



HAL
open science

Etude clinique et projective de la représentation de soi chez des adolescents ayant un frère/une soeur autiste

Stéphanie Claudel

► **To cite this version:**

Stéphanie Claudel. Etude clinique et projective de la représentation de soi chez des adolescents ayant un frère/une soeur autiste. Psychologie. Université de Lorraine, 2012. Français. NNT : 2012LORR0176 . tel-01749248

HAL Id: tel-01749248

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01749248>

Submitted on 29 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Nancy-Université
Université Nancy 2

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE
GROUPE DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTE (EA 4432)

THESE

(nouveau régime)

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE

Mention : Psychologie clinique et pathologique

Stéphanie CLAUDEL

**ETUDE CLINIQUE ET PROJECTIVE DE LA REPRESENTATION DE
SOI CHEZ DES ADOLESCENTS AYANT UN FRERE / UNE SŒUR
AUTISTE**

**Sous la direction de M. Philippe CLAUDON
Co-directrice : Mme Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT**

Jury

Mme Régine SCHELLES, Professeur de psychologie, Université de Rouen
Mme Anne THEVENOT, Professeur de psychologie, Université de Strasbourg
Mme Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT, Professeur de psychologie, Université de Lorraine
M. Philippe CLAUDON, Maître de conférences en psychologie HDR, Université de Lorraine

Soutenu le 21 novembre 2012

MES REMERCIEMENTS

Je voudrais d'abord remercier chaleureusement :

- chacune des familles, fratries rencontrées qui ont accepté de me livrer leur expérience unique et singulière.

- mais aussi chacun des partenaires qui m'ont permis d'établir ces contacts : associations de parents ayant un enfant autiste (Vosges Autisme, Soleil Autisme, Vivre avec l'autisme, Envol Lorraine), structures médico-sociales (hôpital de jour Saint-Dié-des-Vosges, IME de l'association « Turbulences » Saint-Dié-des-Vosges, IME « Clair matin » Epinal, IME « L'eau vive » Darney, IME Jean-Baptiste Thiéry Maxéville, IME Claude Monet Pont-à-Mousson, IME Raymond Carel Saint-Nicolas-de-Port), inspection académique et direction diocésaine des Vosges.

J'adresse également toute ma reconnaissance à Monsieur Philippe CLAUDON et à Madame le Professeur Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT, en tant que directeur et co-directrice, pour leur disponibilité et leur soutien dans l'élaboration de cette thèse. Leur rigueur scientifique et la pertinence de leurs remarques ont constitué des aides précieuses me permettant de dépasser mes doutes et de mener ce projet de recherche à son terme.

Je tiens à remercier l'ensemble de mes collègues et amis pour leur soutien dans mon investissement, ainsi que l'ensemble des membres de ma famille qui m'ont accompagnée dans cette épreuve.

Enfin, je remercie vivement les membres du jury pour l'attention qu'ils ont portée à ce travail, et plus particulièrement Madame le Professeur Régine Scelles et Madame le Professeur Anne Thevenot de l'honneur qu'elles m'ont accordé en acceptant d'être rapporteur.

PLAN

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 7 |
| 1. Présentation de l'objet d'étude | 8 |
| 2. Positionnement théorique et épistémologique dans la recherche | 11 |
| 3. Définition de la problématique | 12 |
| | |
| Première partie : CADRE THEORIQUE | 16 |
| | |
| 1. Etre frère ou sœur d'une personne autiste | 17 |
| 1.1 Les relations fraternelles et leur impact sur le développement de l'enfant..... | 17 |
| 1.1.1 Définition de la fratrie dans son contexte historique et social..... | 18 |
| 1.1.2 Le lien fraternel : au carrefour de l'investissement narcissique et de l'investissement objectal | 19 |
| 1.1.2.1 La fonction différenciatrice du lien fraternel..... | 20 |
| - <i>Reconnaissance d'un autre semblable : processus d'identification narcissique du moi à l'image spéculaire du frère (Lacan)</i> | 21 |
| - <i>Images du double narcissique et bisexualité psychique dans le complexe fraternel (Kaës)</i> | 22 |
| - <i>Fonction structurante des comportements d'imitation dans le processus de différenciation (Almodovar)</i> | 23 |
| - <i>Mutation de l'archaïque vers le symbolique : un processus d'individuation (Kaës)</i> | 25 |
| 1.1.2.2 Jalousie et complicité, les prémisses du lien social | 26 |
| - <i>Hostilité et jalousie : l'archétype des sentiments sociaux (Freud, Lacan)</i> | 26 |
| - <i>L'amour et la complicité : des liens intersubjectifs à l'origine du groupe fraternel (Scelles)</i> | 27 |
| - <i>Décharge pulsionnelle et étayage dans et par le groupe : développement du processus d'appropriation subjective dans les rapports sociaux (Bourguignon)</i> | 28 |
| - <i>Le groupe fraternel au carrefour du complexe fraternel et du complexe d'Œdipe : mode d'entrée dans la société (Kaës)</i> | 29 |
| - <i>Les relations fraternelles comme source d'apprentissage des rôles paritaires (Brunori)</i> | 30 |
| 1.1.3 La fratrie : un sous-système au cœur de la famille | 31 |
| - <i>Naissance d'un enfant : création de « jeux d'alliance » et « place fonctionnelle »</i> | 31 |
| - <i>Phénomène de « rôle parentifié » auprès d'un frère ou d'une sœur</i> | 32 |
| - <i>Les risques liés au phénomène normal de « désidentification »</i> | 32 |
| - <i>Des schèmes relationnels qui perdurent à l'âge adulte</i> | 33 |
| 1.2 La fratrie face au handicap | 35 |
| 1.2.1 Définition de la notion de handicap | 35 |
| 1.2.1.1 Evolution du regard sur le handicap | 36 |
| 1.2.1.2 Différents types de handicap | 37 |
| 1.2.2 Impact du handicap sur la dynamique de l'organisation familiale | 38 |
| - <i>Vécu des parents à l'annonce du handicap et processus d'aménagement</i> | 39 |
| - <i>Le non-dit source d'angoisse, et la faillite de la fonction parentale de pare-excitation</i> | 41 |
| - <i>Protection des imagos parentales et construction d'un idéal inaccessible</i> | 43 |
| 1.2.3 Impact du handicap sur les relations fraternelles | 44 |
| - <i>De la relation spéculaire à la différenciation : des difficultés de séparation liées aux problèmes d'individuation</i> | 44 |
| - <i>Expression difficile de l'agressivité et de la jalousie, sentiments de culpabilité et de honte</i> | 46 |
| - <i>Sollicitude et surprotection du frère handicapé, hypermaturation et parentification</i> | 48 |

| | |
|--|------------|
| 1.3 La fratrie dans le cas de l'autisme | 49 |
| 1.3.1 L'autisme : une pathologie particulièrement complexe | 50 |
| 1.3.1.1 Etat des connaissances actuelles sur l'autisme et évolution des représentations..... | 50 |
| 1.3.1.2 Apports spécifiques de la psychanalyse pour une compréhension de l'autisme | 53 |
| - <i>Spécificité de l'angoisse et des mécanismes de défenses autistiques</i> | 53 |
| - <i>Le « pays autiste » et l'étrangeté à laquelle se trouvent confrontées les personnes de l'entourage</i> | 55 |
| 1.3.2 Revue de littérature sur la fratrie de personnes autistes | 56 |
| 1.3.2.1 Caractéristiques du fonctionnement familial..... | 58 |
| 1.3.2.2 Caractéristiques des fratries | 59 |
| - <i>Etudes d'un impact génétique</i> | 59 |
| - <i>Etudes de l'ajustement socio-émotionnel</i> | 59 |
| - <i>Etudes de la relation fraternelle</i> | 61 |
| - <i>Etudes du développement de la fratrie à travers les cycles de la vie</i> | 63 |
| 1.3.2.3 Définition d'une population à risque parmi les frères et sœurs d'enfants autistes | 64 |
| 2. Se construire une représentation de soi | 66 |
| 2.1 Le soi et la représentation de soi..... | 66 |
| 2.1.1 Le soi | 67 |
| 2.1.2 La représentation de soi..... | 69 |
| 2.1.2.1 Le narcissisme | 70 |
| 2.1.2.2 L'image du corps..... | 73 |
| 2.1.2.3 Identité et identification | 76 |
| 2.1.2.4 Du Moi-peau au Moi-pensant..... | 77 |
| 2.2 La représentation de soi de l'enfant ayant un frère ou une sœur autiste..... | 80 |
| 2.2.1 Hypothèses de travail et analyse des résultats | 80 |
| 2.2.2 Discussion et perspectives de la recherche..... | 82 |
| 3. Devenir adolescent lorsque l'on a un frère ou une sœur autiste | 84 |
| 3.1 Adolescence et représentation de soi | 84 |
| 3.1.1 Mise en cause du rapport narcissisme – relation objectale..... | 84 |
| 3.1.2 Mise à l'épreuve de l'image du corps | 87 |
| 3.1.3 Travail de (re)subjectivation, un « penser » différent, ses avatars somatiques et psychiques | 88 |
| 3.2 Evolution de la représentation de soi chez l'adolescent ayant un frère ou une sœur autiste : hypothèses théoriques | 92 |
| Deuxième partie : CADRE METHODOLOGIQUE | 97 |
| 1. Population | 99 |
| 1.1 Constitution du groupe clinique..... | 101 |
| 1.2 Constitution du groupe témoin | 103 |
| 2. Outils méthodologiques | 106 |
| 2.1 Entretien clinique | 106 |
| 2.2 Tests projectifs..... | 108 |
| 2.2.1 Test du Rorschach | 109 |
| 2.2.2 Test du TAT..... | 110 |
| 2.2.3 Activité d'écriture | 111 |

| | |
|---|------------|
| 2.3 Echelles de mesure standardisées | 112 |
| 2.3.1 Self Esteem Inventory SEI (Coopersmith, 1984)..... | 112 |
| 2.3.2 Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfant R-CMAS (Reynolds et coll., 1985) | 113 |
| 3. Mode de traitement des données | 114 |
| 3.1 Entretien clinique | 114 |
| 3.2 Tests projectifs..... | 116 |
| 3.2.1 Test du Rorschach | 116 |
| 3.2.2 Test du TAT..... | 119 |
| 3.2.3 Activité d'écriture | 120 |
| 3.3 Echelles de mesure standardisées | 120 |
| 3.3.1 Self Esteem Inventory (SEI) de Coopersmith..... | 120 |
| 3.3.2 Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfant (R-CMAS)..... | 121 |
| 3.4 Outils statistiques pour le traitement des données | 121 |
| 4. Cadre éthique et déontologique, précautions méthodologiques dans la recherche .. | 122 |
| 5. Hypothèses opérationnelles | 125 |
| | |
| Troisième partie : ANALYSE DES DONNEES CLINIQUES | 134 |
| 1. Analyse des données pour chaque hypothèse..... | 135 |
| 1.1 Hypothèse H1 : Difficulté pour s'engager dans le travail narcissico-objectal en direction de l'autre sexué | 135 |
| 1.2 Hypothèse H2 : Difficulté pour intégrer psychiquement l'expérience du corps en transformation..... | 142 |
| 1.3 Hypothèse H3 : Difficulté pour se constituer en tant que sujet de son existence et élaborer des projets d'avenir personnels | 149 |
| 2. Discussion et interprétation des résultats..... | 155 |
| 3. Présentation de deux cas illustratifs contrastés : Pierre du groupe clinique et Clara du groupe témoin | 160 |
| 3.1 Examen de l'hypothèse H1 : travail narcissico-objectal en direction de l'autre sexué | 161 |
| 3.2 Examen de l'hypothèse H2 : intégration psychique du corps en transformation | 169 |
| 3.3 Examen de l'hypothèse H3 : positionnement en tant que sujet et élaboration de projets d'avenir | 174 |
| 3.4 Dimension transféro-contre-transférentielle de la rencontre..... | 179 |
| 3.5 Conclusion concernant ces deux cas contrastés..... | 180 |
| | |
| CONCLUSION..... | 182 |
| 1/ Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques | 183 |
| 2/ Critiques sur la démarche et le travail..... | 185 |
| 3/Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques | 187 |
| | |
| Bibliographie | 190 |

ANNEXES

Volume 1 :

Annexe A : Description des signes cliniques de l'autisme des enfants handicapés, membres des fratries des sujets adolescents du groupe d'étude clinique (p. 3).

Annexe B : Consentements éclairés des parents et adolescents du groupe d'étude clinique (p. 7).

Annexe C : Guide pour le protocole auprès du groupe d'étude clinique (p. 14).

Annexe D : Coupon-réponse pour les parents et consentement des adolescents du groupe témoin (p. 18).

Annexe E : Guide pour le protocole auprès du groupe témoin (p. 22).

Annexe F : Grille de représentation de soi (p. 25).

Annexe G : Protocoles des adolescents du groupe d'étude clinique (p. 26).

Volume 2 :

Annexe H : Protocoles des adolescents du groupe témoin (p. 348).

Annexe I : Analyse de contenu des entretiens (p. 584).

Annexe J : Scores au SEI (p. 614).

Annexe K : Scores au R-CMAS (p. 615).

Annexe L : Grilles d'analyse des résultats (p. 616).

INTRODUCTION

**Présentation et justification du choix
de la problématique**

1. Présentation de l'objet d'étude

La France compte actuellement environ cent mille personnes souffrant de troubles envahissants du développement (T.E.D.) (Fédération Française Sésame Autisme, 2005), issues de toutes les classes sociales et réparties sur tout le territoire. Le syndrome autistique, touchant quatre garçons pour une fille, a un taux de prévalence de 1,7 à 4 pour 1 000 et de 3 à 7 pour 1 000 pour l'ensemble des TED. Des chiffres froids, impersonnels, derrière lesquels se cachent autant de drames familiaux et personnels et qui dès lors représentent un problème de santé publique.

Des prises en charge jugées insuffisantes, notamment au-delà de l'enfance où les espaces du sanitaire, du social et du médico-social se désarticulent et génèrent souvent des parcours erratiques puis asilaires (Assouline, 1995), ont suscité depuis peu une volonté pour une approche plus globale de la personne autiste et un accompagnement adapté au type de handicap¹. Toutefois, les répercussions sur l'entourage demeurent encore souvent sous-estimées. Si la famille est généralement prise en compte, elle l'est souvent de manière indifférenciée ou se limitant au couple parental. Or on ne vit pas la maladie de la même façon selon la place que l'on occupe auprès de la personne qui en est atteinte. Aussi qu'en est-il pour les frères et sœurs qui entretiennent avec elle la relation la plus longue de la vie ?

Une enquête a été réalisée en 2003 par l'UNAFAM afin de mieux comprendre le vécu des frères et sœurs de personnes souffrant de troubles psychiques (Davtian, 2005). Avec le recueil de plus de 600 témoignages, cette enquête a fait apparaître 3 périodes de plus grande vulnérabilité pour ces frères et sœurs : le début de la maladie, quand l'attention des parents est centrée sur celui ou celle qui est malade ; le moment où les parents vieillissent et où l'on attend d'eux d'assurer l'avenir de la personne malade ; le moment où, devenus parents, ils s'inquiètent de voir resurgir la maladie chez leurs propres enfants. Il apparaît que 43% de ces frères et sœurs estiment s'être sentis en danger et ceci est stable quelle que soit la classe d'âge de la personne interrogée. 53% pensent que la maladie de leur frère/sœur a eu des répercussions sur leur propre santé mais ceci n'implique pas qu'ils aient demandé de l'aide ou en aient parlé à

¹ Circulaire du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteint d'un syndrome autistique, loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

leurs parents (une telle démarche s'avérant souvent très compliquée pour eux pour multiples raisons).

Durant l'enfance, les frères et sœurs de personnes handicapées psychiques présentent souvent des manifestations symptomatiques qui peuvent s'organiser autour de trois domaines (Bourrat, Garoux et Roché, 1982) : celui des troubles fonctionnels (troubles du sommeil, troubles alimentaires, troubles de type allergique), celui des troubles instrumentaux (troubles psychomoteurs, troubles du langage), celui des troubles mentalisés (angoisse, agressivité, culpabilité ...). A l'âge adulte, il apparaît une fréquence importante de maladies somatiques plus ou moins sévères chez ces frères et sœurs et cette souffrance du corps semblerait être en lien avec leurs expériences particulières (Davitian, 2006).

Cependant, peu d'études scientifiques ont été effectuées en ce qui concerne le développement de la fratrie de la personne handicapée et ce notamment dans le cas du handicap psychique.

D'une manière générale la question de la fratrie de l'enfant handicapé a été longtemps occultée par les parents, les thérapeutes et les chercheurs. Tout d'abord les parents, généralement pris dans les émotions soulevées par le handicap et l'hyperinvestissement qui ne manque pas de se créer autour de l'enfant qui en est porteur, ont tendance à dénier l'existence de tout problème chez les frères et sœurs, souvent dans le but de protéger la fratrie et le narcissisme familial (Ferrari, Crochette et Bouvet, 1988). Aussi les thérapeutes, face au silence émanant tant de la part des parents que des frères et sœurs pris dans la confusion, et dans un souci de respect des modes de défenses établis par les uns et les autres, craignent souvent de se montrer trop intrusifs dans le système familial et d'en perturber le fonctionnement déjà fragile (Voizot, 2003). Quant à la recherche fondamentale, la fratrie de l'enfant handicapé constitue un objet d'étude récent en psychologie, l'évolution historique du statut de l'enfant dans la famille ayant amené à une prise de conscience progressive du lien particulier qui unit l'enfant à sa fratrie (Bourguignon, 1999, 2006) et du rôle que peut jouer ce lien dans le développement de l'enfant (Debry, 1999).

Jusque là, la plupart des études s'intéressant à la question de la fratrie de l'enfant handicapé ont porté sur le handicap physique/sensoriel. Des recherches sur le handicap en général ont permis de mettre en évidence l'importance que revêt la manière dont les parents gèrent psychologiquement l'existence de leur enfant handicapé et les conséquences que celle-ci peut avoir sur les réactions des frères et sœurs (Marcelli, 1983). Certaines études ont mis l'accent sur les facteurs de stress auxquels se trouve confrontée la fratrie de par la présence de l'enfant handicapé et sur la manière dont elle aménage ses relations avec les différents membres de la famille (Jalenques et

Coudert, 1992). Mais on doit surtout à Scelles (1996, 1997, 2001, 2003, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010) le mérite d'avoir attiré l'attention sur les difficultés et souffrances psychiques que peut ressentir la fratrie à travers des travaux conséquents dans le cadre principal du handicap physique/sensoriel.

Par rapport à d'autres handicaps, il apparaît que la nature de l'autisme cause les conditions les plus stressantes pour les familles (Holyroyd et McArthur, 1976 ; Bristol et Schopler, 1984 ; Bouma et Schweitzer, 1990 ; Dumas, Wolf, Fisman et Culligan, 1991 ; Kasari et Sigman, 1997 ; Sanders et Morgan, 1997 ; Fisman et coll., 2000). Les travaux cliniques riches sur les fonctionnements psychiques et intersubjectifs des enfants autistes (Milcent, 1991 ; Tustin, 1992 ; Causse et Rey-Flaud, 2011) nous renseignent bien sur les difficultés spécifiques, déstabilisantes et parfois déstructurantes, que ce syndrome peut générer pour les personnes en relation avec l'enfant malade.

Or nous savons que le type de handicap dont souffre une personne, sa sévérité et le degré de dépendance qu'il entraîne vont avoir un impact majeur sur la fratrie.

Par ailleurs, la fratrie partage avec les personnes handicapées le fait qu'on ne parle d'elle que durant l'enfance, alors que ce lien joue un rôle important bien au-delà. Les questions que se posent les frères et sœurs, les difficultés auxquelles ils peuvent se trouver confrontés, varient au fil du temps.

Aussi nous supposons que l'adolescence, période charnière dans l'histoire d'un sujet où il s'agit notamment de prendre des décisions importantes concernant sa propre vie, peut revêtir un caractère particulier pour ces membres de fratrie.

Nous souhaitons donc axer notre recherche sur le vécu des frères et sœurs de personnes autistes à cette étape spécifique de leur développement. Notre but est de prévenir l'apparition de certains symptômes chez ces derniers et/ou de saisir le sens de symptômes émergents qui pourraient hypothéquer leur avenir. Nous souhaitons également contribuer à l'élaboration d'un cadre théorique sur cette question jusque là délaissée par les publications actuelles.

Ainsi, cette recherche se veut être une recherche clinique appliquée afin de fournir des données et des éléments de préventions primaire et secondaire utiles pour les sujets et les familles concernées et afin de mettre en place une information à destination des médecins, psychologues, directeurs d'établissements concernés par la prise en charge de tels sujets.

2. Positionnement théorique et épistémologique dans la recherche

Notre recherche se donne comme perspective de mieux comprendre la personne évoluant au contact d'un frère ou d'une sœur autiste, afin de pouvoir lui apporter l'accompagnement nécessaire en cas de besoin, en s'attachant à prendre en compte le sujet dans sa singularité et sa complexité.

Les travaux portant sur la fratrie de la personne autiste sont peu nombreux. Plus souvent d'origine nord-américaine, ils s'appuient en général sur une approche quantitative et se centrent sur l'analyse des processus socio-cognitifs à l'œuvre dans ce type de situation (Kaminsky et Dewey, 2001 ; Sharris et Glasberg, 2003 ; Glass, 2005 ; Baron-Cohen, 2006 ; Osmond, Kuo et Seltzer, 2009 ; Barak-Levy, Goldstein et Weinstock, 2010 ; Ferraioli et Harris, 2010 ; Smith et Elder , 2010 ; Meyer, Ingersoll et Hambrick, 2012 ; Petalas, Hasting, Nash, Hall, Joannidi et Dowe, 2012 ; Tomeny, Barry et Bader, 2012).

Notre démarche s'inscrit dans la lignée d'un programme de recherche lancé par Claudon, Claudel et coll. (2007) qui vise la compréhension globale de l'individu dans sa construction identitaire.

En France, Claudon (2005) analyse les difficultés spécifiques de ces enfants de fratrie d'un point de vue psychodynamique et attire l'attention sur une prise en compte adaptée pour pouvoir les soutenir. Dans la continuité des travaux effectués par Scelles, il isole notamment quatre signes cliniques qui caractérisent selon lui les particularités des liens des frères et sœurs d'enfants autistes avec les autres membres de la famille : une attitude de protection de l'enfant malade, une attitude de protection des images parentales, des troubles dans la relation avec les parents, des troubles dans l'individualisation fraternelle.

Le programme de recherche initié en 2007 (Claudon, Claudel et coll.) se donne pour objectif d'élucider les conditions psychiques spécifiques qui participent à la construction de la représentation de soi chez ces enfants. Les auteurs observent une fragilité des assises narcissiques, des troubles de l'image du corps chez les enfants rencontrés ; globalement le système familial apparaît en difficulté dans sa fonction de support aux identifications et aux capacités de séparation. Les enfants observés dans cette étude exploratoire n'entrent pas dans une catégorie psychopathologique mais présentent des risques de décompensation.

Ainsi, ces premiers résultats suggèrent que **les pré-organisations établies pendant l'enfance pourraient constituer plus tard des facteurs de risque de désorganisation**, ce qui nous amène à nous interroger sur le devenir psychique de ces enfants à l'adolescence.

L'adolescence est une période qui constitue une phase profonde de remise en cause pour toute la famille. L'accession à une certaine maturité sexuelle d'un des membres de la fratrie peut représenter une menace pour l'unité de la famille, et ce d'autant plus dans le cas d'une famille dont l'un des membres est handicapé et où souvent un équilibre fragile a été chèrement atteint. Aussi, dans ce contexte d'autisme, comment va se négocier le passage vers l'adolescence du frère ou de la sœur de l'enfant autiste ? De quelle manière l'ensemble de la famille va-t-elle traverser cette période ? Plus précisément quelle sera l'évolution psychique de cet adolescent à un moment où justement il devient question de prendre plus de distance par rapport à la famille et de construire une identité vers des choix affectifs et professionnels ?

3. Définition de la problématique

A la lecture de nombreux témoignages d'adultes ayant un frère handicapé (Gardou, 1997 ; Carrier, 2005 ; Davtian, 2006 ; Bert, 2006 ; Gardou, 2012), force est de constater la récurrence chez ces membres de fratrie des difficultés à exister pour soi-même et par soi-même, pour éviter d'être prisonnier de sa famille sans rompre les liens. Un énorme sentiment de responsabilité est généralement exprimé, dissimulant bien souvent une culpabilité sous-jacente. Dans ces explications après coup, leur choix de vie semble déterminé par leurs préoccupations infantiles.

Considérant que la présence d'un frère ou d'une sœur autiste a un impact sur l'ensemble de la dynamique psychique familiale et par là même sur le développement psychique des autres enfants qui vivent à ses côtés, nous souhaitons donc approfondir ce qui se joue plus particulièrement au moment de l'adolescence pour ces derniers.

En fonction de ce qui a été pré-établi durant l'enfance, nous nous demandons comment va pouvoir se structurer leur personnalité à l'adolescence, comment les nouveaux éléments inhérents à cette période spécifique vont-ils s'intégrer à ceux existants, quelle continuité et cohérence va caractériser l'évolution psychique de ces enfants.

L'objectif de notre recherche est de mieux comprendre comment la construction identitaire de l'adolescent ayant un frère ou une sœur autiste peut se négocier dans cette constellation

familiale spécifique. Plus précisément, notre questionnement porte sur **l'impact de l'autisme d'un enfant sur l'évolution de la représentation de soi de ses frères et sœurs au moment de l'adolescence.**

Nous prendrons donc en compte tant les liens verticaux que les liens horizontaux qui se tissent au sein d'une famille et assurent la structuration identitaire de l'individu, considérant la fratrie comme un sous-système de la famille.

Notre travail consistera en une analyse de ce qui participe au fondement de l'identité et correspond, selon nous, à une déclinaison des éléments constitutifs de la représentation de soi à l'adolescence. Ainsi, nous analyserons comment s'effectue chez ces jeunes :

- **l'appropriation du corps en transformation** vers une unité psychosomatique ;
- **l'évolution des modes de relation à autrui ;**
- **la construction d'une subjectivité propre dans des projets d'avenir.**

L'originalité de notre position est une approche de l'adolescent à partir de l'image qu'il se fait de lui-même, dans l'ici et maintenant et dans l'avenir, vue comme l'expression du lien corps-psyché. Nous souhaitons nous intéresser à la manière dont le sujet se vit dans son corps et son univers relationnel et à la manière dont il se projette progressivement dans l'avenir en considérant cette démarche dans la continuité du processus du Moi-Peau et du Moi-pensant (Anzieu, 1994) : une quête de soi vers un devenir sujet laquelle va remplir des fonctions similaires à travers une dynamique de projet qui maintiendrait, contiendrait les pensées, leur donnerait une cohérence, une signification, une dimension personnelle, les structurerait, et leur donnerait une force.

Les mots clés sous-jacents à notre problématique sont :

- la notion d'**investissement narcissico-objectal** qui caractérise à la fois le développement psychique des relations fraternelles avec le frère pris comme un double/autre (Debry, 1999), et le processus d'adolescence qui conflictualise ces deux pôles et apparaît comme un révélateur des qualités du narcissisme, des modalités de relation d'objet, des qualités du travail de latence (Emmanuelli, 2005).
- le concept d'**image du corps** qui concentre lui-même tant l'investissement narcissique que l'investissement d'autrui et renvoie aux qualités des limites du moi (Sanglade, 1983) : le moi étant entendu comme le lieu où s'élaborent les pensées, et l'image du corps pouvant alors se traduire dans l'expression de la pensée.
- le processus de **subjectivation** dont l'autisme en est l'expression la plus manifeste dans sa forme négative (Golse, 2006) et dont l'adolescence en constitue un temps particulièrement

déterminant dans sa dimension différenciatrice (Cahn, 2006) : un concept en relation étroite avec les dimensions objectale et psychosomatique, puisqu'il prend en compte la complexité qui se joue entre association au corps et liens aux autres, et qui peut donner lieu en cas de perturbations à une désorganisation psychosomatique (Wainrib, 2006).

Ainsi, notre question pourrait se formuler plus finement en précisant que nous cherchons à nous interroger sur le développement de la représentation de soi chez ces jeunes à travers :

- la manière dont ils vont intégrer leurs ressentis face à un corps en évolution, étant entendu que leur image du corps se trouve souvent déjà fragilisée dans sa construction ;
- la manière dont ils vont pouvoir se différencier et se tourner vers l'autre sexué, compte tenu du type de rapport à l'objet construit pendant l'enfance et de la qualité de leurs assises narcissiques ;
- et la manière dont ils vont se constituer en tant que sujet de leur existence en fonction de leur activité de symbolisation.

Le concept de représentation de soi constitue pour nous une grille de lecture intéressante qui nous permet de nous inscrire dans la continuité du programme lancé par Claudon, Claudel et coll. (2007). Concept émergeant en psychologie, défini par Sanglade (1983) comme étant au carrefour de l'éprouvé narcissique et de la vie relationnelle, la représentation de soi présente l'avantage de pouvoir relier pratique et théorie, permettant dans le champ de l'observation clinique de poser la question de la qualité globale du fonctionnement identitaire de l'individu. Pour comprendre l'adolescent, cette notion nous paraît particulièrement pertinente en ce sens où nous pouvons considérer l'adolescence comme une mise à l'épreuve de la représentation de soi, l'évènement pubertaire venant bouleverser les modes de relation établis envers soi-même et envers autrui (Kestemberg, 1962 ; Richard, 1998 ; Jemmet et Corcos, 1999 ; Marty, 2011). Nous portons également un intérêt plus personnel à aborder l'adolescence du jeune ayant un frère autiste sous l'angle de la représentation de soi, en tant qu'étudiant chercheur et compte tenu de notre expérience professionnelle en tant que conseillère d'orientation-psychologue (COP). Ainsi, la construction d'une cohérence personnelle de l'enfance à l'âge adulte en fonction du contexte dans lequel la personne évolue, se trouve à la base de notre motivation dans l'exercice du métier de COP, elle est également à la source du désir qui nous pousse à mener à bien cette recherche.

Nous souhaitons procéder par une **investigation de cas cliniques** dans une perspective psychodynamique afin de prendre en compte la variabilité des situations et utiliserons pour cela une **méthode clinique et projective** afin de mettre à l'épreuve notre question de départ et ses hypothèses sous-jacentes.

Dans un premier temps, nous proposerons une présentation du cadre théorique, relativement étendu sur ce thème, qui permet d'ancrer les fondements de la recherche, de justifier et soutenir notre questionnement. Trois axes théoriques seront successivement abordés afin de disposer de toutes les références nécessaires pour engager l'analyse du matériel clinique : la fratrie et l'autisme, la représentation de soi des frères et sœurs de personnes autistes, la représentation de soi à l'adolescence.

Dans un second temps, seront présentés et justifiés les choix méthodologiques, notamment l'apport spécifique de plusieurs outils, tout comme leur utilisation conjointe. Une description précise du protocole et des méthodologies d'analyse employées sera exposée.

Puis seront développées les analyses des résultats. Une discussion permettra de synthétiser les résultats et de les confronter au cadre théorique afin de mettre en valeur les apports de la recherche en termes d'avancée scientifique.

Enfin, la conclusion sera l'occasion d'exposer les nouvelles perspectives théorico-cliniques ouvertes par la thèse.

Première partie : CADRE THEORIQUE

1. Etre frère ou sœur d'une personne autiste

Avant de faire état des connaissances sur la fratrie de personnes autistes, nous souhaitons préciser notre approche du concept de fratrie et le champ d'analyse de la fratrie de personnes handicapées dans lequel nous nous inscrivons.

Nous décrirons successivement le mode de structuration des relations fraternelles et leur rôle dans le développement de l'enfant, le type d'impact que peut avoir la présence d'un enfant handicapé sur la dynamique de l'organisation familiale et sur les relations fraternelles, et nous réaliserons enfin une revue de littérature des recherches effectuées sur le vécu des frères et sœurs de personnes autistes.

Tout au long de ces développements, c'est la psychanalyse qui nous servira de cadre de référence principal, puisque c'est dans ce courant théorique que nous avons d'emblée situé la thèse, et conçu la méthodologie de recherche.

1.1 Les relations fraternelles et leur impact sur le développement de l'enfant

Nous chercherons à comprendre dans ce chapitre quelle est la nature des relations qui se tissent entre un frère et une sœur, comment elles se construisent au fil du développement de l'enfant, de quelle façon le lien fraternel qui s'organise prend place au sein des liens familiaux.

La principale difficulté en abordant la question de l'impact des relations fraternelles dans le développement de l'enfant est celle de l'hétérogénéité des cadres théoriques existant en ce domaine.

Dans une perspective psychanalytique, nous privilégierons une grille de lecture du lien fraternel articulée entre un pôle d'investissement narcissique et un pôle d'investissement objectal, laquelle constituera le fil directeur de notre étude. Nous prendrons également en compte l'approche systémique de la fratrie compte tenu de l'apport non négligeable des théories systémiques dans la compréhension des fratries avec un enfant handicapé.

Nous commencerons par introduire le concept de fratrie dans son contexte environnemental pour pouvoir analyser ensuite les relations qui la constituent.

1.1.1 Définition de la fratrie dans son contexte historique et social

La relation entre frères et sœurs représente un domaine nouveau de l'étude de la famille au sein de la réflexion psychologique, sociologique et éthique.

Le terme de fratrie n'apparaît ni dans le Littré (1873), ni dans le Robert (1972), qui n'évoquent que la « phratrie », en tant que division des tribus doriennes et ioniennes, et associations religieuses, puis par extension en tant que groupe de clan dans une tribu.

D'usage récent dans son acception sociologique actuelle (Larousse, 2002) : « la fratrie est constituée des frères et sœurs issus du couple parental avec lequel ils forment la famille biologique », la notion de fratrie semble avoir pris sens suivant l'évolution de notre société.

Glissant d'une organisation verticalisée avec le gouvernement religieux et la hiérarchisation sociale, vers une dialectique de pouvoir horizontal-vertical avec l'instauration de la démocratie, la société est passée d'une logique de *transcendance - descendance - permanence*, à une logique où prédominent les relations humaines individuelles et le temps des changements, avec l'enjeu de conserver un équilibre entre ces deux dimensions (Fourez, 2007).

Par l'évolution du lien social, le statut de l'enfant dans la famille a parallèlement changé (Bert, 2006) : la famille devenant égalitaire, l'enfant a pris ainsi une place davantage individualisée permettant un mouvement de balancier entre la dimension verticale de la famille (relations parents-enfants) et sa dimension horizontale (relations entre enfants / relations entre parents). La transformation de la constitution des familles avec un rétrécissement des fratries, l'allongement de la durée de vie commune entre frères et sœurs avec le retardement de l'entrée dans la vie active, ont contribué également à modifier la nature du lien fraternel.

Ces évolutions de la famille, et plus généralement de la société, ont progressivement conduit les chercheurs à étudier la spécificité de ce lien et à développer une réflexion sur les processus de sa construction et sur ses fonctions.

En psychologie, les recherches suscitées par la question du lien fraternel sont beaucoup moins nombreuses que celles consacrées à la relation parents-enfants.

Cette question a d'abord été envisagée en psychologie sous l'angle de la place dans la « constellation familiale » (aîné, cadet, benjamin), à partir des travaux de Adler qui est sans doute le premier à avoir souligné l'importance des relations fraternelles dans le développement de la personnalité ; elle a été prise en compte par la psychanalyse dans un premier temps à travers le complexe d'Œdipe, par Freud et ses successeurs. La fratrie était abordée avant tout en

termes de compétition et de conflit et était vue exclusivement à travers le prisme parents-enfants.

La prise en compte récente des interactions entre enfants et l'étude de la diversité des situations familiales – enfant unique (Almodovar, 1986), fratrie de deux enfants avec faible écart d'âge (Voisenat, 1986), familles recomposées (de Wilde, 1986) - ont amené les psychologues à appréhender le vécu commun des frères et sœurs comme une expérience forte de sentiments humains fondamentaux. La prise en compte de la palette subtile des sentiments partagés entre frères et sœurs, mouvements d'ambivalence, de rivalité, de jalousie, des relations d'amour et de haine, ont conduit les psychologues à développer de nouvelles approches des processus spécifiques intervenant sur le développement de l'enfant (Danon et Raynaud, 1999).

A cette première étape, nous retiendrons une définition générale de la fratrie proposée par Bourguignon (1999) dont le mérite est d'avoir intégré la diversité des approches en psychologie :

« Trois éléments donnent à chaque fratrie son caractère unique : la succession des naissances, la distribution des sexes et la dimension, soit le nombre d'enfants qui la constituent. A ces traits morphologiques spécifiques, s'ajoutent ce que sont les enfants, de par leur constitution et leur tempérament. Egalement ce qui résulte de l'activité psychique des parents : imago de l'enfant et de la fratrie dans la psyché parentale, projections, identifications aux enfants, anticipations créatrices, exigences d'origines surmoïques, souvent liées à la propre expérience fraternelle des parents. » (p.5).

1.1.2 Le lien fraternel : au carrefour de l'investissement narcissique et de l'investissement objectal

Dans un positionnement qui se loge entre mythes et philosophie (Ferrari, 2000), la psychanalyse appréhende le lien fraternel comme une valeur structurante et organisationnelle dans l'intrication des investissements narcissiques et objectaux qu'il suscite (Debry, 1999).

Dans la perspective métapsychologique de la psychanalyse, le lien fraternel représente un lien psychique qui permet d'articuler réalité interne et réalité externe.

Ce lien psychique peut être défini comme « une activité de l'appareil psychique incluant d'une part l'activité pulsionnelle, liée aux processus primaires et secondaires et aux principes de

plaisir, de réalité et d'inertie, et d'autre part les perceptions et actes préconscients et conscients, dont la fonction est de soutenir par différents moyens (paroles, gestes, attitudes) le contact avec autrui sous différents formes (échange de mots, jeux de présence et d'absence, expression de sentiments, silence, etc.) » (Bourguignon, 1999, p. 90).

Dans son axe narcissique, nous analyserons plus précisément comment le lien fraternel peut favoriser le processus de différenciation entre soi et l'autre ; dans son axe objectal, nous analyserons comment le lien fraternel peut contribuer à la construction du lien au socius, deux dimensions qui paraissent particulièrement importantes dans le développement de l'enfant (Golse, 2008).

Pour cela, nous nous appuyerons essentiellement sur les travaux de Lacan (1938), Almodovar (1981, 1986), Kaës (1993, 2008) et Bourguignon (1999, 2001, 2006) qui ont chacun à leur manière apporté leur contribution à une théorisation des expériences fraternelles, et ont permis de dégager la spécificité et l'implication du complexe fraternel dans le développement de l'enfant.

1.1.2.1 La fonction différenciatrice du lien fraternel

D'après Bourguignon (2006), les liens fraternels se construisent au sein de l'intimité développementale partagée. La fratrie fonctionne la plupart du temps sur la base d'un dialogue tonique et d'un partage émotionnel qui mobilisent le corps entier en tant qu'instrument de relation et de communication (Wallon, 1934). L'essentiel des échanges entre frères et sœurs passe par la voie corporelle et comportementale, en d'autres termes par la voie somato-psychique.

Aussi, le frère est une des premières figures de l'altérité pour l'enfant, le premier autre presque semblable qu'il rencontre. En ce sens, le frère amène l'enfant à se confronter au double spéculaire avant de pouvoir aborder la relation objectale.

Nous allons voir en quoi le vécu avec le frère peut permettre à l'enfant de traverser les processus d'identification - différenciation - individuation, et contribuer par là même à l'acquisition d'une identité séparée de celle de l'autre.

Reconnaissance d'un autre semblable : processus d'identification narcissique du moi à l'image spéculaire du frère (Lacan)

Dans sa théorie du stade du miroir (1936), Lacan a mis en évidence l'importance de la relation spéculaire dans la constitution du « Je » et la structure imaginaire du moi. Remettant en question la théorie freudienne, Lacan définit les complexes familiaux (1938), en montrant comment ils s'engrènent les uns dans les autres pour organiser le psychisme du sujet. Chaque complexe correspondant à une étape du développement, l'élément fondamental de chacun est une représentation inconsciente qu'il nomme *imago*. Ainsi, il décrit trois complexes qui structurent la psyché :

1. Le *complexe du sevrage*, représentant la forme primordiale de l'imago maternelle, fonde les sentiments les plus archaïques qui unissent l'individu à sa famille.
2. Le *complexe de l'intrusion*, qui nous intéresse particulièrement ici, naît de l'expérience fraternelle qui s'ébauche à la reconnaissance d'un autre semblable en qui se confondent les deux relations affectives d'amour et d'identification.
3. Le *Complexe d'Edipe*, né de la frustration des pulsions génitales de l'enfant du fait de sa prématurité, est interprété par l'enfant comme une interdiction de satisfaction édictée par le parent de même sexe, et se résout dans le refoulement de la tendance sexuelle et la sublimation de l'image parentale.

Selon Lacan, le complexe de l'intrus (le frère ou la sœur nouvellement née) joue un rôle structurant dans la formation du moi. L'identification narcissique du moi à l'image spéculaire du frère, dans laquelle il s'aliène, est le processus majeur du complexe de l'intrus. Lacan adopte une position différente de celle de Freud : pour lui l'agressivité naît de l'identification narcissique aliénante, de ce que le « moi est un autre » et non directement de la frustration liée à la perte d'amour maternel. L'expérience subjective de l'intrusion inaugure le procès de l'identification : l'imago du double prend appui sur le narcissisme et se transforme, lors de la rencontre avec l'autre, en imago du semblable avec sa double valence d'idéal et de persécuteur. L'agressivité qui domine alors l'économie affective est à la fois subie et agie. Ainsi cette image du frère non sevré attire une agression spéciale pour le sujet parce qu'elle réactive l'imago de la relation maternelle (Berger, 2006).

En d'autres termes, le lien spéculaire avec le frère peut-être considéré comme un mode de dépassement du lien primaire avec la mère, et la problématique du double répète, dans cette

perspective, les fascinations et les dangers de la relation archaïque avec celle-ci (Brusset, 1987).

Images du double narcissique et bisexualité psychique dans le complexe fraternel (Kaës)

Dans la continuité de Lacan, tout en adoptant une autre perspective théorique, Kaës (1993) a tenté de mettre à jour la spécificité du complexe fraternel par rapport au complexe d'Œdipe. Ces travaux ont permis de préciser les différentes figures du double fraternel et leur fonction, et d'introduire le rôle de la bisexualité psychique dans le lien fraternel.

Le complexe fraternel est pour lui un des organisateurs psychiques inconscients du lien fraternel. Il le définit comme une structure intrapsychique alors que les liens entre frères et sœurs correspondent à des organisations intersubjectives. Il s'agit « d'une organisation fondamentale des désirs amoureux, narcissiques et objectaux, de la haine et de l'agressivité vis-à-vis de cet autre que le sujet se reconnaît comme frère ou sœur [...] il constitue une expérience fondamentale de la psyché humaine » (p.8).

Il situe les formes archaïques du complexe fraternel dans l'espace psychique dont le lieu est le corps fantasmatique de la mère rempli de *frères-et-sœurs* ; non pas des sujets frères et /ou sœurs, mais des objets partiels. Dans ce contexte précœdipien, le frère va venir représenter un double par rapport à l'objet du désir de la mère : il représente celui contre lequel l'enfant doit lutter pour « occuper l'espace maternel, l'espace psychique dont le lieu imaginaire est le corps imaginaire de la mère pour les frères et sœurs » (p.36). Ainsi, le complexe fraternel mobilise les identifications précoces dans le triangle mère-enfant-phallus.

A partir de l'étude de différents cas cliniques, Kaës spécifie les différentes formes du double fraternel et soulève la question de la bisexualité psychique dans le complexe fraternel (2008).

Il dénombre six principales figures du double dans le complexe fraternel.

Au-delà de la figure du double narcissique spéculaire, il démontre comment la figure du double dans l'homosexualité adelphique participe également de cette organisation narcissique, avec la constitution d'une *fratrie magique* qui a pour raison de former un ensemble un et fort, tout-puissant.

Une troisième composante de la figure du double fraternel est l'inquiétante étrangeté qui s'incarne notamment dans l'imgo du frère ou de la sœur monstre : l'identification est encore

instable entre le moi et l'objet. Dans sa version persécutoire, ce sentiment peut témoigner d'un trouble profond dans la consistance, la continuité et l'identité du Moi.

Une autre figure du double est obtenue par incorporation du frère comme un autre soi, ou par détachement ou clivage d'une partie de soi ; le double est aussi le résultat d'une déflexion sur le frère ou sur la sœur des investissements pulsionnels destructeurs visant la mère.

Une cinquième figure du double est celle du compagnon imaginaire.

Enfin, le double fraternel est aussi dans certains cas un substitut de l'objet perdu, comme l'enfant de remplacement.

Pour lui, chez un même sujet, le frère ou la sœur peut prendre la valeur et la fonction de plusieurs figures du double. A côté des figures menaçantes et désorganisatrices associées à l'étrangeté, il souligne la fonction structurante, délimitatrice, complémentaire et symétrique du double.

Sur un autre plan, Kaës stipule que la bisexualité psychique représente dans le lien fraternel une complication du double narcissique.

Dans une zone de recouvrement entre le double narcissique et le double bisexué, le fantasme de bisexualité fonctionne dans le couple frère-sœur comme réassurance contre la séparation et comme garantie contre l'horreur de la castration. Il est mobilisé dans l'évitement du complexe d'Œdipe.

A contrario, le travail de la séparation, de la différence des sexes et des générations, articule le complexe fraternel au complexe de castration et ouvre à une véritable mise en place du complexe d'Œdipe. En ce sens, le complexe fraternel participe à l'organisation des relations objectales, ce que nous verrons au point suivant de notre exposé.

Fonction structurante des comportements d'imitation dans le processus de différenciation (Almodovar)

En référence à l'approche du développement socio-personnel initiée par Wallon (1934) et à la théorie du « complexe d'intrusion » proposée par Lacan (1938), Almodovar (1981) introduit la notion d'expériences fraternelles pour rendre compte du rôle des comportements d'imitation réciproque des frères et sœurs dans le processus de différenciation entre soi et autrui qui s'établit au fil de leurs interactions.

Selon Henri Wallon, au départ l'imitation serait le mode d'échange prépondérant des enfants entre deux et trois ans (Almodovar, 1981). Se mettant à la place de l'autre, l'enfant s'attribue les sentiments de cet autre et lui attribue les siens. Wallon construit alors dès 1934 la théorie intégrative du développement, sur l'évolution des formes de sociabilité chez le jeune enfant, dans laquelle il avance alors le concept de " sociabilité syncrétique " pour signifier cette confusion de l'enfant entre lui et l'autre. L'enfant pourrait ainsi craindre de devenir celui qu'il imite.

D'après Almodovar (1986), tout se passerait comme si à travers ces comportements d'imitation, chacun des enfants parvenait à une meilleure connaissance des motifs d'action de l'autre, puis progressivement à une meilleure décentration de son point de vue propre. L'imitation réciproque est une zone de " jeu " riche de potentialités évolutives par le partage des émotions et des intérêts qu'elle provoque, mais aussi une source de tensions et de conflits, du fait notamment du décalage des niveaux de développement entre enfants. Ces échanges imitatifs constitueraient une des bases de la familiarité qui se construit entre frères et sœurs du fait de leur co-développement, rendant les réactions de chacun plus prévisibles et donc plus intelligibles à l'autre.

Pour Almodovar, cette fonction différenciatrice est le propre des relations fraternelles, du fait de la structure particulière de ces relations en comparaison avec les interactions adultes-enfants. Plus les enfants sont proches en écart d'âge, plus ils disposent de moyens de communication symétriques, ce qui favorise la réciprocité des interactions et par là même l'interchangeabilité des pôles d'initiatives et donc des rôles.

Ainsi, en s'appuyant sur le point de vue de Lacan en complémentarité avec celui de Wallon, Almodovar tente d'articuler deux dimensions pour mettre en évidence la fonction différenciatrice des expériences fraternelles :

« - Une dimension imaginaire qui s'organise autour de la problématique spéculaire, la recherche d'une impossible similitude avec autrui renvoyant à la confusion Moi-Autrui au risque d'une dissolution de l'identité personnelle.

- Le noyau dur de la réalité des expériences fraternelles qui se structure autour des conflits qui jalonnent le lent processus de délimitation des motifs propres à chacun des partenaires ... Ils ont pour enjeu l'affirmation du Moi qui se réalise dans l'opposition alternée de l'agir et du subir, par laquelle chaque enfant conquiert une conscience plus claire des rôles et des motifs qui lui sont propres. » (Almodovar, 1981, p. 36-37).

