qui fait qu'elle soit comme elle est.

Chercheure : Je comprends. Et ta mère, tu sembles vraiment bien la connaître. Dis-moi, peux-tu savoir quand elle est contente ou lorsqu'elle est fâchée ?

Participant « Jiji » : Ah oui ! ma mère lorsqu'elle est fâchée, d'abord elle est tendue, elle froisse la face, sa voix change souvent, elle parle plus vite et elle nous appelle en ce moment par nos noms de famille. En ce moment, elle peut bavarder pendant des heures. Pourtant lorsqu'elle est contente, sa voix est plus posée, là elle nous appelle par de petits noms. Par exemple, moi elle m'appelle souvent Jiji. Et quand elle est triste, elle reste couchée toute la journée, des fois elle pleure.

Chercheure : Tu connais vraiment ta mère ! Et pour tes petits frères, tu sais aussi lorsque ça ne va pas ?

Participant « Jiji » : Oui, Didi [*son frère cadet*] lorsqu'il a peur il se met à pleurer. Lorsqu'il est triste, parfois il pleure aussi, mais c'est pas pareil. Tous les deux sont même comme ça. Mais quand ils sont contents, ils jouent, ils ont faim, ils sont toujours à me demander quelque chose. Nous causons beaucoup lorsque nous allons à l'école. Habituellement c'est en ce moment que nous parlons des choses qui nous dérangent. Des fois aussi c'est lorsque nous allons au champ. Si quelque chose dérange quelqu'un, il me dit. On en parle. Moi aussi, parfois je leur dit si quelque chose me dérange. Des fois aussi nous parlons de choses qui nous arrivent et qui nous font mal lorsqu'on est dans notre chambre. C'est vrai que dans ce cas on parle souvent petit (à voix basse) pour que maman ne nous entende pas.

Chercheure : Je vois. Et toi-même, tu sais quand ça va et quand ça ne va pas ? Tu te connais un peu ?

Participant « Jiji » : Oui, oui. Quand je suis joyeuse, je ris avec tout le monde, je soutiens maman, j'aide mes petits frères, Mais quand je suis triste, parfois je veux rester seule, je ne veux pas que quelqu'un me parle. Mais je ne mets pas souvent long dans cet état, parce qu'après je dois être là pour mes petits frères. C'est pourquoi je leur parle habituellement, quand ça ne va pas. On se retrouve souvent dans la chambre, on parle, chacun explique ce qui ne va pas, parfois on pleure, et parfois aussi on rit. Et après, on est bien. Et quand je suis en colère, parfois je gronde mes petits frères, et après quand je les vois tristes, ou quand je constate qu'ils ont peur, ça me fait encore mal et je cherche à me ressaisir. Même avec ma maman, quand je suis en colère des fois je lui réponds. Et quand je vois qu'elle est triste parce que je lui ai répondu, je suis en colère contre moi-même. À ces moments, je m'enferme souvent dans la chambre quand c'est possible, et dès que je vais mieux, je lui demande les excuses. Et si elle n'a pas pu, elle dit souvent en ce moment que je suis la meilleure fille du monde.

Chercheure : Jiji dis-moi, tu as des amis ?

Participant « Jiji » : Oui, j'ai beaucoup d'amis. Mais parfois je me sens mal quand je vois comment eux ils sont avec leurs parents. Ils sont heureux. Ils ne travaillent pas trop comme moi, ils ont le temps pour jouer... [*baisse les yeux, puis reste silencieuse*].

Chercheure : Je vois. Et quand tu penses à ce que tes petits frères et toi vivez avec votre mère, tu te dis que pourquoi cela vous arrive-t-il ?

Participant « Jiji » : Je ne sais pas, des fois je pense que c'est Dieu qui a voulu que nous vivions cela. Mon maître m'avait dit que cela nous prépare à une vie meilleure.

Chercheure : Je comprends. À présent j'aimerais que tu me parle un peu de tes frères. Par exemple, qu'est-ce qu'ils représentent pour toi ?

Participant « Jiji » : Mes frères c'est ma famille. Ils sont là quand j'ai besoin d'eux. On s'entend bien. Quand maman n'est pas là, ou quand elle a bu et qu'elle est violente avec nous, mes frères et sœurs me donnent beaucoup de force. C'est pour eux que je fais souvent des efforts. Parfois je suis souvent découragée, mais quand je pense que c'est mes frères, les autres les abandonnent, c'est normal, ce ne sont pas leurs frères. Mais moi je suis leur grande sœur. Moi je ne peux pas les abandonner, je dois être forte pour eux.

Chercheure : Merci beaucoup Jiji, tu es une jeune fille formidable !

Annexe 4 : Dépouillement du Dessin de la famille de Jiji

Généralités

- Nom et prénom : Jiji (codé)
- Date de passation : 21/04/2024
- Date de naissance : 15/06/2013
- Age (en année) : 11 ans
- Latéralisation : droitnière
- Lieu d'exécution : Salon
- Temps de réalisation : 22 minutes
- Observation du sujet pendant la passation du test
 - Attitude :
 - Posture : Assise à la table
 - Mouvements : Absence
 - Expressions : Visage serein
 - Regard : Fixé sur son papier
 - Langage (verbalisations) : Écoute attentivement puis se mets au travail, en souriant parfois
- Observation du sujet pendant le déroulement du test
 - Séquence verbale : le dessin s'exécute dans le calme.
 - Séquence non verbale
 - Posture : Assise, penchée sur son travail
 - Mouvements : Mouvements relatifs à l'acte effectué, et au dialogue y relatif
 - Expressions : Visage serein n'exprime rien en particulier
 - Regard : Dirigé sur le dessin
- Composition de la famille dessinée par rapport à la famille réelle (de gauche à droite et de haut en bas)
 - Grand frère
 - Grande sœur
 - Petite sœur
 - Participante (Jiji)
 - Grand-mère
 - Mère
 - Père

Aspect global

- Emplacement
 - Sens de la feuille : Horizontal
 - Répartition : Personnages répartis sur toute la largeur de la feuille
 - Taille des personnages :
 - Dimensions : Mère la plus grande ; tailles proportionnelles aux âges
 - Proportions : Tendance à la diminution de la taille des bras par rapport au tronc
- Tracé
 - Force : Moyenne
 - Qualité (continu ou discontinu, sûr ou hésitant) : discontinu pour la plupart
- Disposition
 - Alignement global des personnages ou non : Personnages les uns après des autres

- Distances sujet-mère et particularités éventuelles : Distance sujet-mère pas très grande
- Classements des personnages :
 - Grand frère
 - Grande sœur
 - Petite sœur
 - Participante (Jiji)
 - Grand-mère
 - Mère
 - Père
- Disposition de chaque personnage
 - Présentation de la silhouette : Debout de face
 - Posture générale : Tendance à se pencher vers la gauche (grande sœur, petite sœur et Jiji elle-même)
 - Mouvement : Déplacement vers la droite, dans un mouvement d'ensemble
 - Position des membres : Bras, doigts et pieds écartés vers le bas, mais pieds du père absents.
- Couleurs : Monochrome (n'a pas reçu les couleurs lors de la passation)

Aspect détaillé

- Expression (prends plus de temps pour faire des détails, cheveux)
 - Concave vers le haut : Tous les personnages sont souriants
 - Ouverte ou fermée : Toutes les bouches sont ouvertes
- Détails corporels : pieds du père absents
- Sexuation : Différentiation sexuelle par les chevelures et le sac à main du sujet
- Contexte : Présent

Aspect clinique

- Valorisations
 - Grand frère dessinée en premier
 - Petit frère plus grand, plus beau mieux coiffer souriant
 - Petit frère le mieux représentée
- Dévalorisations : Aucune
- Identifications : A elle-même.
- Relations entre les personnages : Sujet plus proche de son petit frère
- Verbalisations après le dessin

La participante pense que ses petits frères sont les plus heureux, parce qu'ils jouent toujours et qu'ils ne se soucient de rien. Elle pense que la moins heureuse est sa mère.

Annexe 5 : Corpus d'entretien avec Didi

Renseignements généraux du Participant « Didi »

Code participant : Participant « Didi »

Sexe : Garçon

Âge : 8 ans

Rang dans la fratrie : 2^e/3 (7^e/7)

Ethnie : Bamiléké

Type de famille : famille monoparentale (mère)

Religion : chrétien

Membres de la famille : mère, participante et deux petits frères, un père habituellement absent (plus quatre autres enfants de leur mère d'une précédente union mais qui ne vivent pas avec eux)

Niveau scolaire : Cours préparatoire (CP)

Responsable : sa mère

Parent alcoolodépendant : sa mère

Entretien avec le Participant « Didi »

Chercheure : Bonjour « **Didi** » !

Participant « Didi » : Bonjour !

Chercheure : Tu te souviens, je t'avais dit que nous allons parler de quelque chose d'important. Maintenant je veux que nous en parlions, tu veux bien ?

Participant « Didi » : Oui, je veux bien.

Chercheure : D'accord, je veux que tu me parle un peu de quelque chose de difficile. Mais si tu ne veux pas en parler maintenant, tu me diras. Mais si tu veux bien, ça va beaucoup m'aider.

Participant « Didi » : C'est quoi ?

Chercheure : Tu te rappelles ce que tu m'avais dit de maman, qu'elle boit souvent !

Participant « Didi » : Oui, elle boit souvent la bière. Mais Jiji ne veut pas qu'on en parle.

Chercheure : Jiji ne te reprochera pas. Je lui ai demandé d'en parler avec toi et elle a accepté. Je veux que tu me dises comment tu vis cela. Comment ça se passe habituellement en famille, quand elle a bu, et même quand elle n'a pas bu. Comment vous vivez ?

Participant « Didi » : (*Réfléchit quelques instants*) Bon maman boit beaucoup. Elle boit beaucoup. Mais il y a des jours, elle ne boit pas aussi. Même comme ces jours sont rares.

Maman peut boire tous les jours de la semaine. Et elle devient méchante dès qu'elle boit (*devient tout à coup triste*). Moi j'ai mon ami Ali, sa maman ne boit pas. Même mon ami Stève, même Lida. Parfois ils se moquent de moi. Parfois ils imitent maman et ils se moquent aussi de moi. À l'école quand ma maîtresse parle des parents qui boivent la bière, elle dit toujours comme la maman de Didi. Moi j'aimerais que ma maman ne boive plus. Je veux qu'elle soit comme la maman des autres enfants (*commence à pleurer. Nous interrompons pour quelques minutes. Puis nous le remontons et le remotivons pendant des minutes*).

Chercheuse : Didi, je sais que ce n'est pas facile, mais je te trouve très courageux comme garçon. Parle-moi un peu de ton frère et de ta sœur. Tu les aimes ?

Participant « Didi » : Qui, Jiji et Martin ? Parce que j'ai aussi trois autres grandes sœurs et un grand frère. Ils ne restent pas avec nous, eux ils restent à Douala. Parfois ils viennent nous rendre visite. Mais ils ne viennent pas souvent, ils restent chez leur papa. Mais je les aime, parfois ils nous grondent au téléphone, parfois ils grondent maman et ils lui disent qu'ils ne vont plus venir ici.

Chercheuse : Je comprends. Parle-moi un peu de Jiji et Martin, tu les aimes aussi ?

Participant « Didi » : Oui, je les aime. J'aime surtout Jiji. C'est ma grande sœur. Elle est très forte. Je veux être comme elle. Maman nous dit souvent que c'est notre mère. Quand un enfant me « comment » (provoque), c'est elle qui vient souvent me défendre. Elle avait tapé le grand frère d'Ali parce que c'est lui qui m'avait « commencé » (provoqué), après il m'avait tapé. Je suis venu, j'ai appelé Jiji, je lui ai dit ce qu'il m'avait fait. Elle l'avait bien « dosé » (tapé) [*se met à rire en se couvrant la bouche*]. C'est lui qui avait commencé ! Et depuis il ne me dérange plus. Dès qu'il veut commencer, je lui dis juste que je vais aller dire ça à Jiji, après il me laisse. Même quand un enfant « commence » (provoque) Martin, Jiji le protège aussi. Mais cette année, elle n'est plus dans notre école. Elle est partie au collège. Parfois les enfants nous menacent parce qu'ils savent que notre grande sœur n'est plus là. Des fois je leur dis souvent que je vais aller lui dire, et là eux, ils ont peur. Même quand nous avons faim, c'est Jiji qui nous cherche à manger. Parfois maman nous cherche aussi à manger. Mais parfois quand maman n'est pas là ou quand elle a bu, c'est Jiji qui nous cherche à manger. Mais parfois elle (Jiji) nous tape. Parfois quand elle nous a avertis, et qu'on recommence, c'est alors là qu'elle se fâche souvent et elle nous tape. Ou bien parfois elle nous dit souvent qu'on va se coucher sans manger.

Chercheuse : Et martin alors ! tu l'aime aussi ?

Participant « Didi » : Oui, j'aime aussi Martin parce que c'est mon frère. Mais il pleure trop. Martin aime trop pleurer. Petite chose, il pleure, petite chose, il pleure. Même quand je le touche pas, il se met à pleurer et puis Jiji elle, elle me dit toujours de ne plus déranger l'enfant.