Mutation de l'archaïque vers le symbolique : un processus d'individuation (Kaës)

Dans sa thèse sur le complexe fraternel, Kaës (2008) considère que le complexe fraternel mute de l'archaïque vers le symbolique. Il se transforme lorsque les frères et sœurs sont symboliquement défusionnés et détachés du corps maternel, et par conséquent distincts des *frères-et-sœurs*. D'une phase archaïque dans laquelle domine l'indifférenciation, l'enfant passe au fil de son développement à un rapport avec le frère qui n'est plus indifférencié mais autre que soi, de qui il faut se séparer.

Cette séparation advient selon lui sous la poussée de la rivalité et de la compétition pour acquérir les ressources matérielles et affectives nécessaires à la définition de sa propre identité. Ainsi, par un processus d'identification et de séparation, l'enfant va progressivement se constituer dans son individualité.

Faute de pouvoir mener à bien ces processus d'identification et de séparation, l'enfant risque de rester dans une confusion d'identité qui peut être source d'angoisse intense.

Comme le signale Rabain (2002), lorsque les frontières du moi sont trop perméables, le sujet risque de se sentir envahi, assailli par l'image d'un double qui menace son intégrité. La cohérence du self peut alors être atteinte, il se fragmente, la différence entre dedans et dehors peut-être abolie et l'espace psychique ne remplit plus son rôle de contenant.

Nous résumerons ce paragraphe en citant la définition du lien fraternel proposée par Bourguignon (1999) : « relation psychique entre deux (ou plusieurs) sujets qui se prennent l'un l'autre pour une projection clivée d'eux-mêmes (je suis/je ne suis pas/comme/lui). Relation potentiellement structurante, voire thérapeutique, lorsqu'elle est référée à un élément tiers qui organise la relation sous l'égide de la différenciation, elle active alors tous les processus pulsionnels et les mécanismes de défense normalement intéressés par la constitution subjective (identification/projection en particulier). Relation pathologique, voire pathogène, lorsqu'elle s'exprime dans le registre de la confusion, de l'indifférenciation, elle exciterait prioritairement les processus pulsionnels intéressés par l'autoconservation et les mécanismes de défense intéressés par la destruction de l'objet. » (p. 94)

1.1.2.2 Jalousie et complicité, les prémisses du lien social

La vie fraternelle offre un immense terrain d'expériences affectives, cognitives et sociales.

L'indifférenciation étant dépassée, c'est un autre distinct de soi, qui est investi sur le mode de l'amitié ou de l'amour, sur le mode de la rivalité ou de la jalousie. Pris dans l'ambivalence de ses sentiments, l'enfant peut en souffrir et souvent se culpabilise (Rufo, 2002).

La vie fraternelle stimule intensément les pulsions libidinales et agressives et permet de décharger une diversité de sentiments hostiles sous la pression de contraintes externes ou internes. Reconnaisant le frère comme différent, l'enfant peut établir avec lui un lien objectif qui n'est plus seulement fondé sur des mécanismes de projection ou d'identification, mais qui représente un socius à part entière. Ainsi, l'expérience fraternelle offre l'opportunité d'élaborer psychiquement les prémices du lien social (Bourguignon, 2006).

Selon Bourguignon, le lien à l'autre a simultanément un versant interne, inscrit dans l'expérience de chacun et associé aux fantasmes conscients et inconscients du sujet, et un versant externe fondé sur les échanges qui s'établissent lors des contacts sociaux : « les deux versants sont en résonance réciproque et se travaillent au cours du temps, aboutissant au dégagement d'un autrui qui n'est plus seulement quelqu'un que l'on absorbe ou rejette, mais quelqu'un que l'on peut connaître et avec qui l'on peut coexister ».

Hostilité et jalousie : l'archétype des sentiments sociaux (Freud, Lacan)

Sous l'angle objectal, la fratrie est d'emblée l'objet de nos pulsions. Les mythes l'illustrent bien, oscillant entre les deux pôles extrêmes que constituent l'inceste et le fratricide.

Dans toutes ses études de cas, Freud mentionne le rôle important joué par les frères et sœurs dans le développement (*L'interprétation des rêves*, 1909 ; *Totem et tabou*, 1913 ; *Introduction à la psychanalyse*, 1915-1917). Ayant construit une théorie du complexe fraternel associée au complexe d'Œdipe, Freud a abordé les relations fraternelles essentiellement dans leur composante agressive : la compétition fraternelle étant vue comme une défense contre la réalité œdipienne, les sentiments fraternels ont été interprétés en tant que sentiments œdipiens déplacés ou défléchis sur la fratrie, comme si la vie en fratrie pouvait offrir une réparation de la déception œdipienne (Tsoukatou, 2005).

Même si sa conception de la rivalité fraternelle, envisagée sous l'angle d'une rivalité objectale et vitale, a été discutée ensuite avec les théories proposées par Lacan et Kaës, Freud a eu le mérite d'annoncer que les relations fraternelles préparent au lien social. Pour lui, l'hostilité et la jalousie ne peuvent aboutir à la satisfaction (mythe de la horde primitive), et des sentiments d'identification de nature tendre aussi bien que sociale naissent, alors, comme formation réactionnelle contre les impulsions d'agressions refoulées. Le lien social se constitue, ainsi, à partir d'une rivalité primaire et de sentiments hostiles transformés en leur contraire (Rabain, 2002).

De l'ensemble des sentiments hostiles que peut éprouver l'enfant à l'égard de son frère, il paraît important de distinguer l'envie de la jalousie lesquelles ne renvoient pas au même type de relation à l'autre.

Pour Klein (1957), l'envie « est le sentiment de colère qu'éprouve un sujet quand il craint qu'un autre possède quelque chose de désirable et n'en jouisse ; l'impulsion envieuse tend à s'emparer de cet objet ou à l'endommager » (p.18). Cette impulsion s'inscrit dans la relation d'exclusivité avec la mère. Elle est marquée par le narcissisme de mort. Pour elle, l'envie est une composante majeure de l'identification projective : être ce que l'autre est, sinon le détruire. Quant à elle, la jalousie implique la triangulation : « le sentiment jaloux concerne l'amour qu'un ou une rivale a ravi, ou pourrait ravir au sujet qui considère cet amour comme lui étant dû ». Ici la crainte majeure est de perdre ce que l'on possède.

Pour Lacan, le « drame de la jalousie » (1938) se spécifie comme constitution corrélatrice et simultanée du moi et de l'autrui : « Le moi se constitue en même temps que l'autrui dans le drame de la jalousie [...] Ici encore, la jalousie humaine se distingue de la rivalité vitale immédiate puisqu'elle forme son objet plus qu'il ne la détermine, elle se révèle comme l'archétype des sentiments sociaux ».

L'amour et la complicité : des liens intersubjectifs à l'origine du groupe fraternel (Scelles)

Pour la plupart des psychanalystes, l'amour que se portent frères et sœurs est interprété négativement, le plus souvent en tant que reflet du refoulement ou du dépassement de l'hostilité et de la jalousie qui se transforment en tendresse homosexuelle.

Toutes les nuances de l'amour peuvent être observées : non seulement la tendresse, mais aussi la confiance, la connivence, le soutien, la solidarité, mais encore la gratitude, le jeu, l'attention à l'autre le don de soi, mais encore tous les excès de l'amour comme la passion, l'inceste, les

perversions, l'affinité avec la mort ... Le temps de cet amour peut-être précoce ou tardif, bref ou durable, il peut avoir été précédé ou suivi de haine, marqué par l'ambivalence habituelle, ou en avoir été exempts, ou à peu près.

Sur le registre de la complicité, les liens fraternels peuvent s'avérer sécurisants, protecteurs, favoriser l'autonomie et la créativité. Scelles (2003) montre que l'existence d'une complicité fraternelle s'enracine dans le sentiment de faire groupe avec ses frères et sœurs et suppose qu'une limite, entre le groupe fraternel et le non-groupe (parents, autres personnes) soit reconnue. Cette complicité s'alimente d'un intérêt partagé à contrevenir ensemble aux lois, à en ériger d'autres, à partager des secrets. Elle s'établit quand les parents sont exclus du groupe et donc quand l'enfant comprend d'une part qu'il peut exister en dehors de son rapport avec eux, et d'autres part qu'il peut investir les relations avec ses frères et sœurs : ainsi ces liens intersubjectifs vont permettre que se crée le groupe fraternel.

Il paraît important de noter ici également qu'un idéal de bonne entente, d'amour et de solidarité dans le groupe fraternel est véhiculé par notre société avec les valeurs de fraternité et d'égalité. C'est-à-dire « le fameux sens de la famille qui place les idéaux de la cohésion et de la permanence du groupe au dessus des égoïsmes individuels », comme le rappelle Ringler (2004).

De même, faut-il prendre en compte l'extrême perméabilité du milieu fraternel aux désirs et aux attentes des parents, qui assignent à chaque enfant une place dans le but d'assurer le maintien de l'équilibre général de la famille.

Décharge pulsionnelle et étayage dans et par le groupe : développement du processus d'appropriation subjective dans les rapports sociaux (Bourguignon)

S'appuyant sur les travaux de nombreux analystes, Bourguignon considère que la fratrie, au fond, permet une vie de groupe qui peut constituer un étayage important pour les individus. « Le groupe fraternel contient les pulsions en même temps qu'il étaye chacun puisque, ensemble, on est plus fort, face à la peur par exemple. Les angoisses qui courent tout au long du développement de l'enfant trouvent à s'exprimer dans les jeux et à s'apaiser puisqu'elles sont partagées » (1999).

Pour Bourguignon, le groupe constitue un monde secret, fermé aux adultes, et par conséquent un monde rebelle à l'investigation. Les parents peuvent influencer et manipuler le groupe

fraternel mais non le gouverner car il échappe au monde des adultes. Le groupe fonctionne sur le mode pulsionnel dans un espace de sécurité, d'expériences partagées, se protégeant ensemble contre les fantasmes angoissants liés à la sexualité des parents, à l'imgo maternel archaïque ou à leur propre destructivité.

C'est au sein de ce groupe que se développe le processus d'appropriation subjective : « les parties des autres déposées en soi (l'avidité, la haine, le plaisir) deviennent du soi, l'individualité se constitue dans l'interaction et l'interfantasmatisation jusqu'à ce que la maturité aidant, le dégagement s'opère et l'individu devienne lui-même ». Le fraternel peut faire retour à n'importe quel âge, comme tout élément pulsionnel non élaboré psychiquement, à l'occasion d'événements particuliers rappelant l'enfance. C'est sur fond de ce groupe que s'établit le lien social qui pourra se maintenir au prix de règles qui feront office d'organiseurs (2001).

Ce travail d'élaboration psychique, qui nécessite de se détacher du double pour reconnaître le socius, débouche sur l'identité personnelle et la relation interpersonnelle. C'est un travail sans cesse mis à l'épreuve par la tentation que représente un semblable : être unique sans être seul. Le fraternel, selon Bourguignon, imprègne la famille (couple amoureux, couples monosexués intergénérationnels : père/fils, mère/fille, frères et sœurs ...), tout comme les rapports sociaux au fil de la vie adulte (les collègues de travail, les membres d'un groupe).

Dans leur approche du groupe fraternel en psychothérapie familiale, Drieu et Hardoin (2008) soulignent l'importance de « l'espace fraternel comme lieu d'interfantasmatisation permettant une reconstruction des liens de filiation ». Pour eux, les relations fraternelles participent à l'organisation de la subjectivation de l'individu et, par le biais d'un pacte narcissique, forment l'ébauche de l'intersubjectivité.

Le groupe fraternel au carrefour du complexe fraternel et du complexe d'Œdipe : mode d'entrée dans la société (Kaës)

Pour Kaës, le groupe fraternel s'organise au croisement de deux axes. L'axe vertical est constitué par le rapport des frères et sœurs au couple parental. L'axe horizontal est formé par la génération paritaire, que leurs rapports soient de consanguinité, d'adoption ou de recomposition familiale. Le premier axe s'ordonne aux modalités du complexe d'Œdipe, celui des parents et celui des enfants, qui doivent être considérés ensemble. Le second axe est celui

des modalités du complexe fraternel. La distinction de ces deux axes permet de situer le groupe des frères et sœurs comme entité psychique spécifique mais relative au couple parental.

Partant du principe que le complexe est soutenu par des fantasmes de désir, des investissements pulsionnels, des modèles de relation d'objets, des identifications et des imagos, il considère que les deux formes de complexe correspondent à une organisation intrapsychique triangulaire : structurée par la représentation inconsciente de la place qu'occupent le sujet, le « frère » ou la « sœur », et le terme tiers qui les lie ensemble en les opposant dans la conflictualité propre au complexe fraternel ; structurée par l'amour pour le parent du sexe opposé et le désir de mort vis-à-vis du parent de même sexe dans le complexe d'Œdipe.

Pour lui, le complexe fraternel est emboîté dans le complexe d'Œdipe : « les deux axes se croisent, se combattent, s'attirent l'un l'autre, quelquefois se rabattent l'un sur l'autre, mais aucun ne peut exister dans sa plénitude sans l'autre ... L'avenir du complexe d'Œdipe est le complexe fraternel, et réciproquement le complexe fraternel aboutit à une impasse s'il ne restructure pas avec l'Œdipe. » (2008).

Le complexe fraternel, le triangle précœdipien et le triangle rivalitaire ne sont pas entièrement dépassés dans le déclin du complexe d'Œdipe : « Il se modifie à la mort des parents, il se réactive à la naissance de ses propres enfants, et dans toutes les grandes étapes de la vie qui nous remettent en contact avec l'infantile. Il se restructure d'après-coup en après-coup ».

Aussi, c'est par le complexe fraternel autant que par l'Œdipe que le sujet entre en société : une des fonctions majeures du complexe fraternel serait « le basculement d'une structure triangulaire caractéristique des complexes fraternel et œdipien vers une structure à quatre dimensions » incluant alors la société.

Les relations fraternelles comme source d'apprentissage des rôles paritaires (Brunori)

Les affrontements et les régulations dégagés dans la fratrie constituent des apprentissages précieux en matière de socialisation. Les jeux sont souvent des mises en scène où chacun expérimente différents rôles. Dans leurs interactions, les enfants apprennent à accepter des contraintes, trouver des compromis, entrer dans la concurrence, ce qui inaugure ce que seront les futures relations sociales.

Le groupe familial est le milieu dans lequel l'individu apprend les premières règles relationnelles avec le monde extérieur dans un rapport tant hiérarchique que paritaire. La famille règle la compétition qu'elle implique sur la base des valeurs collectives partagées. La famille initie donc des modèles de comportement, s'adaptant aux valeurs dominantes dans le

contexte socioculturel : en ce sens elle constitue un lien entre le collectif et l'individuel. Ainsi, les expériences au sein de la fratrie peuvent être à la source des valeurs et idéaux qui se construisent au fil du développement (Brunori, 1999).

Le lien fraternel 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.

Au-delà de la spécificité de ce lien fraternel, il paraît important d'analyser la dynamique qui se crée entre les deux sous-systèmes de la famille actuelle : le couple et la fratrie, et à ce niveau les théories systémiques sont riches d'exemples et d'enseignements.

1.1.3 La fratrie : un sous-système au cœur de la famille

D'un point de vue systémique, la famille est vue comme un « système complexe d'éléments en interaction » (Tilmans-Ostyn, 2007).

La théorie générale des systèmes appréhende la famille à partir de son organisation et des interactions entre les éléments qui la composent (Von Bertalanffy, 1980).

L'organisation montre un agencement spécifique des différents membres de la fratrie. Cette forme globale renvoie aux sous-systèmes « parents », « enfants », « grands-parents », « oncles et tantes », avec des subdivisions éventuelles dans ces sous-groupes, comme « les petits/les grands ».

Les interactions renvoient au fait qu'un comportement d'un membre de la famille devient un stimulus pour d'autres, ce qui à son tour fait naître une réponse qui devient un nouveau stimulus. Ainsi la fratrie peut être vue comme un ensemble de vases communicants. Le mouvement de l'un a des répercussions sur un autre, le comportement de l'un influence la réponse de l'autre. Ce phénomène crée des émergences et organise la personnalité. Il sert notamment de levier dans les thérapies familiales.

Naissance d'un enfant : création de « jeux d'alliance » et « place fonctionnelle »

Comme toute situation où quelqu'un entre ou sort de la famille, la venue d'un enfant est un moment de déséquilibre et de rééquilibration (Tilmans-Ostyn et Kinoo, 1984). Le jeu

relationnel habituel est perturbé, de nouvelles alliances se créent, voire des coalitions dans lesquelles deux personnes peuvent se liguer contre une troisième ou tout simplement s'unir et, de facto, mettre la troisième de côté. Le bien-être psychique se trouve non tant dans un idéal à atteindre que dans la souplesse des relations lors d'alliances mobiles (Caplow, 1984).

Chaque rapport enfant-parent et enfant-enfant est unique. Mc Goldrick et Gerson (1990) parlent de « place fonctionnelle » dans la fratrie : « un deuxième enfant peut devenir un aîné fonctionnel s'il est particulièrement talentueux, ou si l'aîné est malade ».

Phénomène de « rôle parentifié » auprès d'un frère ou d'une sœur

Bowen (1996) souligne qu'un membre d'une fratrie peut « surfonctionner » face à un autre qui « dysfonctionne ». Il s'agit pour lui d'un mécanisme de réciprocité du type « trop adéquat-inadéquat ».

Boszormenyi Nagy (1973) explique qu'un enfant peut devenir « le parent » de son père ou de sa mère ou des membres de sa fratrie, lorsqu'il sent l'un des membres défaillant. Il estime que cela peut-être un facteur de maturité, lorsque l'expérience est transitoire puisque, occupant ce rôle, l'enfant peut être reconnu et valorisé. En revanche, si l'expérience se prolonge et qu'elle n'est pas suffisamment source de valorisation, alors l'enfant se retrouve très seul et se sent, à la fois, « mauvais enfant » et « mauvais parent ».

Minuchin (1998) a bien décrit cet « enfant parental » installé au milieu des dysfonctionnements familiaux. Dans la pratique, Meyckens-Fourez (2007) constate que cet enfant est appelé à devenir un « battant ». Dans les relations intimes qu'il sera amené à nouer, son partenaire risque de devenir un « battu » ou un « perdant ». Lui-même se condamne à aller toujours de l'avant, à être hyperactif, à donner sans recevoir, à ne pas avoir d'échange réel.

Les risques liés au phénomène normal de « désidentification »

Cherchant parfois une place « extraordinaire » au sein de la fratrie et le constant regard des parents sur lui, chaque enfant veille à se comporter mieux que son frère ou sa sœur ou, en réaction à ces derniers, comme décrit dans le mécanisme de « désidentification » (Meyckens-Fourez, 2007). Chacun adopte plus ou moins inconsciemment l'attitude opposée, ce qui peut

être renforcé par le discours familial et risque de coincer chacun dans un rôle rigide et enfermant. Si l'un travaille mal à l'école, l'autre dépensera son énergie à briller, sacrifiant d'autres investissements ...

L'envie est contrôlée, la compétitivité et la jalousie s'assument plus facilement mais au détriment d'autres compétences qui sont tuées. Ainsi, la désidentification constitue une défense contre la rivalité fraternelle en fournissant à chaque enfant une identité séparée mais égale.

Cependant les frères et sœurs peuvent mettre de longues années à se défaire de ces étiquettes, et cette quête d'identité peut entraver les relations futures, notamment au niveau du couple.

Des schèmes relationnels qui perdurent à l'âge adulte

L'approche systémique dans l'étude des interactions précise que l'enfant ne s'identifie pas seulement aux personnes mais intériorise aussi des schèmes et des scénarios relationnels. Il a tendance à reproduire les mêmes modes de relation que ceux qu'il a observés autour de lui. Ceci permet de décoder les relations entre frères et sœurs par analogie au mode de relation entre parents (Tilmans-Ostyn, 1981). Cette hypothèse des relations en miroir permet de comprendre la dynamique relationnelle au sein de la fratrie parallèlement avec la dynamique conjugale. Parfois, la tension entre enfants est majeure et non négociable, et fait évoquer une séparation parentale ou des tensions mortifères entre frères et sœurs à la génération précédente.

Toman (1987) qui s'est intéressé aux « constellations fraternelles » a souvent constaté dans sa pratique clinique que les schèmes relationnels entre frères et sœurs se jouaient plus tard au sein du couple. Ainsi un aîné peut avoir tendance à prendre des responsabilités et à se mettre plus facilement dans un risque d'escalade symétrique s'il épouse aussi une aînée et réciproquement. Une cadette habituée à suivre les autres se reposera peut-être sur son conjoint si celui-ci avait la position d'aîné, jusqu'au moment où l'un et l'autre se trouveront gênés par cette relation complémentaire devenue rigide. Des parallélismes sont également observés entre les relations fraternelles et les relations professionnelles au sein d'une même équipe.

Aussi, qu'en est-il de ce lien fraternel et de la dynamique familiale lorsque l'un des enfants est handicapé ?

Synthèse

- L'étude de la fratrie suppose de prendre en compte la dimension verticale de la famille (relations parents-enfants) et sa dimension horizontale (relations entre enfants / relations entre parents) pour comprendre la spécificité du lien fraternel.

- Le lien fraternel constitue une valeur structurante et organisationnelle dans le développement de l'individu, à partir de l'intrication des investissements narcissiques et des investissements objectaux qu'il suscite.

Sur un versant narcissique, nous retiendrons avec Lacan que le moi de l'enfant s'identifie narcissiquement à l'image spéculaire du frère. Les comportements d'imitation réciproque des frères et sœurs favorisent le processus de différenciation entre soi et l'autre au fil des interactions (Almodovar). Les frères et sœurs se défusionnent symboliquement du corps maternel sous la poussée de la rivalité pour acquérir les ressources matérielles et affectives nécessaires à la définition de leur propre identité (Kaës), et se construisent ainsi progressivement dans leur individualité.

Sur un versant objectal, nous retiendrons que l'expérience fraternelle offre l'opportunité d'élaborer psychiquement les prémisses du lien social. Freud, le premier, souligne que les sentiments d'hostilité et de rivalité émergeant des relations fraternelles constituent l'archétype des sentiments sociaux. Scelles insiste sur la spécificité du groupe fraternel et la construction de liens intersubjectifs de complicité qui permet au groupe de fonctionner indépendamment des parents. Bourguignon va plus loin en considérant le processus d'appropriation subjective qui se développe au sein de ce groupe et sert de base aux rapports sociaux qui s'établiront au fil de la vie. A noter encore avec Kaës, l'importance de l'articulation du complexe fraternel avec le complexe oedipien pour comprendre le mode de relation qu'entretiendra l'individu avec la société.

- D'un point de vue systémique, la fratrie représente un sous-système au sein de la famille. La naissance d'un enfant modifie l'équilibre de la famille et peut créer des « jeux d'alliance » entre ses membres. L'enfant peut occuper une « place fonctionnelle », jouer un « rôle parentifié » par rapport à son père ou sa mère, à un frère ou une sœur, lorsqu'il sent un des membres défaillant. Pour se défendre contre la rivalité fraternelle, l'enfant peut se construire une identité séparée par le phénomène de désidentification. Il intériorisera et aura tendance à reproduire les schèmes relationnels de l'enfance au cours de sa vie d'adulte.

1.2 La fratrie face au handicap

Compte tenu du rôle important des dimensions du fraternel dans le développement de l'enfant, nous pouvons nous attendre à un impact complexe de la présence d'un frère ou d'une sœur handicapé(e) sur les autres membres de la fratrie.

Les recherches sur cette question sont récentes à la fois pour des raisons qui ont trait à l'évolution de la perception de la fratrie dans notre société, mais aussi pour des raisons inhérentes aux modes de réaction intra-familiaux.

La plupart des résultats publiés depuis une quarantaine d'années mettent en évidence le poids des contraintes psycho-affectives sur l'identité et l'affectivité des enfants dont un frère ou une sœur est handicapé(e).

Après avoir explicité la notion de handicap, nous nous intéresserons au développement de la fratrie lorsque l'un des membres est porteur d'un handicap, quel que soit la nature de ce dernier.

Nous nous attacherons à différencier l'impact de la présence de l'enfant handicapé sur la dynamique familiale et sur les interrelations fraternelles en tenant compte de l'articulation des dimensions horizontales et verticales de la famille.

Nous chercherons notamment à observer en quoi les dimensions de l'individualisation et de la socialisation dans le développement du frère ou de la sœur peuvent être affectées, et intégrerons les apports systémiques à notre champ d'investigation principalement psychanalytique.

1.2.1 Définition de la notion de handicap

Au vu de la littérature, il s'avère difficile de trouver une définition du handicap sur laquelle tout le monde s'accorde. Le vocabulaire employé a fortement évolué au fil du temps ce qui est probablement le reflet de l'attitude de la société sur cette question.

Parler de handicap au singulier paraît réducteur. Le type de handicap dont souffre une personne, sa sévérité et le degré de dépendance qu'il entraîne, influenceront différemment le vécu de la famille et des frères et sœurs en particulier.

1.2.1.1 Evolution du regard sur le handicap

Le mot handicap vient de l'expression anglaise *hand in cap*, ce qui signifie « la main dans la casquette ». Il s'agissait d'un jeu de hasard, les joueurs disposaient leurs paris dans un chapeau. L'expression est transposée en mot et appliquée au domaine sportif au XVIIIème siècle.

Historiquement, le handicap se définissait par opposition à la maladie. Le patient était malade tant que son problème pouvait être pris en charge médicalement, il était réputé handicapé une fois devenu incurable.

Etymologiquement, handicapé renvoie à une notion d'égalisation des chances. Cette notion a supplanté celle d'assistance. En effet, l'attitude de la société à l'égard de la personne handicapé a progressivement évolué : du rejet vers une reconnaissance puis une tentative d'intégration de la personne dans la société (Ringler, 2004).

Selon la déclaration des droits des personnes handicapées proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies le 9 Décembre 1975, la personne handicapée est définie comme « toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales.

Le britannique Philip Wood introduit à partir de 1980 une clarification conceptuelle déterminante dans la définition du handicap (Salbreux, 1995). Il définit en effet le handicap comme la conséquence des maladies sur la personne, en l'analysant selon 3 plans :

- la déficience, correspondant à l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ;
- l'incapacité, qui est une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir de façon normale une activité ;
- le désavantage, conséquence de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Le désavantage est la résultante de l'interaction entre la personne porteuse de déficience ou d'incapacité et l'environnement. Son importance est étroitement liée à la qualité de l'environnement, qui peut soit le minimiser soit l'amplifier.

Les travaux de Philip Wood constituent, dans les années 1980, le fondement de la classification internationale des handicaps (CIH), élaborée à l'initiative de l'Organisation mondiale de la

santé et adoptée par la France en 1988 comme référence des nomenclatures statistiques sur le handicap.

Cette définition a par la suite été critiquée pour mettre trop en avant l'aspect fonctionnel du handicap et pas assez son aspects social. Une nouvelle définition a été donnée par la loi du 11 Février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

Bert (2006) souligne les progrès majeurs dans la prise en charge des personnes handicapées et notamment en ce qui concerne les enfants handicapés : « Grâce à un diagnostic plus précoce, aux traitements, aux soins, ils vivent plus longtemps, et atteignent souvent l'âge adulte : leur coexistence avec leurs frères et sœurs en est prolongée d'autant. De grands efforts ont été déployés pour leur éducation : leur apprendre à marcher, à parler, à lire ; les scolariser, en leur fournissant au besoin des aides techniques et humaines. Avec une conséquence directe : les progrès qu'ils réalisent dans ces domaines ; mais aussi une conséquence indirecte : le changement du regard qui est porté sur eux. » (p. 13-14).

1.2.1.2 Différents types de handicap

Depuis la loi du 11 février 2005, on parle maintenant d'au moins quatre grandes familles de handicap : le handicap moteur, le handicap sensoriel, le handicap mental et le handicap psychique. Ceci permet de promouvoir des structures adaptées aux différentes pathologies et, dans le cas du handicap psychique, de faire valoir que, au-delà du soin, ces personnes ont besoin d'un accompagnement qui tienne compte de leur propension à l'isolement et de leur difficulté à faire valoir elles-mêmes leurs droits.

La diversité des aspects du handicap mérite d'être prise en compte puisqu'elle aura un impact différent sur la vie de la personne et celle de son entourage. Basquin et Braconnier (1982) envisagent quatre facteurs de cette diversité :

« - le point d'impact du handicap, dans le corps ou dans le psychisme, sans oublier les cas mixtes pour lesquels on constate souvent que l'une des deux dimensions joue un rôle prépondérant, voire exclusif, sur la vie familiale ;

- la nature du handicap joue aussi son rôle et la problématique est différente selon qu'il s'agit d'une dysmorphie, d'une déficience, d'une amputation, d'une maladie chronique, d'une affection héréditaire ;
- l'évolution : il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'un handicap stabilisé pour lequel une attitude solide peut être adoptée et qui nécessite un deuil fait une fois pour toute, ou lorsqu'il s'agit d'un handicap évolutif plaçant dans des situations toujours nouvelles, parfois imprévisibles ;
- les conséquences sociales tracent également des tableaux différents : on peut citer les possibilités d'adaptation du handicapé permettant une autonomie plus ou moins grande et aussi la « montrabilité », néologisme affreux qui correspond bien à la réalité vécue par nombre de famille. » (p.36).

Pour notre part, ayant choisi de cibler notre étude sur la question du handicap psychique, et plus précisément dans des cas de syndrome autistique, il s'agit de situations spécifiques où les possibilités d'évolution demeurent difficilement prévisibles et les possibilités d'insertion sociale se complexifient souvent à partir de l'adolescence.

Peu d'études ayant été consacrées jusque là à la fratrie de l'enfant autiste, nous nous appuyons donc dans un premier temps sur des observations menées auprès de fratries quel que soit le type de handicap de l'un de ses membres, avant de procéder à une revue théorique sur la fratrie dans le cas spécifique de l'autisme.

1.2.2 Impact du handicap sur la dynamique de l'organisation familiale

Lorsqu'arrive au monde un enfant pas comme les autres c'est tout l'univers d'une famille qui bascule. La révélation du handicap d'un enfant plonge brusquement la famille dans un monde où se bousculent « stress, angoisses, émotions » (Jalenques, Coudert, 1992). Comme le souligne Korff-Sausse (2007) : « Le handicap d'un enfant fait l'effet d'un tremblement de terre ou de l'explosion d'une bombe, qui entraînent des réactions en chaîne : bouleversement de tout le réseau relationnel à l'intérieur de la famille, retentissement sur l'équilibre psychique de chaque membre du groupe familial ».

Les membres de la fratrie perçoivent en premier lieu le désarroi et la tristesse de leurs parents à l'annonce du diagnostic de la « différence », avant même de comprendre et de prendre conscience de cette différence (Ringler, 2004). Ce qui inquiète le plus les enfants, c'est la façon

dont les parents réagissent à « l'annonce du handicap ». Marcelli (1983) estime que les réactions et la souffrance des frères et sœurs dépendent de la façon dont les parents gèrent psychiquement la présence de leur nouvel enfant.

Vécu des parents à l'annonce du handicap et processus d'aménagement

Comme le rappelle Jalenques et Coudert (1992), l'enfant handicapé va porter la différence entre enfant réel et enfant imaginaire à son paroxysme. « Pour les parents, le handicap de l'enfant provoque une blessure narcissique, qui atteint l'enfant imaginaire, prolongement du narcissisme parental » (Korff-Sausse, 2007).

L'annonce du handicap constitue un véritable traumatisme qui va nécessiter un processus de deuil. Chez les parents, après le choc et la sidération face à la nouvelle, se mettent en place des stratégies défensives, puis souvent s'installe un vécu dépressif avant que ne s'instaure l'acceptation de l'enfant et la mise en place de projet de vie pour lui.

Une immense souffrance et une culpabilité intense viennent teinter le vécu parental.

Ringler (2004) identifie cinq aménagements défensifs possibles pour venir pallier ce sentiment de culpabilité :

- L'issue la plus naturelle est la réparation. Les parents essaient de comprendre la situation de l'enfant handicapé pour lui apporter les réponses et les solutions les mieux adaptées. Le désir de protéger, soigner et d'aider fait partie intégrante de leurs pulsions de vie.
- Une autre réaction très courante est celle de la surprotection. Les parents pensent alors que leur enfant doit recevoir plus de soins, plus d'amour et plus d'attention qu'un enfant typique. Leur angoisse est telle qu'ils se sentent obligés de tout contrôler, et le travail avec les professionnels de la santé et de l'éducation peut devenir très difficile.
- Certains parents projettent leurs affects négatifs sur des personnes extérieures (conjoint, proches, voire la société entière). Ce mode de défense très archaïque révèle une très grande fragilité du moi. Le parent, en se posant comme victime, montre son incapacité à accéder à l'ambivalence des sentiments.
- Une quatrième solution pour se protéger peut-être le déni. Dans une forme passive, la blessure peut-être si intense que les parents sont amenés à étouffer leurs émotions pour pouvoir survivre. A l'inverse, les parents peuvent déployer une suractivité afin de

prouver que l'enfant est tout à fait normal, en lui proposant les mêmes tâches et responsabilités qu'à un enfant qui ne serait pas handicapé.

- Une dernière position peut apparaître dans un besoin d'auto-punition à travers la manifestation de symptômes renvoyant directement à la nature du handicap de leur enfant, comme s'ils devaient souffrir pour moins ressentir la culpabilité. Face à un sentiment de faute extrême, les parents se donnent ainsi l'obligation d'expier pour se soulager.

Dans une approche du fonctionnement psychique des familles confrontées au handicap mental, André-Fustier (2002) distingue deux principaux mécanismes de défense groupaux de la famille face au handicap d'un enfant : le recours à des modalités fusionnelles du lien et l'identification au corps malade de l'enfant.

- Dans le premier cas, le vécu d'accordage avec l'enfant ne permettant pas de vivre une sécurité de base suffisante, la séparation psychique ne peut pas réellement s'établir. Cette séparation peut être ressentie parfois comme un arrachement, ce qui est souvent interprété par les professionnels en termes de « surprotection familiale ».

- Dans le deuxième cas, la famille a des difficultés à s'identifier à la vie psychique de l'enfant du fait du non accordage satisfaisant. Pour rester en contact avec l'enfant, les parents vont tellement soutenir son être déficitaire qu'ils vont perdre de vue sa vie psychique.

Ceci peut conduire à un contre-investissement psychique de l'enfant, c'est-à-dire qu'au lieu d'investir l'identité naissante de l'enfant, ils vont construire des défenses contre l'effondrement traumatique qui a débordé leur fonction pare-excitatrice et qui se trouve sans cesse réactivée dans leur relation avec lui. Ce processus peut être compris comme un clivage de survie. La famille est alors contrainte à une identification adhésive à l'enfant psychiquement « mort », laquelle peut empêcher le travail de deuil car l'enfant n'est ni mort ni existant comme sujet séparé.

Dans une perspective plus générale, Kaës (1993) montre, dans son analyse du fonctionnement des groupes, que face à un traumatisme peut s'opérer un repli sur des modalités relationnelles indifférenciées, groupales. Ce mécanisme permet de faire face au risque de blessure narcissique individuelle et groupale, au risque d'effondrement. Le repli permet, dans un premier temps, l'utilisation d'une sorte de « prêt-à-penser groupal » qui donne sens à ce que, individuellement, le sujet ne peut penser. Ainsi se met en place un système de défense commun pour parer aux

failles des appareils psychiques individuels. Kaës parle de passage par l'idéologie groupale, qu'il entend comme une modalité de type transitionnel. Toute la question est de savoir si ce passage permettra, par la suite, la construction d'une position plus individuée, ou si le sujet restera figé dans une loyauté aliénante.

Ainsi, face à un tel événement, les parents peuvent réagir de manières différentes, ce qui aura des répercussions variables sur la relation qu'ils entretiennent avec leurs autres enfants. Le frère ou la sœur vit tout d'abord l'irruption du handicap dans le cadre des relations avec ses parents (Jalenques, Coudert, 1992). La perception de la pathologie par l'enfant non handicapé pourra être fortement influencée par la perception parentale.

D'une manière plus globale, le groupe familial va être amené à se réorganiser, le frère ou la sœur va se construire dans une ambiance familiale qui change brusquement et être amené à établir des relations spécifiques tant avec ses parents sur un plan vertical, qu'avec son homologue handicapé sur un plan horizontal, qui porteront l'empreinte du handicap.

Le non-dit source d'anxiété, et la faillite de la fonction parentale de pare-excitation

La relation des enfants de la fratrie aux parents se transforme pour « se cristalliser » autour de l'enfant malade (Claudon, 2005). Les membres de la fratrie peuvent alors se sentir délaissés, abandonnés, éprouver un sentiment d'insécurité. Ils vont apprendre à vivre entre des parents indisponibles et un frère ou une sœur venu leur « voler leur place ».

Les parents sont dans une telle détresse qu'il est souvent très difficile pour eux de parler du handicap de l'enfant atteint à leurs autres enfants : ce serait « à la fois réveiller le douloureux souvenir de son immixtion dans la famille et attiser la peur imaginaire de sa propagation » (Gardou, 1997, p. 15). Les frères et sœurs reçoivent donc dans un premier temps que très peu d'informations sur leur différence avec leur pair. Dans l'environnement familial s'installe alors une forme de silence, un mutisme autour de la question du handicap.

Ainsi, selon Gardou (1997), ce silence prend force de loi pour les frères et sœurs qui deviennent les « dépositaires » d'un secret que tout le monde partage. Ils adoptent dans un premier temps le modèle des parents, n'osent ni s'exprimer librement ni poser de questions par crainte d'attiser la souffrance, ce qui peut avoir cependant pour conséquence d'amplifier leur activité de fantasmatisation. Ce non-dit risque alors de les laisser dans un grand désarroi, car comme le dit très bien Gardou « les maux interdits de mots génèrent la plus profonde solitude » (p. 17).

Or cet événement est pour eux source d'une grande violence externe, qui entre en résonance avec leurs conflits internes. Le handicap sollicite des affects internes : jalousie, sentiment de révolte, angoisse de castration, qu'ils s'interdisent d'exprimer.

Compte tenu de l'indisponibilité physique et psychique de leurs parents, les frères et sœurs peuvent se trouver confronter à une défaillance de la fonction de contenance et de transformation de l'entourage (au sens où l'entend Bion, 1962) qui ne pourra leur permettre d'intégrer psychiquement leurs sensations et diminuer l'étrangeté de leurs vécus (Decherf, 2006). Face au trauma que les parents ne parviennent à intégrer, l'appareil psychique des frères et sœurs risque de subir « une effraction du pare-excitation » (Lambertucci Mann, 2008) : les processus de liaison, d'élaboration et de symbolisation peuvent alors échouer, et le refoulement de la représentation pulsionnelle être entravé ou rester incomplet.

Au delà de cette moindre disponibilité, le frère ou la sœur peut se sentir oublié par sa mère au sens où il n'a pas de place dans son espace mental (Korff-Sausse, 2003). A un niveau inconscient, il peut y avoir une non inscription de cet enfant là dans la vie psychique de la mère, ce qui génère chez le frère ou la sœur un sentiment d'inexistence. Ce qui est le plus dommageable c'est que cet oubli n'est pas reconnu : « l'enfant remarque l'oubli de sa mère, il en éprouve les effets, mais il n'a pas le droit de le dire » (p. 385). Ainsi, le phénomène rejoint les secrets mortifères de Racamier, verrouillés par le déni qui se cristallise autour d'eux et se rapproche de la communication paradoxale décrite par l'école de Palo Alto.

Korff-Sausse différencie ici la situation des aînés et des puînés : pour les premiers, on observe un désinvestissement, le trauma de l'arrivée de l'enfant handicapé fige la mémoire familiale et efface rétroactivement les souvenirs des premières années de la sœur ou du frère ; pour les seconds, on observe un non investissement, les traces mnésiques concernant les événements de sa vie ne peuvent être investies libidinalement faute d'énergie disponible.

Aussi, ajoute Korff-Sausse, l'identification à la dépressivité de la mère pourra être le seul moyen pour rétablir le lien avec elle, afin de ne pas la perdre.

Dans l'incompréhension face à cette situation, l'enfant peut se sentir coupable du handicap de son frère. Il peut alors élaborer des scénarii qui viennent expliquer le handicap comme une conséquence directe de ses inconduites, « mauvaises » pensées ou « mauvais » désirs passés. La culpabilité ne provient pas d'une faute réelle mais de la crainte d'une pensée toute-puissante, magique, comme si des pensées agressives vis-à-vis de son frère atteint étaient mises en acte (Scelles, 1997).

De la même manière, il peut éprouver des difficultés à comprendre et interpréter la perte d'amour de ses parents qui survient et s'en attribuer la responsabilité (Guedeney, 1989).

Protection des imagos parentales et construction d'un idéal inaccessible

Ressentant la vulnérabilité de leurs parents, les frères et sœurs peuvent développer plus ou moins consciemment des stratégies visant à maintenir la cellule familiale mais surtout à protéger les imagos parentales. S'engageant dans un pacte de solidarité, ils peuvent chercher à adopter des attitudes permettant de gommer la différence vécue pour affirmer être une famille comme les autres (Boucher, Derome, 2006). Les frères et sœurs sont « gratifiants, soutenant, magiques » pour les parents qui les comparent à l'enfant handicapé (Scelles, 1997). Ces mécanismes de défense pour protéger l'image maternelle peuvent d'ailleurs leur permettre d'en protéger les fonctions contenant et stabilisantes (Guedeney, 1989).

La fratrie a conscience d'incarner les espérances et les ambitions que les parents ne peuvent investir dans leur pair. En devenant de « très bons enfants », ils aident leurs parents à vaincre le fantôme de l'enfant parfait et à en accomplir le deuil (Gardou, 1997). Mais comme le soulignent Jalenques et Coudert (1992), ce rôle d'étayage inconscient fait peser un poids parfois considérable sur ces enfants, ce qui peut-être très anxiogène. Ainsi, le frère ou la sœur peut vouloir se conformer à un certain idéal d'enfant qui parviendrait à consoler ses parents, à compenser les manques de l'autre enfant handicapé, en étant l'enfant rêvé que ses parents auraient souhaité pour l'autre (Scelles, 1997). Cet idéal inaccessible peut alors générer une grande détresse chez l'enfant face au décalage entre ce qu'il pense être, ce qu'il pense que les parents veulent et ce qu'il voudrait être. Ce décalage peut alors être source d'une faible estime de soi.

Aspirant à un idéal qui est généralement associé à « un surmoi qui leur interdit de dire quelque chose de leur souffrance ou de leur faiblesse » (Scelles, 1996), les frères et sœurs se trouvent d'ailleurs souvent dans une position partagée entre l'envie de répondre aux attentes parentales et réparer leur narcissisme blessé en se montrant brillant, et la culpabilité de mettre ainsi en valeur les incapacités de leur pair handicapé.

1.2.3 Impact du handicap sur les relations fraternelles

Les relations fraternelles jouent un rôle considérable dans la construction identitaire de l'individu permettant de passer de l'intrusion narcissique à l'identification à l'autre, et donc de l'alter ego à l'altérité.

Aussi, nous pouvons présager une éventuelle altération des dimensions de l'individualisation et de la socialisation dans le développement de l'enfant lorsque l'un des membres de la fratrie est différent.

De la relation spéculaire à la différenciation : des difficultés de séparation liées aux problèmes d'individuation

L'identification tient une place centrale dans la construction du lien fraternel. A partir de mouvements d'identification à la fratrie, par la reconnaissance de soi dans l'autre et l'intériorisation d'une partie de ses qualités, s'ébauchent les processus de séparation et d'individuation.

Or s'identifier à un frère ou une sœur atteint dans son intégrité psychique ou corporelle peut-être source d'angoisse et constituer une menace identitaire ou narcissique, remettant en cause la possibilité de s'appuyer sur l'identification pour se construire (Scelles, 2003).

En effet, l'enfant handicapé, dans sa fonction de double, peut renvoyer aux frères et sœurs, dont l'identité n'est pas encore solidement établie, une image spéculaire qui risque de remettre en cause leur intégrité et leur autonomie (Ferrari, 1988 ; Korff-Sausse, 1996). Il leur est souvent difficile, et cela peut même leur paraître dangereux, de ressembler à cet autre abîmé : un fantasme de « contagion » ou de « contamination » circule souvent chez les frères et sœurs qui s'interrogent sur la part de handicap en eux compte tenu de leur proximité génétique, issus des mêmes père et mère (Scelles, 1997). Le handicap peut alors se confondre avec une part archaïque en soi qui s'active : il peut être absorbé comme un « monstrueux défaut », créant un sentiment d'anormalité dont l'enfant a d'autant plus de mal à se défendre que son origine est confuse (Boucher et Derome, 2006).

Boucher et Derome (2006) parlent de « handicap en soi », qu'ils décrivent comme une production complexe introduite par le lien spéculaire, alimentée par le bain fantasmatique familial. Ce handicap en soi peut représenter selon eux « un manque narcissique qui engage l'image de soi dans le regard de l'autre ». Ils distinguent trois manières de réagir face au danger

de confusion spéculaire : certains enfants vont refuser l'intrusion en grandissant l'image de l'enfant handicapé (l'idéalisation de l'objet permettant d'annuler toute pulsion négative), d'autres vont la contrer par des actes réparateurs, d'autres encore vont se sentir envahi par l'image d'un double qui menace leur intégrité. Dans ce dernier cas, le handicap est « psychiquement partagé » et met en danger les frères et sœurs.

Si la ressemblance pose question, la différenciation peut également être difficile à négocier. Lorsque les frontières identitaires sont fragiles, poreuses, le processus de séparation-individuation peut se complexifier.

Le fantasme des vases communicants souligne bien cette difficulté. Parfois les frères et sœurs imaginent que le fait d'avoir partagé le ventre maternel a pu engendrer une « mauvaise distribution des compétences », ils auraient ainsi pris à l'enfant handicapé certaines compétences (Scelles, 1997). Dans une perspective de complétude, cela signifierait que si l'autre est leur double, ils possèderaient ce qui lui manque. Ainsi, comme dans le fantasme de contamination, la différenciation peut constituer une menace car les frères et sœurs, en se séparant psychiquement de leur pair, se confronte au risque de perdre une partie de leur propre identité.

En outre, si les frères et sœurs sont pris par la crainte de trop ressembler à l'enfant handicapé, à l'inverse ils peuvent éprouver des difficultés à trouver du même en lui. L'enfant handicapé incarne alors pour eux un étranger qu'ils ne comprennent pas et qu'ils peinent parfois à reconnaître comme étant leur frère : incapables de saisir quelque chose de sa vie intrapsychique, de la manière dont ils peuvent agir sur lui, et de ce qu'ils représentent pour lui, ils rencontrent des difficultés à nouer une relation intersubjective, bien que la relation interpersonnelle puisse se jouer.

Autrement dit, si les interactions restent toujours possibles, l'investissement et l'intériorisation du lien fraternel, en revanche, posent un réel problème (Scelles, 2006)

D'une manière générale, les frères et sœurs parviennent difficilement à subjectiver la pathologie de leur frère handicapé, compte tenu du sens qu'il revêt pour la famille voire pour la société, ce qui peut les empêcher de jouer sagement des processus d'identification/différenciation (Scelles, 2008). Toute la difficulté semble consister à se positionner ni trop loin ni trop proche du frère handicapé : un dilemme qui s'avère d'autant plus compliqué que les parents interviennent dans cette relation. Cherchant généralement à

protéger les enfants les uns des autres, ils peuvent ainsi freiner le processus de co-construction du lien fraternel.

En « partageant » le handicap de leur pair, les frères et sœurs s'engagent auprès de lui et de leurs parents, prenant part aux difficultés que pose le handicap au sujet qui en est atteint, mais aussi à toute sa famille. Aussi, dans ce contexte, conquérir et affirmer sa propre identité risque de correspondre alors pour les frères et sœurs à se désengager de la solidarité fraternelle et familiale (Boucher et Derome, 2006). En s'autonomisant, la fratrie peut se sentir déloyale envers le frère handicapé et les parents, occupant le rôle de celui qui abandonne les autres.

Expression difficile de l'agressivité et de la jalousie, sentiments de culpabilité et de honte

Compte tenu du rôle de l'agressivité et de la jalousie fraternelle dans la construction du lien social, qu'en est-il lorsque la présence d'un enfant handicapé rend problématique l'élaboration et la gestion de la rivalité fraternelle ?