Chercheure : Que représente-t-ils pour toi ? Pour toi, qui sont-ils ? Ont-ils une importance pour toi ?

Participant « Didi » : Oui, beaucoup. Jiji et Martin sont mes frères (*frère et sœur*). Surtout Jiji, elle est comme Batman pour moi. Des fois quand je marche avec les autres enfants, je n'ai pas peur, je sais que s'ils me dérangent, j'appellerai Jiji.

Chercheure : Je comprends, Jiji est vraiment formidable. Mais dis-moi. J'ai compris que Jiji vous cherche à manger, elle vous défend quand quelqu'un vous provoque. Toi tu fais quoi à la maison ?

Participant « Didi » : Moi je fais ce que maman me demande de faire. Et aussi ce que Jiji me demande de faire. Parfois je lave les assiettes, parfois je nettoie le sol, souvent avec Martin. Et quand on va quelque part, comme quand on va à l'école, c'est Jiji qui nous dit comment marcher.

Chercheure : Comment faites-vous souvent, ta sœur, ton frère et toi pour aider maman ?

Participant « Didi » : D'abord quand elle est fâchée, pour qu'elle ne sorte pas boire dans le bar et commencer à mal nous parler là-bas, Jiji nous demande souvent d'aller lui acheter une bouteille de bière pour qu'elle boive à la maison. Parfois aussi, Jiji elle nous dit souvent de ne pas dire que maman boit aux gens de l'extérieur. Elle dit souvent que si on leur dit, ils détesteront notre mère. Et parfois aussi, quand maman a bu, pour que ses amis ne le sachent pas, lorsqu'on demande à la voir ou à lui parler, on répond souvent qu'elle n'est pas là, pour qu'on ne la voit pas dans l'état dans lequel elle est souvent.

Chercheure : Peux-tu me parler des choses qui te font plus mal quand maman a bu !

Participant « Didi » : [*Silence. Baisse le visage puis comme dans un monologue, il marmonne :*] Quand maman bois, elle nous tape, elle nous poursuit parfois en route. Parfois elle nous insulte et tout le monde est courant. Des fois tout le quartier est souvent là, les voisins essaient souvent de nous venir au secours. Et aussi, j'aimerais que maman nous parle souvent calmement, qu'elle joue avec nous, qu'elle nous écoute quand les gens nous font du mal, et qu'ils nous disent que notre maman boit beaucoup. J'ai aussi souvent mal quand, à l'école, la maîtresse prend toujours notre mère en exemple quand il parle des gens qui boivent, des gens alcooliques. Après les autres élèves, ils se moquent souvent de nous [*ferme les yeux et pose les*

mains sur la face, cachant les yeux.... Et après quelques instants, il se ressaisit. Nous recommençons à le motiver].

Chercheure : Je te comprends, tu es très courageux. Je te promets que nous aurons terminé bientôt. À présent, peux-tu me parler de l'alcool ? que représente-t-il pour toi ? Pour toi c'est quoi l'alcool ?

Participant « Didi » : L'alcool c'est aussi comme la bière. C'est pas bon. Quand maman boit ça elle devient méchante. Je ne vais pas boire la bière quand je serai grand, parce que ça rend malade.

Chercheure : Oui, et maman, comment tu la vois ? Quand tu la vois, à quoi penses-tu ?

Participant « Didi » : Ma maman est mon amie. Elle est souvent saoule et devient méchante. Mais elle nous aime, et moi je l'aime aussi beaucoup. Je vais travailler mon argent quand je serai grand, et je vais prendre soin d'elle. Je veux qu'elle soit contente de moi. Je veux aussi qu'elle soit heureuse.

Chercheure : D'accord, tu es un bon garçon, vraiment. Mais dis-moi, ta mère, tu sais souvent quand elle est fâchée, quand elle est contente, quand ça va ou quand ça ne va pas ?

Participant « Didi » : Ah, oui ! ma maman quand elle ouvre grand les yeux, quand elle gronde, je sais qu'elle est fâchée. En ce moment, je ne discute plus, et parfois j'ai peur. Parce que parfois elle peut me lancer tout ce qu'elle a en main. Parfois je fuis souvent, parfois je pleure aussi. Mais quand elle me flatte, quand elle m'appelle par mon « *Papi* » (son petit nom), je sais qu'elle est contente. Et j'aime beaucoup ces moments. Parfois elle nous garde des cadeaux, quand elle arrive à la maison et qu'elle m'appelle comme ça, je sais qu'elle m'a gardé un cadeau. Parfois aussi c'est quand elle veut m'envoyer lui acheter la bière, elle me flatte aussi. Mais lorsqu'elle pleure, ou qu'elle reste couchée toute la journée, je sais qu'elle a mal, parfois elle a très mal, souvent quand elle reste au lit, elle se met à pleurer.

Chercheure : Et Jiji, tu sais quand elle est fâchée ou quand elle est contente ? Comment ça se passe avec elle ?

Participant « Didi » : Quand Jiji est contente, elle rit beaucoup, elle nous fait des blagues, elle nous donne aussi ce qu'on lui demande. Mais quand je n'ai pas lavé le sol ou quand je n'ai pas fait ce qu'elle m'a demandé de faire, elle se fâche. Parfois elle me tape aussi, parfois elle me gronde, mais elle ne tape pas beaucoup Martin. Elle aime beaucoup Martin. Elle le défend toujours. Elle m'aime aussi. Mais elle aime beaucoup Martin. Et parfois elle fait comme maman. Je sais quand elle est fâchée parce que, quand elle est fâchée, elle parle à haute voix. Parfois elle crie. Et moi je fuis souvent dans la chambre. Mais quand elle est

triste, elle ne parle pas. Elle ne nous parle pas. Parfois j'essaie souvent de lui garder, de lui faire de petites surprises pour la faire rire.

Chercheure : Toi tu me semble très intelligent. Tu parviens à comprendre tout ceci. C'est génial. Dis-moi alors, quand tu vois tout ce qui vous arrive à cause de la bière que maman boit, toutes les difficultés que cela vous apporte, à ton avis pourquoi ça vous arrive à vous ?

Participant « Didi » : Je ne sais pas. Jiji dit que nous devons connaître des situations difficiles pour être des hommes forts. Je pense que Martin et moi, nous serons des hommes forts.

Chercheure : Merci beaucoup Didi, tu es un garçon courageux et fort ! Je pense que tu as raison, vous serez des hommes forts.

Annexe 6 : Dépouillement du Dessin de la famille de Didi

Généralités

- Nom et prénom : Didi (codé)
- Date de Passation : 21/04/2024
- Date de naissance : 11/03/2016
- Age (en année) : 08 ans
- Latéralisation : droitier
- Lieu d'exécution : Salon
- Temps de réalisation : 43 minutes
- Observation du sujet pendant la passation du test
 - Attitude :
 - Posture : Assise à la table
 - Mouvements : Concentration
 - Expressions : Visage serein
 - Regard : Fixé sur son papier
 - Langage (verbalisations) : Écoute attentivement pose les questions puis se mets au travail, en souriant parfois
- Observation du sujet pendant le déroulement du test
 - Séquence verbale : plutôt calme tout au long du dessin.
 - Séquence non verbale
 - Posture : Assise, penchée sur son travail
 - Mouvements : Mouvements relatifs à l'acte effectué, et au dialogue y relatif
 - Expressions : Visage serein n'exprime pas beaucoup de chose
 - Regard : Dirigé sur le dessin
- Composition de la famille dessinée par rapport à la famille réelle (de gauche à droite et de haut en bas)
 - Grande sœur
 - Grande sœur
 - Mère
 - Grande sœur
 - Grand frère
 - Grande sœur
 - Patient

Aspect global

- Emplacement
 - Sens de la feuille : Horizontal
 - Répartition : Personnages répartis sur toute la largeur de la feuille
 - Taille des personnages :
 - Dimensions : Mère la plus grande ; tailles proportionnelles aux âges
 - Proportions : Tendance à la diminution de la taille des bras par rapport au tronc
- Tracé
 - Force : Moyenne
 - Qualité (continu ou discontinu, sûr ou hésitant) : discontinu pour la plupart
- Disposition
 - Alignement global des personnages ou non : Personnages les uns après des autres
 - Distances sujet-mère et particularités éventuelles : Distance sujet-mère pas très grande

- Classements des personnages :
 - Grand frère (demi-frère)
 - Grande sœur (demi-sœur)
 - Grande sœur (demi-sœur)
 - Mère
 - Grande sœur
 - Participant « Didi »
 - Petit frère
- Disposition de chaque personnage
 - Présentation de la silhouette : Debout de face
 - Posture générale : Tous très droit
 - Mouvement : Bien placé dans l'ensemble du papier
 - Position des membres : Pour certains les bras sont près du corps pour les autres ils sont collés au corps (le patient le grand frère et la grande sœur qui suit).
- Couleurs : Monochrome (n'a pas reçu les couleurs lors de la passation)

Aspect détaillé

- Expression (prends plus de temps pour faire des détails, cheveux)
 - Concave vers le haut : Tous les personnages sont souriants
 - Ouverte ou fermée : Toutes les bouches sont fermées
- Détails corporels : Tous des cheveux d'autres des bonnets
- Sexuation : Différentiation sexuelle par les chevelures et les bijoux du sujet et de la mère
- Contexte : Absence

Aspect clinique

- Valorisations

Mère dessinée en troisième

Mère la plus grande

Mère la mieux représentée

- Dévalorisations : Se dessine plus petit
- Identifications : Mère : « parce qu'elle est forte et gentille, et parce qu'elle s'occupe très bien de nous »
- Relations entre les personnages : Sujet plus proche de sa 3ème grande sœur et sa mère
- Verbalisations après le dessin
 - Le participant pense que c'est sa grande sœur la plus heureuse car « parce qu'elle est très forte et qu'elle n'a peur de personne.
 - Il pense que sa mère est la plus malheureuse : « parce que le vin la gâte (détruit) et qu'elle pleure souvent ».
 - Il dit que sa grande sœur est la plus gentille, parce elle les défend et les protège toujours. Que c'est elle qui les nourrit aussi.
 - Il dit que son petit frère est le moins gentil parce qu'« il pleure même quand je ne lui ai rien fait et ma grande sœur, elle, elle me gronde toujours. Parfois il fait quelque chose après il dit que c'est pas lui... ».
 - Il dit passer le plus de temps avec sa grande sœur parce que « c'est elle qui nous protège toujours à la maison et à l'école. Et c'est elle qui s'occupe de nous ».
 - Il dit qu'il aimerait être comme sa grande sœur, courageux et fort comme elle.

Annexe 7 : Corpus d'entretien avec Lili

Renseignements généraux de la Participante « Lili »

Code participant : Participant « Lili »

Sexe : Garçon

Âge : 11 ans

Rang dans la fratrie : 1^{ère}/2

Ethnie : Ewondo

Type de famille : grande famille (père)

Religion : chrétienne

Membres de la famille : grand-mère, oncle paternel, grand cousin, participante et sa petite sœur.

Niveau scolaire : Cours Moyen 2^e année (CM2)

Responsable : son oncle paternel (parents décédés)

Parent alcoolodépendant : l'oncle paternel (leur responsable)

Entretien avec le Participant « Lili »

Chercheuse : Bonjour « **Lili** » !

Participant « Lili » : Bonjour Madame

Chercheuse : N'oublie pas, je t'ai dit que peux m'appeler simplement Zaviera.

Participant « Lili » : D'accord, bonjour Zaviera [*Toute souriante !*].

Chercheuse : Merci. Alors, tu te souviens, je t'avais dit que nous allons parler de quelque chose d'important. Maintenant je veux que nous en parlions, tu veux bien ?

Participant « Lili » : Oui, oui.

Chercheuse : D'accord, je veux que tu me parle un peu de quelque chose de difficile. Mais si tu ne veux pas en parler maintenant, tu me diras aussi. Tu te rappelles ce que tu m'avais dit de tonton, qu'il boit souvent ! Comment ça se passe, boit-il tout le temps ? Tu peux m'en parler ?

Participant « Lili » : [*Hésite un peu, puis se décide, pas très décidée...*] Oui..., oui il boit, il boit beaucoup, et il change souvent quand il a bu. Tu sais, chaque soir quand il rentre à la maison, il est saoul. Lui il n'a pas d'occasion. Avant je pensais qu'il travaillait aux Brasseries, et qu'il buvait donc chaque soir en rentrant.

Chercheuse : Oui, dis-moi, comment ça se passe quand il a bu ?

Participant « Lili » : Tonton, quand il a bu, il change. Quand il n'a pas bu, il est différent. Il est calme. Il ne parle pas beaucoup. Il fait peur, mais il n'est pas méchant. Il s'occupe de nous

comme ses enfants. C'est lui qui s'occupe de ma petite sœur et moi, depuis que nous sommes petites. Mais quand il a bu, il parle beaucoup, parfois il rit beaucoup, parfois il se fâche aussi. Mais il ne rit pas, il ne se fâche pas, quand il n'a pas bu. Il est très sérieux.