Selon Powell et Gallagher (1993), la fratrie de l'enfant handicapé peut être fragilisée par une trop grande intensité, une mauvaise gestion ou un refoulement des émotions éprouvées. Celle-ci pourrait ressentir non seulement de la tristesse, de la détresse, de l'anxiété, de la peur, mais aussi de la colère, de la honte, du dégoût, voire du mépris face à la situation qui est la leur.

L'enfant handicapé n'apparaît pas comme un adversaire à la taille des autres membres de la fratrie. Les limites qu'il présente peuvent faire de lui un objet générateur d'angoisse (Potamianov, 1984), et les relations de « rivalité-compétition-agressivité » qui organisent le lien fraternel peuvent être perturbées (Jalenques et Jalenques, 1992).

Dans ce contexte peut apparaître une collusion entre fantasmes meurtriers et réalité. L'expression agressive et la rivalité dans la relation fraternelle risquent alors d'être culpabilisées, et l'interaction réelle avec le frère ou la sœur handicapé(e) peut devenir anxiogène. Ainsi, la fratrie peut se voir barrer l'expression de sentiments ambivalents.

Comme le souligne Chatonnay (1992), l'agressivité devient vite inassumable, ses voies d'extériorisation étant obstruées.

S'appuyant sur les travaux de Corman (1970) qui a étudié la psychopathologie de la rivalité fraternelle, Meyckens-Fourez (1995) distingue deux principaux modes de traitement de l'agressivité chez les frères et sœurs de personnes handicapées dans le cas où les pulsions

agressives ne peuvent être exprimées : le retournement en contraire et le détournement des pulsions agressives.

Au niveau du premier mécanisme, fréquents dans les familles avec un enfant handicapé où les sentiments négatifs ne semblent pas autorisés, les pulsions agressives sont refoulées, ce qui peut provoquer une inhibition de l'activité pulsionnelle du sujet qui n'a alors plus de dynamisme vital. Celui-ci tâchera alors de calmer la culpabilité éprouvée en développant les tendances opposées (enfant sage, lent, timide, ou encore triste, inquiet ...).

Le second mécanisme peut se traduire par une régression, une identification progressive, un repli narcissique, ou dans le meilleur des cas une sublimation de l'agressivité : le frère ou la sœur peut chercher à être mal d'une autre manière en étant très difficile, en ratant à l'école, en présentant des symptômes ; à l'inverse il peut chercher à jouer un rôle parentifié (réaction fréquente que nous développerons ci-dessous) ; ou encore il peut s'isoler, adopter une attitude d'indifférence et porter un intérêt exclusif pour lui au détriment d'autrui ; enfin il peut transformer l'agressivité en énergie constructive et s'engager dans des activités socialement valorisées, ce qui implique une maturité suffisante et une capacité à supporter les frustrations.

La culpabilité occupe une place centrale dans le processus d'inhibition du complexe fraternel, comme le rappelle Gardou (1997). Non seulement la fratrie se sent coupable d'être en bonne santé, mais elle se sent coupable aussi d'éprouver de la jalousie à l'égard de l'enfant handicapé ou de se montrer agressive à son égard (Schauder, 1999).

L'auto-culpabilisation peut se comprendre comme une manière de réagir à la détresse face à une situation que le sujet ne maîtrise pas. « Plus la détresse est importante, c'est-à-dire plus l'effondrement narcissique est grave, et plus le recours à une culpabilité superlative se présente comme une alternative. Dans la culpabilité, en effet le sujet préserve la conviction que les choses dépendent de lui et qu'il en reste en quelque sorte le maître » (Tisseron, 2007).

Cette culpabilité envahissante se mêle à la honte et souvent en découle. Les frères et sœurs en situation publique peuvent avoir l'impression qu'une part de leur intimité est exposée aux autres, telle une intrusion. Confrontés au regard d'autrui dans lequel ils lisent le rejet, l'agressivité, la moquerie et parfois le dégoût, ils peuvent alors se sentir disqualifier et éprouver une dégradation de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes (Gardou, 1997).

Ainsi les frères et sœurs ont souvent honte et s'accusent d'avoir honte. Dans la confusion entre ce qu'ils sont dans le regard de l'autre et ce qu'ils sont pour eux-mêmes (de Gaulejac, 1996), ils peuvent avoir honte de leur frère, pour leur frère, ou encore d'eux-mêmes, par effet de

« contagion » (Scelles, 1997), ce qui peut venir perturber les relations sociales. Tandis que la culpabilité est un signal émotionnel intégrateur et structurant, la honte est plutôt un signal désintégrateur pouvant amener l'individu à se retirer du monde social (Tisseron, 2006). Les frères et sœurs voulant se soustraire au regard d'autrui peuvent ainsi être amenés à s'isoler et à se replier sur le cocon familial.

Sollicitude et surprotection du frère handicapé, hypermaturation et parentification

La réparation est un mécanisme de formation réactionnelle souvent à l'œuvre chez les frères et sœurs dans le but d'apaiser la complexité des affects éprouvés. Dans le souci d'atténuer leur culpabilité, ils retournent alors leurs fantasmes agressifs inconscients en sollicitude (Scelles, 1997).

Ils apportent soutien à leurs parents et deviennent de petits éducateurs pour leur pair handicapé : un positionnement qui les valorise en leur permettant de développer leurs potentialités. Ainsi leur estime d'eux-mêmes, parfois ternie par la honte, peut être restaurée.

La restriction des expressions d'agressivité s'accompagne généralement d'une sur-obéissance (San Martino, Neuwman, 1974), et de comportements hyperprotecteurs vis-à-vis de l'enfant handicapé, ce vers quoi ils sont souvent guidés par les parents qui leur confient des responsabilités dans la prise en charge de ce frère ou de cette sœur (Jalenques et Coudert, 1992). Privés de leurs droits à être maternés par les adultes, les frères et sœurs peuvent également se sentir empêchés d'établir des relations horizontales avec leur pair, la relation fraternelle perdant alors son caractère circulaire et de réciprocité.

Korff-Sausse (2003) souligne que ces comportements peuvent s'établir par identification aux parents réparateurs et transforment les rapports fraternels en rapports parentaux. Ils risquent de produire une hypermaturité en « assignant aux frères ou sœurs de l'enfant handicapé un rôle et une autonomie bien au dessus de leur âge et/ou de leur niveau de développement réel » (Jalenques et Coudert, 1992).

Ce phénomène de parentification put s'avérer coûteux à plus ou moins long terme, comme l'explique Ferrari (1988) : « s'il s'agit parfois d'une authentique maturation du Moi, marquée par une sorte de distanciation vis-à-vis de la pathologie familiale, il s'agit le plus souvent d'une adaptation de surface qui participe à l'émergence d'un faux-self cachant souvent un noyau dépressif important » (p.21).

Ces conduites de réparation constituent la motivation première de certaines orientations professionnelles (Korff-Sausse, 2006). En effet, les frères et sœurs peuvent vouloir continuer une certaine « mission » auprès des personnes handicapées alimentée par le plaisir d'y être performant, ce qui peut leur permettre de mettre fin au sentiment d'impuissance qui les a fait souffrir enfants (Scelles, 1996).

Synthèse :

Dans un contexte de handicap, la dynamique familiale et le lien fraternel se colorent de manière particulière.

- L'annonce du handicap représente un traumatisme familial face auquel les membres de la famille vont mettre en place des aménagements défensifs.

Le frère ou la sœur va d'abord vivre le handicap dans le cadre de sa relation aux parents : angoisse face au non-dit, compte tenu de la faillite de la fonction parentale de pare-excitation ; besoin de protéger les imagos parentales et tendance à se construire selon un idéal d'enfant qui viendrait compenser les manques de l'autre, consoler ses parents.

- Le lien fraternel peut être affecté dans son rôle d'individualisation et de socialisation : le processus de différenciation risque de se complexifier, l'ambivalence des sentiments risque d'être difficile à exprimer et laisser place à des sentiments de culpabilité et de honte, un processus de réparation peut s'installer et perdurer dans le mode de relation établi à l'âge adulte.

1.3 La fratrie dans le cas de l'autisme

Afin de bien se représenter ce que vivent les frères et sœurs de personnes autistes, il apparaît nécessaire de comprendre tout d'abord ce que cette pathologie a de spécifique. Nous chercherons donc à préciser dans un premier temps ce qui distingue l'autisme d'autres handicaps ou maladies et par là même ce qu'une famille confrontée à l'autisme vit au quotidien, puis nous entreprendrons une revue de littérature sur la fratrie de personnes autistes afin de mieux cerner notre thème de recherche.

1.3.1 L'autisme : une pathologie particulièrement complexe

Les controverses sur l'autisme sont nombreuses, portant aussi bien sur les définitions, classifications et prévalences que sur les étiologies et les pratiques de prise en charge (Chamak, Cohen, 2003).

Nous délimiterons tout d'abord le cadre retenu pour définir l'autisme dans notre démarche de recherche, puis nous rappellerons brièvement l'apport spécifique de la psychanalyse pour une compréhension des mécanismes psychiques impliqués dans l'autisme.

1.3.1.1 Etat des connaissances actuelles sur l'autisme et évolution des représentations

L'autisme reste une énigme, dont les causes vraisemblablement multiples demeurent inconnues. « Suscitant en même temps l'attraction et le rejet, la pitié et l'évitement, il agit sur autrui d'une manière subtilement désorganisatrice, sur les familles d'abord mais aussi sur les professionnels qui le soignent ou l'éduquent, comme sur les chercheurs ... Il déclenche sur un fond d'incompréhension mutuelle, un véritable trouble collectif de la communication » (Hochmann, 2009).

Depuis la proposition de définition de l'autisme infantile par Kanner en 1943, un nouveau champ d'étude est né suscitant de féroces débats entre psychanalystes et cognitivistes dès les années 70, les premiers situant d'abord les troubles en termes relationnels, les seconds en termes organiques. Progressivement, avec l'apport de nouvelles disciplines telles que les neurosciences ou la génétique, ont émergé des essais d'articulations entre les différentes théories dans l'idée d'aboutir à des modèles transdisciplinaires (Golse, Haag, Bullinger, 2000). Nombre d'auteurs s'accordent actuellement pour penser l'étiologie de la pathologie autistique sur la base d'un modèle polyfactoriel, lequel implique alors une prise en charge multidimensionnelle intégrée de celle-ci. Dans cette perspective, le fonctionnement autistique correspondrait à une sorte de « voie finale commune » de toute une série de configurations étiopathogéniques au sein desquelles les facteurs endogènes et les facteurs exogènes seraient présents en proportion variable selon chaque enfant. (Golse, Delion, 2005). Il existerait d'une part des facteurs primaires, multiples, qui seraient des facteurs de vulnérabilité, de nature tout aussi bien endogène (prédispositions génétiques, entraves neurologiques, etc.), qu'exogène (carences éducatives massives, hasard des compétences innées à la relation, etc.) ; et d'autre

part des facteurs secondaires qui auraient une fonction de maintien : ils pourraient figer la pathologie, considérée dans un premier temps comme réversible ou plus malléable (Ribas, 2004).

Face à cette multiplicité de facteurs intervenant dans l'étiologie de l'autisme, certains soulignent l'intérêt d'utiliser le concept de « syndrome » qui paraît plus approprié pour le caractériser (Tordjman, 1995).

L'analyse des transformations des représentations de l'autisme (Chamak et Cohen, 2007) révèle que, depuis les années 90, l'autisme - maladie rare, incurable, associée souvent à un retard mental - est devenu un syndrome aux contours flous classé dans la catégorie des troubles envahissants du développement (TED), qui inclut aussi bien des enfants sévèrement handicapés sans langage que des personnes présentant de bonnes capacités langagières mais des difficultés d'interactions sociales. Les modifications des critères diagnostiques et l'augmentation de la prévalence qui en découle ont fait du syndrome autistique un problème de santé publique largement médiatisé, dans lequel les associations de parents ont pris une place considérable pour agir sur les politiques de prise en charge.

Il convient toutefois de noter une convergence dans l'évolution des principales classifications, française (CFTMEA-R²), nord-américaine (DSM IV³) et internationale (CIM 10⁴), ce qui répond à un objectif de communication entre professionnels et entre chercheurs, même s'il persiste des différences et des insatisfactions tant sur le plan clinique que sur le plan de la recherche.

Aussi, il paraît important de considérer un continuum entre les différentes formes de l'autisme, ce que l'on désigne sous le nom de « spectre de l'autisme » (Aussilloux, Barthélémy, 2005) : l'autisme infantile ne serait que l'expression la plus intense et la plus complète de toute une série de troubles plus ou moins partiels et dont la conjonction, heureusement rare (même si la prévalence de l'autisme varie encore beaucoup d'une étude à l'autre en fonction des critères diagnostiques retenus), donne lieu au tableau autistique typique.

² Misès R. (2002). *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent – R – 2000*. CTNERHI.

³ American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson, 2003 pour la traduction française.

⁴ Organisation mondiale de la santé (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10^{ème} révision*. Paris, Masson, 1993 pour la version française.

Il est actuellement recommandé par la Haute Autorité de la Santé que le diagnostic d'autisme suive les directives de la Classification internationale des maladies (CIM-10). Cette classification dite « critériologique » dénombre 8 catégories de TED et distingue l'autisme sur la base d'une triade de symptômes spécifiques. Le rapport de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Novembre 1994) en donne la définition suivante, qui est communément acceptée et retenue comme référence dans la circulaire du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteint d'un syndrome autistique :

« Le syndrome d'autisme infantile est un trouble global et précoce du développement apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et/ou retardé dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication verbale et non verbale, comportement. Les interactions sociales sont perturbées en quantité et en qualité. Il existe un retrait social (retrait autistique) caractéristique du syndrome - indifférence au monde (...). La communication verbale et non verbale est perturbée en quantité et en qualité (...). Les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés (...). De plus, les autistes présentent souvent des peurs, troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises de colère et des comportements agressifs. »

Il est à noter que ces caractéristiques cliniques évoluent fréquemment avec l'âge, notamment au cours de l'adolescence et du passage à l'âge adulte.

L'évolution est contrastée à l'adolescence, avec des progressions dans les acquisitions ou des régressions assez fréquentes. Des épisodes dépressifs peuvent survenir selon l'impact des modifications somatiques et les possibilités d'intégration par le fonctionnement psychique (Lazartigues, Lemonnier, 2005).

La population adulte présente alors les caractères suivants, plus ou moins amendés selon l'effet des prises en charge précoces : variété des troubles de la personnalité, développements dysharmoniques, modes de relation particuliers avec l'environnement. Les déficiences, incapacités et désavantages peuvent selon les cas s'estomper, se modifier, se stabiliser ou s'aggraver.

Ainsi, il apparaît que l'autisme infantile ne touche pas une fonction délimitée, mais envahit au contraire l'ensemble des secteurs de la vie psychique (émotionnel, cognitif, social), et qu'il nécessite une intervention en amont des difficultés complètement installées et réclame une approche multidimensionnelle (rééducative, pédagogique, thérapeutique). C'est pourquoi Golse

et Delion (2005) préconisent l'utilisation du terme de maladie qui couvre mieux ces différents aspects, tandis que la dimension de handicap fonctionnel nécessite selon eux d'être prise en compte dans une perspective globale et non focalisée.

D'avantage dans une position de compréhension que d'explication pour reconnaître le vécu de l'enfant autiste et celui de sa famille, nous nous attacherons à prendre en compte la structuration psychique de la personne autiste dans une perspective psychanalytique, plutôt que d'explicitier ce qui lui manque pour communiquer normalement. Ceci nous permettra d'aborder ensuite l'impact que peut avoir le fonctionnement particulier de cette personne sur son entourage.

1.3.1.2 Apports spécifiques de la psychanalyse pour une compréhension de l'autisme

Les principaux travaux psychanalytiques sur l'autisme cherchent à formuler des hypothèses métapsychologiques « sur le sens inconscient des symptômes, sur la souffrance psychique sous-jacente, et sur les fantasmes auxquels elle est rattachée » (Houzel, 1985).

La psychanalyse considère que l'autisme est une « maladie du sujet » (Ribas, 1997) : ne parvenant à assumer une position de sujet pour des raisons qui demeurent encore mal connues, l'enfant autiste est pris dans une problématique de l'identique sans pouvoir accéder à celle du semblable (Perron, 1997) et érige des mécanismes de défenses spécifiques face à une souffrance somato-psychique aigüe.

Nous prendrons notamment en compte les travaux de Meltzer (1980) et de Tustin (1986), psychanalystes inspirés par Bion, dont l'apport sur le fonctionnement psychique des enfants autistes est considérable, pour préciser ensuite les répercussions de ce fonctionnement sur la vie quotidienne de la famille.

Spécificité de l'angoisse et des mécanismes de défenses autistiques

De nombreuses hypothèses ont été émises pour comprendre la souffrance psychique des enfants autistes. Toutes supposent chez eux un vécu d'angoisse archaïque extrêmement profond, qui constitue une menace existentielle pour le psychisme et implique la mise en place de défenses extrêmement rigides.

Supervisant des psychothérapeutes ayant des enfants autistes en traitement, Meltzer (1980) montre que le psychisme du sujet autiste est constamment livré à des oscillations entre individuation et désindividuation qui le mettent en danger de disparaître par résorption dans l'objet : l'angoisse au cœur de ces états est selon lui une angoisse de néantisation. Le sujet ne parvient à maintenir ses objets stables et distincts, que ce soit les objets externes ou internes. Ainsi, il ne peut construire le monde extérieur puisque ce qui le peuple perd constamment son identité, puisque les objets et les événements qui le composent, et les objets de pensée qui les représenteraient, sont toujours en danger de se dissoudre ou de refusionner (Perron, 1997).

Meltzer propose d'adapter à la pathologie autistique un concept de Bick décrivant le premier développement du nourrisson sain : l'identité adhésive. N'ayant pas accès à l'identification projective décrite par Klein, l'enfant autiste ne dispose pas de la notion d'intérieur de l'objet ou d'un espace interne personnel. Prisonnier d'un monde bidimensionnel, la surface ne pouvant que se coller à d'autres surfaces, l'enfant va se défendre contre sa douleur par le démantèlement : il se clive passivement, utilisant la non-intégration de manière très efficace selon les axes de son système sensoriel : « soit il oriente tous ses investissements sur une même modalité, soit chacun de ses sens investit un objet différent » (Houzel, 1985).

Plus tard, Tustin (1986) rejoint par son propre chemin l'hypothèse formulée par Winnicott à propos des agonies primitives, et décrit une angoisse de chute sans fin qu'elle appelle le « trou noir ». L'enfant autiste qui ne parvient à construire de séparation entre le dedans et le dehors, érigerait alors des défenses spécifiques en recourant à la sensorialité au détriment des auto-erotismes sains. Pour ne pas se confronter à la rupture, il utilise des « objets autistiques » - objets choisis pour leurs qualités sensorielles, souvent durs – dont la continuité du contact l'aide à se défendre contre la séparation avec le monde environnant. Il investit également l'auto-sensualité, en utilisant des « formes autistiques » qui fonctionnent comme des traces de sensations enveloppantes et servent de barrière protectrice contre le monde extérieur. Il s'enferme ainsi dans une capsule autistique, si bien que le monde extérieur est réduit pour lui à une source de sensations à entretenir en permanence.

Hochmann (1997), qui décrit le « processus autistisant » en s'étayant lui aussi sur la théorie bionienne, fait l'hypothèse d'un dysfonctionnement dans l'interaction mère-enfant (provenant le plus souvent de l'enfant lui-même) lequel induit une incapacité de l'enfant autiste à allier les

représentations de choses et de mots pour les symboliser. Il considère alors les défenses autistiques dans un rôle de pare-excitation.

Hochmann (2005) relie cette impossibilité à symboliser de l'enfant autiste à la narrativité : ne parvenant à « mettre un objet puis un mot à la place d'un autre objet », il s'enferme dans une carapace d'auto-sensations répétitives, qui entraîne une homogénéisation du monde et un clivage (une juxtaposition plutôt qu'un lien entre les événements). Dès lors, il est impossible pour l'enfant de mettre en récit son histoire parce que cette mise en récit intérieure doit s'appuyer sur un sentiment de continuité inexistant ou trop fragile chez l'enfant autiste.

Le « pays autiste » et l'étrangeté à laquelle se trouvent confrontées les personnes de l'entourage

Un des aspects les plus importants qui est souligné par les familles dans leur quotidien avec l'enfant autiste est son imprévisibilité. L'enfant avec autisme frustre et satisfait alternativement ses proches (Donnadieu et Aussilloux, 1991). Cette alternative crée un manque anxigène pour les parents. Dans ce contexte, la vie de famille semble le plus souvent paralysée, le temps arrêté, et les angoisses de l'enfant, incompréhensives dans leur survenue et impossibles à calmer, menacent en permanence les personnes de l'entourage (Ribas, 1997).

La famille attend généralement longtemps avant que le diagnostic d'autisme soit posé, même si des progrès récents sont réalisés par la recherche dans le repérage précoce des troubles autistiques. Souvent les premiers à avoir découvert des anomalies dans le développement de leur enfant (Witgens, 2008), les parents s'interrogent sur l'origine de la pathologie et la manière dont leur enfant va évoluer, mais se trouvent désarçonnés face aux contradictions des différents experts, aux controverses dont ils n'ont pas toujours les clés pour comprendre tous les enjeux.

Constant (2006) emploie la métaphore de « pays autiste » pour évoquer le monde étrange dans lequel semblent retranchés ces enfants. Il cherche à spécifier les relations des parents et professionnels autour de la personne autiste, en considérant que les parents « ne sont pas des habitants du pays autiste » mais qu'ils sont obligés, surtout pendant l'enfance de celle-ci, « de partager les coutumes du pays », tandis que les professionnels « sont les travailleurs immigrés en pays autistes ». D'une certaine manière, la personne autiste renvoie à la question de sa propre culture et conduit à s'interroger sur ce qui constitue un monde humanisé (Causse et Rey-Flaud, 2011).

Comme le souligne Constant (2006), le bébé à risque autistique est remarquablement compétent pour ne pas permettre à ceux qui lui ont donné le jour d'exercer leur rôle de parents les entraînant dans une spirale interactionnelle qui peut-être vécue douloureusement, et les professionnels ont un effort considérable à faire pour évaluer les situations en fonction de la réalité des mécanismes autistiques pour pouvoir offrir une écoute et un soutien aux parents.

Face à cet enfant qui ne parvient à accéder à la symbolisation, face aux mystères que représente sa pathologie pour les professionnels et au vide qu'il renvoie aux parents, les frères et sœurs peuvent ressentir un profond désarroi.

L'enfant autiste amène à se heurter à l'inconnu et peut renvoyer l'autre à ses propres vécus archaïques (Tustin, 1986). Comment vivre au quotidien avec un frère / une sœur aux prises avec une angoisse qui procède de l'incertitude des limites du psyché-soma, de l'incertitude de la distinction entre soi et l'autre ? Quelle position adopter lorsque pour ce frère / cette sœur « le fantasme échoue à se construire dans sa forme structurante où sujet et objet peuvent s'affermir et s'affirmer à échanger leurs positions par basculement autour de représentations d'action. » (Perron, 1997) ?

Ainsi, l'impact de la présence d'un enfant autiste sur le développement psychologique des frères et sœurs pourra être d'autant plus important que la pathologie dont il est atteint touche directement le lien à l'autre, et apporte plus qu'aucune autre pathologie une dimension d'étrangeté dans cette relation fraternelle si singulière qui est par nature le lieu où s'expérimente l'identité et la différence.

1.3.2 Revue de littérature sur la fratrie de personnes autistes

Pour réaliser cette revue de littérature sur notre thème de recherche, nous avons interrogé six bases de données (Cairn, EbscoHost, Francis, Medline, PsychInfo, ScienceDirect, Sudoc, Web of Science), avec les mots clés suivants : « fratrie et autisme », « frères et sœurs et autisme », « fraternel et autisme » et « sibling and autism ».

Objet d'études récent, la majorité des publications sur ce thème datent de 2000.

Il apparaît d'emblée que l'essentiel des recherches scientifiques porte en fait sur la question de l'origine génétique de l'autisme. Parmi ces recherches, certaines sont strictement médicales,

d'autres examinent le développement cognitif des frères et sœurs dans la perspective de mettre en valeur les occurrences phénotypiques de l'autisme dans une fratrie.

D'autres études s'interrogent sur une éventuelle vulnérabilité psychosociale des frères et sœurs et révèlent des résultats relativement contradictoires.

Pour ce qui est de l'étude de la relation fraternelle, peu de recherches traitent directement du vécu des frères et sœurs. Les résultats paraissent là aussi divergents, en fonction notamment de la méthodologie employée.

Si l'on détaille cette revue de littérature, nous nous apercevons que le nombre d'écrits s'appuyant sur la théorie psychodynamique paraît très réduit.

A une exception près, toute la littérature anglo-saxonne, ainsi que deux articles suédois, s'inscrivent dans une perspective développementale, parfois cognitivo-comportementaliste, alors que les travaux français et belges, moins nombreux, ainsi qu'un article suédois se réfèrent davantage à la théorie psychodynamique (cf ci-après).

Sous-jacent à ces choix théoriques, la méthodologie employée est le plus souvent expérimentale. Les auteurs cherchent à mesurer de manière quantitative les conséquences de l'autisme sur les frères et sœurs, en étudiant diverses variables. Ils appartiennent plusieurs échantillons avec généralement un groupe de sujets ayant un frère ou une sœur autiste et un groupe contrôle, souvent un groupe de comparaison est introduit avec un autre type de handicap (retard mental, syndrome de Down, dyslexie par exemple). La taille des échantillons est généralement comprise entre 20 et 30 sujets : vu la fréquence de l'autisme, réunir un nombre significatif de sujets demeure une gageure. Concernant la variable âge, les études regroupent le plus souvent des sujets de 6 à 18 ans sans cibler de tranches d'âge spécifiques. La plupart des études anglo-saxonnes englobent l'ensemble des troubles du spectre autistique, Autism spectrum disorders (ASD), sans spécifier le degré de sévérité de l'autisme.

Dix études seulement s'appuient sur une méthodologie clinique, parmi lesquelles deux sont en réalité des analyses de pratiques cliniques auprès des frères et sœurs (Montreynaud et Cossart, 1999 ; Claudon, 2005), et deux sont des recueils de témoignages (Erra, 2001 ; Vivanti, 2001).

Nous résumerons les études les plus récentes et les plus significatives, et nous appuierons notamment pour les travaux anglo-saxons sur les revues de littératures réalisées aux USA par Smith et Elder (2010), et Ferraioli et Harris (2010).

Nous présenterons brièvement les résultats portant sur les caractéristiques du fonctionnement familial avant d'aborder plus spécifiquement ceux ayant trait directement aux caractéristiques des fratries.

1.3.2.1 Caractéristiques du fonctionnement familial

Un stress parental beaucoup plus important est généralement observé dans ces familles par rapport à d'autres handicaps. Les préoccupations parentales concernant l'enfant pèsent sur la qualité de vie des deux parents, sur leur ouverture vers l'extérieur et sur leurs professions (Lee, Harrington, Louie et Newschaffer, 2008). Une enquête récente sur la qualité de vie et le niveau de santé de parents ayant un enfant handicapé (autiste, paralysie cérébrale, retard mental) confirme les hypothèses des auteurs avec davantage de troubles de qualité de vie et de santé (sur quatre échelles : physique, psychologique, relationnelle et environnementale) chez les parents d'enfants autistes (Mugno, Ruta, D'Arrigo et Mazzone, 2007).

S'attachant à examiner les stratégies d'adaptation des parents ayant un enfant autiste en fonction de leur contexte ethnique, Tway, Connolly et Novak (2007) observent d'une manière générale un faible support social et peu de recherche de support spirituel dans ses familles par rapport à des données normatives, et des variations importantes selon la culture : tandis que pour les Asiatiques on note un score d'efforts de restructuration familiale plus élevé, les Caucasiens montrent un plus haut score d'évaluation passive. Quant aux sujets parlant anglais comme seconde langue, on remarque une recherche plus forte de support spirituel et un niveau plus faible d'évaluation passive que dans le groupe anglophone (scores d'adaptation basés sur la théorie de la résilience, McCubbin, Thompson et Kaston, 1993).

Sur un plan développemental, Smith et coll. (2008) montrent que la souffrance morale est présente chez les parents de jeunes enfants tout autant que chez les parents d'adolescents. Cette souffrance au moment de l'annonce est extrême et elle est ravivée au moment de l'adolescence, notamment par les problèmes de comportements et l'angoisse quant à l'avenir.

1.3.2.2 Caractéristiques des fratries

Etudes d'un impact génétique

Postulant une origine génétique à l'autisme (Gorwood et Ramoz, 2005), nombre d'études sur les frères et sœurs visent en fait à tester l'hypothèse d'un spectre phénotypique de l'autisme.

Au delà des études purement médicales (étude d'une anomalie chromosomique particulière chez plusieurs membres de la fratrie par exemple), certaines études sur le fonctionnement neuropsychologique ont été menées dans le but de rechercher des signes infracliniques du registre autistique chez les frères et sœurs. Ces études font référence à la théorie de l'esprit (Dorris, Espie, Knott et Salt, 2004 ; Shaked, 2006), s'interrogent sur la réciprocité sociale (Goldberg, 2005 ; Constantino et coll., 2006), le langage et la cognition (Yirmiya et coll., 2007 ; Pilowski et coll., 2007). Elles s'appuient toutes sur une méthode expérimentale pour observer la valeur significative de certaines variables dans leur groupe d'études par rapport à un groupe témoin.

D'une manière générale, ces études amènent à conclure à l'existence d'un phénotype d'autisme élargi qui rendrait certains frères et sœurs plus vulnérables aux épreuves psychologiques par rapport à leurs pairs qui ne partageraient pas la même base génétique (Ferraioli et Harris, 2010 ; Petalas, Hastings, Nash, Hall, Joannidi et Dowey, 2012).

Etudes de l'ajustement socio-émotionnel

Ces études visent à objectiver les éventuelles difficultés dans les ajustements psychosociaux et émotionnels chez les frères et sœurs d'enfants autistes par une mesure des comportements et traits de personnalité en tenant compte de variables démographiques (sexe, âge, nombre d'enfants, rang dans la fratrie, statut marital, etc.) et contextuelles (stress familial, support social, etc.).

Elles explorent généralement les différences selon le type de handicap et utilisent des outils standardisés extrêmement variés.

Les résultats sont très disparates et sont généralement traduits en termes d'effets positifs ou négatifs de l'autisme sur les frères et sœurs.

Certaines études ne montrent pas d'ajustements psychosociaux et émotionnels significativement altérés pour les fratries de personnes autistes (Tomeny, Barry et Bader,

2012). Certaines soulignent même de meilleures compétences sociales (Ferrari, 1983 ; McHale et coll., 1986 ; Kaminsky et Dewey, 2001) et une plus haute estime de soi (Mates, 1990 ; Verte et coll., 2003 ; Macks et Reeve, 2007) pour les fratries exposées au handicap.

Tandis que des études révèlent que les fratries de personnes autistes n'éprouvent pas plus de stress (Royers et Mycke, 1995) et d'affects dépressifs (Schwartz, 2003) que le groupe contrôle, d'autres soulignent que l'ajustement de ces frères et sœurs ne se distribue pas de manière continue mais se répartit en deux groupes qui opposent ceux qui sont très bien adaptés à ceux qui ont des stress importants (McHale et coll., 1986).

A contrario, certaines études concluent que les fratries d'enfants autistes ou atteints d'autres handicaps ne diffèrent pas des fratries témoins en termes de compétences sociales mais présentent davantage de troubles comportementaux de type internalisés voire externalisés (Rodrigue et coll., 1993 ; Schwartz, 2003 ; Verte et coll., 2003 ; Gascon et Verreault, 2006 ; Hastings, 2006 ; Ross et Cuskelly, 2006).

D'autres recherches soulignent que même si les frères et sœurs semblent aller bien en apparence, ils peuvent dissimuler leur mal-être, ce qui peut être révélé parfois par une faible estime de soi (Gold, 1993 ; Prystalski, 1998) et/ou des affects d'anxiété et de dépression plus importants que la moyenne (Gold, 1993 ; Fisman et coll., 2000 ; Ross et Cuskelly, 2006). Osmond (2009), dans leur étude sur le bien-être à adolescence et à l'âge adulte des fratries de personnes autistes, montrent que les symptômes dépressifs peuvent être un facteur prédictif significatif du bien-être psychologique pour les frères et sœurs les plus proches en âge.

Il est à noter que de nombreuses recherches privilégient une hétéro-évaluation de la part des parents plutôt que d'interroger directement les fratries. Or Rivers et Stoneman (2003) puis Macks et Reeve (2007) montrent que les frères et sœurs évaluent plus positivement leur ajustement que les parents qui en ont une image plus négative, ce qui amène à nuancer certains résultats. Une recherche récente de Barak-Levy, Goldstein et Weinstock (2010) montre par ailleurs que parents et frères et sœurs définissent les attitudes de prévenance et de responsabilité par rapport à l'enfant autiste de manière dichotomique : tandis que les parents considèrent ces attributs positivement, les frères et sœurs considèrent ces mêmes attributs comme source de stress. Ces résultats suggèrent d'utiliser plusieurs échelles pour prendre en compte le vécu des fratries. Meyer, Ingersoll et Hambrick (2011), qui s'interrogent sur certains facteurs en jeu dans l'ajustement des fratries (sévérité de l'autisme, symptômes dépressifs

maternels, caractéristiques autistiques dans la fratrie) et leur interaction réciproque, insistent sur l'importance d'une évaluation du fonctionnement de tous les membres de la famille.

Parallèlement, les études cliniques soulignent les qualités humaines que les frères et sœurs pensent avoir acquis en vivant avec leur pair, et en parvenant à traverser les difficultés : Vivanti (2001), Erra (2001) et Benderix (2007) mentionnent tous trois l'humour, la maturité, la patience, le sens des responsabilités et les capacités d'empathie que les frères et sœurs pensent posséder grâce à leur expérience.

Ils analysent les difficultés psychiques qu'ils relient à la souffrance des parents (anxiété, culpabilité, manque de disponibilité). Moyson et Roeyers (2011) soulignent les interprétations très personnelles que les frères et sœurs donnent de leur expérience.

Etudes de la relation fraternelle

Les recherches menées d'un point de vue socio-cognitif et d'un point de vue psychodynamique apportent ici aussi des données complémentaires.

Les études dont la démarche est expérimentale soulignent le plus souvent la pauvreté des interactions avec le frère ou la sœur autiste.

Knott, Lewis, Williams (1995), comparant les interactions des enfants autistes avec leur fratrie à ceux atteints de syndrome de Down avec leur fratrie, constatent que les enfants autistes passent moins de temps avec leur fratrie, utilisent un plus petit nombre et un nombre moins varié d'imitations prosociales et antagonistes envers leur fratrie, qu'ils l'imitent moins et répondent moins souvent aux interactions sociales ou qu'ils répondent d'une manière difficile à interpréter pour la fratrie

El-Ghoroury et Romanczyk (1999), quant à eux, observent que les parents montrent plus de comportements de jeux envers l'enfant autiste que la fratrie, tandis que l'enfant autiste initie plus d'interactions envers ses frères et sœurs qu'envers ses parents.

Kaminsky et Dewey (2001), qui ont examiné les effets de dominance, affection, compagnonnage, intimité, admiration et compétitivité dans les relations de fratrie à partir de trois groupes (ASD, syndrome de Down, contrôle), montrent que les fratries avec enfants ASD et DS présentent significativement une plus grande admiration de leur frère/sœur que les fratries du groupe contrôle et significativement moins de disputes et de comportements

compétitifs. Post hoc les comparaisons entre les groupes révèlent que les fratries avec ASD ont moins d'interactions sociales comparées aux fratries avec DS.

Plus récemment, Ross et Cuskelly (2006) observent que les stratégies d'adaptation les plus souvent employées par les frères et sœurs consistent à réguler leurs émotions sans s'autoriser à exprimer leur agressivité

Les recherches cliniques mettent davantage l'accent sur la nature des difficultés psychiques, le type de mécanismes de défense utilisés, les différentes modalités d'adaptation.

Vivanti (2001) évoque une frustration relationnelle souvent éprouvée par les frères et sœurs de personnes autistes et un sentiment de honte qui semblent apparaître de manière plus prégnante à l'adolescence.

Selon Wintgens et Hayez (2003), les frères et sœurs d'enfants autistes souffrent des comportements étranges de l'enfant, de ses bizarreries, du fait de devoir le surveiller, de devoir participer à certaines tâches domestiques. Le refus relationnel semble susciter chez eux un sentiment de tristesse, de même qu'ils peuvent être affectés par la rigidité de certains comportements, l'envahissement de comportements stéréotypés. Ils sont également plus embarrassés en présence d'autres enfants, notamment lors de contact avec l'extérieur, de sorties en famille ou de présence d'un ami à la maison - situations qui déclenchent parfois des sentiments de gêne, honte et culpabilité.

Montreynaud et Cossart (1999) soulignent l'intérêt d'un accueil en groupe des fratries d'enfants autistes afin de favoriser l'expression de l'ambivalence de leurs sentiments, de leurs inquiétudes et de leurs attentes, parallèlement à celles des parents : « pour que la souffrance puisse être élaborée et éviter que la culpabilité ne se fixe dans un mouvement perpétuel de réparation ».

Dans une tentative de théorisation des difficultés spécifiques de ces fratries, à prendre en compte dans la méthodologie des groupes parole, Claudon (2005) souligne notamment les problèmes d'individuation fraternelle: « avec un frère ou une sœur malade mental, une partie de cette identification portera sur l'atteinte d'intégration psychique et identitaire, et ceci pourra engendrer des vécus de menace narcissique et de doute identitaire ».

Initiant leur programme de recherche sur la représentation de soi des enfants de fratries avec un enfant autiste, Claudon et Claudel (2007) notent la présence d'un sentiment de culpabilité principalement liée à la relation aux parents, la construction d'un idéal du moi parfois inaccessible, et une fragilité des assises narcissiques. Ces éléments seront développés dans le chapitre suivant.

Récemment, Dayan (2009), cherchant à expliquer en quoi le processus d'identification fraternelle est profondément perturbé par l'autisme, montre dans quelle mesure la violence spécifique et inhérente à la pathologie autistique constitue parfois un obstacle à la création du lien fraternel.

Enfin, certains auteurs cherchent à définir des typologies d'adaptation. C'est le cas de Erra (2001) et Hendrickx (2002) qui isolent deux grandes manières de réagir face à l'autisme d'un pair : soit par un investissement maximum de son rôle de soutien pour les parents et le frère malade soit par une prise de distance radicale mais souvent culpabilisante. Wintgenz et Hayez (2003) sont plus nuancées et décrivent trois grands types de réaction, se situant entre deux pôles : la résilience ou l'absorption psychique des membres de la famille par le handicap, qui compromet alors la santé mentale. Entre ces deux extrêmes, ils décrivent des adaptations plus ou moins réussies (parentification, désir d'améliorer l'image qu'on a de soi, sentiment d'être délaissé, expérience d'angoisse) : « le vécu de la fratrie va s'exprimer de manières différentes, allant d'un enrichissement des valeurs humaines à des signes plus franchement pathologiques, en passant par une adaptation plus ou moins réussie ».

Etudes du développement de la fratrie à travers les cycles de la vie

Dans leur revue de littérature sur l'impact du comportement des frères et sœurs avec ASD sur le développement de leur fratrie à travers les cycles de la vie, Ferraioli et Harris (2010) notent que le développement cognitif et émotionnel/affectif de la fratrie influence la manière dont elle perçoit et interprète le comportement de l'enfant avec autisme et que leurs expériences durant l'enfance influence leurs perspectives sur un plan professionnel, marital et familial.

Ils se réfèrent notamment aux travaux de Glasberg (2000). S'appuyant sur la théorie piagétienne, ce dernier souligne que la perception de l'autisme par les frères et sœurs évolue au fil des stades de développement : avant l'âge de 7 ans l'enfant peut craindre d'« attraper » la maladie de son frère, il se construit progressivement une représentation du handicap de celui-ci, à l'adolescence il peut anticiper à plus long terme le devenir de son frère / sa sœur et reconnaître la possibilité de transmettre à ses propres enfants le matériel génétique qui peut causer l'autisme, et à l'âge adulte le choix du conjoint et d'avoir des enfants peut être influencé par la perception du handicap et du risque de donner naissance à un enfant autiste.

A noter également, les travaux de Martins (2007) qui compare un groupe de frères et sœurs d'enfants autistes avec un groupe de frères et sœurs sans handicap : il montre que les fratries qui grandissent au contact d'un enfant autiste considèrent plus souvent que leur frère/sœur a

influencé leur choix de carrière et se dirigent plus souvent vers une carrière de service aux personnes.

1.3.2.3 Définition d'une population à risque parmi les frères et sœurs d'enfants autistes

Malgré la variation des résultats des recherches qui peut être attribuée à la méthodologie, une interaction de facteurs semble exposer les fratries de personnes autistes à plus de risques pour leur santé psychologique (Smith, Elder, 2010).

Nous pouvons citer en particulier les facteurs liés à la composition de la fratrie, tels la place de l'enfant avec autisme, le sexe, l'écart d'âge entre les enfants ainsi que le nombre d'enfants dans la fratrie (Wintgens, Hayez, 2003).

De nombreux chercheurs montrent que plus de troubles d'adaptation apparaissent lorsque le frère ou la sœur est en position de cadet par rapport à l'enfant autiste (Gold, 1993 ; Kaminsky et Dewey, 2001 ; Hastings, 2006 ; Macks et Reeves, 2007). Wintgens et Hayez (2003) observent des conséquences différentes sur la construction identitaire des frères et sœurs selon leur rang de naissance par rapport à l'enfant autiste : pour un aîné la naissance d'un enfant handicapé qui vient modifier la dynamique familiale risque de constituer une rupture dans son développement psychologique, pour un puîné c'est l'identification au frère aîné handicapé qui risque d'entraver le processus d'autonomisation.

Un positionnement particulier des sœurs est observé (Gold, 1993 ; Mates, 1990 ; Hendrickx, 2002 ; Verté et coll. ; 2003 Hastings, 2006), un phénomène de parentification est plus souvent rapporté lorsqu'elles sont aînées (Wintgens, 2008) Il apparaît toutefois que les frères et sœurs de même sexe que l'enfant malade ont un ajustement moins bon que lorsqu'ils sont de sexe opposé (Ferrari, 1983).

La taille de la fratrie peut jouer un rôle protecteur lorsqu'il s'agit de familles nombreuses (McHale et coll., 1986 ; Rodrigue, Geffken et Morgan, 1993 ; Kaminski et Dewey, 2001). Les fratries de deux enfants seraient en revanche les plus exposées, le frère ou la sœur étant seul à porter les difficultés et les questionnements qu'engendre la présence de l'enfant atteint d'autisme (Wintgens, 2008).

De nombreuses études ont pu démontrer le retentissement du stress parental (Rodrigue et coll., 1993 ; Fisman et coll., 2000 ; Kaminsky et Dewey, 2002 ; Schwartz, 2003; Gascon et

Verreault, 2007 ; etc.) et du soutien social (Kaminsky et Dewey, 2002 ; Hastings, 2006 ; etc.) sur l'adaptation des frères et sœurs.

Rivers et Stoneman (2003) ont pu noter de manière intéressante le bénéfice du support social sur les familles qui présentent des relations fraternelles positives, alors que les fratries dans des relations inconfortables et dans un environnement de stress parental semblent demeurer ainsi malgré les ressources du support social.

Claudon et Claudel (2007), d'un point de vue clinique, ont souligné l'impact de la qualité de la dynamique familiale et non seulement de la relation fraternelle sur le vécu des frères et sœurs.

D'autres facteurs, enfin, semblent être liés aux troubles autistiques, tels le degré de sévérité (Schwartz, 2003 ; Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, 2004 ; Hasting, 2006 ; Coutelle et coll., 2011), la connaissance de la pathologie par les enfants (Royers, Mycke, 1995).

Synthèse :

- Pathologie de la relation et de la communication, dont l'étiologie serait vraisemblablement polyfactorielle, l'autisme suscite encore aujourd'hui de nombreuses polémiques.

- Objet d'études récent, l'impact de l'autisme sur la fratrie a été exploré depuis peu par les chercheurs. La majorité des publications se concentrent sur les dix dernières années.

- La recherche nord-américaine paraît plus développée que la recherche française.

Les anglo-saxons privilégient une méthodologie expérimentale pour étudier des variables précises et souvent prédéterminées. Apparaît une divergence de résultats sans que ne soient interrogés forcément les causes ou processus qui sous-tendent ces résultats.

Les études françaises, moins nombreuses, suivent une démarche qualitative rendant compte des difficultés et des satisfactions de la fratrie. Elles s'appuient généralement sur les travaux initialement réalisés auprès de la fratrie d'enfants handicapés sans prendre en compte nécessairement les particularités du fonctionnement psychique de la personne autiste dans la relation fraternelle.

- Pour comprendre l'impact de la présence de la personne autiste sur le développement psychologique de la fratrie, manque un cadre théorique qui tienne compte à la fois des processus qui sous-tendent la construction identitaire des frères et sœurs et des processus à l'œuvre dans l'autisme : c'est ce qui constitue l'intérêt d'une approche sous l'angle de la représentation de soi.

2. Se construire une représentation de soi

Concept émergeant en psychologie, la représentation de soi présente l'avantage de pouvoir relier pratique et théorie, permettant dans le champ de la psychologie clinique d'observer le processus de construction de l'identité de l'individu.

Défini dans ses traits pathologiques dans le cas de l'autisme, ce concept constitue un bon moyen pour aborder le vécu identitaire de chaque individu au fil de son développement.

Analysé pour comprendre les expériences particulières des fratries d'enfants autistes, il peut permettre de spécifier les difficultés spécifiques éprouvées dans cette situation atypique.

Après avoir exposé le sens et l'articulation des concepts de soi et de représentation de soi, nous présenterons les résultats d'une première étude qui initie le programme de recherche sur la représentation de soi des fratries de personnes autistes dans lequel nous nous inscrivons.

2.1 Le soi et la représentation de soi

Concepts étroitement liés, le soi et la représentation de soi se construisent au cours du développement de l'enfant.

Au fil des différentes étapes de maturation, l'enfant se constitue en tant que sujet qui peut dire « je ». Aussi, selon Sanglade (1990), « Là où existe une personne qui dit « je », devrait être un soi, c'est-à-dire une réflexion de « je » sur moi-même ».

Le soi, toutefois, ne peut-être saisi, décrit directement, mais à travers la représentation que nous en avons.

Après avoir précisé les fonctions du soi, nous déclinerons les différentes composantes de la représentation de soi en nous appuyant notamment sur les définitions de Rausch de Traubenberg (1978, 1990) et de Sanglade (1983, 1990), dont le mérite est d'avoir permis d'objectiver cet outil conceptuel dans la pratique clinique et projective.

2.1.1 Le soi

Le soi est une notion antique introduite par la célèbre question métapsychologique du philosophe Socrate : « qui suis-je ? ». En psychologie, le soi est associé à la « conscience de soi » et ne peut se définir que par le sentiment que nous en avons. Il est particulièrement difficile à définir dans la littérature psychanalytique parce que principalement utilisé en relation avec d'autres concepts.

Freud (1936) ne définit pas le soi comme une entité particulière de l'appareil psychique mais comme la façon dont le sujet s'appréhende.

Il décrit sa construction selon 3 axes : un premier axe qui est le résultat du narcissisme infantile, un second qui a son origine dans l'expérience de toute puissance pour la réalisation de l'idéal du moi, et un troisième qui provient de la satisfaction de la libido objectale (Golse, 2008).

Spitz (1979), qui a dégagé une conception intégrée de la genèse du soi, date son apparition au 15ème mois. Selon lui, le soi est : « le produit de la conscience du sujet d'être une entité sentante et agissante, séparée et distincte des objets de l'entourage » (Golse, 2008). Il renvoie à l'élaboration de l'expérience émotionnelle et somatique au fil du processus d'individualisation du sujet.

La conscience de soi émerge au huitième mois, avec le début des relations objectales, et le soi peut être compris comme le résultat de l'accroissement progressif de l'investissement objectal et de la structuration de plus en plus complexe du Moi qui prend conscience de la fonction du « Je » dans les relations objectales.

Winnicott (1970) a pris en compte également le soi à travers un concept qui s'y apparente : le concept de Self. Le Self correspond pour lui à un développement psychique intimement lié au vécu corporel, qui se base sur le sentiment de la continuité d'exister, et désigne la personnalité corporelle intégrant les dimensions du biologique et du psychologique. Il se construit après les cinq premiers mois de la vie, au fil du détachement de l'enfant de la symbiose originaire qu'il formait avec la mère. Le Moi atteint alors une certaine maturité et devient une entité différenciée de l'extérieur, ce qui donne à l'enfant le sentiment d'être réel et la conscience d'une identité.

Le danger principal de cette évolution est, selon Winnicott, la constitution d'un faux-Self dans le cas de carences affectives, notamment maternelles, si l'enfant n'a pas suffisamment de capacités de sublimation. Celui-ci correspond à une conduite sociale acquise et à une adaptation par compromis. Il vient dissimuler et protéger le vrai Self, mais peut aussi entraver son développement.

A noter encore l'apport considérable de Kohut (1978) qui a développé une métapsychologie du soi pour la clinique des personnalités narcissiques. Il définit le soi comme un contenu de l'appareil mental qui recouvre les autres instances (ça, moi, surmoi) et s'exprime dans la cure comme un ensemble de représentations investies sur un mode narcissique sous la forme d'un transfert en miroir. Ainsi, le soi émergerait selon lui au cours de la cure « à la manière d'une abstraction psychanalytique de niveau relativement peu élevé, c'est-à-dire assez proche du vécu » (Kohut, 1991).

Enfin, d'après Sanglade (1990), le soi représente le noyau concret de l'identité. C'est lui qui assure un lieu aux différents sentiments de permanence (c'est-à-dire le sentiment d'être au monde), de continuité (être le même aux différents moments de l'existence), de cohésion (se sentir unifié), et de cohérence (être sensé).

Il se constitue à partir de toutes les expériences proprioceptives et réflexives de la vie. Les premières expériences corporelles ainsi que les images de soi-même que les autres renvoient vont permettre à l'individu d'établir les limites de son corps et de son psychisme, et l'amener ainsi à se considérer comme sujet à la fois distinct et semblable aux autres.

C'est le soi selon elle qui contient, organise et donne sens à nos expériences. Ainsi, il serait « le dénominateur commun de toutes nos expériences ».

Précurseur narcissique du moi qui se distinguerait peu à peu du non-soi à partir de l'indifférenciation somato-psychique du jeune enfant (Bergeret, 1996), le soi serait donc intimement lié aux processus de séparation et d'individuation.

Difficilement appréhendable, il pourrait se révéler à travers la représentation de soi.

Ainsi, le soi peut se comprendre en quelque sorte comme ce qui fonde l'identité du sujet, et la représentation de soi apparaît dans la manière dont le sujet s'exprime dans son rapport au monde.

2.1.2 La représentation de soi

Utilisé dans des perspectives variées selon les courants théoriques en psychologie, le concept de représentation de soi est un concept récent en psychologie clinique.

Concept opératoire pour les psychanalystes, il est défini comme « un principe unificateur qui centre l'étude du fonctionnement psychique sur le sujet tel qu'il se vit dans son corps et son univers relationnel » (Rausch de Trautenberg, 1990).

Complexe théoriquement, il permet de poser cliniquement la question de la qualité globale du fonctionnement identitaire de l'individu (Claudon, Claudel et coll., 2007).

Selon Sanglade (1990), la représentation de soi est le contenant fantasmatique fondamental du soi. Elle participe à l'élaboration mentale du soi, et permet ainsi à tout à chacun d'assurer le sentiment de la continuité de son existence, de s'individualiser, et d'intégrer son évolution individuelle.

Constituée de souvenirs successifs, elle se construit en interaction avec les premières expériences relationnelles et corporelles, et résulte de la confrontation permanente du sentiment de soi avec les attentes du monde extérieur et avec les idéaux du moi. La représentation de soi est donc tributaire du réseau de relations que nous constituons et dans lequel nous sommes pris, elle peut à chaque instant s'en trouver modifiée, s'éprouvant solide ou détruite, désirée ou rejetée.

Aussi, Sanglade (1983) la situe comme étant "au carrefour de l'éprouvé narcissique et de la vie relationnelle".

En étroite dépendance avec le schéma corporel et l'image du corps, la représentation de soi correspond à la troisième étape dans la construction du soi (Sanglade, 1983) :

- Initialement, le schéma corporel, qui s'élabore dans la période sensori-motrice de l'enfance, permet au sujet de se constituer dans un espace rythmé.

- Sous l'effet de la différenciation soi-non soi, l'image du corps se dégage progressivement du schéma corporel, et permet au sujet de s'éprouver dans le temps.

- L'image du corps annonce la représentation de soi dans la mesure où l'image de soi est inséparable d'un soi pour l'autre, et plus précisément au début de la vie d'un soi par l'autre (Winnicott, 1971). L'acquisition de l'identité se poursuit par l'élaboration des identifications qui vont permettre au sujet de se vivre et de se représenter dans ses interactions avec le monde et les autres.

Pour Sanglade (1990), la représentation de soi englobe donc l'image du corps, l'identité et les identifications.

Représentation du sujet dans son intégration psychosomatique (Boizou, Chabert, Rausch de Traubenberg, 1978), la représentation de soi constitue selon Rausch de Traubenberg (1990) une « notion inconsciente qui recouvre autant l'image du corps fantasmé que les relations instaurées découlant de cette image et/ou la structurant ».

Ainsi définie, la représentation de soi peut se comprendre comme la version psychologique de la notion psychanalytique de Moi-Peau qui donne corps à l'appareil psychique (Sanglade, 1990).

S'appuyant sur la conception de la représentation de soi selon Sanglade et Rausch de Traubenberg, nous nous attacherons à élucider successivement les éléments qui la caractérisent. Nous spécifierons pour chacun la forme qu'il peut revêtir dans le cas de l'autisme.

2.1.2.1 Le narcissisme

La représentation de soi concentre autant l'investissement narcissique de soi que l'investissement d'autrui, en ce sens, elle est sous-tendue par le narcissisme.

Le concept de narcissisme prend source dans l'œuvre de Freud.

A partir de l'ouvrage de Athanassiou-Popesco (2003) qui a retracé l'évolution de la pensée de Freud, nous précisons le rôle du narcissisme dans la relation à l'autre et dans la constitution de l'idéal du moi, nous prendrons également en compte les relations entre le narcissisme et l'estime de soi ainsi que la nature de la pathologie narcissique dans l'autisme.

Selon Athanassiou-Popesco (2003), Freud a d'abord envisagé le narcissisme comme s'opposant aux investissements objectaux : « le fait de se prendre soi-même comme objet d'amour », « l'involution d'une attention centrée sur le moi aux dépens du monde externe », dans une définition très proche de son sens littérale. Puis, l'évolution de ses recherches l'a amené à considérer le rôle du narcissisme dans le passage de l'auto-érotisme à l'établissement de la relation d'objet.

A partir de 1914, Freud considère le narcissisme comme un phénomène normal et nécessaire, à la croisée du moi et des pulsions sexuelles. Le narcissisme unifie les pulsions partielles et

permet d'éviter le morcellement. Il contribue au sentiment d'identité par une stabilité du lien à l'objet et permet à l'individu de faire la coupure entre le dedans et le dehors, le moi et l'objet.

Il distingue le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire : le premier correspond au stade auto-érotique, donc ignorant de l'objet, alors que le second permet justement le passage à des relations objectales. A partir de cette distinction entre narcissisme primaire et narcissisme secondaire il identifie deux moi : le moi-narcissique, qui correspond au narcissisme primaire faisant appel à des identifications narcissiques et le moi-réalité, correspondant plutôt au narcissisme secondaire, donc un moi qui inclut l'objet et qui est le fruit des identifications projectives.

Selon lui, le narcissisme permet d'investir d'abord « ce qui est semblable à soi-même afin d'investir ensuite ce qui nous est dissemblable » (Athanassiou-Popesco, 2003), il impliquerait de pouvoir se différencier de l'autre pour pouvoir se lier à lui, donc la possibilité d'une individuation.

D'après Freud, le nourrisson se penserait à la naissance comme tout puissant, il serait l'objet de l'idéalisation et de l'attention des parents. Au fil du temps l'amour des parents passerait d'un amour narcissique dans lequel ils projettent des parties d'eux, à un amour objectal où ils le reconnaissent dans son altérité. Le bébé pourrait ainsi progressivement passer du principe de plaisir au principe de réalité, c'est à dire du moi idéal à l'idéal du moi.

Le moi idéal renvoie au narcissisme primaire alors que l'idéal du moi qui fait apparaître la relation à l'objet renvoie au narcissisme secondaire. Le nourrisson prend conscience en grandissant de l'écart qui existe entre ce qu'il est réellement et ce moi idéal qu'il pensait être. Cette prise de conscience est permise par la réalité de l'objet, abattant la toute puissance de l'enfant puisque l'objet lui est nécessaire. Le moi idéal devenu idéal du moi, l'enfant passe de ce qu'il croyait être à ce qu'il va essayer d'être. L'idéal du moi devient alors le lieu du narcissisme : « Ce qu'il projette devant lui comme son idéal est le substitut narcissique perdu de son enfance ; en ce temps-là, il était lui-même son propre idéal » (Freud, 1914).

Dans ce passage se situe, d'après Freud, toute l'articulation entre narcissisme primaire et secondaire et tout le travail avec la sortie du narcissisme secondaire lui-même. C'est un travail qui place le moi entre les deux autres grandes instances de l'organisation psychique – le ça et le surmoi – et qui, lui laissant la liberté d'un choix dans le conflit qui le lie à elles, le rend en même temps responsable de sa position. De cette responsabilité dépendra selon lui le sentiment d'estime de soi.

A noter que certains auteurs ont distingué ensuite les deux concepts de moi idéal et d'idéal du moi d'un point de vue structural et non plus seulement psychogénétique, en considérant le moi idéal comme un idéal narcissique de toute puissance en relation avec l'image maternelle archaïque, et l'idéal du moi en tant que modèle d'autorité auquel le sujet doit se conformer. Cette distinction permet de traduire notamment le conflit œdipien en termes de conflit entre le moi idéal et le surmoi-idéal du moi, c'est-à-dire entre l'identification primaire et l'identification secondaire (Lagache, 1982).

L'estime de soi, aspect du narcissisme en tant que regard porté sur soi, renvoie au jugement effectué par le surmoi de l'écart entre le moi et son idéal. Le moi est valorisé s'il s'approche de cet idéal et inversement s'il s'en éloigne. L'estime de soi va donc pouvoir évoluer en fonction des événements de vie et au regard du surmoi. Le surmoi, instance critique issue de l'intériorisation des exigences et interdits parentaux, est au service de la réalité puisque c'est la réalisation du moi qui est mesurée à l'idéal auquel il se compare.

D'après Freud, quand le lien à l'objet est en jeu, l'estime de soi dépend du retour narcissique donné par la relation à cet objet. Si l'enfant est aimé en retour, l'estime de soi va être augmentée, dans le cas contraire le moi risque de s'appauvrir.

Dans la continuité de Freud, Reich (1960) considère que les relations à l'autre permettent la réassurance narcissique. Cependant, une première blessure narcissique peut porter atteinte selon elle à l'image que le sujet a de son corps. De là peut naître le besoin d'un hyper-investissement de son propre corps s'exprimant à travers une toute-puissance et des fantasmes narcissiques grandioses (dénier de la blessure). A l'inverse, le sujet peut se sentir annihilé et sans valeur. Dans le premier cas, chaque recherche de lien par le sujet peut alors s'expliquer par le but de retirer une valorisation narcissique permettant une réassurance au sujet. La sublimation peut alors être une voie de sortie par rapport à un système en tout ou rien (Athassiou-Popesco, 2003).

En revanche, les travaux psychanalytiques sur l'autisme nous ouvrent sur l'étude de la pathologie du narcissisme.

Le démantèlement - décrit par Meltzer (1980) comme une attaque passive des liens susceptibles de se nouer entre le moi et l'objet, entre les objets ou les parties du moi - peut-être considéré comme un mécanisme de défense narcissique extrêmement primitif à la portée d'un moi narcissique qui se confronte à la réalité.

De même, la notion de capsule autistique - proposée par Tustin (1986) pour traduire la situation de ces enfants « barricadés dans une carapace » les coupant des liens avec les objets externes et

internes, enfermés dans un monde d'auto-sensations - nous renvoie bien à une pathologie du narcissisme primaire qui empêche les introjections objectales (Athanassiou-Popesco, 2003).

Au fondement de la constitution de soi, le narcissisme intervient donc en termes de quête identitaire et de regard porté sur soi. Selon l'évolution du lien à l'objet, l'individu va pouvoir se construire, s'autonomiser et se projeter dans l'avenir avec la constitution de l'idéal du moi.

A l'inverse, avec le monde de l'autisme, nous sommes en deçà du narcissisme secondaire tel qu'il a été défini par Freud, mais plutôt du côté négatif signalé par Green (1983), du narcissisme primaire dans le lien qu'il entretient avec la pulsion de mort.

2.1.2.2 L'image du corps

L'image du corps constitue une représentation mentale inconsciente de soi dans son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité. Elle se dissocie du schéma corporel - donné de l'expérience motrice, étroitement lié au ressenti musculaire et cinesthésique - sur lequel elle s'appuie, et débouche sur la représentation de soi (Sanglade, 1983).

Elle inclut la notion de vécu émotionnel. Les premières émotions et les premiers affects de plaisir-déplaisir associés à la satisfaction ou non des besoins sont recueillis par cette image. Elle représente la « mémoire inconsciente du vécu relationnel » (Ledoux, 1995). Elle est « ce dans quoi s'inscrivent les expériences relationnelles du besoin et du désir, valorisantes et/ou dévalorisantes, c'est-à-dire narcissisantes et/ou dénarcissisantes » (Dolto, 1984), et peut se comprendre sous ses aspects structural, génétique et relationnel.

Le corps y constitue un principe unificateur, fondant l'unité de soi en même temps qu'instaurant la différence avec l'autre. L'enveloppe corporelle y joue un rôle de médiateur de la nature et de la qualité des échanges mère-enfant, en ce sens l'image du corps renvoie à la notion de Moi-peau (Anzieu, 1985).

D'après Dolto, l'image du corps se présente d'un point de vue structural comme une articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image érogène (Ledoux, 1995) :

- L'image de base qui se développe dans les premières relations permet au sujet d'assurer la sécurité de son existence. Elle contribue à la construction du narcissisme fondamental et lie le sujet à la vie.
- L'image fonctionnelle concerne ensuite la représentation des accomplissements du corps. Elle permet d'enrichir les possibilités relationnelles. Elle est dynamique et active, peut être modifiée au fil des désirs et des relations.
- L'image érogène focalise les affects de plaisir et de déplaisir liés aux désirs et à leurs réalisations.

Ces trois images sont reliées par l'image dynamique correspondant à une continuité d'être et d'avenir. Celle-ci relie l'être au présent à son futur et prend en compte la dimension d'intentionnalité.

L'image du corps se construit au fil du développement par une élaboration complexe.

L'image de base, notamment, est modifiée au cours des stades de développement décrit par Dolto. Image respiratoire lors de la naissance, elle se constituerait en image orale puis anale lors des deux stades suivants, et prendrait sa forme achevée après la résolution de la crise œdipienne. Cette évolution et symbolisation se réaliseraient en fonction de la mise en place des différentes castrations, et pourraient être fragilisées par des points de fixation surgissant au cours du développement.

Avec le stade du miroir (entre 6 et 18 mois), l'image du corps devient inconsciente. L'enfant ne peut plus se confondre avec une image fantasmatique de lui-même puisqu'il se reconnaît tel qu'il est réellement dans le miroir. Cette image devient consciente tandis que l'image du corps est refoulée constituant un clivage entre l'imaginaire et la réalité. Grâce à cette image du corps refoulée, le sujet peut avoir un soubassement narcissique à son langage verbal à condition d'une dynamique engagée et réussie dans les relations avec autrui (Dolto, 1997).

Aussi, ces images refoulées vont demeurer actives tout au long de l'existence et résonner avec les sensations et émotions actuelles : elles « s'extérioriseront continûment à travers les manifestations spontanées de notre corps » (Nasio, 2007).

D'un point de vue relationnel, l'image du corps se construit grâce aux interactions langagières et à la communication sensorielle. La médiation de la parole va permettre de passer du schéma corporel à cette organisation plus complexe. « La seule expérience langagière, sans médiateur humain n'informe que le schéma corporel et ne structure pas l'image du corps » (Ledoux, 1995). Cette image va s'élaborer dans un réseau de sécurité langagière avec la mère

nourricière, va permettre au nourrisson d'éviter de percevoir comme morcelées les perceptions qu'il rencontre, et va lui permettre de dire « Je ».

Pour Nasio (2007), l'image inconsciente du corps est l'image du rythme de l'interaction tendre, désirante et symbolique entre l'enfant et ses partenaires privilégiés. Elle représente un langage oublié de sensations, elle est structurée comme un langage.

Ainsi définie, l'image du corps donne au corps un rôle de contenant, de membrane à la fois séparant et mettant en contact. Elle se rapproche du concept de Moi-peau développé par Anzieu (1974), « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ».

Selon Anzieu (1985), l'image du corps va être investie positivement ou négativement par l'enfant en fonction de la nature et de la qualité des interactions mère-enfant à travers la médiation des enveloppes corporelles. La peau revêt de multiples fonctions dont celles principales de « sac qui contient et retient le bon », « d'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur », et de « lieu et moyen primaire de communication avec autrui » (de Tychev, 2003). Celles-ci se développent notamment sur la base de l'attitude de la mère en termes de handling, holding et de présentation de l'objet. Une expérience infantile trop importante ou déficitaire au niveau des contacts corporels, de même qu'une expérience de brusques passages de trop de contacts à trop peu de contacts corporels, peut fragiliser les fonctions du Moi-peau (Anzieu, 1992).

Ainsi, les qualités de l'image du corps renverraient plus particulièrement aux qualités des limites du Moi et à l'instauration des contenants de pensées décrits par Bion (Sanglade, 1983).

Or, comme le rappelle Haag (1993), « ce qui est spécifique de la souffrance autistique est de n'avoir pu établir cette première peau, ce premier sentiment d'enveloppe, si bien qu'une carapace « trop dur » a dû se constituer ».

Selon Bullinger (2004), l'enfant autiste aurait une image du corps « évanescence », instable, ne permettant pas que se mettent en place une « plate-forme sensori-tonique », socle sur lequel l'enfant organise ses perceptions, ses actions et ses régulations émotionnelles. Ce socle se constitue d'après lui à partir du flux de sensations tactiles, régulé en partie par le dialogue tonico-émotionnel interactif avec les personnes de l'environnement proche. Dans le cas de l'autisme, les difficultés d'ajustement de l'enfant au corps de l'autre nuiraient à l'établissement de ce dialogue tonico-émotionnel, ce qui expliquerait les troubles de l'image du corps.

Comme l'avait bien vu Schilder (1968), l'image du corps est au carrefour du somatique et du psychique. On pourrait même dire qu'elle se situe à la charnière du corps physique et du soi psychique. En tant que telle, elle est un concept unificateur qui annonce dans l'histoire individuelle, la représentation de soi. Elle est une résultante du vécu corporel et de la conscience de soi, du corps réel et des fantasmes que nous y attachons, elle se définit comme l'objet relationnel (par opposition au sujet relationnel qu'introduit la représentation de soi), mais elle est aussi ce qui peut nous rendre opaque à nous-mêmes (Sanglade, 1983).

2.1.2.3 Identité et identification

L'identité, telle que l'individu la ressent, est un sentiment de continuité à travers les changements, lequel est l'objet d'une prise de conscience réflexive : l'individu n'est plus identique à ce qu'il a été (*idem*), et pourtant il est le même (*ipse*), selon la distinction de Ricoeur (1990).

L'identité se construit dans un mouvement de va-et-vient entre soi et l'autre, ce qu'exprime le terme identification (Chiland, 2000).

La construction de l'identité s'appuie sur les identifications et nécessite de s'en dépendre (Denis, 1999).

L'identification, première forme du lien à l'objet selon Freud, fonde une première identité. A l'identification primaire, étape initiale dans la constitution du sujet par la relation d'incorporation orale, succède l'identification secondaire qui ouvre l'accès au social au-delà de la famille. L'identification est ambivalente dès le début : « elle peut tout aussi bien se tourner vers l'expression de la tendresse que vers le souhait de l'élimination » se comportant comme un rejeton de la première phase orale de l'organisation de la libido (Freud, 1921).

Plus le développement se poursuit et plus les identifications sont multiples, enrichissant et complexifiant la construction de l'identité personnelle.

Pour Denis (1999), cette construction est associée à un mouvement de désidentification : sorte d'identification à soi-même qui implique un désengagement des identifications antérieures ou leur transformation. Ainsi, l'identité serait le maître d'œuvre imaginaire de la constitution d'une histoire singulière.

Birraux (1997) insiste sur le maillage de l'identité et de la sexualité.

Pour elle, la notion d'identité dialectalise toujours celle de sexualité : « l'identité conjugue, en fait, l'éprouvé de continuité de soi et la nécessité de le confronter à l'autre, aux autres pour faire advenir dans les identifications et les contre-identifications, les marques de la similitude et de la différence originaires anatomiquement sexuelle ».

Elle rappelle la primauté de la pulsion dans l'intervention d'objets externes pour les soins au bébé, objets dont la qualité a un impact indéniable sur le sentiment de sécurité et de continuité. Ainsi, les premières interactions qui fondent le sentiment d'identité seraient infiltrées de sexualité et l'identité serait d'emblée sexuée.

Chez l'enfant autiste, l'identité est adhésive : mécanisme prévalent dans un fonctionnement bidimensionnel (Meltzer, 1980).

Selon Haag (1986), c'est le « seul mode identificatoire possible dans une relation de surface, en deçà de la formation d'un contenant-peau ». Cet état d'identité très primitif, à un niveau de « se sentir collé à » permet de survivre en l'absence d'un monde intérieur avec des objets internes.

Boubli (2009), quant à elle, différencie l'identité adhésive par collage aux qualités de surface de l'objet qui ne permet pas (ou peu) le travail d'incorporation et d'intégration, de l'identification adhésive qui, selon elle, peut se révéler intégrative d'expériences nouvelles et amener à un début de réflexivité.

1.2.2.4 Du Moi-peau au Moi-pensant

Pour Anzieu (1994), l'appareil mental s'étaie sur le Moi-Peau pour créer « un appareil à penser les pensées » : ce qu'il appelle le penser ou Moi-Pensant.

Ainsi, la peau, le moi, le penser, remplissent des fonctions identiques à des niveaux d'abstraction et de symbolisation différents.

Dès 1973, Anzieu souligne le double rapport d'étayage et de figuration symbolique entre le moi et les sensations de la peau lorsqu'il définit le Moi-Peau : « première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique qui s'étaie sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci ».

Pour Anzieu, penser est une activité du Moi, un moi conçu selon le modèle de la deuxième topique freudienne, c'est-à-dire un moi en grande partie inconscient qui est dérivé des sensations corporelles et qui est un précipité des objets incorporés et introjectés.

Dans la même ligne de réflexion que Bion, Anzieu considère que le penser est un appareil à penser les pensées. Les pensées préexistent au penser. Ce sont les représentations que se fait l'appareil psychique à partir des états et des mouvements du corps, et le penser va permettre la mise en relation des pensées.

Comme le rappelle Chabert (2007) qui reprend les écrits de Anzieu (1993), le penser est généré dans le psychisme par analogie et homologie avec la structure du corps et spécialement de la peau. Cette générativité opère sur trois niveaux : la peau, le moi, le penser. Chaque niveau s'articule au précédent par un processus dialectique d'emboîtement/retournement (qui ajuste, transpose, modifie l'organisation précédente, tout en conservant des traces de sa structure). Au niveau biologique, la peau contient les organes, les tissus, l'ossature du corps. Au niveau psychologique, le moi contient les sensations, émotions, actions, fantasmatisations. Au niveau intellectuel, le penser contient les pensées, les représente par des signes, les organise en catégories et en théories : « par la mise en œuvre d'une activité de construction d'analogies, d'homologies, d'établissement de correspondances et de concordances, par un jeu de conjonctions et de disjonctions, il organise les pensées à la manière d'un microcosme dont le monde serait le macrocosme » (Anzieu et Chabert, 2007).

Ainsi, pour Anzieu, le moi est comme la peau, et le Moi-Peau remplit des fonctions analogues aux fonctions de la peau. A son tour, le Moi-pensant transpose les fonctions du Moi-Peau dans une logique de contiguïté. En d'autres termes, le Moi-peau peut se comprendre comme une métaphore de l'enveloppe corporelle, et le penser comme une métonymie du moi (Séchaud, 2007).

En 1993, Anzieu établit une continuité entre fonctions de la peau, fonctions du moi, catégories du penser en ébauchant une grille qui classe, dans l'ordre de leur psychogenèse, huit fonctions qui opèrent à ces trois niveaux :

- « 1. Maintenance du corps par la peau ; du psychisme par le moi ; érection du penser ; consistance du penser.
2. Contenance : la peau et ses pores ; la mémoire et ses trous ; le penser enveloppe et limite les pensées ; pensées closes, pensées ouvertes.
3. Surface d'excitation : barrières de contact ; moi filtre ; constance/rupture du penser ; pensées abstraites.

4. Surface d'inscription : traces sur la peau ; symptômes incrustés sur le moi ; signes du penser ; pensées abstraites.
5. Consensualité : la peau comme sens commun ; le moi et les équivalences symboliques ; le penser comme microcosme ; les systèmes de correspondance entre les pensées.
6. Individuation : arrachage de la peau commune et acquisition de sa propre peau ; identité/altérité du moi ; totalisation du penser ; pensées personnelles.
7. Recharge énergétique : tonicité du corps entretenue par la seconde peau ; tension du moi (syntonie/dystonie) ; force du penser ; pensées vraies.
8. Soutien de l'excitation sexuelle : plaisir de peau ; érotisation du moi ; sexualisation du penser ; perversion des pensées. » (Anzieu et Chabert, 2007).

Selon Anzieu (1994), il existe une pensée concrète par image et une pensée abstraite par schème, qui dérivent respectivement de l'image du corps et du schéma corporel.

Il considère que ces huit fonctions renvoient à des familles de schèmes : les schèmes de consistance, d'enveloppe, de contact, d'inscription, de transformation, d'unité et de totalisation, de singularité, de recharge libidinale.

Dans une perspective assez proche de celle de Anzieu, Claudon et coll. (2008) s'interrogent sur la capacité de penser chez l'enfant autiste.

Pour eux, la part du corps de l'enfant expérimenté au cours de l'interaction avec ses parents l'engage dans un processus de pensée. Les sources de la pensée seraient intrinsèques à l'histoire d'un contexte interactionnel, sous l'effet de la construction d'un partage émotionnel. Ils centrent leur étude sur l'activité du corps vécu dans l'ici et maintenant en tant que contexte interactif fondamental et comme espace de pensée émotionnelle, et font l'hypothèse que la pensée est d'abord un phénomène « corporel-tonique » équivalent à une expression de soi non symbolique.

Même dans des situations autistiques, le corps de l'enfant, dans son fonctionnement somatique et expérientiel, représente selon eux un « contexte interactif potentiel » et laisse donc présager des capacités de penser. Ainsi, ils cherchent à décrire chez ces enfants en difficulté ce qui sert de base aux capacités interactives, afin de mieux comprendre *comment et grâce à quoi* l'enfant peut accéder au fil de son développement à des représentations symboliques et à la communication qu'elles permettent.

Comme nous venons de le voir, différents processus sont en jeu dans le travail du penser. Selon Anzieu (1994), la pulsion qui anime le psychisme induit une émergence en acte du penser pour faire tenir ensemble les pensées, plus ou moins souplement, et leur donner un axe directeur. Le penser requiert de régulariser le cours des affects. Il consiste à faire circuler les pensées entre moi et les autres, entre le moi et les autres instances. Il peut constituer une recharge libidinale et permettre un équilibre « entre le plaisir de penser et la pensée du plaisir ». Ainsi, le concept de Moi-Pensant se rapproche du concept de représentation de soi dans la mesure où il permet à tout un chacun d'intégrer psychiquement son évolution individuelle au fil des expériences.

2.2 La représentation de soi de l'enfant ayant un frère ou une sœur autiste

Une première étude de la représentation de soi des fratries de personnes autistes, à laquelle nous avons participé dans le cadre du Master, a donné lieu à une publication pour introduire un programme de recherche lancé par Claudon (Claudon, Claudel, et coll., 2007).

Le but de ce programme est de tenter d'élucider les conditions psychiques spécifiques qui participent à la construction identitaire des frères et sœurs de personnes autistes.

Les premiers résultats tendent à montrer une fragilité des soubassements identitaires chez les enfants de telle fratrie.

Nous présenterons tout d'abord la démarche suivie dans cette première étude et expliciterons les résultats observés, pour préciser ensuite de quelle manière nous nous inscrivons dans ce programme de recherche.

2.2.1 Hypothèses de travail et analyse des résultats

A partir des publications précédentes et d'une expérience clinique centrée sur le vécu des fratries de personnes autistes, trois hypothèses de travail ont été posées et mises à l'épreuve de données cliniques recueillies auprès de 41 enfants (âgés de 7 à 10 ans) issus de 20 familles différentes.

La première hypothèse portait sur la construction des assises narcissiques et de l'image du corps et consistait à postuler une fragilisation dans ce processus de construction.

La seconde portait sur l'équilibre affectif dans le lien parents-enfant et prévoyait une altération au niveau de l'engagement dans la dynamique œdipienne.

Enfin, avec la troisième hypothèse étaient envisagées une adaptation sociale et une compensation affective/émotionnelle de surface, en l'absence de symptômes psychopathologiques dans la situation actuelle.

Ces hypothèses ont été testées à partir d'outils cliniques et projectifs : entretien clinique et tests projectifs (Rorschach, test des contes, dessin de la famille) choisis pour leur propension à favoriser l'expression de la représentation de soi.

L'analyse des résultats a permis d'avancer trois arguments cliniques qui soutiennent assez largement la première et la troisième hypothèse de travail :

- Les enfants rencontrés ont présenté effectivement une fragilité des assises narcissiques. Celle-ci a semblé le plus souvent liée à l'intériorisation de relations précoces peu rassurantes, à des identifications troublées, ainsi qu'à un fort idéal du moi parfois inaccessible, et pouvant être source d'une faible estime de soi.
- Les images du corps sont apparues assez troublées : le corps était vécu comme une limite unitaire mais fragile par presque 1/3 des enfants. L'image érogène était le plus souvent touchée, avec un faible degré d'élaboration et de narcissisation de l'image du corps.
- Les enfants ont manifesté également un sentiment de culpabilité le plus souvent en lien avec la relation aux parents, qui semblait faire écho à un besoin de restaurer une bonne image parentale.

Quant à la deuxième hypothèse, elle s'est révélée utile à considérer même si elle n'a pas été clairement vérifiée.

D'une manière générale, les observations faites sur l'échantillon de sujets ont confirmé une altération sensible de la représentation de soi.

2.2.2 Discussion et perspectives de la recherche

Cette fragilité de la représentation de soi observée chez les frères et sœurs d'enfants autistes apparaît avant tout liée au fonctionnement familial.

En effet, la relation au frère handicapé ne semble pas avoir directement un impact sur la représentation de soi, sauf pour l'image du corps qui est parfois imprégnée par des traits dysharmonieux de la pensée globale et des attitudes comportementales/corporelles de l'enfant malade. C'est plutôt la qualité de la dynamique familiale et des liens identificatoires qui semblent influencer sur la qualité des assises narcissiques, du mode de relation établi, et de la qualité globale de l'image du corps.

En d'autres termes, l'étude tend à montrer qu'avoir un frère ou une sœur autiste met en difficulté non pas le système fraternel mais surtout le système familial dans sa fonction de support aux identifications et aux capacités de séparation.

Aussi, la question de l'identité en devenir apparaît au premier plan à l'issue de cette première étude. Même s'il n'existe pas ou peu de signes symptomatiques cliniquement repérables (hypothèse 3), les altérations des bases identitaires, observées au niveau des assises narcissiques et de l'image du corps, nous amènent à considérer le risque de décompensation qui pourrait être induit par ces failles au cours du développement ultérieur.

Ainsi, un argument important se dégage pour nous en faveur d'une prévention secondaire lors de la phase adolescente, afin de lutter contre l'apparition de troubles risquant de s'inscrire dans une catégorie psychopathologique.

La présente recherche répond donc à la nécessité d'observer les modalités prises par les composantes de la représentation de soi chez des adolescents ayant un frère ou une sœur autiste, afin d'observer dans quelle mesure les pré-organisations établies pendant l'enfance peuvent être des facteurs de désorganisation durant l'adolescence.

Synthèse :

- Le soi se constitue à partir de toutes les expériences corporelles et réflexives vécues par l'individu, qui lui permettent de se sentir exister en tant que sujet à la fois comme les autres et différent des autres.

- La représentation de soi est un contenant fantasmatique du soi, qui permet à l'individu de s'exprimer et de se lier au monde.

Représentant l'individu dans son intégration psychosomatique, elle se situe à l'intersection de l'investissement narcissique et de l'investissement objectal, et englobe l'image du corps, l'identité, les identifications.

Par le rôle de contenant qu'elle donne au corps, l'image du corps se rapproche du concept psychanalytique de Moi-Peau.

Par son rôle d'intégration de l'évolution individuelle au fil du développement libidinal et cognitif, la représentation de soi se rapproche du concept psychanalytique de Moi-Pensant.

- Dans le cas de l'autisme, le développement identitaire de l'enfant peut se caractériser par un narcissisme primaire qui empêche les introjections objectales, une image du corps « évanescence », une identité et des identifications adhésives qui selon le cas peuvent favoriser l'intégration d'expériences nouvelles et permettre un début de réflexivité.

- Pour le frère ou la sœur de l'enfant autiste, apparaît une fragilité de la représentation de soi qui semble essentiellement liée à l'ensemble de la dynamique familiale.

Les failles observées sur le plan des assises narcissiques et de l'image du corps amènent à s'interroger sur le développement de ces enfants de fratrie à l'adolescence.

3. Devenir adolescent lorsque l'on a un frère ou une sœur autiste

3.1 Adolescence et représentation de soi

Différents concepts sont utilisés pour définir le processus d'adolescence qui, selon les conceptions, réfèrent davantage à la rupture ou à la continuité dans le processus de développement : au concept de crise, jugé trop réductionniste, s'est progressivement substituer des concepts nouveaux comme ceux de séparation et de transformation (Braconnier, 1985) dans le but de mieux comprendre les manifestations intra-psychiques sous-jacentes.

Au-delà de ces divergences théoriques, nous considérons l'adolescence comme un moment clé dans la constitution de l'identité, compte tenu du travail intégratif des modifications externes et internes inhérentes à la puberté.

Ce travail de gestion du changement, tant sur le plan des modifications corporelles que sur celui des représentations qui y sont associées, consiste « en une intégration des représentations infantiles dans la cohérence d'une représentation qui donne sens au corps pubère et à sa fonctionnalité » (Birraux, 1994).

En ce sens, l'adolescence peut se comprendre comme un processus mettant à l'épreuve la représentation de soi construite durant l'enfance.

Nous délimiterons notre approche de l'adolescence en nous attachant aux différentes dimensions qui constituent la représentation de soi pour préciser comment, selon nous, la représentation de soi peut évoluer à l'adolescence.

3.1.1 Mise en cause du rapport narcissisme – relation objectale

L'adolescence est une période charnière qui impose un changement de l'équilibre entre le dedans et le dehors, tant sur le plan du corps propre que sur celui de la relation avec les parents, ce qui remet en cause le rapport narcissisme – relation objectale. De ce fait, il y a « une fragilisation du monde psychique interne lequel est fortement sollicité aussi bien dans ses assises narcissiques que dans ses investissements objectaux » (Jeammet et coll., 2001).

L'avènement de la puberté entraîne une double réactivation des processus de séparation et de la problématique œdipienne qui peut constituer une mise à l'épreuve de la représentation de soi à la fois sur le plan de l'identité subjective et sur le plan de l'identité sexuelle (Chabert, 1984).

En tant que transformations réelles du corps, les modifications corporelles induisent des bouleversements dans les représentations du sujet concernant son corps et son identité. L'accès à l'identité subjective implique un mouvement de défusion et de séparation réalisé par la mise en œuvre du processus d'individuation. Comme le précise Marty (1997), la distinction de deux corps différents, initialement celui de la mère et celui de l'enfant, se remet en jeu avec le corps de l'adolescent passant du corps d'avant – le corps phallique de l'enfance – au corps d'après – celui de la génitalisation, le corps pubère. Ce passage du corps d'enfance au corps génital suppose une certaine capacité à supporter la discontinuité.

En tant que transformations sexuelles, les modifications corporelles représentent également une coupure d'avec le monde de l'enfance et en particulier le renoncement à l'ambisexualité et le choix d'une identification sexuelle définie (Chabert, 1984). La reviviscence des éprouvés œdipiens infantiles conduit l'adolescent à s'en protéger par une mise à distance, créant ainsi des ruptures avec les points d'identifications antérieures. Il s'agit en effet de gérer l'afflux des pulsions libidinales et agressives, fantasmatiquement liées au scénario œdipien, de faire face à la déstabilisation défensive qu'il entraîne, à la remise en jeu du complexe de castration, et au remaniement des relations d'objets exigé par l'avènement d'un corps pubère (Emmanuelli, Azoulay, 2009).

Cette double réactivation des processus de séparation et de la problématique œdipienne s'apparente à un travail de deuil des objets de l'enfance, non seulement un deuil des imagos parentaux (parents intériorisés infantiles), mais aussi un deuil de l'objet-corps d'enfance.

Ce travail de deuil renvoie le sujet à la qualité de ses assises narcissiques (Lauru, 2004). Le désinvestissement des liens aux objets de l'enfance peut ébranler ses assises narcissiques. L'intensité de la perte objectale peut varier en fonction des réponses des objets extérieurs face à l'émergence d'un sujet en devenir adulte (Arnoux, 1999). Le remaniement des identifications ne concerne toutefois que les identifications secondaires et ne devrait pas mettre en péril les identifications primaires « qui sont garantes de la permanence et de la continuité de l'être dans sa discontinuité, protègent de la menace que la perte de l'objet entraîne la perte du moi » (Ladame, 1999). Ce remaniement des identifications peut cependant provoquer une désorganisation identitaire si les repères identificatoires sont au départ mal assurés (Emmanuelli, Azoulay, 2009).

En se détachant des figures parentales auxquelles il était relié par la trame des identifications, l'adolescent retire par là même l'énergie libidinale qui y était rattachée. Cette énergie devient flottante et doit se fixer sur de nouveaux objets.

L'adolescent peut alors avoir recours à des objets médiateurs pour faire transition entre les objets d'identification de l'enfance et ceux qui lui permettent de s'en séparer et de réaménager ses liens identificatoires aux images parentales.

Parmi ces médiateurs, le groupe des pairs figure au premier plan : il représente une source importante d'identifications en miroir, et constitue aussi l'occasion de rencontrer l'objet adéquat qui permettra à l'adolescent de s'inscrire dans son identité sexuée (Marty, 1997).

Le choix d'objet immédiat de l'adolescent est d'abord ou surtout homosexué (une figure d'étayage narcissique qui sert en même temps de double et d'objet complémentaire pour lutter contre le manque, la perte, la solitude). Mais à plus long terme l'adolescent devra choisir un objet hétéro-sexué, objet perçu cette fois-ci comme complémentaire au sens de la complémentarité des sexes. Ainsi, « c'est donc entre deux pôles, l'un à dominante narcissique et l'autre à dominante objectale que s'effectue le travail en direction de l'autre sexe » (Riard, 1999).

La relation avec le frère/la sœur occupe également une place centrale à l'adolescence compte tenu de la restructuration des liens et relations familiales (Nicolo et Imperato, 2000). Situé entre moi et l'autre, le membre de la fratrie peut permettre un espace transitionnel sur la voie du travail narcissico-objectal. Par la construction d'une intimité partagée à la fois source de soutien narcissique et passerelle pour accéder à l'objet adéquat, l'objet fraternel est un objet intermédiaire entre les objets parentaux et l'objet extra-familial. Par l'absence de différence de génération et par le fait qu'il ne représente pas l'objet d'amour premier, le frère/la sœur « constitue un viatique pour l'accession à la relations amoureuse avec un objet non incestueux » (Houssier, 2004).

Le réaménagement entre narcissisme et relations d'objet contribue à donner à l'idéal du moi une place nouvelle et un rôle essentiel à l'adolescence (Emmanuelli, 2005).

Se dégageant du surmoi, il trouve son autonomie. L'idéal du moi a alors pour fonction de donner un projet au Moi jusque là soumis au pouvoir et au savoir opérant des figures parentales (Riard, 1999). L'adolescent recherche donc à travers l'idéal du moi une image satisfaisante de lui-même, susceptible de renforcer son narcissisme, sans retourner aux idéaux mégalomaniaques de l'enfance, trop liés aux investissements des parents.

Il se tourne pour ce faire hors du milieu familial, en quête de support à ses idéaux.

Ainsi, l'idéal du moi marque la continuité du sujet par l'intégration des identifications et idéaux successifs.

A noter enfin, le rôle des images parentales qui revêt une extrême importance, soit par leur investissement soit par le jeu des interactions qui se développent entre parents et adolescents. En effet, les parents servent de soutien narcissique, d'étayage des investissements incestueux et œdipiens, à condition de se montrer suffisamment contenant en marquant la frontière à ne pas dépasser (Pommereau, 2006). Ils peuvent constituer alors des modèles identificatoires en permettant à l'adolescent de réinvestir les figures parentales dans la perspective de devenir lui-même parent. Ainsi, l'issue de l'adolescence peut se traduire par « la capacité à s'identifier à la fonction parentale et non plus seulement aux images parentales de l'enfance » (Marty, 1997).

Sous l'effet de la pulsionnalité impulsée par la puberté, le fonctionnement psychologique est remanié par la reprise de conflits antérieurs qui peuvent trouver l'occasion d'une issue favorable. Ainsi, le processus d'adolescence est un révélateur de la solidité des assises narcissiques et des modalités de la relation d'objet, mettant à jour la qualité du travail de latence (Emmanuelli, 2005).

3.1.2 Mise à l'épreuve de l'image du corps

Le corps à l'adolescence joue un rôle aussi bien dans le registre des interactions concrètes avec l'entourage que dans le registre de l'activité fantasmatique (Marcelli et Braconnier, 2008).

Le corps se transforme à un rythme variable mais de manière globale : la « silhouette » change aussi bien pour l'adolescent lui-même que pour ceux qui le regardent. Ainsi l'image du corps est bouleversée dans plusieurs domaines.

La transformation morphologique pubertaire, l'irruption de la maturité sexuelle, remettent en cause l'image du corps que l'enfant avait pu constituer progressivement.

Pour Lebovici (1987), l'image du corps « vacille » au moment de l'adolescence, ce qui provoque l'apparition de souffrances psychiques dues à des « sentiments d'étrangeté ». Ceux-ci se traduisent essentiellement par des « interrogations existentielles ou métaphysiques » qui peuvent déclencher « de l'angoisse ou des manifestations plus ou moins dépressives ».

Ainsi, confronté à une perte de repères et de limites au niveau de son enveloppe corporelle, l'adolescent peut éprouver une inadéquation entre son corps réel son corps imaginaire (Ferron, 1992).

Selon Rassiàl (1990), l'image du corps est affectée sur quatre modes complémentaires :

- par la modification de ses attributs (pilosité, seins, silhouette) ;
- par ses fonctionnements (génitalités, menstrues, mue de la voix, démarche, etc) ;
- par sa ressemblance avec le corps de l'adulte, et plus précisément du parent de même sexe ;
- par son importance au regard de l'adolescent ou de l'adulte de l'autre sexe.

Selon lui, le corps change de statut parce que la génitalité occupe une place principale pour le sujet : non seulement l'individu conquiert son identité dans l'appartenance à l'un des deux sexes, dans une logique phallique qui fonde la dissymétrie entre « ceux qui l'auraient » et « celles qui ne l'auraient pas » ; mais c'est l'autre qui a le pouvoir de reconnaître ce corps comme génitalement mature, désirable et désirant.

Le corps change également de valeur puisque « le porteur du regard, privilégié, n'est plus un parent, mais un semblable dont le désir est lui-même engagé » (Rassiàl, 1990). Les modifications réelles du corps d'abord non symbolisées, puis mal symbolisées par le rapport sexuel, débordent le corps imaginaire. La structuration de l'image du corps, qui a déjà eu lieu au fil des diverses castrations (Dolto, 1984), est ainsi mise à l'épreuve, et les castrations portent alors leurs fruits, par delà le regard des parents qui les ont soutenues.

Ainsi, par une réorganisation de son fonctionnement psychique vers une logique de plaisir sous le primat de la génitalité acquise, l'adolescent se construit progressivement une image de son corps comme capable de procréer. Le travail de l'adolescence peut se concevoir alors comme une « réappropriation de l'histoire infantile dans un projet désormais sexué » (Birraux, 1994).

3.1.3 Travail de (re)subjectivation, un « penser » différent, ses avatars somatiques et psychiques

Le changement psychique lié à la puberté amène l'adolescent à évoluer dans sa manière d'être au monde, et requiert un « penser » différent.

La subjectivation – comme processus en partie inconscient par lequel un individu se reconnaît dans sa manière de donner sens au réel, au moyen d'une activité de symbolisation (Wainrib, 2006) - revêt une force particulière à l'adolescence.

Parce que « c'est à cet âge que s'exacerbent les obstacles internes et externes à l'appropriation par le sujet de ses pensées et désirs propres, de son identité propre » (Cahn, 1997), l'adolescence constitue une étape ultime dans le processus de subjectivation pour autant que s'élabore de nouvelles modalités du travail psychique.

Il s'agit d'un travail de symbolisation, de liaison-déliation-reliaison des affects, pensées, mouvements émotionnels, identifications, projection qui doit être élaboré sur le plan subjectif, « la subjectivité étant la reprise dans un Je qui se constitue, de tous ces mouvements contradictoires, créateurs et destructeurs » (Pirlot, 2009).

Elle permet à l'adolescent d'intégrer son vécu en l'inscrivant dans une continuité articulant le passé et la projection dans l'avenir.

Gutton (1991) définit le processus d'adolescence, qu'il conceptualise sous le terme de « pubertaire », comme un processus de (re)subjectivation.

Pour lui, le « pubertaire » est au fonctionnement psychique ce que la puberté est au fonctionnement du corps (Gutton, 1991). L'événement pubertaire serait initialement vécu comme une extériorité génitale puis suivrait un travail de (re)subjectivation qui oeuvrerait à l'introjection-appropriation du corps génital. Le processus de subjectivation est alors ce qui permet à l'adolescent de rester le même en devenant autre, à partir de la survenue du « pubertaire », tout en changeant de corps et d'objets sexuels (Gutton et Bourcet, 2004).

Comme le souligne Cahn (2006), la contrainte interne (pulsionnelle) et externe (de l'environnement, des objets) peut venir consolider ou modifier les modalités antérieures du processus de subjectivation. Il s'agit pour lui d'un « processus de différenciation permettant, à partir de l'exigence interne d'une pensée propre, l'appropriation du corps sexué, l'utilisation, dans le meilleur des cas, des capacités créatives du sujet dans une démarche de désengagement, de désaliénation du pouvoir de l'autre ou de sa jouissance et, par là même, de transformation du surmoi et de constitution de l'idéal du moi » (Cahn, 2006).

Pour Delaroche (2005), le processus adolescent constitue en fait une nouvelle répartition du moi idéal et de l'idéal du moi dans le sens où la projection de toute puissance de l'infantile est libérée et alliée à l'introjection dépressive d'une loi qui faut faire sienne. Le moi idéal en tant qu'instance imaginaire peut devenir une sorte de refuge en cas d'impossibilité à se référer à l'idéal du moi symbolique, notamment si la reviviscence du complexe d'Oedipe vient réactiver

des manques narcissiques. Au contraire, par la progressive supplantation du moi idéal par l'idéal du moi peut se mettre en place une castration symbolique qui permet à l'adolescent de se tourner vers d'autres objets pour obtenir à nouveau la satisfaction narcissique perdue, ou en devenir d'être perdue (ce qui suppose au préalable d'avoir accepté de perdre ce premier objet), et de se situer au-dehors de la relation à caractère incestueuse que représente le moi idéal. La place du phallique imaginaire, en tant qu'élément symbolique qui bouge, permet dès lors la mise en route de la dialectique de la subjectivation (Delaroche, 1999).

Ce travail d'intégration et d'appropriation de soi peut être propice à un travail de sublimation de soi. Ce changement psychique lié à la puberté requiert ainsi un « penser » différent, mais peut avoir des avatars divers, psychiques et somatiques (Gutton et Bourcet, 2004).