Chercheure : Je vois. Dis-moi. Comment vous vivez les moments pendant lesquels il est saoul, c'est-à-dire lorsqu'il a bu ?

Participant « Lili » : [*Silence... se sert les mains, et reprend son souffle*] C'est difficile. C'est très difficile. [*Long silence*] Quand il a bu, il nous dit des choses qui font mal, il nous maltraite, et parfois quand quelqu'un veut lui dire quelque chose, il se fâche encore plus. Parfois il veut bagarrer avec la personne. Par exemple, notre voisin où nous restions d'abord lui avait dit qu'il nous traite comme ça parce que nous ne sommes pas ses enfants. Il avait bagarré avec lui. Après il nous avait « traité » (puni sévèrement), parce qu'il disait qu'on a dit au tonton là qu'il n'est pas notre père.

Chercheure : Je comprends. Mais quand tu dis que c'est difficile quand il a bu, je ne comprends pas exactement. Peux-tu me dire les choses qu'il vous fait souvent ?

Participant « Lili » : Quand il a déjà bu, il est très violent. Il nous tape, il nous gifle, en ce moment il nous tape avec n'importe quoi. Il avait lancé le marteau à ma petite sœur et il l'avait piquée sur le bras. On l'a amenée à l'hôpital vite vite. Le sang avait beaucoup coulé, tonton lui-même avait déjà peur. Aussi, un jour, étant rentré saoul, il avait porté Titi (son propre fils) et l'a dosé au sol. Il ne respirait plus, et comme ma grand-mère était venue nous rendre visite, c'est elle qui l'avait amené à l'hôpital. C'est ce jour que Mémé (sa grand-mère paternelle) avait décidé de venir rester avec nous. Depuis qu'elle est là, ce n'est plus trop comme avant. Parfois il nous gronde, il nous insulte, il nous dit des choses qui font mal. Parfois même les autres enfants se moquent de nous. Et quand tantine (la copine de son oncle) venait encore à la maison, ils faisaient les problèmes tout le temps, et nous, on ne pouvait pas dormir. Quand ils commençaient, nous étions à l'écoute parce que parfois ils arrivaient dans notre chambre, ils saccageaient tout. Et nous, on était seulement en train de courir, parfois dans la nuit. Parfois tantine partait nous cacher chez les voisins. Elle nous sauvait (protégeait) souvent.

Chercheure : Et tantine, pourquoi elle n'est plus là ?

Participant « Lili » : Elle est partie depuis, elle n'est plus revenue. Elle ne vient même par nous voir. Tonton nous interdit d'aller chez elle. Mais Titi (son fils) va souvent la voir, c'est sa mère. Parfois elle nous envoie les choses. Tu sais, tu es gentille comme tantine. Je l'aime beaucoup, et elle me manque parfois.

Chercheure : Dis-moi, pourquoi est-elle partie ? Est-ce qu'il y a eu un problème ?

Participant « Lili » : [*Long silence... devient tout à coup triste*]

Chercheuse : Tu sais, si tu ne veux pas parler de ça... [*elle m'interrompt*]

Participant « Lili » : ... parce qu'elle a découvert ce qu'il me faisait [*puis silence à nouveau. Laisse couler des larmes. Puis les essuie précipitamment*].

Chercheuse : Écoute, Lili, si tu ne veux pas en parler, je comprends. Tu me diras quand tu le voudras. Mais sache que tu es une enfant formidable. Si quelqu'un te fait du mal, alors la personne est méchante.

Participant « Lili » : Si je t'explique, tu ne diras rien de ça ? Tu me promets encore ?

Chercheuse : Oui, je te promets

Participant « Lili » : [*Spontanément*] Elle a découvert qu'il me viole souvent [*Silence. Puis se mordillant le pouce droit*]. Un jour, il avait déjà bu, puis il m'avait fait venir dans sa chambre et ... [*beaucoup de gêne et d'hésitation*] ... et il s'était mis à me toucher. Et puis il a commencé à me faire mal. Avant j'avais très mal. Je pensais que j'allais mourir [*long silence*]. Puis il a recommencé, encore et encore. Et un jour tantine l'a trouvé un train de me faire ça. C'est ce jour qu'elle est partie de la maison, elle n'est plus revenue. Moi je ne voulais pas, je lui ai dit que ça me faisait mal, mais lui il n'écoute pas souvent quand il a déjà bu ... [*Se met en sanglots*]

Chercheuse : [*Interruption. Nous l'apaisons d'abord, ensuite nous nous remettons à la motiver*] Tu as parlé de ça à quelqu'un ?

Participant « Lili » : Non.

Chercheuse : Dis-moi, pourquoi tu n'as rien dit, et puis, est-ce qu'il continue à te faire ça ? Dis-moi un peu plus, stp.

Participant « Lili » : [*Hésite... puis lâche*] Je ne veux pas parler de ça. [*Silence*] Et puis, les gens vont nous regarder comme si on était une famille bizarre. Et puis un jour il m'a dit que si j'en parle ou que si je refuse, il fera aussi ça à Mimi (sa petite sœur). Je ne veux pas qu'il touche ma petite sœur.

Chercheuse : Et même à Mémé, tu n'as pas dit ?

Participant « Lili » : Mémé le sait. C'est tantine qui lui avait dit. Elle a appelé quelques personnes de la famille. Il avait dit qu'il n'allait plus commencer. C'est ce que Mémé m'avait dit. Parce que, quand ils avaient parlé de ça, je n'étais pas là, c'est Mémé qui m'avait dit. Mais elle ne sait pas qu'il continue [*Baisse soudainement la tête*].

Chercheuse : Je comprends que tout ceci est difficile pour toi. Dis-moi. Que ressens-tu envers tout ce que ton oncle vous fait subir quand il a bu ?

Participant « Lili » : J'ai très mal. Quand tonton a bu et qu'il nous gronde, il crie sur nous et les autres enfants se moquent de nous. Souvent j'ai honte. Souvent aussi je suis triste, là je ne

parle à personne. Il y a aussi des moments où je suis fâchée, quand on se moque de nous. Mais habituellement je pleure dans la nuit. Surtout quand mon oncle me fait ce qu'il fait souvent. Mais ça c'était avant. Mémé nous dit souvent que nous sommes protégées, ma sœur et moi. Que papa et maman veillent sur nous, de là où ils sont là-haut. Elle nous dit souvent que Dieu leur a donné la mission de nous protéger. Que rien de grave ne peut nous arriver. Après elle me dit souvent que Dieu m'a donné la mission de protéger Mimi. Et quand je la vois, j'ai encore plus de force. Parfois je l'amène jouer, danser, chanter. Oui, on chante souvent elle et moi. Elle aime quand on chante. J'aime aussi. Mémé a dit qu'on va nous inscrire à la chorale de l'église pendant les vacances. J'aime beaucoup Mimi. Quand elle a peur ou quand elle a mal quelque part, elle me dit, parfois elle pleure. Je l'amène souvent avec moi se promener, parfois on parle. Moi-même quand ça ne va pas, je pars souvent dire à Titi. C'est lui qui m'écoute. J'ai confiance en lui.

Chercheuse : Je vois, c'est super alors. Est-ce que ton oncle bois l'alcool tout le temps ou alors est-ce que c'est à certains moments, à certaines occasions qu'il le fait ?

Participant « Lili » : Il fait souvent, il peut faire deux jours, ou trois jours, parfois une semaine, sans boire. Mais parfois c'est chaque jour.

Chercheuse : Je vois. Est-ce que tu arrives souvent à reconnaître quand il a bu, quand il est content, quand il est fâché, quand il va vous déranger ?

Participant « Lili » : Pour moi ce n'est même pas difficile de le savoir. Regarde un peu : si tu vois il arrive en sifflotant, c'est qu'il a bu, et il est content. En ce moment, il parle doucement, parfois il ne prononce pas bien les mots. Dès que j'entends ça, j'amène souvent Mimi dans la chambre. Lorsqu'il se fâche, je reconnais cela parce qu'il tremble souvent, il gronde et il dit des mots qui font mal. En ce moment, je préfère souvent juste me taire et obéir, sinon il va me fouetter. Mais quand il est content, parfois il nous appelle de dehors (depuis l'extérieur de la maison). Mais en ce moment aussi, je cherche à ne plus partir dans sa chambre même s'il m'appelle. Je pars rester avec Mémé. Parfois je dis que je suis malade, et Mémé prend soin de moi. C'est toujours quand il est content qu'il m'enferme dans sa chambre pour me faire du mal.

Chercheuse : Je vois. Dis-moi, quand vous ton oncle n'est pas à la maison, qui veille sur la bonne marche des activités, qui vous protège, et qui s'occupe de vous quand quelqu'un de vous tombe malade ? Tu veux bien m'en parler ?

Participant « Lili » : Nous-mêmes on s'occupe de nous-mêmes. Par exemple, quand grand-mère n'était pas encore là, c'est Titi qui nous amenait souvent à l'hôpital quand ça ne va pas. Parfois c'est moi-même qui cherchais ce qu'on devait manger, c'est moi-même qui préparait

et pour les problèmes de santé de Mimi, c'est moi-même qui m'en occupe souvent. Mais depuis que Mémé est là, c'est elle qui nous indique comment préparer, et parfois c'est elle qui met de l'ordre à la maison.

Chercheure : D'accord, je comprends. Maintenant dis-moi, Tonton représente qui pour toi ? quand tu le vois, quand tu penses à lui, à quoi penses-tu, qu'est-ce qu'il représente pour toi ? Tu peux m'en parler ?

Participant « Lili » : [Hésite...] Il est méchant [silence... puis :] j'ai peur de lui. [Longue inspiration !] je sais que c'est le frère de mon père, mais mon père ne pouvait pas me faire les choses qu'il me fait. C'est vrai que c'est quand il boit qu'il devient comme ça.

Chercheure : Ah, je vois ! pour toi, qu'est-ce que l'alcool représente alors ?

Participant « Lili » : L'alcool c'est le diable. C'est ce qui vous rend méchant. C'est le démon. Je n'aime pas l'alcool. Moi quand les gens vont prendre l'alcool, j'ai pas envie qu'il prennent ça, parce que je sais qu'il va les détruire.

Chercheure : Je comprends. Dis-moi, qu'est-ce que Mimi représente pour toi ?

Participant « Lili » : Mimi est ma famille. Elle est ma seule sœur, ma seule famille. Je sais que Titi est aussi mon frère, mais c'est mon cousin, c'est pas pareil. C'est vrai que je l'aime, il nous défend toujours. Mais Mimi est ma mission sur Terre. Je sais que mes parents nous gardent, parce que c'est la mission que Dieu leur a donnée, à mon tour, ma mission c'est Mimi. Je sais qu'elle m'aime aussi beaucoup.

Chercheure : Comment ça se passe souvent entre Mimi et toi ? Comment sont tes relations avec elle ?

Participant « Lili » : J'aime beaucoup Mimi, elle aussi elle m'aime. On est toujours ensemble, et quand elle a peur, quand quelqu'un lui a fait quelque chose, elle vient toujours me dire. Parfois aussi, je la gronde, et elle se met souvent à pleurer. Ça c'est quand elle a fait quelque chose de grave. Mais je ne la gronde pas beaucoup.

Chercheure : Merci beaucoup Lili, tu es une fille courageuse et forte ! Sois toujours aussi forte pour toi-même et pour ta petite sœur.

Annexe 8 : Dépouillement du Dessin de la famille de Lili

Généralités

- Nom et prénom : Lili (codé)
- Date de passation : 21/04/2024
- Date de naissance : 16/02/2013
- Age (en année) : 11 ans
- Latéralisation : droitière
- Lieu d'exécution : Salon
- Temps de réalisation : 18 minutes
- Observation du sujet pendant la passation du test
 - Attitude :
 - Posture : Assise à la table
 - Mouvements : Excitée
 - Expressions : Visage souriant
 - Regard : dirigé vers l'examineur et son dessin
 - Langage (verbalisations) : Se montre curieuse
- Observation du sujet pendant le déroulement du test
 - Séquence verbale : Ne parle pas reste concentré sur son objectif.
 - Séquence non verbale
 - Posture : Assise, penchée sur son travail
 - Mouvements : Mouvements relatifs à l'acte effectué, et au dialogue y relatif
 - Expressions : Visage détendu, souriant
 - Regard : Dirigé sur le dessin, et de temps à autre sur l'évaluateur
- Composition de la famille dessinée par rapport à la famille réelle (de gauche à droite et de haut en bas)
 - Participante (Lili)
 - Grande sœur
 - Grand cousin

Aspect global

- Emplacement
 - Sens de la feuille : Horizontal
 - Répartition : Personnages répartis sur toute la largeur de la feuille
 - Taille des personnages :
 - Dimensions : le grand cousin le plus grand, tailles proportionnelles aux âges
 - Proportions : Tendance à la diminution de la taille des bras par rapport au tronc
- Tracé
 - Force : Moyenne
 - Qualité (continu ou discontinu, sûr ou hésitant) : continu, sûr
- Disposition
 - Alignement global des personnages ou non : Personnages les uns après des autres
- Classements des personnages :
 - Participante (Lili)
 - Grande sœur
 - Grand cousin
- Disposition de chaque personnage
 - Présentation de la silhouette : Debout de face
 - Posture générale : tout droit