Pour Cahn (1998), ce travail de subjectivation différenciatrice, d'appropriation subjective de l'activité représentative, prend son sens et son aspect définitifs, plus ou moins acceptables ou défectueux, à l'issue de l'adolescence. Il s'agit d'un travail de mise en sens et d'appropriation des éléments psychiques, de déliaison-reliaison dans tous les domaines, narcissiques et objectaux, qui peut cependant se trouver compromis par excès de déliaison.

Le processus d'adolescence débouche alors selon lui « sur une nouvelle représentation de soi et du fonctionnement psychique où l'après coup et le remaniement de la relation d'objet aboutissent à ce que Aulagnier (1978) qualifie d' « élaboration conclusive » d'un Je par ailleurs en autoconstruction permanente par lui-même, caractérisé par la parole, coïncidant avec son savoir lui-même, englobant dans l'action refoulante qu'il exerce une partie refoulée de son histoire et un projet sur ce qu'il espère devenir » (Cahn, 1998, p. 48).

Etant une reprise des différentes problématiques qui l'ont précédée, dans un contexte psychique-biologique-environnemental nouveau et à partir d'un matériau ancien, la problématique adolescente aurait une triple issue : la continuation du même, l'abandon de l'ancien et la création du nouveau ou le compromis entre ces alternatives.

Dans la continuité de Cahn, Konicheckis rapproche le processus de subjectivation de ce que Winnicott (1960) appelle le vrai self dans le sens où il caractérise une manière d'être de l'individu « avec sa subjectivité propre et singulière » (2006). Par défaut du mécanisme d'appropriation subjective, certains sujets présenteraient un faux-self, qui plutôt que de dissimuler le vrai self, représenterait selon lui « un self insuffisamment développé qui serait incapable d'exister par lui-même ».

L'activité de subjectivation peut être conçue comme « un mouvement de va-et-vient entre le pôle psychosomatique et des pôles de transformation psychique» (Wainrib, 2006).

S'appuyant sur les données récentes des neurosciences, Wainrib considère l'émergence d'une entité psychosomatique à partir des connexions neuronales qui s'auto-organisent à l'intérieur des limites corporelles pour instituer une coordination de l'ensemble et apporter des informations sur le milieu interne. Pour lui, l'architecture de la subjectivation peut se déployer dans les liens entre cette entité et tout un système de liaisons psychiques, à qui revient la tâche de symboliser les relations entre notre organisme et son environnement.

Ainsi, tout ce qui se forge dans la vie psychique et relationnelle dépend des changements d'état affectant le pôle psychosomatique. En retour, ce fonctionnement réussit ou échoue à transformer le rapport au monde en plaisir, ou tout au moins en évitement relatif de la souffrance brute. Lorsque la subjectivation ne parvient pas à symboliser les effets de l'environnement sur notre organisme, ne serait-ce que dans un scénario fantasmatique, l'entité psychosomatique tend alors à se désorganiser.

Comme le souligne Boubli (2003), le processus de subjectivation peut se trouver en échec à l'adolescence face à la réactivation des traumatismes primaires et induire une désorganisation somatique. S'il n'est pas possible pour l'adolescent de se défendre au niveau de son moi en tolérant la dépression et si les voies du comportement moteur ne s'ouvrent pas, celui-ci risque alors de s'engager selon elle sur la voie de la déliaison somatique, signant la faillite du processus de subjectivation face à l'effraction d'excitations. Ce serait notamment le cas des adolescents trop conformistes chez qui le recours au passage à l'acte est inhibé.

Synthèse :

Trois axes nous permettent de définir l'évolution de la représentation de soi à l'adolescence :

- L'axe narcissico-objectal, dans le sens où la réactivation des processus de séparation et de la problématique oedipienne sollicite les assises narcissiques et les investissements objectaux.

L'adolescent passe alors du temps des autres (identifications) à un temps personnel (identité) avec le choix de l'objet hétéro-sexué.

- L'axe de l'image du corps, dans le sens où l'adolescent doit s'approprier son corps en transformation, les nouveaux statuts et fonctions qui en découlent.

- L'axe de la subjectivation, avec le travail de symbolisation des affects et des pensées réactivés par la puberté, le travail de différenciation par rapport à l'autre, pour pouvoir s'approprier son histoire et se projeter dans l'avenir.

3.2 Evolution de la représentation de soi chez l'adolescent ayant un frère ou une sœur autiste : hypothèses théoriques

A partir de l'analyse de l'évolution de la représentation de soi à l'adolescence telle qu'elle a été exposée ci-dessus, nous proposons trois hypothèses théoriques principales pour tenter d'expliquer l'évolution de la représentation de soi chez les adolescents ayant un frère ou une sœur autiste.

Ces hypothèses se situent dans la continuité des premiers résultats de l'étude de Claudon, Claudel et coll. en 2007 (cf. supra § 2.2). Elles se subdivisent chacune en trois sous-hypothèses et intègrent les données des précédentes recherches sur la fratrie de la personne autiste (cf. supra § 1.3.2.2).

H1: Présentant une fragilité narcissique liée notamment à l'intériorisation de relations précoces peu rassurantes et à des identifications infantiles troublées (Claudon, Claudel, et coll., 2007), ces adolescents risquent d'éprouver **une difficulté pour s'engager dans le travail narcissico-objectal en direction de l'autre sexué.**

Sachant que le travail de deuil opérant à l'adolescence s'appuie sur les assises narcissiques du sujet (Jeammet et coll., 2001 ; Lauru, 2004) ; et que la perte des objets de l'enfance - perte de l' « objet primitif » (phase de séparation de l'objet maternel), perte de l' « objet œdipien » sous la pression des pulsions génitales (Marcelli, Braconnier, 2008) – se répercute sur le narcissisme de l'adolescent (Arnoux, 1999 ; Ladame, 1999), nous émettons une première sous-hypothèse :

H1.1 (a) Le deuil des objets de l'enfance pourra être plus difficile à élaborer pour les adolescents de fratrie avec autisme car il renvoie le sujet à la fragilité de ses assises narcissiques ; (b) la perte ressentie pourra d'autant plus déstabiliser en retour l'investissement narcissique de soi.

Sachant que le remaniement des identifications infantiles peut induire une désorganisation identitaire lorsqu'il advient dans une organisation psychique aux repères mal assurés (Emmanuelli et Azoulay, 2009) ; et que, dans le cas de la fratrie de l'enfant autiste, peut apparaître initialement une identification à la dépressivité des parents (Claudon, 2005), voire une difficulté à s'identifier sur un plan œdipien au parent de même sexe et à se sentir exister en

tant que homme ou femme dans le regard du parent de l'autre sexe (Korf-Sausse, 2006), nous émettons une deuxième sous-hypothèse :

H1.2 Le remaniement des identifications aux figures parentales pourra être plus difficile pour les adolescents de fratrie avec autisme.

De par la nature de son handicap et la particularité de ses liens avec les personnes de son entourage (cf. supra § 2.1.2.1 et 2.1.2.2), le frère / la sœur autiste ne peut jouer son rôle d'alter-ego sur la voie du travail narcissico-objectal en direction de l'autre sexué.

Les difficultés spécifiques auxquelles se trouve confrontée initialement la fratrie dans la constellation familiale de l'enfant autiste – troubles de l'individuation fraternelle (Claudon, 2005 ; Dayan, 2009), problèmes de gestion de l'ambivalence des sentiments (Wintgens et Hayez, 2003), besoin de réparation (Montreynaud et Cossard, 1999) – l'amènent à se construire selon des schémas relationnels particuliers. Considérant le point de vue systémique selon lequel les scénarios relationnels intériorisés pendant l'enfance tendent à perdurer au fil du développement et peuvent se rejouer dans la sphère sociale (Tolman, 1987), nous émettons une troisième sous-hypothèse :

H1.3 Les modalités des relations objectales des adolescents de fratrie avec autisme pourront porter l'empreinte des particularités de l'autisme ; ce mode relationnel pourra se reproduire à l'extérieur de la famille.

H2: Disposant d'une image du corps souvent fragilisée dans sa construction (Claudon, Claudel et coll., 2007), ces adolescents risquent d'éprouver **une difficulté particulière pour intégrer psychiquement l'expérience du corps en transformation.**

Sachant que la structuration de l'image du corps établie au fil des castrations est mise à l'épreuve à l'adolescence par une réorganisation du fonctionnement psychique sous le primat de la génitalité acquise (Rassial, 1990 ; Birraux, 1994) ; et que dans le cas de la fratrie de l'enfant autiste, l'image érogène du corps peut-être atteinte dans son intégrité (Claudon, Claudel et coll., 2007), nous émettons une première sous-hypothèse :

H2.1 Etablir une logique de plaisir sur un plan génital pourra être difficile pour les adolescents de fratrie avec autisme compte tenu d'un faible degré d'élaboration et de narcissisation de l'image du corps.

Sachant que l'image inconsciente du corps résonne au fil du développement avec les sensations et émotions éprouvées dans l'ici et maintenant des relations (Nasio, 2007) ; et que, dans le cas de la fratrie de l'enfant autiste, l'image du corps peut être imprégnée par des traits dysharmonieux de la pensée globale et des attitudes comportementales/corporelles de l'enfant malade (Claudon, Claudel et coll., 2007), nous émettons une deuxième sous-hypothèse :

H2.2 Au-delà du vécu d'étrangeté face au corps en évolution, l'image du corps des adolescents de fratrie avec autisme pourra porter l'empreinte de l'échange somato-psychique avec le frère / la sœur autiste.

Sachant qu'une image du corps « capable de procréer » se construit au fil de l'intégration de la pulsion génitale, conduisant alors à une réappropriation de l'histoire infantile dans un projet sexué (Birraux, 1994) ; et que, dans le cas de la famille de l'enfant autiste, la transmission de la vie peut-être associée à des problèmes génétiques (Glasberg, 2000), nous émettons une troisième sous-hypothèse :

H2.3 Une angoisse face à la procréation et au risque de donner un jour naissance à un enfant handicapé pourra apparaître chez les adolescents de fratrie avec autisme, et entrer en résonance avec leur image du corps fragilisée.

H3: Ayant souvent développé un fort moi idéal en cherchant à remplir une fonction d'étayage narcissique des parents (Claudon, Claudel et coll., 2007), ces adolescents risquent d'éprouver **une difficulté pour se constituer en tant que sujet de leur existence et élaborer des projets d'avenir personnels.**

Sachant que pour pouvoir se différencier et accéder à un idéal porteur de projets personnels, le sujet doit se dégager de l'emprise du pouvoir de l'autre (Cahn, 2006) ; et que, dans le cas de la fratrie de l'enfant autisme, les frères et sœurs ont souvent cherché à se conformer à une image idéale inaccessible – d'enfant soutenant et de frère protecteur - face à une demande d'aide plus ou moins consciente des parents (Claudon, Claudel et coll. 2007), nous émettons une première sous-hypothèse :

H3.1 Le processus de transformation de l'idéal du moi pourra être entravé chez les adolescents de fratrie avec autisme étant donné la complexité pour se désengager de l'autre ; l'idéal du moi ne parvenant à se détacher du surmoi, l'estime de soi pourra en être affectée soumise à un moi idéal coercitif pour les activités du moi.

Compte tenu du travail de mise en sens à l'œuvre à l'adolescence pour pouvoir intégrer son vécu dans une continuité articulant le passé et la projection dans l'avenir (Cahn, 1998) ; et étant donnée l'absorption psychique souvent vécue par les frères et sœurs dans la dynamique familiale de l'enfant autiste (Wintgens et Hayez, 2003), laquelle peut entraver le mécanisme d'appropriation subjective de leurs pensées et désirs propres, nous émettons une deuxième sous-hypothèse :

H3.2 L'appropriation subjective de son histoire et la construction de projets d'avenir pourront générer un doute identitaire chez les adolescents de fratrie avec autisme.

Sachant que si le sujet adolescent ne parvient à symboliser les affects et pensées liés à l'avènement de la puberté et s'il ne peut avoir recours à l'agir comportemental, il risque de s'engager sur la voie de la déliaison somatique (Boubli, 2003) ; et que face au handicap psychique les frères et sœurs ont généralement appris à taire leurs ressentis (Davtian, 2006), nous émettons une troisième sous-hypothèse :

H3.3 La souffrance psychique réactivée à l'adolescence pourra être réprimée ; elle risque d'entraîner une décompensation somatique.

Nous envisageons ces hypothèses théoriques H1, H2 et H3 en étroite interdépendance puisqu'elles décrivent au plan théorique plusieurs aspects du développement du Moi de ces adolescents : l'image du corps concentre elle-même l'investissement narcissique et l'investissement d'autrui et renvoie aux qualités des limites du moi (Sanglade, 1983) :

- le moi étant entendu comme le lieu où s'élabore les pensées, et l'image du corps pouvant alors se traduire dans l'expression de la pensée ;
- l'idéal du moi qui a un soubassement narcissique se constitue au fil des identifications successives (Riard, 1999) ;
- le concept de subjectivation est en relation étroite avec les dimensions objectale et psychosomatique, puisqu'il prend en compte la complexité qui se joue entre association au corps et liens aux autres, et peut donner lieu en cas de perturbations à une désorganisation psychosomatique (Wainrib, 2006).

Par le recours à des observations de cas cliniques, nous allons tenter de mettre à l'épreuve ces hypothèses théoriques et de décrire ainsi plus finement les phénomènes à l'œuvre dans la construction de la représentation de soi chez ces adolescents.

Deuxième partie : CADRE METHODOLOGIQUE

Afin de pouvoir dégager les caractéristiques spécifiques de la construction de la représentation de soi des adolescents ayant un frère ou une sœur autiste, nous avons procédé par **approche comparée** en constituant un groupe témoin de fratries sans condition de handicap en parallèle à notre groupe d'étude clinique de fratries avec autisme.

En se fondant sur un groupe d'étude clinique et un groupe témoin suffisamment différents, la méthode comparative favorise l'observation de différences significatives qui permettent par la suite de formuler des analyses et des propositions sur les fonctionnements spécifiques du groupe clinique (de Tychev, 1994). Il s'agit d'homogénéiser le groupe d'étude pour tenter de contrôler les variables multiples présentes en chaque cas clinique, et de faire ressortir ses caractéristiques dominantes comparativement à un échantillon témoin homogène (Bourguignon, 1995).

Selon les critères définis par Perron (1995), notre démarche est une comparaison explicite où sont comparés des échantillons dans le but d'énoncer des propositions sur un groupe comparativement à l'autre ; ce type de comparaison repose sur des groupes indépendants, des critères d'échantillonnage similaires, en isolant une variable indépendante (le diagnostic d'autisme chez le frère ou la sœur).

A noter, que le recueil des données pour chaque sujet a été effectué dans une démarche qui est authentiquement clinique à sa source, et que la compilation des données n'a été faite que dans un second temps pour faciliter leur traitement.

Nous définirons successivement la population retenue, le dispositif de recueil des données et le dispositif de traitement de ces données, et préciserons le cadre éthique et déontologique ainsi que les précautions méthodologiques prises dans la recherche, avant d'énoncer plus spécifiquement les hypothèses opérationnelles mises en œuvre pour tester nos hypothèses théoriques.

1/ Population

Nos deux groupes se différencient par la **présence ou non d'un handicap (autisme)** chez l'un des membres de la fratrie du sujet adolescent considéré.

Concernant le groupe clinique, le syndrome autistique de l'enfant handicapé est reconnu par les parents et le personnel soignant, à l'exception d'une famille pour laquelle le sens donné à la symptomatologie présentée par l'enfant diverge du diagnostic posé par le psychiatre. Pour la plupart des enfants handicapés, un diagnostic d'autisme infantile a été établi dans les trois premières années. Pour certains, le diagnostic a été reconnu plus tard, pour d'autres encore le terme d'autisme est employé mais aucun bilan n'a été effectué pour poser le diagnostic. L'enfant autiste est suivi le plus souvent en hôpital de jour ou IME. La description des signes cliniques de l'autisme pour chaque cas a été formalisée à travers un tableau (annexe A) référant aux critères du DSM IV⁵, classification traditionnellement utilisée dans les recherches à visée internationale. Ce tableau a été complété essentiellement à partir des données fournies par les parents et les frères et sœurs eux-mêmes (peu de données ayant été fournies dans un premier temps par les psychologues ou psychiatres partenaires pour des raisons de confidentialité). Ce tableau permet de faire ressortir les signes cliniques majeurs de l'autisme : la description de la qualité des interactions sociales, de la communication, des comportements de l'enfant handicapé, reflète la situation au moment de l'investigation, la dernière ligne du tableau permet d'indiquer la période à laquelle le syndrome autistique a été reconnu et les signes particuliers observés au départ. Lorsque le discours de la famille paraissait confus, le psychologue ou psychiatre chargé du suivi de l'enfant malade a été contacté avec l'autorisation des parents pour pouvoir prendre en compte l'avis médical.

Concernant le groupe témoin, ont été retenus des sujets adolescents dont la fratrie ne souffre pas de problème de santé avéré, que ce soit sur un plan physique ou psychique, du point de vue de la famille et des services de médecine scolaire partenaires.

Certains **critères d'échantillonnage** ont été définis pour tenter de constituer des groupes comparables.

⁵ American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson, 2003 pour la traduction française.

Tout d'abord, la tranche d'âge délimitée pour nos sujets adolescents a été fixée à **13-18 ans** pour couvrir le stade de développement qui nous intéresse, les 10-12 ans pouvant être considérés comme pré-adolescents, les 19-24 ans semblant davantage se rapprocher des « post-adolescents » décrits par Jeammet (1991). La prise en compte par plusieurs auteurs du facteur âge au sein même de l'adolescence, nous a incité à prévoir un équilibre entre deux sous-groupes, l'un comprenant les 13-15 ans 11 mois, et l'autre les 16-18 ans 11 mois.

Nous avons cherché également à équilibrer nos échantillons en fonction du sexe des adolescents rencontrés.

Au-delà des critères d'âge et de sexe, nous nous sommes attachés à contrôler d'autres variables susceptibles de peser sur la construction identitaire de ces adolescents : des variables inhérentes à la fratrie, d'autres qui se rapportent au couple parental et enfin des variables propres au sujet adolescent lui-même.

- La population recherchée correspond dans les deux cas à des adolescents ayant un **écart d'âge maximum de cinq ans** avec leur frère ou leur sœur (autiste/sans condition de handicap), et donc avec lequel/laquelle ils partagent une proximité développementale. Nous avons tenu compte du rang de naissance dans la fratrie et nous sommes efforcés, dans la mesure du possible, de constituer des échantillons qui représentent à part égale des adolescents aînés et des adolescents puînés. Nous avons également écarté les fratries constituées de jumeaux.

- Nous avons retenu uniquement des familles où le **couple parental est uni**, et où aucun des deux parents ne souffre de handicap quel qu'il soit / de pathologie psychique.

- Au niveau de l'adolescent lui-même, a été écartée toute situation ayant donné lieu à consultation psychologique, quel que soit le motif, pour la constitution du groupe témoin. Pour le groupe d'étude clinique, certains sujets ont pu consulter pour des raisons en lien avec leur statut clinique. D'un point de vue social, ont été retenus des adolescents scolarisés dans l'enseignement général ou professionnel (ayant maximum un an de retard scolaire), vivant au domicile de leurs parents.

Ces différents critères répondent à un souci d'objectivité dans l'analyse de nos cas cliniques afin d'éviter que d'autres facteurs interfèrent et pour pouvoir attribuer les phénomènes observés aux conditions de fratrie.

1.1 Constitution du groupe clinique

Le repérage des sujets du groupe d'étude clinique a été réalisé grâce à la collaboration d'associations de parents ayant un enfant autiste, et grâce à la collaboration d'hôpitaux de jour et d'IME accueillant des personnes autistes, sur un périmètre comprenant trois départements de notre région (Vosges, Meurthe-et-Moselle et Moselle) afin de pouvoir constituer un échantillon dont l'effectif est suffisant pour pouvoir effectuer ensuite un traitement statistique des données.

Si l'accès aux sujets par l'intermédiaire des associations de parents a paru d'emblée plus facile (familles engagées, souvent dans une forme de militantisme, généralement investies pour l'évolution de la recherche sur l'autisme), il nous a semblé important de multiplier les sources de notre recrutement pour accéder à une population représentative des fratries avec autisme.

Selon le cas, les familles correspondant à nos critères d'étude ont été informées de notre recherche par la structure partenaire et ont donné leur accord pour nous transmettre leurs coordonnées, ou la structure nous a directement transmis les coordonnées des familles repérées. Un courrier présentant les objectifs et le déroulement de la recherche a été envoyé à chaque famille susceptible de participer à la recherche. Puis un contact téléphonique a été pris pour préciser notre démarche et répondre aux éventuelles questions.

La quasi-totalité des familles repérées a répondu favorablement (90%), à l'exception d'une famille pour laquelle les parents n'adhéraient pas à l'objectif de la recherche, et d'une autre pour laquelle les parents semblaient vivement intéressés mais où l'adolescent en question a refusé de participer.

L'ensemble des sujets participant à la recherche, soit 24 sujets adolescents et au moins un des deux parent(s) dans chacune des familles concernées, a été rencontré au domicile familial de façon à standardiser les conditions de l'investigation.

Tous les adolescents ont accepté de poursuivre l'investigation jusqu'à son terme.

Tableau 1

Groupe des adolescents ayant un frère ou une sœur autiste

| 13 ans | 14 ans | 15 ans | 16 ans | 17 ans | 18 ans |
|---|--|---|--|--|---|
| Julia Frère autiste 10 ans, mère au foyer, père plombier. | Charlotte frère autiste 11 ans, frères 5 et 8 ans, mère au foyer, père technicien. | Emma frère autiste 20 ans, mère secrétaire, père chef d'entreprise. | Ida sœur autiste 13 ans, sœurs 17 et 9 ans, frères 11 et 6 ans, parents agents techniques. | Myriam sœur autiste 13 ans, sœurs 16 et 9 ans, frères 11 et 6 ans, parents agents techniques. | Jean frère autiste 21 ans, sœur 10 ans, mère au foyer, père gendarme. |
| Sophie frère autiste 11 ans, frères 15 et 17 ans mère au foyer, père chargé de recherche. | Quentin frère autiste 15 ans, frère 17 ans, mère au foyer, père employé | Paul sœur autiste 11 ans, mère à la recherche d'un emploi, père ouvrier. | Eric frère autiste 13 ans, frères 23 et 30 ans, parents restaurateurs. | Didier frères 22 ans et sœurs 25 ans autistes, mère aide- soignante, père prof de maths. | Marine frère autiste 16 ans, frère 7 ans, mère coiffeuse, père employé. |
| Oscar avant dernier d'une fratrie de 6 enfants, frère autiste 10 ans, mère au foyer, père ouvrier du bâtiment. | Mathilde frère autiste 12 ans, mère coiffeuse, père contrôleur qualité. | Pierre frère autiste 12 ans, mère employé de bibliothèque, père informaticien. | Mathias frère autiste 13 ans, frère 11 ans, mère agent de tri à la poste, père technicien. | Justin frère autiste 15 ans, frère 14 ans, mère au foyer, père employé. | Laurianne sœur autiste 16 ans, mère prof des écoles, père cadre formateur. |
| Alix frère autiste 16 ans, sœur 10 ans, parents fleuristes. | | Sylve frère autiste 11 ans, mère secrétaire médicale, père maître-chien. | Stanislas frère ayant des traits autistiques 14 ans, frère autiste 10 ans, sœur 11 ans, mère au foyer, père chargé de recherche. | Alban frère autiste 21 ans, mère prof de collège, père électricien. | |
| Achille frère autiste 15 ans, sœur 10 ans, mère au foyer, père médecin. | | | | Amandine frère autiste 14 ans, mère aide- soignante, père prof de lycée. | |

1.2 Constitution du groupe témoin

Les sujets du groupe témoin ont été choisis au hasard à partir d'une source unique, sur un site géographique circonscrit (pour des raisons pratiques), en cherchant à constituer un échantillon dont l'effectif soit suffisant pour pouvoir tester statistiquement les hypothèses posées.

L'ensemble des adolescents de ce groupe a été repéré grâce à l'intermédiaire des établissements où ils sont scolarisés de façon à homogénéiser le mode de sélection.

Nous avons ciblé la ville la plus proche de notre domicile, qui offre un panel représentatif des différents types de formation (premier et second cycle du secondaire, voie générale, technique et professionnelle, des secteurs technique et tertiaire). Les adolescents scolarisés en collège proviennent de milieu urbain et semi-urbain. Les adolescents scolarisés en lycée et lycée professionnel proviennent de milieu urbain, semi-urbain et semi-rural.

Nous avons fait appel tant aux établissements publics que privés, dans le but d'accéder à un échantillon représentatif de la population ciblée, et avons bénéficié d'un partenariat avec l'Education nationale.

Grâce à l'accord de l'Inspection Académique de notre département et grâce à la collaboration de l'équipe technique médicale avec qui nous avons préparé le mode de repérage des sujets, nous avons pu entrer en contact avec les principaux et proviseurs de collèges, lycées et lycées professionnels publics, et obtenir leur autorisation pour réaliser l'investigation dans leur établissement.

De la même manière, après consultation de la direction diocésaine du département, nous sommes entrés en contact avec les directeurs et directrices de collèges et lycées privés qui nous ont permis de rencontrer des élèves de leur établissement.

Dans les établissements publics, le repérage des adolescents a été réalisé avec l'aide du secrétariat en utilisant le logiciel SCONET, qui est une application informatique nationale de gestion des élèves. Nous avons observé les fratries présentes dans l'établissement qui répondaient aux critères d'âge, d'écart d'âge et de situation familiale, et avons effectué une forme de tirage au sort pour retenir une proportion d'élèves représentative de l'effectif de chaque établissement. Notre calcul s'est fondé sur le nombre total d'élèves du secondaire dans

les établissements publics et privés de la ville considérée en estimant un taux de réponse positive maximal de 50%.

Dans les établissements privés, le repérage a été effectué par les professeurs principaux de certaines classes ciblées par le directeur ou la directrice. Les professeurs ont proposé la recherche à l'ensemble des élèves de la classe, les élèves ont pu se reconnaître à travers les critères énoncés et indiquer directement s'il souhaitait ou non participer. Une fourchette pour le nombre de participants a été précisée initialement aux chefs d'établissements en fonction du calcul énoncé ci-dessus.

Pour les établissements publics, ont été écartés initialement les jeunes ayant connu récemment des événements de vie particuliers (perte d'un parent, accident grave, violence subie ...) en sollicitant notamment l'expérience des infirmières scolaires et des équipes de vie scolaire (CPE et surveillants qui connaissent bien les élèves).

Un document de présentation de la recherche avec coupon-réponse (annexe D) a été distribué par l'intermédiaire du secrétariat ou de la vie scolaire dans les établissements publics, par l'intermédiaire des professeurs principaux dans les établissements privés.

Les parents de ce groupe ont été sollicités pour donner leur autorisation et non pour participer au protocole, afin de ne pas alourdir l'investigation et limiter les refus.

40 % des sujets repérés ont répondu favorablement (soit 28 pour 70 sujets repérés).

Les adolescents ont été reçus dans leur établissement scolaire, sur le temps scolaire en dehors des heures de cours. L'un d'entre eux a interrompu la démarche au milieu de l'investigation.

Trois adolescentes ont été écartées car leur situation présentait des caractéristiques spécifiques susceptibles d'avoir un impact sur leur construction identitaire (jumeaux dans la fratrie, mère souffrant d'un handicap physique, précocité intellectuelle chez les trois enfants de la fratrie ayant donné lieu à consultation psychologique).

Au total, 24 adolescents sont retenus pour la constitution de notre groupe témoin.

Tableau 2

Groupe des adolescents ayant un frère ou une sœur sans problème de santé

| 13 ans | 14 ans | 15 ans | 16 ans | 17 ans | 18 ans |
|--|--|---|---|---|--|
| Valentin frères 15 et 10 ans, parents profs de sport. | Aude frère 13 ans, mère prof des écoles, père ingénieur. | Elodie frères 17 et 20 ans, mère employé de ménage, père cariste. | Pauline frères 18 ans, mère conseillère touristique, père agent EDF. | Charline frère 13 ans, mère au foyer, père chef d'entreprise. | Prosper sœurs 15 et 23 ans, frère 26 ans, mère prof des écoles, père principal de collège. |
| Rosalie sœur 15 ans, frère 6 ans, mère psychologue, père professeur de philo. | Charles frères 12 et 5 ans, mère pharmacienne, père enseignant. | Yasmine sœur 18 ans, frères 10 ans, mère au foyer, père ouvrier. | Agathe frère 15 ans, sœur 13 ans, mère au foyer, père médecin. | Vivien frères 15 ans, sœur 13 ans, mère au foyer, père employé de mairie. | Igor sœur 16 ans, mère conseillère touristique, père agent EDF. |
| Emile sœur 15 ans, mère prof des écoles, père ingénieur. | Clara frères 12 et 7 ans, mère infirmière, père médecin. | Nicolas frères 13 ans et 10 ans, parents profs de sport. | | Margot sœur 18 ans, frère 13 ans, mère auxiliaire de vie, père maçon. | Clotilde frère 14 ans, mère vendeuse, père peintre en bâtiment. |
| Grégoire sœur 10 ans, mère collaboratrice juridique, père agriculteur. | | Clément frère 18 ans, mère infirmière, père commercial. | | Edouard frère 14 ans, sœur 11 ans, mère prof des écoles, père chef d'entreprise. | Lucas frère 15 ans, mère infirmière, père commercial. |
| | | Nina frères 18 et 25 ans, sœur 23 ans, mère prof des écoles, père principal de collège. | | Elias sœurs 20 et 21 ans, mère infirmière, père cadre. | Léonore sœur 17 ans, frère 12 ans, mère auxiliaire de vie, père maçon. |

Remarque : nos deux groupes présentent quelques différences d'appariement, notamment en terme de répartition des âges, des sexes, et des CSP des parents (plus de professions de cadres supérieurs dans le groupe témoin notamment pour les 13-15 ans, avec une forte représentation des professions de santé et de l'éducation). L'idéal méthodologique de la comparaison avec un groupe témoin choisi au hasard et rigoureusement comparable sera discuté ultérieurement (cf. infra § 4.)

2/ Outils méthodologiques

Pour étudier la particularité du fonctionnement psychique de ces adolescents, appréhender la manière dont ils se construisent une représentation d'eux-mêmes, l'approche clinique et projective constitue une méthode privilégiée. Aussi, nous avons sélectionné plusieurs outils cliniques et projectifs destinés à recueillir des données au cours de la procédure :

2.1/ Entretien clinique

" L'entretien clinique de recherche est préconisé si l'on s'intéresse aux dimensions qualitatives, singulières et originales d'un problème donné, c'est-à-dire à la **manière singulière dont un individu vit tel ou tel problème**" (Bénony et Chahraoui, 1999).

Un entretien clinique a été proposé à chaque adolescent de nos deux groupes afin d'aborder le vécu particulier de chacun. Au niveau du groupe clinique, un entretien clinique a été proposé aux parents, seuls ou accompagnés de leurs enfants, pour prendre en compte la dynamique familiale dans sa globalité.

Nous avons choisi de mener des **entretiens semi-directifs** avec un guide souple de questions élaboré en fonction des hypothèses posées et qui rassemble les différents thèmes que nous souhaitons explorer. Le contenu de ce guide a été déterminé à l'avance, mais la forme et le déroulement des questions ont été adaptés au cours des entretiens dans le but d'accéder à la singularité de chaque situation. Comme le résumait Pedinielli et Rouan (1998), « l'entretien semi-directif permet de rendre compte de la dynamique des processus psychiques, le sujet pouvant organiser son discours comme il l'entend, tout en permettant une forme de standardisation ».

Nous avons procédé à une prise de note de l'entretien, privilégiant une attitude d'écoute flottante du sujet. Nous avons retenu les éléments les plus significatifs pour favoriser l'interaction dans l'entretien.

La consigne de l'entretien a été établie au préalable de façon à ce qu'elle soit la même pour chaque sujet. Elle a été formulée de telle sorte qu'elle induise un discours d'opinion de la part

du sujet, en sollicitant son point de vue par rapport à la question posée (Blanchet, Gotman, 2010).

Le guide présenté en annexe (annexes C et E) a permis de confirmer ou infirmer le bien-fondé de nos hypothèses en abordant les thèmes princeps de notre travail qui ont été déclinés de la façon suivante :

Trois thèmes explorés avec les parents de fratries avec autisme :

- leur perception du développement de l'enfant autiste ;
- leur perception du développement du frère / de la sœur durant l'enfance et l'adolescence ;
- leur perception des relations au sein de la famille.

Quatre thèmes explorés avec chaque adolescent des deux groupes :

- la manière dont l'adolescent vit sa relation avec son frère / sa sœur, avec ses parents, la manière dont il se positionne au sein de la famille au fil du temps ;
- ses investissements à l'extérieur de la famille, les modes de relation qu'il entretient avec les jeunes de son âge, la manière dont il vit ses relations ;
- la manière dont il vit les transformations de son corps pubère, les changements que cela entraîne, les avantages / les inconvénients qu'il en retire ;
- ses projets d'avenir, ses ambitions, ses projets professionnels, ses motivations, la manière dont il envisage plus tard sa vie privée (place faite à l'autre sexe dans la vie future, au mariage, à l'enfant ; place accordée aux loisirs, aux amis ...).

Ces thèmes ont été abordés sous forme de questions ouvertes dans le cas où ils n'auraient pas été évoqués spontanément. Nous sommes intervenus par différents types de relances de manière à soutenir chacun dans la production de son discours, à l'amener à clarifier ou spécifier certains de ses propos qui nous semblaient pertinents pour notre recherche. Afin d'aider le sujet à s'aventurer dans l'expression de lui-même, ces interventions ont été employées pour favoriser l'association des idées, l'analyse des sentiments.

Chaque entretien s'est construit en cherchant à explorer, dans un mouvement de va-et-vient, un axe diachronique et un axe synchronique (Jeammet, 1995), pour mettre à jour la qualité des différentes relations objectales construites au sein de la famille et à l'extérieur, et l'image que l'adolescent se fait progressivement de lui-même :

- **un axe diachronique** permettant d'aborder l'évolution des interactions avec l'entourage au fil du temps et l'évolution de la construction identitaire de l'adolescent ;
- **un axe synchronique** permettant d'explorer la compréhension qu'a le sujet adolescent de lui-même actuellement, dans un remaniement des événements et des fantasmes qui interagissent (et la perception qu'en ont les parents dans le cas du groupe d'étude clinique).

L'entretien a été utilisé pour amorcer la relation avec l'adolescent et/ou la famille, et a été repris au fil de l'investigation auprès de l'adolescent. S'inscrivant en complément par rapport aux tests projectifs, il a permis d'instaurer un climat de confiance et de sécurité avec lui avant d'introduire la situation projective.

L'ensemble du protocole d'investigation auprès des adolescents des deux groupes s'est réalisé en deux étapes, à partir de deux rencontres d'une durée respective de 1h à 1h30, afin d'établir de bonnes conditions de recueil de données, éviter une trop forte charge affective et cognitive chez l'adolescent, et pouvoir affiner certaines hypothèses dans l'après-coup.

2.2/ Tests projectifs

" Les tests projectifs représentent un mode d'approche et de compréhension du fonctionnement psychique d'un sujet à l'aide d'un matériel et d'une consigne utilisés comme médiations entre le clinicien et le sujet lui-même. " (Cyssau, 2003, p. 88)

D'après Chabert (1983), l'originalité de la situation projective se situe dans sa double sollicitation perceptive et imaginaire. Elle est susceptible de solliciter des conduites qui impliquent un fonctionnement transitionnel au sens winnicottien du terme dans la mesure où elle mobilise une double modalité des conduites psychiques : référence au réel constituée par la matérialité du test ; recours à l'imaginaire, à l'illusion dans l'attribution projective de qualités à l'objet test (Chabert, 1998).

En d'autres termes la passation d'une épreuve projective est le résultat d'un **compromis entre ce que le sujet voit du monde et ce qu'il en ressent**, en ce sens elle facilite l'expression de la représentation de soi.

Nous avons souhaité nous appuyer principalement sur le test de Rorschach et le test du TAT, deux tests projectifs complémentaires pour appréhender le fonctionnement psychique de l'adolescent, lesquels proposent des stimulations différentes dans des espaces qui appellent des conduites psychiques différentes (épreuve structurale et épreuve thématique) : le premier met davantage à l'épreuve l'image du corps, le fonctionnement du Moi et le mode de relation aux objets, le second favorisant les capacités de mise en scène des relations interpersonnelles peut révéler l'intensité plus ou moins forte d'une problématique de perte et la structuration œdipienne.

Nous avons ajouté une activité d'écriture à travers laquelle l'adolescent a pu externaliser son vécu sous une autre forme.

2.2.1/ Test du Rorschach

L'épreuve projective de Rorschach, épreuve identitaire et mise à l'épreuve des limites, semble pertinente pour étudier les modalités du fonctionnement psychique adolescent caractérisé principalement par sa mouvance (Morhain et Vidal, 1992).

De par la facture de ces planches (formes, couleurs, oppositions blanc/noir, creux/plein, organisation symétrique autour d'un axe médian), il permet d'observer à un premier niveau la **capacité du sujet à établir une limite entre soi et l'autre, à distinguer le dedans et le dehors, l'intérieur et l'extérieur**, ce qui rejoint l'établissement de l'identité et l'instauration de relations objectales ; et à un deuxième niveau le **type de relation qu'il met en place entre lui et l'autre** sur la base d'une image différenciée en quête d'identification (Boizou, Chabert, Rausch de Traubenberg, 1978)

En ce sens, il permet de traduire la manière d'être au monde du sujet, face à autrui, en d'autres termes la représentation de soi qu'il a pu développer.

Nous avons opté pour une passation psychanalytique du test.

Après la passation classique, nous avons procédé à une enquête en proposant au sujet de réaliser un retour sur chacune de ses réponses, dans le but de préciser la localisation spatiale de celles-ci, de clarifier la teneur de ses réactions, de faire surgir les qualités expressives qui ont déterminé chaque réponse. Nous avons réalisé également « l'enquête des limites » pour les planches où l'adolescent n'avait pas donné de banalité en l'amenant à diriger son attention dans un sens qu'il n'avait pas utilisé spontanément, ceci afin d'observer s'il s'agissait d'un blocage affectif passager ou bien d'une incapacité psychique fondamentale (Anzieu, Chabert, 2005).

Nous avons procédé ensuite à la phase du « choix préférentiel » (Rausch de Trautenberg, 1990) en demandant à l'adolescent de montrer les planches qui lui plaisent le plus, les planches qu'il n'aime pas, et nous lui avons demandé aussi de montrer celles qui lui font penser à son père, à sa mère, à son (ses) frère(s) ou sa (ses) sœur, et à lui même, et dans chaque cas de justifier son choix s'il ne le faisait pas directement.

Enfin, nous avons proposé la méthode associative en demandant au sujet, pour chaque réponse donnée, ce à quoi cela pouvait lui faire penser par rapport à sa propre vie : une méthode qui permet d'aborder la dynamique présente et passée prédéterminant l'organisation structurale du sujet (De Tychey, Lighezzolo-Alnot, 1983).

Nous avons noté par écrit les associations du sujet et pris en compte les caractéristiques de l'ensemble de son discours afin de pouvoir en réaliser une analyse fine et précise.

2.2.2/ Test du TAT

Par sa dimension spatio-temporelle et la prégnance du relationnel qu'elle sollicite, cette épreuve promeut un discours mobilisé par l'**identité de la personne dans son inscription générationnelle et sexuelle**. Les deux modalités d'assurance identitaire que sont l'espace corporel subjectif et l'inscription générationnelle et sexuelle ne pouvant être dissociées d'un point de vue psychanalytique, l'utilisation du TAT a pu nous permettre de compléter notre investigation de la représentation de soi chez ces adolescents.

Avec la particularité d'être à la fois figuratif et ambigu, ce test permet de repérer la capacité du sujet à se laisser aller à une rêverie à partir d'une réalité perceptive, sans être ni désorganisé par cette activité associative, ni démesurément contraint par les impératifs de l'objectivité. Tout en favorisant l'activation de réseaux relationnels, les sollicitations latentes du TAT mettent également à l'épreuve les représentations du sujet par lui-même, tant dans son axe narcissique à travers la qualité et l'investissement de soi en termes d'identité et d'identification, que dans son axe objectal avec la qualité et l'investissement des représentations de relations.

Nous n'avons retenu que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives (Brelet-Foulard et Chabert, 2003), c'est-à-dire les planches 1, 2, 3BM, 4, 5, proposées aux filles et aux garçons, 6BM, 7BM, 8BM, proposées aux garçons, 6GF, 7GF, 9GF, proposées aux filles, 10, 11, 12BG, 13B, 19 et 16, proposées aux garçons et aux filles.

Après énonciation de la consigne, nous sommes intervenus au cours de la passation pour aménager la relation avec le sujet. Dans le cas où le sujet paraissait inhibé ou peu à l'aise, certaines questions ont été posées dans le but de le soutenir dans son discours et favoriser son travail associatif personnel tout en observant son mode de réaction (mécanismes de défense plus ou moins renforcés, évolution de l'organisation du discours). Nous avons tenu compte de ces interventions et de leur impact dans l'appréciation de la passation (caractéristiques des modalités d'investissement de la relation).

Nous avons procédé à une prise de note intégrale en transcrivant le discours et le comportement du sujet le plus fidèlement possible afin de pouvoir réaliser ensuite une analyse fine et précise.

2.2.3/ Activité d'écriture

Selon Anzieu (1981), l'activité d'écriture représente une projection du vécu corporel de son auteur. A l'adolescence, l'écriture peut permettre au sujet de décharger une partie de son excitation pulsionnelle en donnant une forme écrite à son activité de fantasmatisation (Brun, 2002).

Nous avons conçu la consigne de notre activité d'écriture en nous inspirant du cadre de l'atelier thérapeutique d'écriture proposé par Brun (2002) et avons introduit la présence de la figure fraternelle dans l'espace imaginaire suggéré :

« C'est l'histoire d'un voyageur qui découvre un pays imaginaire et qui rencontre quelqu'un qu'il reconnaît comme son frère / sa sœur. Décris son voyage dans un récit à la première personne comme si tu étais le héros de cette histoire. Tu peux inventer la configuration de ce pays, les particularités de ses habitants au gré de ta fantaisie, et indiquer comment tu imaginerai ce frère / cette sœur et ce que tu voudrais faire avec lui / avec elle ... »

A travers un discours narratif, l'adolescent a pu projeter sous une forme déguisée ses **sensations corporelles, ses liens à l'objet fraternel, et se positionner** en tant que sujet. Il a ainsi été appelé à transmettre des images de représentations de relation et d'identité narcissique.

Nous avons présenté cette activité à l'issue de la première séance comme une poursuite de l'activité projective, et avons proposé au sujet de la réaliser entre les deux séances pour la remettre lors de la prochaine rencontre, sinon de l'envoyer ultérieurement par voie postale (enveloppe cachetée prévue à cet effet) ou par mail. Le cadre a été défini de manière souple

dans le but de pouvoir offrir au sujet un espace de rêverie, espace de jeu transitionnel au sens winnicottien se situant entre réel et imaginaire.

2.3/ Echelles de mesure standardisées

Afin de pouvoir établir des comparaisons avec d'autres recherches et proposer des données répliquables, nous avons ajouté la passation de deux échelles de mesure standardisées.

Compte tenu de la forte hétérogénéité des résultats des études portant sur la personnalité des frères et sœurs de personnes autistes (cf. supra partie 1 § 1.3.2.2), nous avons proposé d'introduire deux échelles mesurant des variables souvent prises en compte dans ces études : l'estime de soi et l'anxiété.

Nous avons choisi le Self Esteem Inventory (SEI) de Coopersmith et l'Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfant (R-CMAS) car ce sont deux échelles développées aux Etats-Unis qui ont été validées en langue française et qui disposent d'un étalonnage réalisé sur un échantillon correspondant aux caractéristiques d'âge retenues pour notre étude.

Toutes deux présentent l'intérêt de proposer une évaluation tant du niveau que de la nature des variables considérées et pourront permettre ainsi d'affiner l'analyse.

2.3.1/ Self Esteem Inventory SEI (Coopersmith, 1984)

Selon la conception de l'auteur, le terme « Estime de Soi » renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes quelles que soient les circonstances.

Cette échelle clinique présente l'avantage de permettre une évaluation de l'estime de soi par domaine avec 4 sous-échelles : familial, social, scolaire, personnel.

Compte tenu de notre population, nous avons utilisé la forme scolaire de l'outil.

Cette échelle a été proposée à la fin de la première séance avec l'adolescent. Les réponses à certains items ont pu être approfondies lors de la deuxième séance.

2.3.2/ Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfant R-CMAS (Reynolds et coll., 1985)

Cette échelle clinique permet d'évaluer la capacité de l'enfant et de l'adolescent à faire face au stress lié à la maturation ou à une situation particulière.

Elle présente l'avantage de mesurer le degré d'anxiété par rapport à la moyenne des enfants du même âge et de pouvoir différencier plusieurs caractéristiques de l'anxiété :

- Anxiété physiologique (manifestations somatiques de l'anxiété)
- Inquiétude / Hypersensibilité (peur, tension, hypersensibilité aux pressions environnementales)
- Préoccupations sociales / Concentration (préoccupations par rapport à soi dans les rapports aux autres, difficultés de concentration)
- Mensonge (échelle de désirabilité sociale).

A noter que l'anxiété est une variable étroitement liée à l'estime de soi, puisque une cause principale de l'anxiété peut être un sentiment d'échec ou une inadéquation par rapport à ses aspirations.

Nous avons proposé cette échelle à la fin de la 2^{ème} séance.

3/ Mode de traitement des données

Nous avons réalisé une analyse des données avec une **méthode de convergence** entre les résultats observés à partir des différents outils utilisés.

Les deux groupes d'adolescents ont été comparés en utilisant une méthodologie qui combine une analyse qualitative et une analyse quantitative :

- une approche qualitative a été privilégiée pour analyser les données fournies par l'entretien clinique, les tests projectifs et l'activité d'écriture ;
- une approche quantitative a été employée à chaque fois que cela était possible : aux tests projectifs et aux échelles standardisées qui permet l'interprétation d'indices formels référés aux travaux de validation de l'épreuve.

Une analyse détaillée centrée sur les données contrastées de deux **cas cliniques**, pour chacun des deux groupes étudiés, a été réalisée afin d'illustrer les résultats de l'approche comparée et afin d'approcher plus finement les caractéristiques de la construction de la représentation de soi de ces adolescents.

3.1/ Entretien clinique

S'inscrivant en parallèle par rapport aux autres outils sélectionnés, l'entretien clinique nous a permis d'enrichir la compréhension des données et de les compléter.

Par une lecture dialectique des axes diachronique et synchronique déployés au fil des entretiens, nous avons analysé le mode de relation aux objets de l'adolescent et l'image qu'il a de lui-même en observant la **manière dont il a reconstruit son histoire, les représentations et émotions qu'il a pu associer à chaque thème abordé**. Un croisement des données recueillies auprès des parents a permis d'approfondir notre analyse pour le groupe d'étude clinique.

L'analyse de l'entretien clinique a été conduite à un double niveau :

- dans le but d'appréhender le fonctionnement psychique global de l'adolescent et de resituer l'ensemble des données fournies par le protocole par rapport à la problématique singulière du sujet ;
- dans le but de mettre à l'épreuve certaines hypothèses précises de notre problématique de recherche.

Nous avons tout d'abord analysé la facture globale de chaque entretien et observé la manière dont l'adolescent est entré en relation.

Nous avons ensuite analysé ce qui structure et ce qui est signifiant dans le discours de l'adolescent en nous attachant aux contenus conscients et inconscients véhiculés dans l'entretien, afin de repérer la nature d'éventuels conflits et angoisses réactivés par les thèmes abordés, les mécanismes de résistance et de défense développés. Nous avons observé parallèlement son comportement moteur durant l'entretien et notamment lors de l'évocation de thèmes auxquels il paraissait sensible, et analysé sa position par rapport à son discours.

A partir de ces différentes caractéristiques, nous avons cherché à appréhender le fonctionnement psychique global de l'adolescent tout en nous efforçant de prendre en compte notre implication dans le dialogue avec lui pour approfondir notre analyse.

Cet axe de travail a été plus particulièrement développé dans l'analyse des cas cliniques choisis pour illustrer les données de l'analyse comparative.

D'une manière plus systématisée, nous avons extraits certaines données du corpus des entretiens susceptibles de permettre la confrontation de nos hypothèses aux faits, en nous inspirant a minima de la méthode proposée par Jeammet (1995).

Compte tenu du statut dialectique de la représentation du sujet, construite dans la temporalité et remaniée « dans un essai de reconquérir *hic et nunc* une continuité et une cohérence interne » (Jeammet, 1995), nous nous sommes attachés à rechercher des *ensembles significatifs* dans le discours du sujet plutôt qu'à analyser le contenu brut de ses propos.

Pour cela, nous avons pris en compte les contenus manifestes et latents véhiculés au fil de l'entretien, pour effectuer une analyse du discours qui s'appuie sur :

- ce que « dit » le sujet de son histoire dans le temps (éléments conscients et inconscients, verbaux et non verbaux produits par le sujet) ;
- la problématique sous-jacente qu'il présente (liée aux mécanismes de défense mis en œuvre) ;
- dans une référence permanente aux théories psychanalytiques qui nous ont permis d'asseoir nos hypothèses théoriques.

Nous avons synthétisé les données traitées en les rapportant aux hypothèses énoncées (annexe I), et avons dégagé de cette analyse les ensembles significatifs qui structurent le discours des adolescents. Ainsi ont été regroupées les caractéristiques communes que présentent les discours des adolescents du groupe d'étude (confrontés aux discours de leurs parents) et les caractéristiques communes que présentent par ailleurs les adolescents du groupe témoin.

Ces ensembles significatifs reflètent donc les singularités des adolescents des deux groupes dans leur discours sur des thèmes définis, c'est à partir d'eux que peuvent être discutées ensuite nos hypothèses.

3.2/ Tests projectifs

Ces tests présentent l'avantage d'avoir été validés sur des populations différentes et à des âges différents et de permettre des éléments de comparaison.

Nous avons procédé à une **mise en relation des différents indicateurs qualitatifs et quantitatifs à chaque test.**

3.2.1/ Test du Rorschach

La représentation de soi peut se lire dans l'attitude perceptive du sujet, plus ou moins active, plus ou moins réaliste, dans sa capacité d'engagement kinesthésique, dans le mode relationnel qu'il assume, distancié ou fusionnel, investi de libido ou d'agressivité, objectal ou narcissique (Sanglade, 1990). Elle peut apparaître dans le choix même des associations (contenus à prédominance partielle ou unitaire, humains, animaux, objets ou élémentaires, concrets ou symboliques) et être colorée par les affects (réponses pouvant impliquer une représentation négative ou douloureuse de soi).

Pour l'approcher, nous avons d'abord observé la facture globale du test. Nous avons pris en compte les éléments liés à la clinique de la passation (climat de la rencontre, style de la production), les processus de pensées mis en œuvre (déploiement de la pensée, forme du discours), ainsi que les principales stratégies défensives employées par le sujet au cours du test. Puis nous avons analysé de façon plus détaillée la localisation, le déterminant, le contenu de chaque réponse, et la résonance à la problématique de chaque planche (Richelle, 2009). Nous nous sommes interrogés sur les conduites psychiques qui sous-tendent ces différents facteurs, et avons utilisé le psychogramme qui permet une approche quantitative à partir d'une utilisation conjointe des normes dégagées par Blomart (1998) pour les adolescents jusqu'à 16 ans et de celles établies par Beizmann (1966) pour les plus grands.

Pour dégager des indicateurs plus précis eu égard à nos hypothèses, nous avons utilisé la **grille de représentation de soi** élaborée par Sanglade et Raush de Traubenberg (1984), et ses différents axes qui permettent de relever le type de contenus des réponses et leur caractère unitaire ou fragmentaire (colonne 1), de croiser ces contenus avec le réseau relationnel projeté (colonne 2), et de repérer les identifications (colonne 3) et le degré de différenciation entre soi et l'autre (colonne 4) (annexe F).

Nous avons utilisé également la grille dynamique affective issue des travaux de Rausch de Traubenberg et coll. (1990) :

- la **grille de narcissisme** pour analyser la valeur associée au contenu des réponses et déterminer la valence narcissique positive ou négative des représentations ;
- la **grille de l'expression pulsionnelle** : pour prendre en compte le mode d'expression des pulsions (direct ou retenu) ;
- la **grille de l'agressivité** pour observer si l'expression pulsionnelle est infiltrée d'agressivité (active, passive ou potentielle) et évaluer la qualité de l'investissement libidinal ;
- et la **grille de l'image du corps** pour repérer le degré d'intégrité de l'image du corps projeté à travers les représentations d'êtres animés (image du corps intègre, atteinte, partielle ou fragmentaire). A noter que deux cas de figure sont à distinguer dans l'image du corps atteinte : le premier renvoyant à la castration secondaire (normalement présent à l'adolescence et structurant), le second renvoyant à la castration primaire (signe de difficulté dans la constitution de l'identification secondaire).

D'autre part, nous avons observé la présence ou non de réponses de type « **Enveloppe** » (ou « Barrière ») et « **Pénétration** » (Fisher, Cleveland, 1958) traduisant respectivement soit une qualité de structure bien définie avec une fonction d'enveloppe stable, soit une précarité quand la fonction d'enveloppe variable ou absente transmet une atteinte des limites (Sanglade, 1983).

Enfin, nous avons observé la qualité de la **mentalisation** du sujet à partir des indicateurs dégagés par de Tychev (1994) pour analyser la manière dont l'imaginaire est élaboré (Bergeret, 1989).

Nous avons utilisé les trois dimensions proposées par de Tychev (2000) pour rendre compte du travail de symbolisation :

- le **degré de symbolisation des pulsions sexuelles** qui est évalué à partir de l'indice d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles mis au point par Cassiers (1968)⁶ en tenant compte du contenu latent de la planche et de la qualité formelle des réponses (les réponses de niveau B et C pour recevoir la cotation +1 ou +2 doivent être en accord avec le contenu latent de la planche et de qualité formelle acceptable).

- le **degré de symbolisation des pulsions agressives** qui est évalué à partir de l'indice d'élaboration symbolique des pulsions agressives mis au point par Cassiers (1968) et à partir du type de traitement des découpes rouges aux planches 2 et 3.

Au-delà d'une symbolisation très crue à ces découpes, nous avons pris en compte le traitement factuel du rouge sans aucune élaboration de la « pulsionnalité agressive », l'évitement ou la stupeur totale devant le rouge qui sont des niveaux de faillite de la symbolisation plus importants selon de Tychev (2000).

- le **degré d'élaboration mentale des affects** qui est évalué à partir de la fréquence des affects de plaisir/déplaisir, contrôlés ou non par un déterminant formel, et à partir de la présence ou non de manifestations somatiques de l'angoisse.

Nous avons pris en compte la fréquence des affects verbalisés en passation spontanée ainsi que la fréquence des affects verbalisés à la méthode associative (affects liés ou non à une représentation qui les contient). Trois types de manifestations somatiques ont été observées (de Tychev, 1994) : la stupeur (refus, chocs), les acting in (agirs orientés vers le corps propre, repérés par les froncements de sourcils suivi d'un temps de latence, les tremblements du sujet, la sudation ou la pâleur du sujet), les acting out (lorsque le sujet ferme les yeux, éloigne la planche de lui, retourne au moins trois fois la planche avant de donner sa réponse, soupire ou porte sa main au visage).

Après une analyse méthodique, nous avons cherché à relier les différents critères observés afin de pouvoir appréhender la mouvance des processus psychiques sous-jacents. Cette conjonction de critères a été élaborée pour pouvoir mettre à l'épreuve nos hypothèses. Compte tenu de la

⁶ Pour le calcul de cet indice, Cassiers a défini quatre niveaux B – C – D – E exprimant un ordre de symbolisation décroissante. Les réponses de niveau A, reliées au réel concret n'ont pas été prises en compte pour le calcul de cet indice. Chaque réponse de catégorie B est cotée +2 (exemple : "un totem" symbolisant les désirs sexuels, "un lion" symbolisant les désirs agressifs). Chaque réponse de catégorie C est cotée +1 (exemple : "un bâton", "deux chiens qui aboient"). Chaque réponse de catégorie D est cotée -1 (exemple : "un organe", "deux femmes qui se tapent dessus"). Chaque réponse de catégorie E est cotée -2 (exemple : "un sexe", "un corps écrasé").

Sachant que : B = somme des réponses B x 2 C = somme des réponses C x 1
D = somme des réponses D x (-1) E = somme des réponses E x (-2)

La formule se présente ainsi : I.E.S = (B + C + D + E) /somme du nombre total de réponses B, C, D ou E.

problématique spécifique du sujet adolescent, notre interprétation a porté essentiellement sur la dialectique de l'expression pulsionnelle et en particulier sur l'analyse des liens entre les conflits pulsionnels et les mécanismes de régulation narcissique (Morhain et Vidal, 1992).

3.2.2/ Test du TAT

Le test du TAT nous a permis d'approcher le fonctionnement psychique du sujet en associant un double mouvement d'analyse : l'étude des procédés du discours mis en œuvre dans l'élaboration des récits et l'articulation avec les problématiques qu'ils s'efforcent de traiter ; et nous avons observé dans quelle mesure ces résultats faisaient écho avec ceux obtenus au Rorschach.

Dans l'après-coup de la passation, nous avons réalisé une lecture du protocole en position d'écoute flottante, « afin de ne pas perdre la continuité/discontinuité des enchaînements d'une planche à l'autre, qui scandent et rythment les mouvements pulsionnels et l'expression langagière » (Baudin, 2007).

Puis, nous avons procédé à une analyse méthodique du protocole planche par planche :

- le décryptage des **procédés d'élaboration du discours** a été réalisé à l'aide de la feuille de dépouillement telle qu'elle est définie dans sa forme actuelle par Brelet-Foulard et Chabert (2003). Sachant que ces procédés renvoient aux modalités de traitement des conflits ravivés par la présentation du matériel, l'analyse a tenu compte de la nature, de la variété, du poids des procédés utilisés par le sujet et de leur articulation avec d'autres procédés de la même série ou d'une autre série ;
- nous avons repéré les **problématiques** abordées par le sujet face aux planches, celles-ci pouvant osciller et renvoyer à des réseaux conflictuels différents.

Nous avons réalisé une synthèse des informations obtenues :

- le regroupement des différents procédés d'élaboration du discours utilisés par le sujet nous a permis d'apprécier la qualité du processus associatif en tenant compte des relations entre représentations, affects et mécanismes de défense (du point de vue topique, économique et dynamique). Nous avons utilisé la feuille de synthèse proposée par Baudin (2007) qui permet de faire ressortir les problématiques majeures qu'explore le TAT ;

- l'intégration de ces différents éléments nous a permis d'appréhender l'organisation psychique du sujet. Comme pour le Rorschach, nous avons pris en compte une constellation de critères significatifs eu égard à nos hypothèses (cf. supra § 5.). La dynamique psychique du sujet a été analysée en fonction de la répartition des investissements narcissiques et objectaux et en fonction de la capacité d'élaboration des conflits.

3.2.3/ Activité d'écriture

A partir de l'activité d'externalisation sollicitée, nous avons pu analyser les représentations et affects émergents, prendre en compte la **figuration du corps pulsionnel**, la **projection des conflits psychiques inconscients** et observer la capacité du sujet à donner du **sens à son histoire**.

En nous appuyant sur le point de vue théorique de Anzieu (1981), nous avons analysé la configuration du pays imaginé en tant que projection du vécu corporel du sujet. Le vécu fraternel fantasmé a été appréhendé en observant la (les) figure(s) prise(s) par le double fraternel et la (les) fonction(s) plus ou moins structurante(s) qu'il peut jouer dans l'espace psychique du sujet (Kaës, 2008).

3.3/ Echelles de mesure standardisées

Nous avons mis en relation ces données standardisées avec les réponses recueillies à partir de l'entretien clinique et des tests projectifs, afin de mieux saisir le vécu de ces adolescents en spécifiant la nature de l'estime de soi et de l'anxiété observée.

Nous avons cherché ensuite à relier nos résultats à ceux obtenus à travers les études anglo-saxonnes mentionnées ci-dessus.

3.3.1/ Self Esteem Inventory (SEI) de Coopersmith

Nous avons situé tout d'abord la note totale obtenue à l'inventaire sur l'étalonnage proposé pour la forme scolaire (Coopersmith, 1984).

Puis nous avons observé par comparaison intra-individuelle les domaines où l'estime de soi est la plus basse / la plus élevée.

L'interprétation de la note totale a été modulée selon le résultat obtenu à l'échelle de mensonge, une note élevée pouvant indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

3.3.2/ Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfant (R-CMAS)

Nous avons observé tout d'abord l'écart entre l'auto-évaluation individuelle et la moyenne de l'échantillon d'étalonnage au niveau de la note totale d'anxiété.

Puis nous avons analysé les résultats obtenus aux trois sous-échelles, en nous référant aux tables d'étalonnage, afin de préciser le caractère spécifique de l'anxiété de l'adolescent.

Nous avons tenu compte également de la note obtenue à la sous-échelle mensonge qui, dans le cas d'une image idéalisée de soi, peut s'avérer tout aussi prédictrice qu'une note totale d'anxiété élevée (Reynolds, 1985)

3.4/ Outils statistiques pour le traitement des données

Au niveau de notre approche quantitative, nous avons utilisé des statistiques descriptives et inférentielles pour chaque indice psychométrique isolé aux tests projectifs et aux échelles standardisées, afin de comparer les résultats obtenus dans chacun des deux groupes d'adolescents.

Nous avons décrit la manière dont se distribuent ces indicateurs pour chacun des deux groupes. Selon la nature de ces indicateurs (variables dépendantes nominales, ordinales ou d'intervalle), nous avons pris en compte le mode, la médiane ou la moyenne pour traduire la valeur centrale des deux distributions (Benedetto, 2009). L'écart-type a été évalué pour traduire la dispersion des scores pour les distributions de variables numériques.

Pour comparer les scores moyens obtenus dans chacun des deux groupes, nous avons utilisé la méthode du t de Student lorsqu'il s'agissait d'indicateurs numériques.

Dans le cas de variables nominales, nous avons utilisé le test de Khi-carré (χ^2). Dans le cas de variables ordinales, nous avons utilisé le test de la médiane (Beaufils, 2009).

Nous avons eu recours à des représentations graphiques pour faciliter la lecture des résultats.

4/ Cadre éthique et déontologique, précautions méthodologiques dans la recherche

La démarche méthodologique amène à poser un certain nombre de problèmes éthiques et déontologiques pour tenter d'assurer une validité scientifique à la recherche.

Cette démarche nécessite de se référer aux règles éthiques définies par la communauté scientifique, en se rapportant à la loi Huriet (1988, modifiée et actualisée en 2004), qui a pour fonction de protéger les personnes contre les risques de l'expérimentation et de la recherche biologique ou médicale, mais aussi au code de déontologie des psychologues (1996) ou encore au code de conduite des chercheurs établi par Caverni (1998). Le chercheur doit d'autre part prendre appui sur sa propre éthique, c'est-à-dire agir en fonction de ce qu'il pense être bien pour le sujet.

Dans tous les cas, la question est d'effectuer ses choix dans le respect des droits de la personne, en assurant notamment sa dignité, sa liberté et sa protection.

L'accès à la population et l'utilisation des données fournies par nos groupes de référence impliquent un consentement éclairé des sujets pour participer à la recherche (Benony, 1999).

Chaque sujet adolescent, et ses parents lorsqu'il était mineur, ont pu exprimer un consentement informé et libre. Au-delà des critères d'information concernant les objectifs et la procédure de la recherche, la garantie de l'anonymat et de la confidentialité, le droit de se retirer à tout moment, et le droit au feed-back, le fait de veiller au consentement des personnes sollicitées nous a amené à nous interroger sur la valeur de ce consentement et l'intérêt que présente la recherche pour le sujet. « Quelles sont les conséquences d'une évaluation psychologique sur la personne ? A-t-on le droit de réveiller chez certains sujets des souvenirs enfouis, douloureux, qui ne demanderaient qu'à être oubliés alors que l'objectif de la recherche n'est pas thérapeutique, même si incidemment il peut l'être ? » (Benony, 1999).

Dans quelques cas, et notamment au niveau du groupe d'étude clinique, il nous a semblé que le consentement de certains sujets pouvait s'expliquer par une forme de loyauté familiale. Comme le souligne Pedinielli (1994), les motivations conscientes et inconscientes qui amènent une personne à accepter de participer à une recherche peuvent revêtir des significations variées voire ambiguës. Afin de prendre en compte les diverses attentes et désamorcer les éventuelles craintes des sujets participant, il a été précisé à chacun que les conclusions de la recherche ne

seraient envisagées que de manière générale et qu'il ne serait question de compte-rendu personnalisé.

En fin de protocole, une synthèse du contenu des deux séances a été réalisée, et nous avons proposé à chaque sujet de s'exprimer sur la manière dont il avait vécu la passation. Il n'a pas semblé nécessaire de proposer un soutien psychologique extérieur. Cependant, quelques sujets ont pu faire part de leur surprise face à certaines questions qu'ils ne s'étaient jamais posés et qui les amenaient dès lors à ouvrir leur champ de réflexion. Nous supposons que ces rencontres ont pu avoir des répercussions sur le vécu des frères et sœurs en question, mais nous n'avons pas les moyens de les évaluer directement.

Le recueil des données, qui constitue un des moments fondamentaux où la subjectivité du chercheur est sollicitée (Bourguignon, 1995), a donné lieu à un questionnement sur notre positionnement.

En effet, les outils cliniques et projectifs induisent une implication du psychologue, lequel doit tenter de faire la part entre ce qui lui appartient et ce qui relève de la situation clinique en elle-même. L'entretien clinique implique toujours une asymétrie entre les interlocuteurs (Chiland, 2002). En situation de recherche, la demande émane du chercheur et non pas du sujet, il s'agit de s'assurer que le sujet parvient à déployer sa propre subjectivité. Cette démarche suppose d'être attentif aux aspects relationnels, à ce que le chercheur peut provoquer ou induire chez le sujet.

La relation avec quelques sujets adolescents a nécessité de lever certaines résistances pour pouvoir favoriser leur engagement dans une dynamique intersubjective. Quelques aménagements dans le protocole se sont révélés nécessaires. Le Rorschach, initialement proposé lors de la première séance, a été reporté à la deuxième séance en inversant l'ordre de passation avec le TAT. Sachant que le Rorschach induit une régression plus forte que le TAT compte tenu de la nature de son matériel (Emmanuelli, 2001), cette modification nous a permis de mieux préparer son introduction et de lui consacrer plus de temps. La réalisation de l'activité d'écriture, qui s'est révélée coûteuse pour un nombre important de sujets, nous a amené à nous interroger sur le cadrage de la consigne dans l'espace et dans le temps : offrir la possibilité ou non de différer le retour après l'investigation, proposer plusieurs moyens de transmission (voie postale, voie électronique plus congruente avec les pratiques actuelles des adolescents), donner ou non une indication sur les dimensions du texte attendu. Tout au long de l'investigation auprès des adolescents, une question récurrente a été celle de faire la part entre ce que le sujet

voulait nous transmettre et ce qu'il pouvait réellement élaborer, la difficulté étant d'apprécier quelles pouvaient être les limites de notre intervention pour éviter de se montrer intrusif.

A l'inverse, l'investigation auprès des parents du groupe d'étude clinique a nécessité parfois d'adopter une attitude de fermeté pour pouvoir inscrire l'entretien dans une durée limitée. La difficulté ici a été surtout de pouvoir être suffisamment contenant dans une position de neutralité bienveillante, sans outre passer nos fonctions d'étudiant-chercheur, face à la souffrance exprimée et à la demande d'aide qui pouvait être sous-jacente. La recherche d'une position de « bonne distance » (Benony, 1999) a supposé une analyse de nos propres contre-attitudes et des émotions engagées dans la relation.

Dans une démarche de co-construction du sens tel que l'entend Blanchet (1989), le sujet et le chercheur construisent ensemble le sens du discours en apportant chacun leurs investissements, leurs désirs, leurs représentations par rapport à l'objet d'étude. Par la prise en compte de sa subjectivité, le chercheur analyse la relation instaurée pour tenter de saisir la réalité psychique du sujet. Aussi, il doit combiner à sa rigueur méthodologique l'analyse de ces dimensions transférentielles pour accroître la pertinence de ses interprétations. Or, toute la difficulté peut-être, comme le souligne Devereux (1980), de pouvoir gérer l'angoisse que peut susciter les données pour le chercheur, sans s'accrocher à une méthodologie rigide et à une théorie « idéologique » sécurisante inspirée par le contre-transfert, mais au contraire en prenant conscience de cette angoisse et en tentant de la comprendre dans ses diverses significations.

Une question majeure qui s'est posée au cours de la recherche a été celle du choix d'arrêter le recueil de données à un moment donné. Cherchant à contrôler les facteurs d'échantillonnage définis pour rendre les deux groupes comparables, la taille des deux groupes de sujets s'accroissait sans jamais parvenir à remplir l'ensemble des critères posés au départ. Le parti pris a été alors celui de faire le deuil d'un idéal méthodologique pour éviter de se perdre sous la masse des données, et d'accepter que par la complexité des variables prises en compte la recherche clinique ne peut prétendre démontrer les causalités, généraliser ses résultats (Bourguignon, 1995).

5/ Hypothèses opérationnelles

H1: Présentant une fragilité narcissique liée notamment à l'intériorisation de relations précoces peu rassurantes et à des identifications infantiles troublées (Claudon, Claudel et coll., 2007), les adolescents ayant un frère ou une sœur autiste risquent d'éprouver une difficulté plus importante pour s'engager dans le travail narcissico-objectal en direction de l'autre sexué.

H1.1 (a) Par rapport au **deuil des objets de l'enfance**, qui pourrait être plus difficile à élaborer pour les adolescents de fratrie avec autisme, nous nous attendons à observer :

- Au TAT :

- une sensibilité à la perte envahissante ou déniée aux planches 3BM et 13B du TAT, dont les contenus latents se réfèrent au manque, à l'absence voire à l'abandon (Emmanuelli, Azoulay, 2009), avec un accroissement du nombre de procédés de type C et E par rapport au nombre de procédés de type A et B plus important chez les sujets du groupe clinique que chez les sujets du groupe témoin ;

- davantage d'émergences des processus primaires ou d'évitement du conflit, avec un accroissement du nombre de procédés de type C et E par rapport au nombre de procédés de type A et B, aux planches 11, 19, 16 lesquelles renvoient à la relation aux objets internes (Emmanuelli, Azoulay, 2009).

- Au SEI :

- une valorisation de soi plus importante dans la sphère familiale par rapport à la sphère sociale et à la sphère scolaire, avec une moyenne des scores à la sous-échelle famille à la fois plus importante que celle à la sous-échelle sociale et que celle à la sous-échelle scolaire, chez les sujets du groupe clinique.

- L'entretien clinique pourra étayer cette hypothèse :

- des difficultés pour prendre de la distance par rapport aux membres de la famille pourront être verbalisées, à l'inverse une représentation de non changement dans l'investissement tant de la sphère familiale que sociale, pourront apparaître plus souvent chez les sujets du groupe clinique que chez les sujets du groupe témoin.

- l'entretien avec les parents du groupe clinique permettra de prendre en compte leur perception du développement de l'adolescent et de noter l'éventuel écart avec la perception de l'adolescent.

(b) Par rapport aux **assises narcissiques**, qui pourraient être davantage déstabilisées pour les adolescents de fratrie avec autisme, nous nous attendons à observer :

- Au Rorschach :

- un moindre investissement narcissique à la planche V, qui met directement à l'épreuve les assises identitaires (Richelle, 2009), avec des réponses traduisant plus souvent l'absence de mouvement, des formes indéterminées et/ou des contenus à valence négative, chez les sujets du groupe clinique ;

- davantage de représentations narcissiques négatives à la grille du narcissisme (Rausch de Trautenberg, 1990), avec un accroissement des réponses atteinte-dépréciation et repli chez les sujets du groupe clinique ;

- une moindre intégrité et un faible degré de réalité ou de vie des représentations humaines avec davantage de réponses humaines de qualité formelle négative (F-), une plus forte proportion Hd/H et davantage de réponses d'humains représentés par une fonction, irréels ou morts (H) (Emmanuelli et Azoulay, 2009), chez les sujets du groupe clinique.

- Au R-CMAS :

- un faible sentiment de sécurité de base avec un score global d'anxiété plus élevé chez les sujets du groupe clinique que chez les sujets du groupe témoin. Nous tiendrons compte à la fois de la moyenne et de l'écart type du score global dans les deux groupes. La moyenne du score à l'échelle de mensonge dans les deux groupes pourra nous amener à nuancer les résultats.

H1.2 Par rapport au **remaniement des identifications**, nous nous attendons à observer :

- Au TAT :

- des identifications pas clairement posées, des repères sexuels difficilement établis, avec une augmentation des procédés CI-2 (anonymat des personnages) et un accroissement des

procédés de type CM2, E3-1 par rapport au procédés de type B3-3 plus important chez les sujets du groupe clinique ;

- une faible proximité avec le contenu latent des planches renvoyant spécifiquement à la structure œdipienne (2, 4, 6BM, 6GF, 8BM, 9GF) avec un accroissement des procédés de type C et E à ces planches, plus fréquemment chez les sujets du groupe clinique.

• Au Rorschach :

- des déterminants kinesthésiques renvoyant plus souvent à des contenus humains indéterminés ou ambigus, ou peu de déterminants kinesthésiques humains (K, kp) chez les sujets du groupe clinique ;

- un accroissement des identifications non précisées à la grille de représentation de soi (Sanglade, 1984) chez les sujets du groupe clinique ;

- une faible symbolisation des pulsions sexuelles aux planches à symbolique féminine (VII et IX) et à symbolique masculine (IV et VI) avec des réponses qui ne prennent pas en compte les symboliques respectives (Emmanuelli, 2001) ou qui traduisent un faible degré d'élaboration symbolique sur l'ensemble du protocole (Cassiers, 1968), chez les sujets du groupe clinique.

H1.3 Par rapport au **mode de relation objectale**, nous nous attendons à observer :

• Au TAT :

- des représentations de relations renvoyant davantage à la spécularité, à l'idéalisation de la relation et à la fonction d'étayage de l'objet, ainsi que des représentations de relations impliquant des mouvements d'agressivité débordante, avec un accroissement du nombre de procédés de type CN-2, CN-5, CM-1, E2-3 comparativement au nombre de procédés de type B1-1, B3-2, A2-4 (procédés rendant compte de la dynamique relationnelles, Emmanuelli et Azoulay, 2009), chez les sujets du groupe clinique.

• Au Rorschach :

- une répression de l'agressivité avec un accroissement des réponses passives et potentielles à la grille d'agressivité (Rausch de Traubenberg, 1990) plus important chez les sujets du groupe clinique ;

- un mode d'entrée en contact avec l'objet avec un accroissement d'actions subies (10), de thèmes de destruction (80, 15), d'images en miroir (11) à la grille de représentation de soi (Sanglade, 1984) plus important chez les sujets du groupe clinique.

• L'entretien clinique pourra étayer cette hypothèse :

- la manière dont le handicap du frère / de la soeur peut affecter l'adolescent au fil du temps (groupe clinique), la perception que l'adolescent a de l'évolution de sa relation avec son (ses) frère(s) / sa (ses) soeur(s) et de l'ensemble des relations au sein de la famille (nature des sentiments, mode d'expression : réprimés / manifestés de manière intense) seront analysées ; la perception qu'il a de la nature de ses relations avec ses pairs sera observées parallèlement.

- pour le groupe clinique, ces données seront confrontées à celles recueillies auprès des parents à propos du développement respectif de leurs deux enfants et des relations au sein de la famille.

H2: Disposant d'une image du corps souvent fragilisée dans sa construction (Claudon, Claudel et coll., 2007), les adolescents ayant un frère ou une soeur autiste risquent d'éprouver une difficulté plus importante pour intégrer psychiquement l'expérience du corps en transformation.

H2.1 Par rapport au **degré d'élaboration et de narcissisation de l'image du corps** et à la difficulté d'établir une **logique de plaisir sur un plan génital**, nous nous attendons à observer :

• Au Rorschach :

- des réponses reflétant des images du corps débordées par leur charge pulsionnelle avec un F+% faible, un TRI coartatif ou coarté (ou à l'inverse très dilaté) et une faible symbolisation des affects (peu d'affects exprimés, plus souvent affects de déplaisir/plaisir, affects qui peuvent déborder) chez les adolescents du groupe clinique ;

- un déséquilibre entre le nombre de réponses renvoyant à l'expression pulsionnelle et le nombre de réponses renvoyant à l'agressivité à partir des grilles de Rausch de Traubenberg (1990) qui différencie les sujets des deux groupes dans le sens de la sous-hypothèse.

- un faible degré de symbolisation des pulsions sexuelles et des pulsions agressives, avec un indice d'élaboration symbolique du sexuel et un indice d'élaboration symbolique de

l'agressivité (Cassiers, 1968) plus bas, ainsi qu'une faillite de symbolisation des pulsions agressives pour le traitement des découpes rouges aux planches 2 et 3 avec un nombre d'évitements du rouge, de réponses factuelles et de réponses crues plus élevé, chez les adolescents du groupe clinique.

- Au cours de l'entretien et de l'ensemble de l'investigation :

- la manière dont l'adolescent s'implique corporellement dans l'échange sera analysée : le degré de concordance entre l'expression verbale et le comportement du sujet sera observé, des difficultés pour s'exprimer directement par rapport à son vécu corporel, pour relier ses sensations corporelles et ses représentations, pourront apparaître plus fréquemment chez les adolescents du groupe clinique.

H2.2 Par rapport à l'**empreinte de l'échange somato-psychique avec le frère autiste**, nous nous attendons à observer :

- Au TAT :

- un accroissement de perceptions sensorielles (**E1-3**), d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés (**E1-4**), en écho au handicap du frère dans le groupe clinique ;
- un accroissement de projections avec évocation du mauvais objet ou thème de persécution (**E2-2**), et une plus forte instabilité des limites avec surinvestissement ou vacillement des limites entre soi et l'autre (accroissement des procédés **CL**), renvoyant à une unité difficile à atteindre et des limites insuffisantes de l'image de soi, dans le groupe clinique.

- Au Rorschach :

- un accroissement des réponses atteintes (renvoyant à la castration primaire) et des réponses fragmentaires à la grille de l'image du corps (Rausch de Traubenberg, 1990), plus important chez les sujets du groupe clinique ;
- un accroissement des contenus de morcellement (colonne 1), et des contenus détériorés, thèmes du double et autres problèmes de différenciation entre soi et l'objet (colonne 4) à la grille de représentation de soi (Sanglade, 1984), plus important chez les sujets du groupe clinique ;

- une dilatation du score Barrière/Pénétration avec une prépondérance des réponses Pénétration, révélant un sentiment d'altération (Emmanuelli, 2001) chez les sujets du groupe clinique.

• L'activité d'écriture pourra étayer cette hypothèse :

- la configuration du pays imaginé pourra traduire le vécu corporel intériorisé ;
- le scénario fraternel fantasmé pourra renvoyer au lien à l'objet fraternel et à la fonction plus ou moins structurante qu'il peut revêtir dans l'espace psychique du sujet.

H2.3 Par rapport à l'idée d'avoir soi-même des enfants, nous nous attendons à observer :

• A l'entretien clinique :

- l'expression d'une angoisse à l'idée de donner un jour naissance à un enfant handicapé, ou l'absence de formulation de projets d'avenir personnels/familiaux, plus fréquemment chez les sujets du groupe clinique.

• Au TAT et/ou au Rorschach :

- la projection d'une angoisse de procréation face à certaines planches proposées chez les sujets du groupe clinique.

H3: Ayant souvent développé un fort moi idéal en cherchant à remplir une fonction d'étayage narcissique des parents (Claudon, Claudel et coll., 2007), les adolescents ayant un frère ou une sœur autiste risquent d'éprouver une difficulté plus importante pour se constituer en tant que sujet de leur existence et élaborer des projets d'avenir personnels.

H3.1 Par rapport au **nouvel équilibre entre le moi idéal et l'idéal du moi**, et son **impact sur l'estime de soi**, nous nous attendons à observer :

• Au TAT :

- des réponses à la planche 1 révélant plus souvent soit une non reconnaissance de la problématique d'impuissance (avec notamment des manifestations d'un moi grandiose), soit

une difficulté pour se dégager de la problématique réactivée par la planche, chez les sujets du groupe clinique.

- A l'entretien clinique :

- des réponses révélant des préoccupations massives pour la famille (besoin de protéger - aider, sentiment de responsabilité important), pour les études et l'avenir (sur-investissement scolaire, peur de l'échec) avec l'espérance de satisfaire le désir des parents pré-oedipiens, plus fréquentes chez les sujets du groupe clinique.

- un comportement de repli sur soi ou au contraire des représentations de soi grandioses traduisant l'atteinte de l'estime de soi (cf Partie Théorique § 2.1.2.1, Reich, 1960), chez les sujets du groupe clinique.

- Au SEI :

- un score global soit très faible pouvant traduire le repli du sujet, soit très fort pouvant renvoyer à un fantasme de toute puissance (Reich, 1960), avec un écart-type plus important dans le groupe clinique que dans le groupe témoin. Le score moyen à l'échelle de mensonge pourra également être plus important dans le groupe clinique.

- Au R-CMAS :

- un score moyen plus élevé à la sous-échelle Préoccupations sociales traduisant des difficultés pour vivre à la hauteur des attentes perçues au niveau des personnes de l'entourage, chez les sujets du groupe clinique que chez les sujets du groupe témoin. Nous tiendrons compte de l'écart-type dans les deux groupes pour analyser les résultats.

H3.2 Par rapport à l'**appropriation de son histoire** et la **construction de projets d'avenir**, nous nous attendons à observer :

- A l'entretien clinique :

- des difficultés pour exprimer sa subjectivité (parler en son nom propre, analyser ses motivations), des difficultés pour se positionner dans l'avenir à travers soit un défaut d'investissement d'objet soit une oscillation entre des représentations différentes difficiles à stabiliser, plus fréquente chez les sujets du groupe clinique.

- Au Rorschach :

- la révélation d'un faux-self à travers un F% simple et élargi élevé et un F+% simple et élargi faible, traduisant une tentative défensive non opérante face aux émergences fantasmatiques ou d'affects (Morhain, 1998), plus fréquemment chez les sujets du groupe clinique.

- A l'activité d'écriture :

- un scénario traduisant une difficulté pour donner une contenance au pulsionnel pubertaire, pour donner une cohérence et une dynamique à ses projets personnels inconscients à partir d'une activité de symbolisation, chez les sujets du groupe clinique.

H3.3 Par rapport à la **souffrance psychique éprouvée** et au **risque de décompensation somatique**, nous nous attendons à observer :

- Au TAT :

- une répression des affects et une moindre qualité de la liaison affects-représentations, avec un faible nombre de planches où l'affect est exprimé, et parmi celles-ci un faible nombre d'affects liés à une représentation en accord avec le contenu latent, chez les sujets du groupe clinique.

- Au Rorschach :

- une répression et une mentalisation déficitaire des affects, avec notamment un nombre plus faible d'affects contrôlés par la forme ou liés à une représentation qui les contient, chez les sujets du groupe clinique.

- des manifestations somatiques de l'angoisse plus importantes, chez les sujets du groupe clinique.

Le nombre de manifestations de stupeur, acting in, acting out, sera comptabilisé en utilisant une échelle ordinaire de 0 à 6 points, chaque catégorie de manifestations somatiques pouvant être coté 0, 1 ou 2 selon qu'apparaît 0, 1 ou plusieurs manifestations de chaque catégorie.

- Au R-CMAS :

- un score moyen plus élevé à la sous-échelle Anxiété physiologique traduisant des tensions au niveau du corps, chez les sujets du groupe clinique que chez les sujets du groupe

témoin. Nous tiendrons compte de l'écart-type dans les deux groupes pour analyser les résultats.

- A l'entretien clinique:

- une souffrance psychique rarement verbalisée chez les sujets du groupe clinique.

Nous observerons l'expression des affects tout au long de l'investigation et analyserons leur signification.

Troisième partie : ANALYSE DES DONNEES CLINIQUES

Dans cette dernière partie, nous procédons à l'analyse des données recueillies auprès de nos deux groupes d'adolescents en suivant le cheminement de l'élaboration de nos hypothèses de travail, afin de pouvoir proposer une discussion sur les caractéristiques spécifiques de la construction de la représentation de soi des adolescents de fratrie avec autisme.

Nous présentons ensuite une étude détaillée de deux cas contrastés - Pierre adolescent de 15 ans ayant un frère cadet autiste et Clara adolescente témoin du même âge - afin d'illustrer les résultats de l'approche comparée.

1. Analyse des données pour chaque hypothèse

1.1 Hypothèse H1 : Difficulté pour s'engager dans le travail narcissico-objet en direction de l'autre sexué

H1.1 (a) Deuil des objets de l'enfance

L'hypothèse H1.1 (a), explorant *le deuil des objets de l'enfance*, considéré plus difficile à élaborer pour les adolescents de fratrie avec autisme, reçoit une **confirmation empirique au niveau des critères isolés au TAT** :

- une sensibilité à la perte aux planches 3BM et 13B apparaît plus fortement chez les sujets du groupe clinique que chez les sujets du groupe témoin. Un accroissement du nombre de procédés de type C et E par rapport au nombre de procédés de type A et B est observé dans ce groupe (+1.16), alors que le sens de la variation est inversé et présente une amplitude plus importante dans le groupe témoin (-2.79).

A noter également que le nombre moyen de procédés de type C et E dans le groupe clinique est significativement supérieur au nombre moyen de procédés de ce type dans le groupe témoin (calcul du t de Student : $t=2.317$, $p>0.05$), alors que le nombre moyen de procédés de type A et B dans le groupe clinique est significativement inférieur au nombre moyen de procédés de ce type dans le groupe témoin ($t=-2.79$, $p>0.01$).

- de la même manière, une fragilité au niveau de la constitution des objets internes apparaît plus fortement chez les sujets du groupe clinique, avec un accroissement important du

nombre de procédés de type C et E par rapport au nombre de procédés de type A et B aux planches 11, 19, 16 (+3.5), alors que le sens de la variation est inversé dans le groupe témoin (-0.79).

Ici encore, le nombre moyen de procédés de type C et E dans le groupe clinique est significativement supérieur au nombre moyen de procédés de ce type dans le groupe témoin ($t=2.12$, $p>0.05$), alors que le nombre moyen de procédés de type A et B dans le groupe clinique est significativement inférieur au nombre moyen de procédés de ce type dans le groupe témoin ($t = -3.1$, $p> 0.005$).

Les données issues du SEI tendent elles aussi à confirmer H1.1 (a) :

Une valorisation de soi plus importante dans la sphère familiale par rapport à la sphère sociale et à la sphère scolaire apparaît chez les sujets du groupe clinique, avec une moyenne des scores à la sous-échelle famille à la fois plus importante que celle à la sous-échelle sociale et que celle à la sous-échelle scolaire (+0.5 et +1.09). Chez les sujets du groupe témoin la sphère sociale apparaît dominante par rapport à la sphère familiale et à la sphère scolaire (+0.38 et +0.46).

En revanche, la comparaison des moyennes entre les deux groupes pour chaque sous-échelle n'est pas statistiquement significative.

Les données issues de l'entretien clinique permettent d'étayer cette hypothèse :

Une représentation de non changement dans l'investissement tant de la sphère familiale que sociale apparaît plus souvent chez les sujets du groupe clinique (46%) que chez les sujets du groupe témoin (21%). Des difficultés pour prendre de la distance par rapport aux membres de la famille sont également plus souvent verbalisées dans ce groupe (21%) par rapport au groupe témoin (8%). A noter que les représentations des parents du groupe clinique sont parfois en désaccord avec celles de l'adolescent : dans 5 cas les parents perçoivent une prise de distance difficile alors que le jeune ne reconnaît aucun changement, dans 1 cas les parents ne perçoivent aucun changement alors que le jeune estime la prise de distance aisée.

A l'inverse, les sujets du groupe témoin sont plus nombreux à faire part d'une distanciation vécue positivement (71% contre 21% dans le groupe clinique). Un besoin d'individualité et de liberté est exprimé dans les deux groupes. Il faut toutefois noter un investissement croissant des activités avec des personnes extérieures à la famille rapporté par 46% des sujets du groupe témoin alors que les sujets du groupe clinique évoquent moins souvent leurs relations sociales ou font part de difficulté pour se tourner vers l'extérieur (25%).

H1.1 (b) Assises narcissiques

La sous-hypothèse H1.1 (b), concernant *l'investissement narcissique de soi*, attendu comme davantage déstabilisé chez les adolescents de fratrie avec autisme, est **partiellement validée par les critères isolés au Rorschach** :

- la nature des réponses données à la planche V par les adolescents du groupe clinique renvoie plus souvent à l'absence de mouvement ($\chi^2=4.269$, $p>0.05$), et à des formes indéterminées et/ou des contenus à valence négative ($\chi^2=4$, $p>0.05$), ce qui révèle un moindre investissement narcissique dans ce groupe.

- la grille du narcissisme ne permet pas de différencier clairement nos deux groupes. Nous n'observons pas d'accroissement plus important du nombre de réponses atteinte-dépréciation et repli par rapport au nombre de réponses valorisation et représentation chez les sujets du groupe clinique. En revanche, les adolescents du groupe témoin expriment plus facilement des représentations à valence narcissique positive : le nombre moyen de réponses valorisation et représentation dans ce groupe est significativement supérieur au nombre moyen de réponses de ce type dans le groupe clinique ($t=-3.53$, $p>0.001$).

- concernant l'intégrité et le degré de réalité ou de vie des représentations humaines, nous n'observons pas de différences entre nos deux groupes au niveau des critères de qualité formelle, de contenu partiel, irréel ou mort (t non significatif N.S.). En revanche, si nous analysons les données par sous-groupes d'âge, il apparaît que pour la tranche d'âge des 13-15 ans les adolescents du groupe clinique se différencient nettement sur ces critères des adolescents du groupe témoin, alors que pour la tranche d'âge des 16-18 ans l'écart est très peu marqué. Ce résultat suggère que les tâches inhérentes à la première partie de l'adolescence pourraient ébranler davantage les sujets du groupe clinique.

Les données fournies par le R-CMAS tendent à confirmer cette sous-hypothèse :

- Le score global d'anxiété ne différencie pas les sujets du groupe clinique des sujets du groupe témoin ($t=-1.1$, N.S.). Nous pouvons toutefois noter que le score global baisse dans les deux groupes pour la tranche d'âge 16-18 ans, alors que l'étendue de la dispersion demeure plus importante dans le groupe clinique quel que soit l'âge. Une forte variabilité des réponses (avec des scores extrêmes) est à souligner dans ce groupe.

Le score à l'échelle de mensonge, quant à lui, différencie nettement les deux groupes ($t=2.57$, $p>0.02$), les sujets du groupe clinique ont un score moyen significativement plus élevé que les

sujets du groupe témoin, ce qui traduit un désir plus fort dans ce groupe de donner une image idéalisée de soi et nous conduit à moduler notre interprétation du score global.

H1.2 Remaniement des identifications

L'hypothèse H1-2, concernant *le remaniement des identifications aux figures parentales*, attendu comme plus difficile chez les adolescents de fratrie avec autisme, est **clairement validée par les critères isolés au TAT** :

- des identifications pas clairement posées, des repères sexuels difficilement établis, apparaissent plus souvent dans le groupe clinique par rapport au groupe témoin. Les adolescents du groupe clinique sont plus nombreux à utiliser des procédés référant à l'anonymat des personnages ($t=3.07$, $p>0.005$). De même l'utilisation des procédés référant à l'instabilité des identifications et à la confusion des identités (CM2, E3-1) différencie nettement les deux groupes ($t=4.44$, $p>0.001$).

- les adolescents du groupe témoin sont plus nombreux à traiter la problématique œdipienne aux planches qui la représentent ($t=6.67$, $p>0.001$). Cet écart tend à se creuser pour la tranche d'âge 16-18 ans.

L'accroissement du nombre moyen de procédés de type A et B par rapport au nombre moyen de procédés de type C et E à ces planches est nettement plus important pour les sujets de ce groupe (9.41) par rapport aux sujets du groupe clinique (2.13). Le critère d'utilisation des procédés de type C et E discrimine particulièrement les deux groupes ($t=3.19$, $p>0.005$).

L'ensemble de ces indicateurs traduit des repères identificatoires moins bien assurés et une organisation œdipienne moins structurante chez les adolescents de fratrie avec autisme.

Les critères isolés au Rorschach, quant à eux, ne permettent pas de valider cette hypothèse :

- les sujets du groupe témoin ne présentent guère plus de déterminants kinesthésiques humains (moyenne : $m=1.75$) que les sujets du groupe clinique ($m=1.67$). Le critère de contenus humains indéterminés ou ambigus discrimine peu les deux groupes ($t=1.55$, $p>0.2$) ;

- les sujets du groupe clinique ne présentent guère plus d'identifications non précisées à la grille de représentation de soi ($m=1.58$) que les sujets du groupe témoin ($m=1.5$) ;

- le degré d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles apparaît identique dans les deux groupes (IES moyen = 1.18). Les réponses traduisant la symbolisation des pulsions sexuelles

aux planches à symbolique féminine et aux planches à symbolique masculine apparaissent en nombre identique et de qualité similaire dans les deux groupes.

Ces résultats peuvent s'expliquer en partie par la structuration du Rorschach qui induit une réactivation moins directe de la problématique œdipienne et des conflits identificatoires.

H1.3 Mode de relation objectale

L'hypothèse H1.3 relative aux *modalités des relations objectales*, qui peuvent porter l'empreinte des particularités de l'autisme chez les adolescents du groupe clinique, **tend à se vérifier à partir des critères isolés au TAT :**

- les adolescents du groupe clinique présentent plus souvent des représentations de relations renvoyant davantage à la spécularité, à l'idéalisation de la relation et à la fonction d'étayage de l'objet, ainsi que des représentations de relations impliquant des mouvements d'agressivité débordante. Un accroissement du nombre de procédés de type CN-2, CN-5, CM-1, E2-3 comparativement au nombre de procédés de type B1-1, B3-2, A2-4 apparaît nettement dans ce groupe (+2.21), alors que le sens de la variation est inversé dans le groupe témoin (-1.21).

A noter également que le nombre moyen de procédés de type CN-2, CN-5, CM-1, E2-3 dans le groupe clinique est significativement supérieur au nombre moyen de procédés de ce type dans le groupe témoin ($t=1.97$, $p>0.1$), tandis que le nombre moyen de procédés de type B1-1, B3-2, A2-4 dans le groupe clinique est très significativement inférieur au nombre moyen de procédés de ce type dans le groupe témoin ($t=-2.83$, $p>0.01$).

Les données issues du Rorschach permettent elles aussi d'appuyer l'hypothèse H1-3 :

- une répression de l'agressivité apparaît clairement chez les adolescents du groupe clinique. Nous pouvons noter un accroissement des réponses passives et potentielles par rapport aux réponses actives à la grille d'agressivité nettement plus important chez les sujets du groupe clinique (+3.29) que chez les sujets du groupe témoin (+1.2).

Le nombre moyen de réponses passives et potentielles est un critère qui discrimine fortement les deux groupes ($t=4.47$, $p>0.001$).

- le mode d'entrée en contact avec l'objet apparaît plus souvent négativement chez les adolescents du groupe clinique. Le nombre moyen d'actions subies (10), de thèmes de destruction (80, 15), d'images en miroir (11) à la grille de représentation de soi est significativement supérieur chez les sujets du groupe clinique par rapport au sujet du groupe

témoin ($t=2.68$, $p>0.02$). Inversement, le nombre moyen d'interactions positives est significativement supérieur chez les sujets du groupe témoin par rapport au sujet du groupe clinique ($t=2.56$, $p>0.02$).

Les données issues de l'entretien clinique permettent d'étayer cette hypothèse :

- La nature des relations objectales avec la fratrie renvoie plus souvent à un rôle de protection et d'éducation pour les adolescents du groupe clinique (67%) que pour ceux du groupe témoin (13%). Peu d'affects sont associés à cette relation, ou s'ils sont présents les affects sont réprimés chez les adolescents du groupe clinique. A l'inverse, la quasi-totalité des adolescents du groupe témoin exprime une ambivalence des sentiments à l'égard de la fratrie et une complicité le plus souvent croissante au fil du développement. Le terme de complicité est employé par 4 parents du groupe clinique, les adolescents de ce groupe faisant davantage référence selon le cas à la notion de proximité ou à l'absence de relation fraternelle.