- Mouvement : Déplacement vers la gauche, dans un mouvement d'ensemble
- Position des membres : Bras, doigts et pied écartés vers le bas.
- Couleurs : Monochrome (n'a pas reçu les couleurs lors de la passation)

Aspect détaillé

- Expression (prends plus de temps pour faire des détails, cheveux)
 - Concave vers le haut : Tous les personnages sont souriants
 - Ouverte ou fermée : Toutes les bouches sont fermées
- Détails corporels : les bras en un trait
- Sexuation : Différentiation sexuelle par les chevelures
- Contexte : Absent

Aspect clinique

- Valorisations
 - Elle-même dessinée en premier
 - Grand cousin plus grand
 - Petite sœur le mieux représentée
- Dévalorisations : Aucune
- Identifications : A elle-même.
- Relations entre les personnages : Sujet plus proche de sa petite sœur
- Verbalisations après le dessin
 - La participante affirme que son cousin est le plus gentil, parce qu'il leur garde toujours et qu'il les protège aussi
 - Elle déclare que personne n'est le moins gentil.
 - Elle pense que sa petite sœur est la plus heureuse parce qu'elle l'a elle, pour la protéger.
 - Elle pense qu'elle est la moins heureuse parce que son oncle abuse d'elle et qu'elle a souvent très mal.
 - Elle dit passer plus de temps avec sa petite sœur, parce que celle-ci est sa mission sur terre, qu'elle doit veiller sur elle.

TABLE DE MATIÈRES

DÉDICACE	i
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	6
Introduction.....	7
1.1. Contexte et justification.....	7
1.1.1. Constat empirique	7
1.1.2. Constat théorique	11
1.1.2.1. La notion de dépendance	11
1.1.2.2. La dépendance à une substance	12
1.1.2.3. Sur l'alcoolodépendance.....	12
1.1.2.4. Sur les enfants de parents alcoolodépendants.....	14
1.2. Position et formulation du problème	16
1.3. Question de recherche	22
1.4. Hypothèse de l'étude.....	22
1.5. Objectif de l'étude.....	23
1.6. Intérêts de l'étude.....	23
1.6.1. Le plan scientifique.....	23
1.6.2. Le plan clinique.....	23
1.6.3. Le plan socioculturel	24
1.7. Clarification des concepts	24
1.7.1. Processus de mentalisation	25
1.7.2. Enfant de parents alcoolodépendants	25
1.7.2.1. Lien fraternel	26
Conclusion	26

CHAPITRE 2 : ALCOOLODÉPENDANCE ET CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES SUR L'ENFANT	28
Introduction.....	29
2.1. Alcoolodépendance	29
2.1.1. <i>Notion d'alcoolodépendance</i>	29
2.1.1.1. Historique de la notion d'addiction à l'alcool	29
2.1.1.2. Définition du concept d'alcoolodépendance	30
2.1.1.3. Évolution du concept d'alcoolodépendance	30
2.1.1.4. Facteurs de risque de l'alcoolodépendance	31
2.1.1.4.1. <i>Les femmes sont plus touchées</i>	32
2.1.1.4.2. <i>L'âge auquel débute la consommation</i>	32
2.1.1.4.3. <i>Les facteurs génétiques</i>	32
2.1.1.4.4. <i>Les facteurs socio-économiques</i>	33
2.1.1.4.5. <i>Les facteurs culturels</i>	33
2.1.1.4.6. <i>Les troubles psychiques</i>	34
2.1.1.5. Complications de l'alcoolodépendance	35
2.1.1.5.1. <i>Les conséquences sociales de l'alcoolodépendance</i>	35
2.1.1.5.2. <i>Les conséquences de l'alcoolodépendance sur la santé</i>	36
2.1.1.5.3. <i>Les autres conséquences physiques de l'alcoolodépendance</i>	37
2.1.2. <i>Approche psychopathologique de l'alcoolodépendance</i>	38
2.1.3. <i>Approche nosographique de l'alcoolodépendance</i>	39
Critères diagnostiques du DSM-5.....	40
<i>Troubles de l'usage d'une substance</i>	40
<i>Troubles induits par une substance</i>	41
Critères diagnostiques de la CIM-10	43
2.2. Conséquences psychologiques de l'alcoolodépendance sur les descendants.....	44
2.2.1. <i>Dysfonctionnement du système familial</i>	44
2.2.1.1. Système familial : définition et fonction	44
2.2.1.2. Système familial et alcoolodépendance.....	45
2.2.1.3. Codépendance.....	46
2.2.2. <i>Difficultés de l'enfant de parent alcoolodépendant</i>	49
2.2.2.1. Notion d'enfance	49
2.2.2.2. Notion de développement de l'enfant.....	49

2.2.2.3. Maltraitance et alcoolodépendance	54
Conclusion	56
CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE	57
Introduction.....	58
3.1. Approche théorique de la mentalisation	58
3.1.1. Notion de mentalisation	58
3.1.1.1. Définition	58
3.1.1.2. Différents apports sur la notion de mentalisation	59
3.1.1.2.1. La mentalisation selon Peter Fonagy	59
3.1.1.2.2. La mentalisation selon Pierre Marty	60
3.1.1.2.3. La mentalisation selon Rosine Debray	61
3.1.1.2.4. La mentalisation selon Jean Bergeret	62
3.1.2. Mentalisation et attachement	64
3.1.2.1. Notion d'attachement	64
3.1.2.2. Influence de l'attachement sur la mentalisation.....	65
3.1.3. Ontogenèse de la capacité de mentalisation.....	67
3.1.3.1. Développement normal	67
3.1.3.2. Développement pathologique	69
3.2. Approche conceptuelle du lien fraternel.....	70
3.2.1. Notion de fratrie.....	70
3.2.1.1. Fraternité conflictuelle	71
3.2.1.2. Fraternité consensuelle	71
3.2.1.3. Fraternité contrastée	71
3.2.1.4. Fraternité tranquille	71
3.2.2. Lien fraternel.....	72
3.2.2.1. Lien fraternel en psychanalyse	72
3.2.2.2. Lien fraternel dans l'approche systémique	75
3.2.2.3. La théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez	77
Conclusion	78
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	79
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	80
Introduction.....	81
4.1. Bref rappel de la problématique de l'étude	81