La nature des relations objectales avec les parents renvoie plus souvent à un rôle de soutien à la famille pour les sujets du groupe clinique (17% des adolescents, 38% des parents), que pour les adolescents du groupe témoin (4%). Un comportement de réparation à l'extérieur (sollicitude transférée sur des personnes extérieures) est rapporté par 3 parents du groupe clinique. Ces premiers résultats corroborent avec ceux observés par Scelles (1997) auprès de fratries avec un enfant handicapé physiquement.

Nous pouvons noter, par ailleurs, que des conflits familiaux exacerbés apparaissent plus souvent chez les sujets du groupe clinique (25%) que chez les sujets du groupe témoin (8%).

- Au niveau des relations sociales à l'extérieur de la famille, nous observons une insertion sociale aisée pour la moitié des sujets du groupe témoin contre 33% des sujets du groupe clinique (cette insertion s'améliore après 15 ans dans le groupe clinique, la fréquence demeure stable dans le groupe témoin). A noter que les relations sociales sont recherchées expressément pour 3 sujets du groupe clinique (difficulté à être seul). Inversement les relations sociales sont évitées pour 5 sujets du groupe clinique contre 1 sujet dans le groupe témoin.

Seul un adolescent verbalise un sentiment de honte pour traduire son état psychologique en situation sociale avec son frère autiste. Les parents sont plus nombreux à évoquer la crainte du regard des autres que peut éprouver leur enfant. Ce phénomène est surtout le fait des plus jeunes.

Examen de H1 : travail narcissico-objectal en direction de l'autre sexué

| Sous-hypothèses | Nos attentes chez les adolescents de fratrie avec autisme ... | Résultats |
|--|---|--|
| H1.1(a) Deuil des objets de l'enfance | <ul style="list-style-type: none"> - sensibilité à la perte (planches 3BM et 13B du TAT) - fragilité au niveau de la constitution des objets internes (planches 11, 19 et 16 du TAT) - valorisation de soi dans la sphère familiale (SEI) - difficulté pour prendre de la distance par rapport aux membres de la famille ou représentation de non changement dans l'investissement tant de la sphère familiale que sociale (entretien) | <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>bonne tendance</p> <p>confirmé</p> |
| H1.1(b) Assises narcissiques | <ul style="list-style-type: none"> - réponse à la planche V traduisant un moindre investissement narcissique (Rorschach) - davantage de réponses atteinte-dépréciation et repli (Rorschach) - moindre intégrité et faible degré de réalité ou de vie des représentations humaines (Rorschach) - score globale d'anxiété fort (R-CMAS) - score à l'échelle de mensonge fort (R-CMAS) | <p>confirmé</p> <p>non confirmé</p> <p>bonne tendance</p> <p>non confirmé</p> <p>confirmé</p> |
| H1.2 Remaniement des identifications | <ul style="list-style-type: none"> - identifications pas clairement posées, des repères sexuels difficilement établis (TAT) - organisation œdipienne faiblement structurée (TAT) - contenus humains indéterminés ou ambigus (Rorschach) - identifications non précisées (Rorschach) - IES des pulsions sexuelles faible (Rorschach) | <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>non confirmé</p> <p>non confirmé</p> <p>non confirmé</p> |
| H1.3 Mode de relation objectale | <ul style="list-style-type: none"> - procédés traduisant la dynamique relationnelle au TAT (accroissement CN-2, CN-5, CM-1, E2-3 / B1-1, B3-2, A2-4) - répression de l'agressivité au Rorschach - mode d'entrée en contact avec l'objet au Rorschach (accroissement des actions subies, thèmes de destruction, image en miroir / interactions positives) - relations objectales avec la fratrie, les parents, les personnes extérieures qui portent l'empreinte des particularités de l'autisme (entretien) | <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> |

1.2 Hypothèse H2 : Difficulté pour intégrer psychiquement l'expérience du corps en transformation

H2.1 Degré d'élaboration et de narcissisation de l'image du corps

L'hypothèse H2.1, explorant le *degré d'élaboration et de narcissisation de l'image du corps*, attendu plus faible chez les adolescents de fratrie avec autisme, tend à **se vérifier à partir des critères isolés au Rorschach** :

- Les indicateurs retenus pour traduire la charge pulsionnelle attachée aux images du corps (F+%, TRI, degré de symbolisation des affects) vont dans le sens attendu.

En effet, le F+% moyen est statistiquement plus faible chez les sujets du groupe clinique que chez les sujets du groupe témoin ($t=-2.23$, $p>0.05$), témoignant d'un moindre contrôle de la réalité externe dans ce groupe. La valeur moyenne du F+% est stable quel que soit l'âge des sujets dans ce groupe, alors que dans le groupe témoin le F+% tend à diminuer pour les sujets âgés de 15 à 18 ans. Les moyennes observées dans le groupe témoin peuvent être rapprochées des normes réactualisées⁷ par Azouley, Emmanuelli, Rausch de Traubenberg et coll. (2007). A noter cependant la forte dispersion des scores, laquelle nous conduit à nuancer ces résultats.

Le TRI est nettement plus souvent de type coartatif chez les sujets du groupe clinique (58%) que chez les sujets du groupe témoin (16%). Cette tendance s'observe dans le groupe clinique tant pour les sujets âgés de 13 à 15 ans que pour les sujets âgés de 16 à 18 ans, alors que dans le groupe témoin la fréquence du type extratensif s'accroît avec l'âge au détriment du type coartatif. A noter que cet accroissement des réponses couleurs par rapport aux réponses kinesthésies au fil de l'âge va dans le sens des normes fournies par Blomart⁸ (1998).

Le nombre moyen d'affects est sensiblement identique dans les deux groupes. Il a tendance à croître avec l'âge dans le groupe clinique alors qu'il décroît légèrement dans le groupe témoin. Le nombre moyen d'affects de plaisir, plus que le nombre moyen d'affects de déplaisir,

⁷ Une réactualisation des normes « adolescentes » au Rorschach révèle des modifications dans l'abord perceptif par rapport aux normes antérieures. Les premiers résultats de cette recherche, issus d'une population d'adolescents et jeunes adultes âgés de 13 à 25 ans, conduisent à baisser le seuil du F+% à 65% alors que le seuil de référence était compris entre 70 et 80%. Cette diminution pourrait s'expliquer par un nombre important de réponses F+/- surtout à partir de 15-16 ans, reflétant la difficulté de stabilisation des positions internes propre à cet âge.

⁸ Cette étude génétique des variables du Rorschach dans les protocoles d'enfants de 8 à 16 ans tend à montrer une évolution des modes d'expression au Rorschach avec l'âge. Les enfants de 8 à 16 ans sont plus sensibles aux stimuli extérieurs qu'aux stimuli internes. Il apparaît que les réponses couleurs cumulées sont plus nombreuses et plus souvent données que les réponses kinesthésies K. De plus, le nombre de réponses couleurs augmentent significativement avec l'âge.

discrimine les deux groupes. Les sujets du groupe témoin verbalisent davantage d'affects de plaisir que les sujets du groupe clinique ($t=-2.45$, $p>0.02$). Le contrôle des affects est lui aussi un facteur discriminant les deux groupes. Les affects (plaisir et déplaisir confondus) sont plus souvent contrôlés chez les sujets du groupe témoin que chez les sujets du groupe d'étude ($t=-2.12$, $p>0.05$).

L'ensemble de ces indicateurs tendent à révéler une difficulté pour intégrer la charge pulsionnelle qui est plus importante chez les adolescents du groupe clinique.

- L'écart entre le nombre moyen de réponses renvoyant à l'expression pulsionnelle et le nombre moyen de réponses renvoyant à l'agressivité (grilles de Rausch de Traubenberg, 1990) différencie nettement les sujets des deux groupes dans le sens de l'hypothèse posée.

Le nombre moyen de réponses renvoyant à l'agressivité (quel que soit le type d'expression de cette agressivité) est un facteur discriminant fortement les deux groupes ($t=4.24$, $p>0.001$).

La charge des pulsions agressives pèsent davantage pour les adolescents du groupe clinique.

- En revanche, les critères de symbolisation des pulsions sexuelles et agressives ne convergent pas tous dans le sens de l'hypothèse.

En effet, le degré d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles apparaît identique dans les deux groupes (IES moyen = 1.18). Les réponses traduisant la symbolisation des pulsions sexuelles aux planches à symbolique féminine et aux planches à symbolique masculine apparaissent en nombre identique et de qualité similaire dans les deux groupes.

De même, le degré d'élaboration symbolique des pulsions agressives apparaît quasi identique dans les deux groupes (IES moyen ≤ 1 , $t=-0.37$, NS). A noter toutefois, que cet indice croît pour les adolescents âgés de 16 à 18 ans dans le groupe témoin, alors qu'il reste stable dans le groupe clinique.

Pour ce qui est du traitement des découpes rouges aux planches 2 et 3, au delà du nombre de réponses traduisant une symbolisation réussie ($t=-1.94$, $p>0.1$), le nombre d'évitements du rouge discrimine fortement les deux groupes ($t=2.76$, $p>0.01$). Les deux autres types de réponses (crués et factuelles) ne permettent pas, quant à elles, de différencier les groupes. Ce résultat corrobore avec les données dégagées par De Tychev (2000), pour qui ces indicateurs traduisent une gradation des niveaux de faillite de la symbolisation.

Nous retiendrons que la symbolisation des pulsions agressives peut être plus difficile pour les adolescents du groupe clinique.

Les données issues de l'entretien clinique permettent d'étayer cette hypothèse :

Le vécu somato-psychique ressenti dans l'échange apparaît moins harmonieux pour les sujets du groupe clinique.

En effet, une production verbale restreinte et une attitude corporelle statique sont plus souvent observées chez les adolescents du groupe clinique (58%) que chez les adolescents du groupe témoin (17%). Ces adolescents présentent parfois un discours confus, des acting in ou des acting out (29%, ceci est surtout noté chez les plus jeunes : 5 sujets âgés de 13 à 15 ans contre 2 sujets âgés de 16 à 18 ans). Ils manifestent dans d'autres cas une expression verbale précipitée et un mouvement physique permanent (17%), ce qui n'est pas le cas des adolescents du groupe témoin.

Inversement, une aisance verbale et corporelle est observée plus souvent chez les adolescents du groupe témoin (71%) que chez les adolescents du groupe clinique (13%). A noter que cette aisance s'accroît avec l'âge, ceci dans une moindre mesure pour le groupe clinique.

Une discordance entre l'expression verbale et le comportement apparaît plus fréquemment dans le groupe clinique (21%) que dans le groupe témoin (8%).

Seul un sujet du groupe clinique verbalise directement son vécu corporel et lie spontanément ses sensations corporelles à ses représentations (aucun dans le groupe témoin). Parallèlement, un sujet du groupe clinique manifeste une liaison brouillée entre sensations et représentations.

Globalement, les adolescents du groupe clinique éprouvent plus de difficulté pour s'impliquer dans la relation. Le poids de l'inhibition est particulièrement important dans ce groupe traduisant un malaise face aux problématiques auxquelles ils sont confrontés. Les adolescents du groupe témoin font davantage preuve de spontanéité.

H2.2 Empreinte de l'échange somato-psychique avec le frère autiste

L'hypothèse H2.2, explorant *l'unité et l'intégrité de l'image du corps*, attendus plus faibles chez les adolescents de fratrie avec autisme, reçoit une **confirmation empirique au niveau des critères isolés au TAT** :

- le nombre moyen de procédés de type E1-3 (perceptions sensorielles) et E1-4 (objets détériorés ou personnages malades, malformés) discrimine fortement les deux groupes ($t=4.14$, $p>0.001$). La moyenne et l'écart-type ont tendance à croître avec l'âge dans le groupe clinique, alors que le phénomène inverse est observé dans le groupe témoin.

- le nombre moyen de procédés de type E2-2 (projections avec évocation du mauvais objet ou thème de persécution) et CL (instabilité des limites avec surinvestissement ou vacillement des limites entre soi et l'autre) discrimine également les deux groupes ($t=2.68$, $p>0.01$). De la même manière, la moyenne et l'écart-type s'accroissent avec l'âge dans le groupe clinique, ce qui n'est pas le cas dans le groupe témoin.

Ces résultats tendent à montrer une moindre unité et une moindre intégrité de l'image du corps dans le groupe clinique. A noter que pour les adolescents âgés de 15 à 18 ans l'expression de cette fragilité peut être plus importante avec une variabilité des situations plus marquée.

Les données issues du Rorschach permettent de confirmer largement l'hypothèse H2-2 :

- les réponses observées à la grille de l'image du corps permettent de discriminer aisément les deux groupes.

Comme attendu, le nombre moyen de réponses atteintes traduisant la castration primaire est statistiquement supérieur chez les sujets du groupe clinique par rapport aux sujet du groupe témoin ($t=2.9$, $p>0.005$). De même, mais dans une moindre mesure, le nombre moyen de réponses fragmentaires est statistiquement supérieur chez les sujets du groupe clinique par rapport aux sujet du groupe témoin ($t=1.97$, $p>0.1$).

Le critère qui apparaît le plus discriminant est le nombre moyen de réponses intègres qui est nettement supérieur dans le groupe témoin par rapport au groupe clinique ($t=5.22$, $p>0.001$).

- les réponses observées à la grille de représentation de soi permettent elles aussi de discriminer aisément les deux groupes.

Comme attendu, le nombre moyen de contenus de morcellement est statistiquement supérieur chez les sujets du groupe clinique par rapport aux sujets du groupe témoin ($t=2$, $p>0.05$). De même, le nombre moyen de contenus détériorés, thèmes du double et autres problèmes de différenciation entre soi et l'objet, est statistiquement supérieur chez les sujets du groupe clinique par rapport aux sujets du groupe témoin ($t=2.35$, $p>0.05$).

Le critère qui apparaît le plus discriminant est le nombre moyen de contenus unitaires qui est nettement supérieur dans le groupe témoin par rapport au groupe clinique ($t=-3.88$, $p>0.001$).

A noter que globalement la dispersion de ces réponses est nettement plus étendue chez les sujets du groupe clinique que chez les sujets du groupe témoin, ce qui amène à prendre en considération la forte variabilité des situations dans ce groupe.

- le dernier critère isolé, concernant le score Barrière/Pénétration, permet lui aussi de discriminer largement les deux groupes.

En effet, le nombre moyen de réponses Pénétration est statistiquement supérieur chez les sujets du groupe clinique par rapport aux sujets du groupe témoin ($t=4.34$, $p>0.001$), alors que le nombre moyen de réponses Barrière ne différencie pas les deux groupes ($t=0.38$, N.S.).

Comme attendu, nous observons une dilatation du score Barrière/Pénétration et une prépondérance des réponses Pénétration plus marqués chez les adolescents de fratrie avec autisme, ce qui révèle un sentiment d'altération plus fréquent dans ce groupe de sujets.

Ici aussi, les résultats vont dans le sens d'une image du corps plus souvent atteinte dans son unité et son intégrité chez les sujets du groupe clinique, avec une variabilité des situations à prendre en compte dans ce groupe.

Les données issues de l'activité d'écriture, peu nombreuses, permettent d'étayer cette hypothèse :

Seuls deux adolescents du groupe clinique (Sophie, 13 ans 0 mois et Alban, 17 ans 7 mois) et deux adolescents du groupe témoin (Charline, 17 ans 4 mois et Léonore, 18 ans 9 mois) ont répondu à l'activité d'écriture.

- Nous pouvons noter que la configuration du pays imaginé revêt une connotation davantage fantastique pour les sujets du groupe clinique : description d'un monde en sucrerie dans le cas de Sophie, d'une planète particulière (dont les continents sont reliés entre eux, occupée par des animaux anthropomorphes qui ont développé des technologies futuristes) dans le cas d'Alban. La dimension d'étrangeté est soulignée par Alban et semble faire écho à son propre vécu corporel intériorisé.

Dans tous les cas, le pays imaginé est idéalisé mais correspond davantage au monde connu tel qu'il existe dans la réalité chez les sujets du groupe témoin.

- Le scénario fraternel fantasmé répond lui aussi à une fonction d'idéal. Le frère imaginé peut jouer un rôle de compagnon imaginaire (Sophie), de double narcissique (Charline), ou renvoyer à une figure du double dans une relation adelphique (Léonore) avec la constitution d'une fratrie magique formant un ensemble tout puissant.

Seul Alban n'identifie pas de frère parmi les personnages fantasmés et projette une problématique de non communication : le narrateur ne peut être perçu et aucune relation ne peut s'établir avec les personnages rencontrés (« ceux-ci semblent complètement ignoré ma présence, comme si j'étais invisible à leurs yeux et ils ne m'entendent pas »). Prend place un scénario empreint de bizarrerie et de magie face auquel le narrateur réagit par un état de sidération (« c'est incroyable ! »). Dans ce dernier cas, la fonction fraternelle paraît davantage

déroutante et semble avoir un impact moins structurant dans l'espace psychique et corporel du sujet.

H2.3 Idée d'avoir soi-même des enfants

L'hypothèse H2.3, explorant *l'idée d'avoir soi-même des enfants*, avec un risque d'angoisse attendu chez les adolescents de fratrie avec autisme, tend à être **confirmée par les données de l'entretien clinique** :

- Une absence de formulation de projet d'avenir familial personnel est plus souvent observée chez les sujets du groupe clinique (58%) que chez les sujets du groupe témoin (29%). Cette répartition demeure constante avec l'âge.

- L'idée de donner un jour naissance à un enfant handicapé est rarement exprimée directement par les adolescents. Seuls deux sujets du groupe clinique abordent spontanément cette idée, sans angoisse associée : dans un cas (adolescent âgé de 15 ans) les difficultés liées au handicap sont niées, dans l'autre cas (adolescente âgée de 18 ans) ces difficultés sont analysées et intégrées. Deux adolescentes (âgées de 16 et 17 ans) projettent le mode relationnel qu'elles entretiennent avec leur frère ou sœur autiste sur la relation future avec leur progéniture. Une angoisse face à l'éventualité d'avoir un enfant autiste est pressentie par un parent pour sa fille adolescente qui lui exprime ses interrogations.

Les données recueillies à partir du TAT et du Rorschach ne permettent pas vraiment d'appuyer cette hypothèse :

Aucune représentation de procréation n'est directement projetée face aux planches du TAT et du Rorschach.

Nous notons toutefois que l'absence de projet de procréation en entretien apparaît souvent de manière concomitante avec un moindre degré de narcissisation et de d'intégrité de l'image du corps aux tests projectifs.

Examen de H2 : intégration psychique du corps en transformation

| Sous-hypothèses | Nos attentes chez les adolescents de fratrie avec autisme ... | Résultats |
|---|--|--|
| H2.1 Degré d'élaboration et de narcissisation de l'image du corps | <ul style="list-style-type: none"> - difficulté pour intégrer la charge pulsionnelle (F+%, TRI, degré de symbolisation des affects au Rorschach) - poids des pulsions agressives (grilles de l'expression pulsionnelle et de l'agressivité au Rorschach) - moindre symbolisation des pulsions sexuelles et agressives (Rorschach) - discordance entre attitude verbale et corporelle, difficulté pour relier sensations et représentations (entretien) | <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>bonne tendance</p> <p>confirmé</p> |
| H2.2 Empreinte de l'échange somato-psychique avec le frère autiste | <ul style="list-style-type: none"> - accroissement du nombre de procédés de type E1-3 et E1-4 (TAT) - accroissement du nombre de procédés de type E2-2 et CL (TAT) - accroissement du nombre de réponses atteinte et fragmentaire (grille de l'image du corps au Rorschach) - accroissement du nombre de contenus de morcellement et de problème de différenciation (grille de la représentation de soi au Rorschach) - dilatation du score Barrière/Pénétration avec accroissement du nombre de réponse Pénétration (Rorschach) - configuration du pays imaginé en écho avec le vécu corporel intériorisé, scénario fraternel troublé (activité d'écriture) | <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>confirmé</p> <p>bonne tendance</p> |
| H2.3 Idée d'avoir soi-même des enfants | <ul style="list-style-type: none"> - absence de projet d'avenir familial (entretien) - projection d'une angoisse de procréation (Rorschach, TAT) | <p>confirmé</p> <p>non confirmé</p> |

1.3 Hypothèse H3 : Difficulté pour se constituer en tant que sujet de son existence et élaborer des projets d'avenir personnels

H3.1 Nouvel équilibre entre le moi idéal et l'idéal du moi, impact sur l'estime de soi

L'hypothèse H3.1, explorant les *modalités de l'idéal du moi*, tend à se vérifier à partir des données issues du TAT :

La problématique d'impuissance à la planche 1 est moins souvent reconnue par les sujets du groupe clinique que par les sujets du groupe témoin ($\chi^2 = 4.269$, $p > 0.01$). Des manifestations d'un moi grandiose apparaissent plus souvent dans ce groupe.

Globalement, une difficulté pour se dégager de la problématique réactivée par la planche est observée fréquemment dans les deux groupes, ce critère apparaît toutefois plus marqué pour les sujets témoins âgés de 16 à 18 ans.

L'entretien clinique permet de valider cette hypothèse :

Des préoccupations importantes tant pour leur famille que pour leurs études et leur avenir apparaissent nettement plus fréquemment chez les sujets du groupe clinique (83%) que chez les sujets du groupe témoin (8%). Un besoin de protéger, aider les membres de leur famille, un sentiment de responsabilité vis-à-vis du frère ou de la sœur autiste, sont exprimés de manière récurrente dans ce groupe. Selon le cas, nous observons un sur-investissement scolaire ou une peur de l'échec qui peut devenir invalidante. La projection dans l'avenir peut susciter dans certains cas une angoisse de persécution (mauvais objet projeté à l'extérieur).

A noter également, dans certains protocoles du groupe clinique, un mouvement de contrôle défensif face aux questions relatives au devenir du frère (recours à des procédés de dénégation, d'annulation, etc.), et un discours normatif qui semble faire écho aux idéaux parentaux.

Les données recueillies à partir du R-CMAS ne permettent pas vraiment d'appuyer cette hypothèse :

Le score moyen à la sous-échelle Préoccupations Sociales est quasi similaire dans les deux groupes ($t = 0.25$, N.S.).

Au-delà de ce score moyen, nous pouvons cependant signaler des disparités selon les tranches d'âge. En effet, le score à la sous-échelle Préoccupations Sociales tend à diminuer avec l'âge dans le groupe témoin, ce qui n'est pas le cas dans le groupe clinique. Nous pouvons noter un

écart-type élevé dans le groupe clinique quel que soit la tranche d'âge, alors que l'écart-type pour le groupe témoin est plus faible et diminue pour les sujets âgés de 16 à 18 ans.

Ces résultats suggèrent des difficultés pour vivre à la hauteur des attentes perçues plus prégnantes chez certains sujets du groupe clinique, alors que ces difficultés deviennent plus rares chez les sujets du groupe témoin au fil de l'âge.

Les données recueillies à partir du SEI tendent à confirmer cette hypothèse :

Le score total moyen à cette échelle de mesure ne permet pas de différencier les adolescents de fratrie avec autisme des adolescents témoins ($t=0.12$, N.S.). Ce score cache toutefois une dispersion des résultats qui tend à diminuer avec l'âge dans le groupe clinique témoin alors qu'elle demeure élevée dans le groupe clinique.

Le score moyen à l'échelle de mensonge, quant à lui, discrimine fortement les deux groupes : les sujets du groupe clinique ont nettement plus souvent tendance que les sujets du groupe témoin ($t=5.75$, $p>0.001$) à vouloir donner une image idéalisée d'eux-mêmes

H3.2 Appropriation de son histoire et construction de projets d'avenir personnels

L'hypothèse H3.2, explorant *l'appropriation de son histoire en construction* attendue plus conflictuelle chez les adolescents de fratrie avec autisme, tend à être **confirmée par les données de l'entretien clinique :**

- Des difficultés pour exprimer sa propre subjectivité apparaissent plus fréquemment chez les sujets du groupe clinique (50%) que chez les sujets du groupe témoin (17%). Les adolescents du groupe clinique ont plus souvent tendance à réprimer leur subjectivité et à mettre davantage en avant leur perception du vécu de leur frère ou sœur.

- Des difficultés pour se positionner dans l'avenir apparaissent plus fréquemment chez les sujets du groupe clinique (46%) que chez les sujets du groupe témoin (21%).

Un défaut d'investissement d'objet est observé chez 6 adolescents de fratrie avec autisme contre 3 adolescents témoins. Une oscillation entre des représentations différentes difficiles à stabiliser est observée chez 5 adolescents de fratrie avec autisme contre 2 adolescents témoins.

Les sujets du groupe témoin font majoritairement preuve d'une projection argumentée avec intégration de leurs désirs personnels et des contraintes externes, alors que pour les sujets du groupe clinique les situations paraissent davantage contrastées : tandis que certains parviennent à construire des projets cohérents et structurés avec intégration de leurs expériences de vie,

d'autres au contraire présentent des projets ambigus qui semblent résonner avec des attentes extérieures. Les représentations ne tiennent pas toujours entre elles, la projection dans l'avenir peut générer un doute identitaire important. A noter que ces situations contrastées sont davantage marquées pour les adolescents âgés entre 16 et 18 ans.

Les critères isolés au Rorschach permettent eux aussi de valider cette hypothèse :

- Le F% simple est significativement plus élevé dans le groupe clinique par rapport au groupe témoin ($t=2.29$, $p>0.05$), le F% élargi l'est dans une moindre mesure ($t=1.96$, $p>0.1$).

- Parallèlement, le F+% simple est significativement plus faible dans le groupe clinique par rapport au groupe témoin ($t=-2.21$, $p>0.05$), et le F+% élargi discrimine encore davantage les deux groupes ($t=-3.87$, $p>0.001$).

Ces résultats révèlent une tentative défensive face aux émergences fantasmatiques ou d'affects généralement moins opérante chez les sujets du groupe clinique, et peuvent traduire un risque de faux-self plus important dans ce groupe.

A noter toutefois que la dispersion des scores demeure relativement élevée dans les deux groupes quel que soit l'âge, ce qui amène à nuancer les résultats.

Les données issues de l'activité d'écriture ne permettent pas vraiment de valider cette hypothèse :

Les sujets ayant répondu à cette activité développent un scénario cohérent dont les représentations énoncées tiennent entre elles. Le narrateur est généralement positionné dans sa relation avec le frère imaginé. Une dynamique temporelle est introduite donnant des perspectives à la relation établie (exemple Sophie : « j'adore cette nouvelle sœur et je resterai toujours avec elle »). Seul Alban met en scène un narrateur en position d'observateur passif, et ne propose aucun dénouement à son histoire.

Nous noterons une activité de symbolisation davantage développée chez les sujets du groupe clinique, qui peut traduire une tentative de sublimation de leur vécu personnel.

Les non réponses soulèvent un questionnement : correspondent-elles à un simple refus face à une tâche qui peut paraître fastidieuse ? Ne traduisent-elles pas dans certains cas une difficulté pour construire et mettre en sens leur pensée dans un récit qui les engage à produire quelque chose qui les caractérise ?

H3.3 Souffrance psychique et décompensation somatique

L'hypothèse H3.3, explorant *la souffrance psychique réactivée* et *le risque de déliaison somatique*, attendus plus fréquents chez les adolescents de fratrie avec autisme, tend à être **en partie vérifiée par les critères isolés au TAT** :

Concernant l'expression des affects face aux planches, une moindre qualité de la liaison affects-représentations caractérise les réponses des sujets du groupe clinique.

Le nombre moyen de planches où l'affect est exprimé est identique dans les deux groupes de sujets. En revanche, le nombre moyen d'affects liés à une représentation en accord avec le contenu latent est significativement plus faible dans le groupe clinique par rapport au groupe témoin ($t=-3.5$, $p>0.01$).

Les critères isolés au Rorschach permettent de vérifier clairement l'hypothèse posée :

Nous observons une mentalisation plus souvent déficitaire, et des manifestations somatiques de l'angoisse plus fréquentes chez les adolescents de fratrie avec autisme.

Le nombre moyen d'affects est significativement plus faible dans le groupe clinique par rapport au groupe témoin ($t=-2.14$, $p>0.05$). C'est surtout le nombre d'affects de plaisir qui discrimine les deux groupes ($t=-2.54$, $p>0.01$).

Quant au nombre moyen d'affects contrôlés par la forme ou liés à une représentation qui les contient, celui-ci apparaît très nettement inférieur chez les sujets du groupe clinique par rapport aux sujets du groupe témoin ($t=-5.12$, $p>0.001$).

Enfin, le nombre moyen de manifestations de stupeur, acting in, acting out, est significativement supérieur dans le groupe clinique ($\chi^2=4.2$, $p>0.05$), même si la dispersion des scores apparaît plus importante dans ce groupe.

Les critères isolés au R-CMAS ne permettent pas vraiment de valider cette hypothèse :

Le score moyen à la sous-échelle Anxiété physiologique ne permet pas de différencier les deux groupes. Seul le sous-groupe des adolescents témoins âgés entre 13 et 15 ans présente une anxiété physiologique plus élevée ($m=12$) avec des scores homogènes (écart-type = 1.41). Pour les autres sous-groupes la moyenne se situe autour d'une valeur proche de 9 avec un écart-type à près de 4 points.

Compte-tenu du score moyen à l'échelle de mensonge, significativement plus important dans le groupe clinique ($t=2.57$, $p>0.02$), nous pouvons supposer que les adolescents de ce groupe ont

sous-évalué leur anxiété physiologique dans le but de présenter une image idéalisée d'eux-mêmes.

Aussi, peut-on considérer que les adolescents témoins tendent à éprouver une moindre anxiété physiologique au fil de l'âge, alors que les adolescents de fratrie avec autisme peuvent éprouver davantage de tensions au niveau de leur corps que ce qu'ils n'expriment à travers ce questionnaire.

Les données de l'entretien clinique permettent d'étayer cette hypothèse :

Aucune souffrance psychique n'est verbalisée pour plus de la moitié des adolescents des deux groupes (58% des sujets du groupe clinique, 75% des sujets du groupe témoin). Lorsqu'elle est exprimée, cette souffrance psychique est généralement associée à la nature des relations avec les différents membres de la famille (place occupée par chacun au sein du groupe familial, relations aux parents qui peut se conflictualiser).

Dans le cas du groupe clinique, cette souffrance peut être attribuée directement aux caractéristiques du handicap du frère ou de la sœur autiste, à son impact sur la dynamique familiale, à la gêne éprouvée en public ; elle peut dans d'autres cas demeurer à l'état brut et se traduire à travers un mal-être indéfini. Au fil de l'âge, les affects reliés au vécu de l'enfance sont davantage conceptualisés dans un mouvement de prise de distance. Avec du recul, une angoisse avec traduction corporelle peut être verbalisée dans certains cas.

Nous noterons parallèlement une absence de congruence entre les représentations des parents et l'expression des adolescents pour 5 sujets du groupe clinique : pour 3 d'entre eux les parents estiment que l'adolescent réprime ses affects alors que celui-ci parvient à les exprimer en entretien individuel, pour 2 autres les parents estiment que l'adolescent manifeste une forte sensibilité alors qu'en entretien celui-ci ne l'exprime pas. Ces observations vont dans le sens des analyses de Gardou (1997) qui soulignent le risque de « non-dit » dans ces familles.

Examen de H3 : positionnement en tant que sujet et élaboration de projets d'avenir

| Sous-hypothèses | Nos attentes chez les adolescents de fratrie avec autisme ... | Résultats |
|---|---|--|
| H3.1 Equilibre moi-idéal / idéal du moi, impact sur l'estime de soi | <ul style="list-style-type: none"> - problématique d'impuissance à la planche 1 non reconnue (TAT) - difficulté pour se dégager de la problématique réactivée (TAT) - préoccupations massives pour la famille, les études et l'avenir (entretien) - accroissement du score à la sous-échelle Préoccupations sociales (R-CMAS) - accroissement du score global (SEI) - accroissement du score à l'échelle de mensonge (SEI) | <p>confirmé non confirmé confirmé non confirmé non confirmé confirmé</p> |
| H3.2 Appropriation de son histoire et construction de projets d'avenir | <ul style="list-style-type: none"> - difficulté pour exprimer sa subjectivité (entretien) - difficulté pour se positionner dans l'avenir (entretien) - F% simple et élargi élevé, F+% simple et élargi faible (Rorschach) - difficulté pour développer un scénario cohérent (activité d'écriture) | <p>confirmé confirmé confirmé non confirmé</p> |
| H3.3 Souffrance psychique et décompensation somatique | <ul style="list-style-type: none"> - répression des affects (TAT) - moindre qualité de la liaison affects-représentations (TAT) - répression des affects (Rorschach) - mentalisation des affects déficitaire (Rorschach) - manifestations somatiques de l'angoisse (Rorschach) - score à la sous-échelle Anxiété physiologique (R-CMAS) - score à l'échelle de mensonge (R-CMAS) - difficulté pour verbaliser la souffrance psychique | <p>non confirmé confirmé confirmé confirmé confirmé non confirmé confirmé bonne tendance</p> |

2. Discussion et interprétation des résultats

H1 : Difficulté pour s'engager dans le travail narcissico-objectal en direction de l'autre sexué

Globalement, le rapport narcissico-objectal paraît particulièrement ébranlé chez les adolescents ayant un frère ou une sœur autiste. La réactivation de la problématique œdipienne, et surtout celle du processus de séparation-individuation, semblent avoir un impact sur la représentation qu'ils se construisent d'eux-mêmes.

Les données recueillies avec l'ensemble des outils sélectionnés indiquent une fragilité des assises narcissiques et une difficulté pour réaliser le deuil des objets de l'enfance. L'investissement narcissique de soi apparaît davantage atteint chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans (Rorschach). L'intégration psychique du corps en transformation, tâche qui caractérise cette étape de l'adolescence (Jeammet et coll., 2001), pourrait être particulièrement éprouvante pour ces sujets. Des défenses importantes sont souvent érigées pour tenter de donner une bonne image de soi (R-CMAS).

Le désengagement par rapport aux identifications de l'enfance semble poser problème. Les repères identificatoires apparaissent mal assurés. Le remaniement des identifications ne concerne que les identifications secondaires et ne met pas en péril les identifications primaires. Le sentiment d'identité est maintenu (entretien) mais les prises de positions sexuées s'avèrent difficiles et souvent neutralisées (TAT). Au-delà de l'organisation œdipienne qui paraît peu structurante, c'est surtout l'accès à une identité subjective qui peut être perturbé. Le mouvement de défusion et de séparation par rapport aux imagos de l'enfance n'est pas toujours clairement assumé. Le détachement des figures parentales peut être éprouvant (TAT, entretien) et l'investissement de la sphère sociale peu aisé (SEI, entretien).

Les déplacements des investissements et des identifications paraissent souvent difficiles et viennent révéler la force du lien aux objets de l'enfance et la menace que représente la perte d'un certain type de relation.

Les modalités des relations objectales peuvent, quant à elles, être imprégnées des particularités de l'autisme en montrant ponctuellement des replis et une protection émotionnelle qui réduisent sensiblement le lien à l'objet. La dynamique relationnelle est le plus souvent teintée de

spécularité, d'idéalisation, renvoyant à la fonction d'étayage de l'objet, ou impliquant des mouvements d'agressivité débordante (TAT et Rorschach). L'agressivité apparaît le plus souvent réprimée ou subie (Rorschach). Les schèmes relationnels intériorisés durant l'enfance (comportement de sollicitude, de réparation) tendent à se perpétuer et à se reproduire en dehors de la sphère familiale.

Les relations objectales vers l'extérieur semblent plus particulièrement être affectées par la fragilité des assises narcissiques. Les difficultés de mise en relation avec autrui, versus le besoin impérieux de multiplier les relations, traduisent une angoisse d'abandon sous-jacente. Cet investissement objectal apparaît d'autant plus déstabilisant que l'investissement narcissique est fragile. Le moindre enclin à rechercher la présence de l'autre peut être rapproché également du faible degré d'interaction avec le frère ou la sœur autiste. Compte tenu de ses difficultés relationnelles, celui-ci ou celle-ci ne peut en effet ni apporter de soutien dans le réaménagement des imagos parentales, ni intervenir face au risque de repli narcissique fréquent à cette étape du développement.

Sans entrer dans un registre pathologique, l'analyse des données révèlent une fragilité des acquis antérieurs chez certains adolescents, qui se traduit tant sur le plan des rapports narcissiques que sur celui des rapports objectaux. Une période de plus grande vulnérabilité semble se dégager pour les adolescents âgés de 13 à 15 ans.

H2: Difficulté pour intégrer psychiquement l'expérience du corps en transformation

Il s'agit de l'hypothèse la plus clairement validée.

L'image du corps, dont la structuration est mise à l'épreuve par la flambée pubertaire, apparaît effectivement fragilisée chez les adolescents de fratrie avec autisme. Elle présente le plus souvent un faible degré de narcissisation, ainsi qu'une unité et une intégrité de moindre qualité. La construction d'une image du corps « capable de procréer » paraît affectée, l'accès peut en être parfois barré.

Les données recueillies à partir des différents outils convergent pour signifier une difficulté pour intégrer le vécu pubertaire sur un plan somato-psychique. C'est surtout la réactivation des pulsions agressives qui paraît difficile à élaborer (Rorschach). Le poids des pulsions agressives peut être relié au travail de séparation-individuation, mais aussi aux schèmes relationnels

intériorisés. D'une manière générale, apparaît un obstacle pour établir une logique de plaisir, avec contrôle du comportement et restriction des affects (entretien, Rorschach).

Au-delà du vécu d'étrangeté du corps en transformation qui peut entraîner une perte des repères et des limites (Birraux, 1994), l'image du corps de ces adolescents est souvent déformée voire détériorée (Rorschach, TAT). Cette atteinte de l'image du corps, dont l'ampleur évolue selon une disparité croissante au fil de l'âge, semblent traduire pour certains sujets une difficulté particulière pour intégrer la réactivation pulsionnelle laquelle peut signer l'empreinte de l'échange somato-psychique avec le frère ou la sœur autiste. Dans certains cas, la nature du dialogue tonico-émotionnel avec le frère ou la sœur autiste (Bullinger, 2004) intériorisée durant l'enfance pourrait faire écho avec le vécu pubertaire de l'adolescent et maintenir l'image du corps dans une position aliénante. A l'inverse, dans d'autres cas, le vécu pubertaire ne semble pas faire effraction et l'image du corps peut être éprouvée suffisamment contenante et demeurer intègre.

Concernant l'intégration de la génitalité dans une image du corps sexuée, les données recueillies à partir de l'entretien clinique révèlent un blocage fréquent face au projet de procréation. L'idée de donner naissance à un enfant handicapé semble refoulée. Une angoisse peut être projetée par les parents face à cette éventualité. Un long cheminement paraît nécessaire pour que l'adolescent parvienne à intégrer et exprimer cette représentation avec sérénité. Au-delà de l'angoisse face au risque génétique, l'inhibition observée semble révéler la difficulté à « faire coexister » sans culpabilité la crainte d'avoir un enfant atteint de la même pathologie que le frère ou la sœur autiste et l'expression d'un attachement à celui-ci ou celle-ci (Scelles, 2010).

Les éprouvés et les images du corps semblent fonctionner comme des failles pour certains adolescents. Cette représentation inconsciente du corps, construite dans l'interaction avec les personnes de l'entourage, pourrait avoir un impact sur la conception d'avoir un enfant.

Cet impact puiserait son origine à un double niveau :

- celui de l'échange somato-psychique avec le frère / la sœur autiste au fil de son développement ;
- celui de l'expérience relationnelle avec les parents et de leurs projections sur le développement de la fratrie.

H3 : Difficulté pour se constituer en tant que sujet de son existence et pour élaborer des projets d'avenir personnels

C'est au niveau de cette hypothèse que nous observons le plus de variations inter-individuelles. Selon le cas, peut apparaître des difficultés pour se dégager de l'emprise du pouvoir de l'autre, pour construire un espace psychique personnel ; ou peut apparaître au contraire une appropriation et symbolisation du vécu infantile et pubertaire avec édification de projets d'avenir dans un mouvement sublimatoire.

S'étant généralement conformé à une image idéalisée d'enfant soutenant et de frère protecteur, les adolescents de fratrie avec autisme éprouvent souvent des difficultés pour abandonner la position de toute puissance à laquelle ils ont pu s'identifier. Ils peuvent avoir recours à un moi-idéal omnipotent pour répondre aux exigences extérieures intériorisées (TAT). Des difficultés pour vivre à la hauteur des attentes perçues apparaissent dans certains cas (R-CMAS). Distinguer son propre point de vue des idéaux parentaux n'est pas toujours aisé et semble traduire parfois une dette difficilement solvable par rapport au vécu infantile (entretien). Le poids du surmoi pourrait empêcher le processus de différenciation entre soi et l'autre. Nous rejoignons Boucher (2006), selon qui les frères et sœurs de personnes handicapés sont souvent confrontés à un dilemme douloureux car « conquérir et affirmer son identité c'est se désengager du désir de solidarité fraternelle et familiale ».

Selon le cas, ces adolescents peuvent présenter une estime d'eux-mêmes plus ou moins affectée, se traduisant parfois par une angoisse face à leurs potentialités actuelles et à venir (entretien), ou au contraire par une attitude défensive à travers une image idéalisée d'eux-mêmes (SEI). Ces résultats peuvent être rapprochés des études anglo-saxonnes qui, selon la méthodologie employée, révèlent un niveau d'estime de soi plus ou moins important. Ils nous amènent à souligner la nécessité de discriminer une organisation identitaire en faux-self qui pourrait dissimuler le vrai-self (Winnicott, 1960), ou être érigée par défaut de construction d'un vrai self (Konicheckis, 2006), afin de tenter d'approcher la réelle nature de l'image de soi.

L'appropriation et l'inscription de son histoire dans des projets d'avenir personnels s'effectuent pour ces adolescents selon des trajectoires diverses. Tandis que certains répriment leur subjectivité ou expriment un doute identitaire important, d'autres au contraire font preuve d'une analyse fine de leurs désirs et pensées. Tandis que certains ne parviennent à se

positionner face à l'avenir, manifestent des projets en écho avec les attentes extérieures ou projettent un avenir angoissant sur un mode persécutoire, d'autres à l'inverse parviennent à s'engager dans un travail de sublimation de soi avec appropriation créatrice des différentes facettes de leur identité propre (entretien, activité d'écriture). Les projets de vie et/ou projets professionnels exprimés peuvent référer pour certains au handicap du frère ou de la sœur et renvoyer, comme l'a déjà souligné Scelles (2010), à une position de sujet plus ou moins aliénante vis-à-vis de l'objet fraternel.

Le contraste entre ces trajectoires s'accroît au fil de l'âge comme si pour certains adolescents un réel obstacle dans le processus de différenciation de l'autre venait entraver leur possibilité de subjectivation, alors que pour d'autres la construction identitaire avait pu s'établir de manière continue sans écueil et être remaniée au décours de la puberté. Aussi les résultats observés ici corroborent avec ceux de Ansen-Zeder (2010) pour qui l'expérience d'être frère ou sœur d'une personne handicapée mentale, au-delà des difficultés d'adaptation qu'elle induit, peut « favoriser l'émergence d'un processus de résilience ».

Enfin, concernant le risque de décompensation somatique, l'anxiété peut entraîner de façon ponctuelle des répercussions d'allure psychosomatique. Deux cas de figure sont là encore à distinguer : selon que les adolescents répriment leurs affects ou présentent une mentalisation affective déficitaire (TAT, Rorschach, entretien), expriment des manifestations somatiques de leur angoisse (Rorschach, entretien), résistent à verbaliser leurs tensions corporelles (R-CMAS) ; ou à l'inverse qu'ils parviennent à enclencher une symbolisation des affects éprouvés au cours de l'enfance et réactivés à l'adolescence.

L'évaluation d'éventuels signes de troubles somatiques n'est pas aisée même en prenant en considération les représentations des parents, compte tenu d'un défaut de communication fréquent dans ces familles.

3. Présentation de deux cas illustratifs contrastés : Pierre du groupe clinique et Clara du groupe témoin

Pour ce deuxième temps de l'analyse des résultats, nous avons fait le choix de nous centrer sur les données recueillies auprès de deux adolescents sensiblement du même âge pour représenter chacun des deux groupes étudiés :

- *Pierre, adolescent de 15 ans 3 mois, ayant un frère autiste âgé de 12 ans 6 mois, nommé Brice⁹, dont le père est informaticien et la mère bibliothécaire (annexe G, cas 11, p. 146) ;*
- *Clara, adolescente témoin de 14 ans 8 mois, ayant deux frères cadets âgés respectivement de 12 ans 2 mois et de 7 ans 1 mois, nommés Paul et Mathéo, dont le père est médecin et la mère infirmière (annexe H, cas 7, p. 402).*

Nous avons choisi ces deux cas compte tenu du haut degré d'investissement avec lequel ils se sont livrés au protocole, de leurs capacités à rendre compte de leur fonctionnement intrapsychique, et du lien intersubjectif qui a pu s'établir au fil des séances. Tous deux étaient scolarisés en classe de 3^{ème} de collège au moment de la rencontre. Leur frère cadet était scolarisé en 6^{ème} : dans le même établissement pour Clara, en UPI¹⁰ dans un établissement privé voisin pour Pierre. Pierre est suivi en psychothérapie par un psychologue depuis deux ans. C'est avec engouement que Pierre et Clara ont évoqué les relations nouées avec leur fratrie et l'évolution de la dynamique familiale. A noter dans les deux cas, un engagement personnel particulier de la part des parents : dans leur profession dans le cas de Clara (notamment son père), dans la création d'une association de parents ayant un enfant autiste dans le cas de Pierre.

La reprise systématique de nos trois hypothèses de travail à la lumière des scores et des réponses données par ces deux jeunes est le fil conducteur de cette analyse. Pour chaque hypothèse, nous comparons les données avec les mêmes indicateurs utilisés dans notre méthodologie de recherche, puis nous proposons une analyse du fonctionnement psychique singulier de chacun des deux sujets en utilisant une méthode de convergence des résultats à

⁹ Signes cliniques de l'autisme décrits annexe A p.

¹⁰ Unité Pédagogique d'Intégration. Les UPI ont été créées en 1995 pour favoriser l'intégration scolaire des élèves en situation de handicap ou de maladies invalidantes en établissement du 2nd degré. Elles ont été remplacées en 2010 par les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire dans le but de faciliter l'inclusion de ces jeunes dans leur classe de référence.

partir des différents outils. Compte tenu de la variabilité des situations et pour enrichir la présentation, nous citons au besoin l'exemple d'autres cas cliniques pour illustrer les résultats de notre étude comparative entre les groupes.

3.1 Examen de l'hypothèse H1 : travail narcissico-objectal en direction de l'autre sexué

H1.1.(a) Deuil des objets de l'enfance

• **TAT :**

- Sensibilité à la perte aux planches 3BM et 13B :

- **Pierre : 9 procédés de type C et E et 5 procédés de type A et B**

- **Clara : 3 procédés de type C et E et 6 procédés de type A et B**

Pierre et Clara présentent deux situations divergentes, avec un accroissement des procédés dans le registre des émergences des processus primaires et dans le registre narcissique chez Pierre, alors qu'un accroissement des procédés des registres « labilité » et « rigidité » apparaît chez Clara.

Nous pouvons noter pour Pierre un affect dépressif massif lié à une perte objectale totale à la planche 3BM (« *une personne qui a tout perdu ... qui est plus que triste ... vraiment angoissée ... qui se renferme sur elle-même* »), alors que Clara parvient à gérer plus soupagement le contenu latent de cette planche (« *là elle est triste ... elle va peut-être se couper les veines avec le ciseau ... un chagrin d'amour peut-être* »). En revanche, concernant la planche 13B, aucune résonance par rapport au sentiment de solitude n'apparaît chez chacun des deux sujets.

- Réaction aux planches 11, 19 et 16 :

- **Pierre : 8 procédés de type C et E et 7 procédés de type A et B**

- **Clara : 8 procédés de type C et E et 6 procédés de type A et B**

Cet indicateur ne permet pas de différencier clairement la situation de Pierre et celle de Clara.

Au-delà des types de procédés d'élaboration du discours utilisés, il est toutefois intéressant de noter que Pierre n'accepte pas la régression à la planche 11 contrairement à Clara, et que sa réponse à la planche 16 renvoie à une fragilité au niveau de la constitution de ses objets internes alors que Clara parvient à donner une réponse symbolisée à cette planche.

• **SEI :**

Equilibre entre le score aux différentes échelles :

- **Pierre : Social = 8, Famille = 8, Scolaire = 8**

- **Clara : Social = 8, Famille = 7, Scolaire = 6**

Le profil de Pierre et celui de Clara sont sensiblement différents. Tandis que Pierre présente une valorisation de soi identique dans chacun des domaines social, familial et scolaire, Clara met davantage en avant la sphère sociale ce qui est congruent avec la dynamique adolescente de recherche d'investissement extra-familial.