4.2.1.	<i>Rappel du problème de l'étude.....</i>	81
4.2.2.	<i>Question de recherche</i>	84
4.2.3.	<i>Hypothèse de l'étude</i>	84
4.2.4.	<i>Objectif de l'étude.....</i>	85
4.2.	<i>Site de l'étude.....</i>	85
4.2.1.	<i>Présentation du site de collecte des données.....</i>	86
4.2.1.1.	<i>Historique</i>	86
4.2.1.2.	<i>Situation Géographique.....</i>	86
4.2.1.3.	<i>Organisation de l'Hôpital</i>	86
4.2.2.	<i>Présentation du centre la vie.....</i>	88
4.2.2.1.	<i>Historique</i>	88
4.2.2.2.	<i>Localisation du centre.</i>	89
4.2.3.	<i>Quelques pistes autour du service dans lequel le stage s'est effectué.....</i>	90
4.2.3.1.	<i>Moyens Humains et Techniques</i>	90
4.2.3.1.1.	<i>Moyens humains.....</i>	90
4.2.3.1.2.	<i>Moyens techniques</i>	90
4.2.3.2.	<i>Le fonctionnement du service</i>	90
4.2.3.2.1.	<i>Les activités du médecin.....</i>	90
4.2.3.2.2.	<i>Les activités des auxiliaires</i>	90
4.2.4.	<i>Justification du choix du lieu d'étude</i>	91
4.3.	<i>Type de recherche.....</i>	91
4.4.	<i>Type de démarche.....</i>	92
4.5.	<i>Méthode de recherche</i>	93
4.6.	<i>Sélection des participants</i>	96
4.2.5.	<i>Procédure de sélection des participants</i>	96
4.2.6.	<i>Critères de sélection des participantes.....</i>	97
4.2.6.1.	<i>Critères d'inclusion</i>	97
4.2.6.2.	<i>Critères d'exclusions</i>	98
4.2.6.3.	<i>Critères de non-inclusion</i>	98
4.7.	<i>Techniques de collecte des données</i>	99
4.7.1.	<i>L'entretien</i>	99
4.7.1.1.	<i>Le choix de l'entretien semi-directif.....</i>	99
4.7.1.2.	<i>Le guide d'entretien</i>	100

4.7.1.3.	<i>Déroulement des entretiens</i>	100
4.7.1.4.	<i>Types de données recueillies</i>	101
4.7.2.	<i>Le Test du dessin de famille</i>	102
4.7.2.1.	<i>Le choix du test du dessin de la famille</i>	102
4.7.2.2.	<i>La passation</i>	103
4.8.	<i>Techniques d'analyse</i>	104
4.8.1.	<i>Les données issues de l'entretien</i>	104
4.8.1.1.	<i>La transcription</i>	105
4.8.1.2.	<i>La pré-analyse</i>	105
4.8.1.3.	<i>La codification</i>	105
4.8.1.4.	<i>La catégorisation</i>	106
4.8.2.	<i>Les données issues du Test de Dessin de Famille</i>	107
4.8.2.1.	<i>Informations sur l'enfant lui-même</i>	108
4.8.2.2.	<i>Sentiments de l'enfant par rapport à sa famille et les liens intra-familiales</i> 109	
4.9.	<i>Difficultés rencontrées</i>	111
4.10.	<i>Considérations éthiques</i>	111
	<i>Conclusion</i>	112
	CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	113
	<i>Introduction</i>	114
5.1.	<i>Présentation des participants</i>	114
5.1.1	<i>Jiji</i>	114
5.1.2	<i>Didi</i>	114
5.1.3	<i>Lili</i>	115
5.2.	<i>Analyse thématique des données de l'entretien</i>	115
5.2.1.	<i>Vécu de l'alcoolodépendance du parent</i>	115
5.2.1.1.	<i>Dysfonctionnement du système familial</i>	116
5.2.1.2.	<i>Maltraitements subies</i>	119
5.2.1.3.	<i>Ressentis et éprouvés</i>	121
5.2.2.	<i>Action de la dynamique fraternelle dans l'élaboration de la souffrance</i>	123
5.2.2.1.	<i>Qualité des interactions</i>	123
5.2.2.1.1.	<i>Qualité des interactions chez Jiji</i>	123
5.2.2.1.2.	<i>Qualité des interactions chez Didi</i>	125

5.2.2.1.3.	Qualité des interactions chez Lili.....	126
5.2.2.2.	<i>Qualité de la communication.....</i>	127
5.2.2.2.1.	Qualité de la communication chez Jiji.....	127
5.2.2.2.2.	Qualité de communication chez Didi.....	127
5.2.2.2.3.	Qualité de communication chez Lili.....	128
5.2.2.3.	<i>Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie.....</i>	129
5.2.2.3.1.	Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie chez Jiji.....	129
5.2.2.3.2.	Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie chez Didi.....	129
5.2.2.3.3.	Sentiment d'appartenance au sein de la fratrie de Lili.....	130
5.2.3.	<i>Du lien fraternel à la mentalisation de la souffrance relative</i>	132
5.2.3.1.	<i>Symbolisation de l'alcoolodépendance du parent.....</i>	132
5.2.3.1.1.	Représentation de l'alcoolodépendance du parent.....	133
5.2.3.1.2.	Représentation du parent alcoolodépendant	133
5.2.3.2.	<i>Sens attribué à la situation d'alcoolodépendance du parent</i>	134
Conclusion		137
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS		138
Introduction.....		139
6.1.	Synthèse des résultats	139
6.2.	Application de la théorie du lien fraternel de Meynckens-Fourez à la compréhension des résultats	142
6.2.1.	<i>Application de la théorie du lien fraternel à la compréhension de l'empathie chez l'enfant de parent alcoolodépendant.....</i>	142
6.2.1.1.	<i>Fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource, et capacité d'empathie</i>	142
6.2.1.2.	<i>Fonction de suppléance parentale et capacité d'empathie</i>	143
6.2.2.	<i>Application de la théorie du lien fraternel sur le mécanisme de l'identification</i>	145
6.3.	Discussion des résultats.....	147
6.3.1.	<i>Le dysfonctionnement du système familial de l'enfant de parent alcoolodépendant</i>	148
6.3.2.	<i>Les maltraitances chez l'enfant de parent alcoolodépendant.....</i>	149
6.3.3.	<i>Capacité de mentalisation des enfants de parent alcoolodépendant</i>	150
6.4.	Implications et perspectives.....	152
6.4.1.	<i>Implications.....</i>	153

6.4.2. <i>Perspectives</i>	154
Conclusion	154
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	155
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	159
ANNEXES.....	clxix
TABLE DE MATIÈRES	cxcv