• **Entretien clinique :**

Ici, la situation de Pierre et celle de Clara divergent fortement :

Le discours de Pierre renvoie à une représentation de non changement dans l'investissement des objets parentaux, alors que celui de Clara renvoie à une prise de distance par rapport aux parents qui est vécue positivement (avec accès à plus de responsabilités et nécessité de gagner leur confiance). A noter que l'absence du père (pour des raisons professionnelles) est intégrée psychiquement par Clara (« *c'est un peu pour nous* ») avec accès à l'ambivalence (« *dès fois ça me dérange ... dès fois ça m'arrange* » (sourire)).

Tandis que Pierre fait part tout à la fois d'un élargissement de ses relations sociales et d'une angoisse d'abandon (« *j'ai peur des moqueries ... parce que je ne voudrais pas être seul* »), Clara n'évoque pas directement ses relations avec ses pairs mais semble être intégrée à un réseau d'amis stable (toujours entourée du même groupe d'amis et semble y jouer un rôle de leader, lorsque je la retrouve au collège pour nos entretiens).

H1.1.(b) Assises narcissiques

• **Rorschach :**

- Investissement narcissique à la planche V :

- **Pierre : 2 réponses avec projection de kinesthésies dont le contenu demeure**

neutre : « 1. *v une chauve souris ... (en train de voler puisque ses ailes sont à plat)*

2. *> un lapin qui bondit les pattes avant pliées les pattes arrières tendues (on ne voit pas ses oreilles) »*

- **Clara : 1 réponse sans kinesthésie avec contenu à valence négative :** « *^ on dirait une chauve-souris ... (la tête les grandes ailes noires car c'est un animal sombre de nuit ... la nuit le noir un peu comme un démon) »*

Les résultats de nos deux sujets divergent et ne vont pas dans le sens de l'hypothèse posée.

Ils peuvent être toutefois nuancés en tenant compte de l'attitude générale des sujets face au test : mouvement de contrôle de la part de Pierre alors que Clara s'est montrée davantage spontanée (associations fluides et labilité dans l'expression des sentiments).

L'exemple d'Oscar (cas clinique n°3, annexe G, p. 54) peut être davantage éclairant pour illustrer l'intérêt de cet indicateur : « *^ au milieu on dirait un papillon ... à côté on dirait la mâchoire d'un crocodile ... sûrement la mâchoire du crocodile veut s'échapper du papillon ... sûrement le papillon va se faire couper en deux ... la mâchoire pousse et va le couper en deux ...* ». Au-delà du critère de présence/absence de mouvement, il paraît important d'analyser la nature de la kinesthésie. Dans ce 3^{ème} cas, le mouvement est présent mais reflète l'interaction agressive dans une position sado-masochiste et révèle l'atteinte de l'image de soi.

- Représentations narcissiques :

- Pierre : 1 réponse atteinte-dépréciation et repli

aucune réponse représentation et valorisation

- Clara : 3 réponses atteinte-dépréciation et repli

2 réponses représentation et valorisation

Les critères retenus ne permettent pas de valider l'hypothèse posée. Cependant, au-delà de la nature des représentations narcissiques observées, nous pouvons remarquer un accroissement de ces réponses à valence narcissique chez Clara, alors qu'un étouffement de ces représentations peut être noté chez Pierre.

- Intégrité et degré de réalité ou de vie des représentations humaines :

- Pierre : 10 réponses humaines / 9 réponses humaines F- ou F+/-

5 réponses Hd / 3 réponse (H)

- Clara : 6 réponses humaines = 6 / 3 réponses humaines F- ou F+/-

aucune réponse Hd / 1 réponse (H)

Cet indicateur permet de discriminer clairement la situation de Pierre de celle de Clara.

Pierre est le sujet du groupe clinique qui présente la plus forte proportion de réponses humaines de forme mauvaise ou indéterminée. Ses réponses sont plus souvent parcellaires ou renvoient à des représentations humaines irréelles maléfiques traduisant la fragilité de ses assises narcissiques. Nous citons à titre d'exemple ses réponses à la planche 1 : « *1. ^ quelqu'un avec une grande capuche noire et des ailes de chaque côté ... uniquement sur un côté ... (ça a l'air de quelqu'un d'assez sombre pas vraiment quelqu'un de gentil) 2. sinon sur l'image totale y'aurait deux têtes* ».

• **R-CMAS :**

Score global d'anxiété :

- *Pierre : 65 (échelle de mensonge : 14)*

- *Clara : 57 (échelle de mensonge : 6)*

Cet indicateur permet lui aussi de discriminer clairement la situation de Pierre de celle de Clara. En effet, contrairement à Clara, Pierre obtient un score global d'anxiété qui se situe au-delà d'un écart-type de la moyenne de l'échantillon d'étalonnage et une note à l'échelle de mensonge qui peut être elle aussi considérée comme élevée (supérieure à 13). Ces résultats traduisent un état émotionnel troublé dans le cas de Pierre et incitent à approfondir l'investigation.

H1.2 Remaniement des identifications

• **TAT :**

- Procédés identificatoires :

- *Pierre : 6 procédés de type CI-2 / 1 de type CM-2 et E3-1 / 1 de type B3-3*

- *Clara : 2 procédés de type CI-2 / aucun de type CM-2 et E3-1 / aucun de type B3-3*

C'est surtout la fréquence des procédés référant à l'anonymat des personnages (CI-2) qui différencie nos deux protocoles, alors que les deux autres indicateurs apparaissent de manière non significative dans chacun des deux cas.

- Proximité avec le contenu des planches renvoyant à la structure œdipienne :

- *Pierre : 1 planche où la structure œdipienne est abordée*

15 procédés de type C et E / 15 procédés de type A et B

- *Clara : 1 planche où la structure œdipienne est abordée*

11 procédés de type C et E / 14 procédés de type A et B

Les données observées ne permettent pas de différencier nos deux protocoles. Clara et Pierre ont tous deux une tendance à vouloir éviter de traiter la structure œdipienne des planches la suggérant.

• **Rorschach :**

A l'exception de l'indice d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles (I.E.S. = 2 dans les deux cas), les indicateurs isolés avec cet outil discriminent clairement nos deux protocoles.

- Contenu associé aux kinesthésies humaines :

- Pierre : 2 réponses K et kp / 1 dont le contenu est indéterminé ou ambigu

- Clara : 4 réponses K et kp / 0 dont le contenu est indéterminé ou ambigu

Le nombre de kinesthésies humaines est plus faible et le contenu plus souvent indéterminé ou ambigu chez Pierre. Nous citons sa réponse à la planche 7 comme valeur d'exemple : « *deux visages qui se regardent ... mais je ne sais pas des visages de quoi (ça pourrait être un lapin avec les oreilles ici mais elles ne sont pas bien placées ... ça pourrait être des personnes si on enlève la partie là)* ».

- Nature des identifications sexuées :

- Pierre : 2 identifications M / aucune identification F / 5 identifications non précisées

- Clara : aucune identification M / 2 identifications F / 1 identification non précisée

Le nombre d'identifications non précisées est nettement supérieur dans le cas de Pierre. Nous pouvons souligner la récurrence du thème du « visage » répété à trois reprises sans identification sexuée associée. La prise de position est également esquivée avec un choix indifférencié et asexué pour la planche paternelle et la planche maternelle (« *la 3 on pourrait dire les deux parents* »).

H1.3 Mode de relation objectale

• TAT :

Procédés rendant compte de la dynamique relationnelle :

- Pierre : 7 procédés de type B1-1, B3-2, A2-4 / 12 procédés de type CN5, CN-2, CM-1, E2-3

- Clara : 5 procédés de type B1-1, B3-2, A2-4 / 5 procédés de type CN5, CN-2, CM-1, E2-3

Un accroissement du nombre de représentations renvoyant à la specularité, à l'idéalisation de la relation, à la fonction d'étayage de l'objet ou impliquant des mouvements d'agressivité débordante, apparaît clairement dans le protocole de Pierre comparativement à celui de Clara.

Nous pouvons illustrer ces résultats à partir des réponses données par nos deux sujets à la planche 10 :

- Pierre : « *ce serait plutôt deux amis ... celui qui se trouve plus en hauteur murmure quelque chose à l'autre ami ... on a l'impression que la personne d'en bas a besoin de réconfort et que la personne du haut justement la réconforte en lui murmurant à l'oreille* ».

Débutant sa projection par une représentation spéculaire de deux personnages indifférenciés, Pierre met en scène une relation de dépendance pour traduire le percept observé.

- **Clara** : « on dirait que l'homme il dit un truc d'amour ou quelque chose pour la rassurer... lui dit qu'il sera toujours là pour elle ou quelque chose dans le genre ».

Clara, quant à elle, parvient à projeter une représentation de couple hétérosexué dans une relation à la fois d'amour et d'étayage.

• **Rorschach** :

- Répression de l'agressivité :

- **Pierre** : *6 réponses passives et potentielles / 1 réponse active*

- **Clara** : *3 réponses passives et potentielles / aucune réponse active*

Le poids des pulsions agressives apparaît plus marqué dans le protocole de Pierre, avec une agressivité qui se manifeste quasi exclusivement sur le mode de la répression. Nous pouvons mentionner à titre d'exemple sa réponse à la planche 6 : « un pistolet de science fiction ... et au dessus un char de guerre » dans une forme mal vue.

Le protocole d'Alix (cas clinique n°4, annexe G, p. 66), dans lequel cet indicateur présente une ampleur considérable, mérite d'être cité ici : « ça ressemble à une espèce de loup ... un loup méchant ... y'a un visage qui est malheureux un vampire et c'est tout ... » (planche 1). L'agressivité potentielle peut être associée à un éprouvé douloureux.

- Mode d'entrée en contact avec l'objet

- **Pierre** : *8 actions subies, thèmes de destruction, images en miroir / 4 interactions positives*

- **Clara** : *3 actions subies, thèmes de destruction, images en miroir / 7 interactions positives*

L'équilibre entre interactions positives et négatives s'établit inversement dans nos deux protocoles. La projection à la planche 7 permet d'illustrer cette différence :

- **Pierre** : « deux visages qui se regardent ... » (relation de miroir)

- **Clara** : « deux femmes qui vont s'embrasser » (interaction positive sexuée avec bonne identification)

Les réponses données par Oscar (cas clinique n°3, annexe G, p. 54) fournissent des exemples explicites d'actions subies :

- planche 4 : « *des espèces de tube qui prennent son pouvoir ... son énergie* »
- planche 6 : « *sûrement y'a plusieurs animaux qui veulent s'échapper* » (méthode associative : *sûrement on va tomber par derrière ... sûrement en accrochant sur un arbre et on tombe ... en dessous on voit nos mains qui sortent et derrière c'est nos pieds et au dessus c'est des branches d'arbres ... et on voit le tronc des arbres*) ». Le thème de chute révèle ici la menace qui pèse sur un équilibre anaclitique fragile.

• **Entretien clinique :**

Pierre comme Clara entretiennent une relation de proximité avec leur fratrie. Tous deux peuvent présenter une attitude maternelle envers leur(s) frère(s) cadet(s). A noter que cette relation fraternelle devient de plus en plus empreinte de complicité dans le cas de Clara (« *on partage presque tout* »), alors qu'elle s'établit davantage sur un mode unilatéral éducatif dans le cas de Pierre (« *on a les mêmes jeux ... je lui ai appris beaucoup de choses* »). Tandis que Clara parvient à analyser rétroactivement l'évolution de cette relation, Pierre présente un refoulement des souvenirs infantiles.

La relation aux parents est associée à une représentation de bonne entente et un besoin de les protéger dans le cas de Pierre (« *j'ai l'impression que j'ai envie de les protéger aussi ... ils ont assez de soucis avec Brice* »). Clara exprime davantage d'opposition à ses parents (« *mes parents c'est la crise d'adolescence !* ») et y associe des sentiments ambivalents (« *ça va mieux depuis deux ans quand même ... mais ça va bien quand même* »).

Analyse du fonctionnement psychique de Pierre et de Clara

L'équilibre narcissico-objectal s'établit différemment chez chacun de nos deux sujets.

La dynamique de perte objectale paraît difficile à assumer pour Pierre et suscite une angoisse d'abandon (TAT, entretien). Même si tous les indicateurs ne convergent pas, Pierre présente un faible investissement narcissique de lui-même et a tendance à recourir majoritairement à des défenses narcissiques (fréquences des procédés CN au TAT, gel pulsionnel, recours à l'idéalisation au Rorschach). Cette angoisse d'abandon semble réactivée par une succession de situations de perte (rejet du frère, d'un ami, rejet peut-être ressenti initialement dans la relation à ses parents) qui à chaque fois entraîne une atteinte narcissique.

Dans le cas de Clara, la perte d'objet est reconnue et peut-être symbolisée (TAT). Le processus de séparation peut être exprimé et paraît intégré (entretien). Ses assises narcissiques apparaissent globalement plutôt solides.

Concernant le remaniement des identifications, c'est surtout la capacité à s'engager dans des identifications sexuées qui discriminent la situation de nos deux sujets.

Nous observons une difficulté commune à traiter la structure œdipienne, avec évitement du conflit (TAT), laquelle peut être inhérente à la réactivation pulsionnelle pubertaire caractéristique de leur tranche d'âge. En revanche, autant Clara parvient à s'engager dans des identifications conformes à son sexe, autant Pierre manifeste une indétermination voire une ambiguïté face à cette problématique (TAT, Rorschach). Ces données fournies par les tests projectifs semblent d'ailleurs faire écho au doute qu'il exprime en entretien concernant une éventuelle identité homosexuelle. Cette impossibilité à prendre position pourrait se rapprocher de la difficulté à accepter la perte objectale et à renoncer à l'ambisexualité infantile. Elle pourrait traduire aussi des repères identificatoires au départ mal assurés dans un contexte où les objets parentaux n'ont pu jouer leur rôle de supports identificatoires dans la structuration œdipienne. L'émergence d'une angoisse à la fois face au processus de séparation et face au choix d'une identification sexuelle définie nous conduit à considérer l'intrication des problématiques narcissique et œdipienne dans le cas de Pierre.

Enfin, la dernière sous-hypothèse concernant le mode de relation objectale différencie clairement nos deux sujets.

Clara parvient à jouer sagement entre ses investissements libidinaux et agressifs, alors que Pierre semble davantage pris dans une dynamique agressive coercitive (Rorschach, TAT). Le lien à l'autre s'établit aisément pour Clara avec accès à l'ambivalence des sentiments, alors qu'il suscite des conflits intrapsychiques forts chez Pierre (tests projectifs, entretien). Le regard de l'autre est difficilement soutenable pour lui et entraîne une remise en cause personnelle perpétuelle.

Ces modalités relationnelles semblent particulièrement liées à la qualité des assises narcissiques pour nos deux sujets : autant nous pouvons déduire un impact positif de l'investissement de soi sur la relation d'objet chez Clara, autant chez Pierre nous observons un sentiment d'insécurité avec effet délétère sur la relation à l'autre. L'équilibre narcissico-objectale est atteint dans son cas au prix d'une lutte acharnée entre mouvement de retrait narcissique et tentative de restauration de l'image de soi.

3.2 Examen de l'hypothèse H2 : intégration psychique du corps en transformation

H2.1 Degré d'élaboration et de narcissisation de l'image du corps

• Rorschach :

- Charge pulsionnelle de l'image du corps :

- **Pierre** : $F+\% = 50$, $TRI = 1/1$ *coartatif*

1 affect de plaisir et 1 affect de déplaisir, contrôlés par un élément formel

- **Clara** : $F+\% = 75$, $TRI = 4/3$ *introversif et dilaté*

11 affects de plaisir et 9 affects de déplaisir, contrôlés par un élément formel

L'ensemble des critères retenus permet de discriminer la situation de Pierre par rapport à celle de Clara dans le sens de l'hypothèse posée.

Un moindre contrôle de la réalité externe apparaît chez Pierre avec un $F+\%$ plus faible (formes vagues ou non conformes à la réalité perceptive), traduisant une moindre délimitation entre le soi et le non soi. Nous observons chez nos deux sujets un processus de mise à distance soutenu par l'imaginaire et l'intellectualisation, appuyé sur des références culturelles qui imprègnent la littérature et les jeux adolescents :

- **Pierre**, planche 4 : « un espèce de mage noir (par exemple dans le seigneur des anneaux ... ça ressemble un peu la couronne avec des pics) »

- **Clara**, planche 6 : « une sorcière qui lit un manuscrit ... (elle est en colère elle cherche à faire un mauvais sort) ».

Cependant dans le cas de Pierre des fluctuations avec une représentation de soi parfois non cohérente sont à noter :

- **Pierre**, planche 8 : « ici je vois un assez gros félin ... et ici deux bras avec 4 doigts ».

Le TRI est davantage rétracté dans le cas de Pierre avec une inhibition des dispositions réactionnelles pouvant renvoyer à un vécu traumatique non élaboré. Dans le cas de Clara apparaît au contraire une souplesse défensive avec une sensibilité à des aspects différents de la tâche.

Même s'ils accèdent à l'ambivalence et se montrent capables de contrôler leurs sentiments, nos deux sujets gèrent différemment l'expression de leurs affects : cette expression

demeure particulièrement retenue chez Pierre, alors que Clara extériorise aisément ses sentiments et parvient à développer la liaison affects-représentations à la méthode associative.

Exemple planche 10 :

- **Pierre** : « un visage (à la fois on a l'impression qu'il sourit et ses yeux montrent qu'il n'est pas content ou énervé) / méthode associative : ça pourrait faire penser aux hamsters qui sont là mais eux sont plus gentils »

- **Clara** : « tous les sentiments qu'on a ... l'amour la joie quand on est triste ... la vie la mort un peu / méthode associative : c'est un peu ma personnalité ... quand on passe de tous les sentiments qu'on peut avoir ... beaucoup d'amour pour les gens de la joie de l'amitié ... rêver »

- Equilibre expression pulsionnelle / agressivité :

- **Pierre** : 6 réponses renvoyant à l'expression pulsionnelle / 7 à l'agressivité

- **Clara** : 7 réponses renvoyant à l'expression pulsionnelle / 3 à l'agressivité

L'expression pulsionnelle apparaît davantage infiltrée d'agressivité chez Pierre. Nous pouvons noter une moindre qualité de l'investissement libidinal dans son cas.

- Degré de symbolisation des pulsions sexuelles et des pulsions agressives :

- **Pierre** : I.E.S. des pulsions sexuelles = 2, I.E.S. des pulsions agressives = 0,8

Planches 2 et 3 : évitement du rouge

- **Clara** : I.E.S. des pulsions sexuelles = 2, I.E.S. des pulsions agressives = 1,5

Planches 2 et 3 : traitement réussi du rouge

C'est surtout le degré de symbolisation des pulsions agressives qui différencient nos deux sujets. Les réponses chargées d'agressivité sont à la fois plus nombreuses et moins bien symbolisées dans le cas de Pierre. Inversement, le traitement du rouge peut être intégré chez Clara contrairement à Pierre.

Exemple planche 2 :

- **Pierre** : « des visages de chien de profil ... c'est tout »

- **Clara** : « on dirait un peu deux cœurs (ce serait les sentiments ... on dirait que le cœur se recolle ... comme s'ils avaient eu une période énervée et ça se recolle) »

• Entretien :

Nos deux sujets se montrent capables de s'impliquer à la fois verbalement et corporellement dans l'échange. La position occupée par Pierre traduit cependant un mal-être somato-psychique

à travers un discours qui peut être parfois confus et des acting in (rougeurs) à certains moments de l'interaction. Clara, au contraire, adopte une position d'ouverture et une aisance dans la relation tout au long de l'entretien.

H2.2 Empreinte de l'échange somato-psychique avec le frère

• TAT :

- Echo au handicap du frère :

- Pierre : aucun procédé de type E1.3 / 1 procédé de type E1.4

- Clara : aucun procédé de type E1.3 et E1.4

Seul Pierre présente une fausse perception avec une projection du négatif (*planche 5 : « elle se rend compte que cette personne ne va pas bien ou qu'elle a eu un problème un accident ... »*) révélant l'intégration psychique de l'atteinte de l'autre. A noter que cette représentation suscite une angoisse contre laquelle le sujet se défend par des procédés rigides de type obsessionnel (formation réactionnelle : *« son mari s'était efforcé de ranger un peu tout »*, affects minimisés : *« elle est étonnée »*).

- Unité et limite de l'image de soi :

- Pierre : 8 procédés de type E2.2 et CL

- Clara : 1 procédés de type E2.2

Cet indicateur discrimine très clairement la situation de Pierre de celle de Clara.

La seule évocation d'un mauvais objet chez Clara apparaît *planche 11* et témoigne d'une capacité à accepter la régression sans désorganisation.

Dans le cas de Pierre au contraire, la projection du mauvais objet est associée à des représentations massives agressives signant la perte de distance avec l'objet (*planche 8BM. : « un enfant qui a fait un cauchemar ou alors qui a un mauvais souvenir de quelque chose ... qui a même peut-être été traumatisé par ce souvenir puisqu'on a l'impression qu'il y repense encore ... (?) la torture et le meurtre de son père ... on a l'impression qu'il voudrait venger son père »*). Par ailleurs, le recours au clivage et l'appui sur le sensoriel révèlent chez lui une fragilité de structuration interne et un besoin de contenance.

• **Rorschach :**

- Image du corps (grille de Rausch de Trautenberg) :

- **Pierre : 5 réponses intègres / 6 réponses atteintes** (dont 4 renvoyant à la castration primaire) / **3 réponses partielles / aucune réponse fragmentaire**

- **Clara : 7 réponses intègres / 2 réponses atteintes** (renvoyant à la castration primaire) / **aucune réponse partielle / 1 réponse fragmentaire**

Un accroissement du nombre de réponses atteintes et partielles apparaît clairement pour Pierre contrairement à Clara. Les réponses atteintes, recouvrant le plus souvent des images dysmorphiques hybrides ou avec connotation d'anormalité, renvoient chez lui à une défaillance narcissique. A noter que dans le cas de Clara la thématique des contenus anatomiques fait écho à l'investissement qu'elle porte pour la profession de son père.

L'exemple de Stanislas (annexe G, cas 16, p.215) nous paraît intéressant ici pour illustrer le type de réponses fragmentaires renvoyant directement à l'atteinte corporelle :

- planche 5 : « un papillon dont on a écrasé les ailes » (angoisse de morcellement)

- planche 7 : « un poteau avec un drapeau moitié déchiré » (angoisse de cohésion de soi).

- Morcellement et indifférenciation entre soi et l'objet (grille de Sanglade) :

- **Pierre : 14 contenus morcelés / 10 contenus unitaires**

problèmes de différenciation : 2 contenus unilatéraux, 1 scène de guerre, 1 thème du double

- **Clara : 11 contenus morcelés / 9 contenus unitaires**

problèmes de différenciation : 3 thèmes du double

De même, nous observons ici un accroissement du nombre de contenus morcelés plus marqué chez Pierre par rapport à Clara.

Quant aux problèmes de différenciation, ils renvoient dans le cas de Clara exclusivement au thème du double et peuvent se comprendre sous l'angle de la problématique narcissique inhérente au processus d'adolescence. Dans le cas de Pierre, ces problèmes renvoient davantage à une centration unilatérale sur la planche et donc à une difficulté à prendre en compte la globalité du stimulus et à accéder à l'unification.

- Score Barrière /Pénétration :

- **Pierre : 3 réponses « barrière » / 4 réponses « pénétration »**

- **Clara : 1 réponse « barrière » / 3 réponses « pénétration »**

Nous observons dans les deux cas une prépondérance du nombre de réponses « pénétration », mais le score apparaît nettement plus dilaté dans les deux pôles chez Pierre : il traduit des limites plus fragiles et une nécessité plus importante de se défendre contre l'excitation externe dans son cas.

H2.3 Idée d'avoir soi-même des enfants

Les données recueillies concernant cette troisième sous-hypothèse convergent pour nos deux sujets. L'idée d'avoir des enfants est évoquée spontanément en entretien et aucune angoisse de procréation ne transparaît aux tests projectifs.

Nous pouvons souligner toutefois la légèreté avec laquelle Clara aborde cette représentation (« *des enfants j'aimerais bien en avoir juste deux ... je ne me suis encore jamais trop posé la question* »), alors que pour Pierre l'idée de concevoir une famille entre en résonnance avec son angoisse de séparation vis-à-vis des objets parentaux (« *j'aimerais avoir une femme et des enfants mais j'aimerais aussi être proche de ma famille* »).

Analyse du fonctionnement psychique de Pierre et de Clara

L'expérience du corps en transformation est vécue selon des modalités diverses par nos deux sujets.

Pierre révèle une représentation confuse de son corps. Il s'efforce de contenir l'expression de ses pulsions dans un mouvement de rétention, et recourt à de nombreux mécanismes de défense de type obsessionnel (TAT et entretien). L'image de son corps apparaît faiblement érotisée avec une difficulté particulière à gérer la réactivation des pulsions agressives. Elle revêt une moindre intégrité avec un contenu parfois mal structuré et des limites mal assurées. (Rorschach). Son vécu somato-psychique est rapproché de celui de son frère (« *l'impression de s'étouffer ... il fallait que je fasse répéter ... pour me rassurer ... je me suis rendu compte que ça ressemblait à ce que mon frère vivait* »), et semble traduire une difficulté pour se dégager de son environnement et par rapport auquel ses propres limites peuvent être ressenties comme floues. L'image de son corps semble à la fois atteinte dans sa dimension narcissique et porter l'empreinte de l'interaction avec le frère autiste.

Clara, au contraire, parvient à une expression claire de ses mouvements pulsionnels sans désorganisation. L'image de son corps est investie libidinalement, et unifiée avec prise en

compte des états internes et externes clairement délimités. Le « moment du miroir » se rejoue souplement avec un corps vécu comme objet total qui se trouve à la fois sous son propre regard et qui devient sujet du regard de l'autre.

La représentation de procréation est accessible par nos deux sujets. Elle réactive toutefois une angoisse de perte objectale dans le cas de Pierre. La possibilité d'avoir un enfant handicapé n'est pas envisagée. C'est surtout la prise de distance avec son environnement familial qui préoccupe Pierre à l'idée de constituer sa propre famille. A nouveau la qualité du narcissisme semble convoquée ici, et c'est surtout l'investissement narcissique de l'image du corps qui fait défaut dans la construction d'un projet sexué.

3.3 Examen de l'hypothèse H3 : positionnement en tant que sujet et élaboration de projets d'avenir

H3.1 Nouvel équilibre moi idéal et idéal du moi, impact sur l'estime de soi

• TAT :

Modalité de l'idéal du moi à la planche 1 :

- **Pierre : reconnaissance de la problématique d'impuissance mais difficulté pour s'en dégager :** « il a l'air pensif en regardant son violon ... il a envie de créer une chanson ... mais il ne voit pas ce qu'il pourrait faire ... il se force à essayer de trouver quelque chose mais il n'y arrive pas ... ça doit peut-être l'énerver »
- **Clara : absence de désir sans dégagement envisagé :** « il s'ennuie ... il a la flemme de faire du violon ... »

L'absence de désir dans le cas de Clara est un moyen d'admettre l'immaturité en se protégeant de son angoisse. Pierre paraît davantage en prise avec une angoisse de castration difficilement négociable sous le poids d'un surmoi exigeant.

• Entretien :

Pierre comme Clara ressentent un sentiment de responsabilité vis-à-vis de leur fratrie. Cependant, ce sentiment de responsabilité est accompagné de préoccupations massives pour la famille et d'un besoin impérieux d'aider les parents dans le cas de Pierre contrairement à Clara.

Celui-ci nous semble au prise avec un moi idéal coercitif (« *ma plus grosse peur c'est de ne pas être parfait partout mais je sais qu'on ne peut pas être parfait* »), alors que Clara parvient plus aisément à se dégager du désir des parents pré-œdipiens et à construire un idéal porteur de projets personnels.

• **R-CMAS :**

Score à la sous-échelle « Préoccupations sociales » / à la sous-échelle « Mensonge » :

- **Pierre : 7/14**

- **Clara : 7/6**

Le score à la sous-échelle « Préoccupations sociales » est très faible et identique pour nos deux sujets. A la lecture du score obtenu à l'échelle « Mensonge », ce score prend toutefois une toute autre valeur chez Pierre par rapport à Clara. Il nous renvoie au contraire dans son cas à la quête d'une image idéale de soi.

• **SEI :**

Score à l'échelle « Total » / score à l'échelle « Mensonge » :

- **Pierre : 47/5**

- **Clara : 44/0**

Nous pouvons formuler le même type de remarque pour cet indicateur. Dans le cas de Pierre, le score global à l'échelle d'estime de soi particulièrement élevé (classe supérieure 5/5) mérite d'être nuancé au vu du score à l'échelle « Mensonge ». Inversement, pour Clara, la note à l'échelle « Mensonge » permet d'accorder une fiabilité au score obtenu à l'échelle « Total » (classe intermédiaire 4/5).

H3.2 Appropriation de son histoire et construction de projets d'avenir

• **Rorschach :**

Risque de faux-self :

-**Pierre : F% simple = 71 / F% élargi = 100**

F+% simple = 50 / F+% élargi = 45

- **Clara : F% simple = 25 / F% élargi = 69**

F+% simple = 75 / F+% élargi = 73

Ces indicateurs discriminent clairement la situation de nos deux sujets dans le sens de l'hypothèse posée, avec un F% simple et élargi élevé et un F+% simple et élargi faible dans le cas de Pierre contrairement à Clara.

La tentative défensive face aux émergences fantasmatiques ou d'affects est moins opérante chez Pierre, elle révèle la construction d'un faux-self dans son cas.

• **Entretien :**

Nos deux sujets se montrent capables d'analyser finement leur positionnement subjectif. Toutefois Pierre, à la différence de Clara, exprime un doute important relatif à sa construction identitaire. Son identité sexuée lui renvoie un questionnement angoissant auquel il ne sait répondre (*« je ne pense pas être homosexuel mais j'ai peur de ce qu'on peut penser de moi avec mes cheveux longs ... j'aime bien avoir les cheveux longs mais souvent je suis obligé de me répéter « je ne suis pas homosexuel » ... »*), et il se montre conscient de développer un faux-self dans ses interactions avec autrui (*« je ne me montre pas toujours comme je suis mais comme les autres voudraient »*).

Nos deux sujets manifestent une capacité à élaborer des projets d'avenir argumentés. Leurs projets respectifs s'inscrivent dans une dynamique altruiste, mais la nature de leurs motivations personnelles semble diverger : autant Clara exprime l'aspiration à soigner autrui dans un mouvement d'identification à son père avec appropriation de ses désirs propres (*« pédiatre ... mon père est médecin en gériatrie ... je trouve que c'est bien mais je préférerais garder le contact avec les jeunes ... »*), autant Pierre formule un projet de profession de santé dans un mouvement de réparation (*« vétérinaire ... j'aimerais bien les sauver les aider essayer de faire le bien autour de moi »*) entrant en résonance avec l'idéal pré-œdipien qu'il a intériorisé.

L'exemple de Jean (annexe G, cas clinique n°22, p. 302) mérite d'être cité en parallèle à celui de Pierre pour illustrer la capacité de projection à long terme, dans un mouvement de sublimation de soi, chez certains adolescents de fratrie avec autisme : *« déjà ma maison en ville ... ma marraine vit en ville et quand j'y vais ça me plaît ... une famille avec deux enfants et une femme ... et puis un métier dans le droit ... notaire ou avocat ... (avocat ?) le côté justice ... le droit des affaires ... tout ce qui est économique ... les maths je préfère ... avocat d'entreprise pour les comptes d'une entreprise ... (notaire ?) les responsabilités qu'on a vis-à-vis de ses clients ... les choses qu'on a le droit de faire ... l'immobilier ... ça touche tous mes centres d'intérêts »*. Ici peut se lire la possibilité de création à partir d'une démarche d'intégration des expériences et de mise en sens des différents intérêts personnels dans un projet unificateur de soi.

H3.3 Souffrance psychique éprouvée et risque de décompensation

• **TAT :**

- *Pierre : 7 planches où sont exprimés des affects / 3 dont l'affect est lié à une représentation en accord avec le contenu de la planche*
- *Clara : 4 planches où sont exprimés des affects / 4 dont l'affect est lié à une représentation en accord avec le contenu de la planche*

Même si Pierre exprime plus souvent ses affects face aux planches, nous observons une moindre qualité de la liaison affects-représentations dans son cas.

• **Rorschach :**

- *Pierre : 1 affect de plaisir et 1 affect de déplaisir, contrôlés par un élément formel
3 manifestations de stupeur, 2 acting out*
- *Clara : 11 affects de plaisir et 9 affects de déplaisir, contrôlés par un élément formel aucune manifestation somatique*

Ici le nombre d'affects est significativement plus faible dans le cas de Pierre. Il est intéressant de noter parallèlement le poids des manifestations somatiques de son angoisse, ce qui n'apparaît pas chez Clara.

• **R-CMAS :**

Score à la sous-échelle « Anxiété physiologique » / score à la sous-échelle « Mensonge » :

- *Pierre : 5/14*
- *Clara : 11/6*

Nos sujets occupent deux positions antagonistes : le faible niveau d'expression des tensions corporelles mérite d'être nuancé dans le cas de Pierre par le score élevé à la sous-échelle « Mensonge » ; inversement dans le cas de Clara le score moyen à la sous-échelle « Anxiété physiologique » peut paraître normatif et fiable au vu de la note obtenue à la sous-échelle « Mensonge » (nettement inférieure à 13).

• **Entretien :**

Ici Pierre verbalise directement les traductions somato-psychiques de son angoisse (« j'ai eu des angoisses ... l'impression de s'étouffer ... j'avalais pour que ça passe ... en 6^{ème} 5^{ème} c'était les autres que je faisais répéter ... c'est de cette année que je me répète ... pour me renforcer »). Il parvient à donner une signification aux éprouvés de son enfance dans l'après-coup (« ça vient du fait que je

voulais essayer d'aider mes parents en plus du fait que je me sentais rejeté ... maintenant j'arrive à m'occuper de mon frère et de moi et j'arrive à faire la différence »). En revanche, il manifeste des difficultés importantes pour intégrer ses éprouvés actuels (« c'était surtout une souffrance physique maintenant c'est plutôt dans ma tête ... je n'ai pas osé en parler à mon psy »).

Inversement, Clara n'exprime aucune souffrance psychique.

Analyse du fonctionnement psychique de Pierre et de Clara

Le processus de subjectivation s'établit différemment chez nos deux sujets avec une difficulté plus ou moins importante pour se positionner en tant que sujet de son existence.

L'appropriation de ses pensées et désirs propres, de son identité propre, génère un doute important chez Pierre. Celui-ci se positionne dans une quête d'image idéalisée de soi (R-CMAS, SEI, entretien) et manifeste une difficulté pour se désaliéner de la toute puissance du surmoi (TAT, entretien) laquelle peut entraîner des comportements défensifs compulsifs. Il peut recourir à la construction d'un faux-self pour dissimuler son vrai self éprouvé trop fragile, et traite le doute identitaire ressenti par des obsessions récurrentes. Ses projets d'avenir révèlent un pseudo-idéal du moi qui semble traduire une dette familiale contre laquelle il peine à se dédouaner.

Clara, au contraire, parvient à se différencier des figures parentales et à s'engager dans des projets d'avenir personnels (entretien). Elle manifeste aucune préoccupation particulière par rapport aux attentes extérieures (R-CMAS), et présente une estime d'elle-même solide (SEI).

La souffrance psychique réactivée à l'adolescence est difficilement gérable pour Pierre. Selon les outils proposés, peut apparaître une répression des affects (Rorschach) ou une mentalisation affective déficitaire (TAT). L'angoisse éprouvée, difficile à élaborer, peut provoquer des manifestations psychosomatiques plus ou moins avouables (rétention de l'expression des tensions corporelles au R-CMAS, compulsion de répétition non révélée au psychologue).

A l'inverse, Clara parvient à exprimer et symboliser aisément ses affects. Dans son cas, le processus adolescent ne semble pas induire de désorganisation particulière.

3.4 Dimension transféro-contre-transférentielle de la rencontre

La dynamique de la rencontre s'est articulée autour d'une problématique très différente avec l'un et l'autre des deux sujets présentés. Autant Pierre a répondu à la demande dans un mouvement d'identification à l'objet de la recherche et d'élucidation de sa propre situation personnelle, et a positionné d'emblée le chercheur dans une fonction d'aide et d'élaboration du savoir. Autant Clara a répondu à la recherche dans un mouvement altruiste (« c'est pour vous c'est pour que vous avanciez dans ce que vous cherchez ») et par identification à l'étudiant chercheur (« moi si je faisais une recherche sur une maladie ou un truc comme ça je serais contente qu'y ait des gens qui viennent donc je suis venue. ») en projetant un idéal à l'endroit de l'Université.

Dans les deux cas, un transfert positif s'est opéré faisant jouer au psychologue chercheur un rôle de figure parentale pour Pierre, et /ou de figure fraternelle pour Clara.

Après quelques difficultés pour entrer en résonance, la relation intersubjective avec Pierre a conduit celui-ci à une libération émotionnelle et a impliqué pour le psychologue chercheur à la fois d'occuper une fonction contenante (Poussin, 2005) et de résister aux désirs de répondre directement à sa demande d'aide. La relation ainsi nouée a révélé la dépendance aux objets parentaux et les affects attachés à cette relation d'objet. Un moyen de gérer le contre-transfert maternant a été alors d'encourager le sujet à poursuivre sa démarche avec le psychologue qui le suit en psychothérapie.

Le transfert est apparu davantage ambivalent avec Clara : exprimant une admiration par rapport au milieu universitaire, Clara a d'abord investi le psychologue chercheur en tant que modèle dans une perspective de poursuite d'études, mais s'est montrée également capable ensuite de ressentir un jugement critique par rapport à l'intervention de celui-ci (« je pensais que ça parlerait plus des frères et sœurs »). Les processus d'identification et de différenciation, à l'œuvre dans la construction du lien fraternel, ont été éprouvés ici par le psychologue chercheur, renvoyé à sa position d'« aîné » dans la fratrie et aux affects divergents qui y sont associés. L'attitude ambivalente de Clara, en congruence avec les sentiments qu'elle a manifesté à l'égard de ses parents et notamment de son père (passionné par son métier mais peu disponible pour sa famille) a renvoyé également le psychologue chercheur à sa propre relation filiale et l'a conduit à approcher les conditions d'acceptation de la séparation et d'intériorisation d'un objet maternel suffisamment bon (Winnicott, 1970).

A signaler, au-delà des résistances parfois difficiles à lever, un transfert plus négatif qui s'est agi avec quelques sujets, révélant par là-même la nature des affects qui pouvaient être réprimés et les difficultés psychologiques sous-jacentes.

Nous citons l'exemple de Mathilde (annexe G, cas clinique n°8, p. 114) dont l'attitude fuyante nous a semblé signifier la peur de l'autre et de ses propres éprouvés dans la relation. Le psychologue a pu être vécu inconsciemment « comme un inquisiteur qui vient épier les relations interdites » (Chiland, 2002) et susciter la projection de sa propre agressivité qu'elle ne veut/peut reconnaître. Didier (annexe G, cas clinique n°18, p. 250), qui véhiculait quelque chose d'indicible dans la relation intersubjective, a provoqué à l'endroit du psychologue un sentiment de rejet et une sensation de vide, lui révélant lui aussi ses propres éprouvés dans le rapport à l'autre et sa difficulté pour les dépasser. L'intérêt manifesté par le sujet eu égard au protocole de recherche et la pesanteur qui régnait sur le processus intersubjectif nous a amené à prendre conscience du poids de l'expérience infantile et du besoin d'aide qui peut être exprimé indirectement.

3.5 Conclusion concernant ces deux cas contrastés

Cette analyse de deux cas contrastés, l'un appartenant au groupe des adolescents ayant un frère ou une sœur autiste, l'autre à celui des adolescents témoins, nous a permis de mettre à nouveau à l'épreuve nos trois hypothèses théoriques et de les confirmer.

Elle nous a permis également d'être le plus possible à l'écoute d'une parole qui se voulait authentique, d'éprouver la pertinence des outils sélectionnés en prenant en compte les données qualitatives au-delà des indicateurs isolés, et de mettre en exergue l'interdépendance des hypothèses posées.

Chez Pierre, apparaît une difficulté majeure pour réaliser le deuil des objets de l'enfance (tant celui de l'objet-corps que celui des imagos parentaux), et pour se tourner vers l'autre sexué. L'image du corps est atteinte dans son unité et son intégrité : elle reflète à la fois un moindre investissement narcissique de soi et un trouble dans l'investissement d'autrui. La dialectique de subjectivation est entravée par la difficulté pour accepter de perdre les premiers objets et suscite la formation de symptômes psychosomatiques sous le poids d'un surmoi intolérable.

Chez Clara, au contraire, apparaît un équilibre dans le rapport narcissico-objectal. L'intégration psychique du corps en transformation s'effectue aisément, l'image du corps étant investie libidinalement et renvoyant à un moi clairement délimité. Son positionnement subjectif reflète l'inscription de son vécu personnel dans une continuité articulant le passé et la projection dans l'avenir.

Cependant, cette démarche ne doit surtout pas nous amener à perdre de vue les 46 autres protocoles, riches de toutes leurs « petites différences » qui font la vie et l'originalité de chacun de ces adolescents. (Ces protocoles se trouvent reproduit dans leur intégralité en annexes G et H.)

CONCLUSION

1/ Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques

Notre approche comparée permet de dégager assez nettement une spécificité dans la construction de la représentation de soi des adolescents de fratrie avec autisme.

Les remaniements psychiques observés chez ces adolescents de fratrie portent l’empreinte du contexte autistique dans lequel ils évoluent. Les différentes composantes de la représentation de soi sont davantage altérées. Elles traduisent une fragilité des acquis antérieurs et une difficulté particulière dans le processus de construction identitaire. La phase adolescente, en tant que période charnière dans l’histoire du sujet, revêt un caractère singulier pour ces membres de fratrie.

Une constellation de traits spécifiques apparaît plus ou moins fortement selon les sujets. Le vécu des fratries peut s’exprimer différemment et s’avère parfois difficile à appréhender : le poids de l’inhibition chez certains adolescents peut cacher une souffrance indicible et ne permet pas toujours d’approcher directement les hypothèses posées.

Nous synthétisons ci-dessous les résultats les plus intéressants pour chaque hypothèse :

1. Le sentiment de continuité d’existence est assuré mais des altérations peuvent apparaître tant sur le plan des assises narcissiques que sur celui des relations objectales.

La constitution des objets internes n’est pas toujours solidement établie, et la perte ressentie à l’adolescence semble renvoyer à une carence éprouvée durant l’enfance. Difficilement élaborable, cette perte peut déstabiliser en retour l’investissement narcissique de soi souvent déjà fragilisé. L’intériorisation de relations précoces peu rassurantes et la construction d’identifications infantiles troublées a pu induire une difficulté pour s’engager dans la structuration œdipienne qui refait surface à l’adolescence. Les modalités prises par les relations objectales traduisent les troubles relationnels ressentis durant l’enfance en termes d’individualisation fraternelle, de gestion de l’agressivité, de besoin d’étayage ou d’idéation. Le réaménagement de ses modes relationnels et l’investissement en direction de l’autre extra-familial s’avèrent d’autant plus coûteux que le lien aux objets de l’enfance - à la fois objets parentaux infantiles et objet fraternel - est fort, et que l’investissement narcissique de soi est fragilisé.

Le remaniement induit par l'avènement pubertaire peut ainsi provoquer une complexification des rapports narcissico-objectaux et mettre à jour une position dépressive qui pouvait être latente durant l'enfance.

2. L'intégration psychique du corps en transformation peut être particulièrement malaisée.

Les sensations et émotions actuelles réveillent les images refoulées du corps. Chargées d'agressivité et souvent atteintes dans leur intégrité, elles reflètent les schèmes relationnels infantiles intériorisés et révèlent une difficulté pour établir des limites claires par rapport à l'environnement extérieur.

Construite dans l'interaction avec les personnes de l'entourage, cette représentation inconsciente du corps semble avoir un impact sur la conception d'avoir un enfant. L'expérience relationnelle avec les parents, les projections qu'ils véhiculent, ainsi que l'échange somato-psychique avec le frère ou la sœur autiste transparaissent dans l'image qu'ils se construisent de leur corps face à la procréation. L'émotion rattachée à cette image peut être difficilement élaborable. Ceci nous amène à nous interroger sur la nature du partage qui s'établira entre le futur parent, dont le corps peut être imprégné du contexte autistique, et l'enfant à venir.

3. Le processus de subjectivation s'élabore selon des modalités diverses.

A un extrême, la dialectique peut ne pas être enclenchée : il s'agit d'adolescents qui ne parviennent à abandonner la position de toute puissance à laquelle ils s'étaient identifiés durant l'enfance et qui recourent à un moi-idéal omnipotent pour répondre aux exigences extérieures intériorisées. Le poids du surmoi empêche le processus de différenciation entre soi et l'autre, et peut entraîner une atteinte de l'estime de soi. Ces adolescents ressentent un doute identitaire et se trouvent bloqués dans la construction de leur histoire personnelle : soit dans un mouvement conformiste aux idéaux parentaux soit dans un mouvement répulsif avec projection d'un objet persécuteur, mouvement qui révèle dans les deux cas la massivité de l'angoisse ressentie face à la dynamique de séparation. Lorsque le mal-être ne peut ni être élaboré sur un plan psychique ni être exprimé sur un plan comportemental, apparaissent des avatars somatiques qui signent la faillite du processus de subjectivation face à l'avènement pubertaire.

A l'autre extrême, la dialectique enclenchée favorise un travail de sublimation : ce sont des adolescents qui se dégagent de leur position infantile et accèdent à un idéal du moi porteur de projets personnels. L'appropriation et la symbolisation de leur vécu infantile débouchent sur un « penser » différent : une signification et une dimension personnelle sont attribuées à leurs

expériences infantiles, lesquelles sont structurées et mises en cohérence pour édifier une représentation de sujet en devenir et donner une force à leur projet d'avenir.

La dichotomie entre ces deux positions s'accroît au fil de l'âge chez les adolescents de fratrie avec un enfant autiste, à la différence des adolescents témoins qui occupent généralement une position intermédiaire. Ces positions contrastées dépendent essentiellement de la manière dont le sujet a pu gérer la double problématique d'identification/différenciation avec le frère ou la sœur autiste et de séparation psychique avec les parents.

Globalement, les frères et sœurs de personnes autistes semblent pris dans un modus operandi familial qui induit des fragilités narcissiques qui doivent être gérées et négociées au long cours. Sans entrer dans un registre psychopathologique, ces frères et sœurs présentent à l'adolescence une représentation d'eux-mêmes plus ou moins atteinte selon la qualité initiale de la dynamique familiale et les possibilités de remaniement identificatoire dans le lien avec les différents membres de la famille. Près d'un tiers des sujets rencontrés présentent des troubles de l'adaptation avec recours à des défenses rigides et coûteuses pour le fonctionnement mental. Les pré-organisations établies pendant l'enfance en termes de relations narcissico-objectales et d'image du corps se projettent à l'adolescence dans des configurations variables : au-delà d'une période de plus grande vulnérabilité (13-15 ans), les trajectoires des adolescents rencontrés divergent considérablement, témoignant de la force d'un processus de résilience plus ou moins à l'œuvre selon les cas.

2/ Critiques sur la démarche et le travail

Notre travail présente certaines limites et certains biais à prendre en compte dans une recherche ultérieure pour affiner la démarche entreprise. Dans l'après-coup, nous discutons certains critères méthodologiques et théoriques qui gagneraient à être précisés dans le but de mettre à l'épreuve plus finement nos hypothèses de travail.

Au niveau de la constitution des échantillons, l'effectif des groupes demeure restreint et certaines caractéristiques de la population pourraient être davantage contrôlées.

Concernant l'enfant autiste, nous avons considéré les signes cliniques observés par les parents, les frères et sœurs, et/ou les personnes soignantes. L'observation directe de ces signes à partir d'outils tels que l'échelle de Vineland (Sparrow, 1986) ou l'ADI-R (Autism Diagnostic

Interview Revised, Rutter, 1989) aurait pu permettre de décrire de manière systématique la variété des symptômes présents et d'en tenir compte dans l'analyse de l'impact possible sur le développement psychique des frères et sœurs. Le degré de handicap, l'évolution des signes pathologiques de l'enfant autiste, tout comme les modalités de sa prise en charge, impliquent en effet des situations familiales différentes et peuvent interférer sur le vécu des frères et sœurs. Homogénéiser ces caractéristiques relatives à l'enfant autiste pourrait sans doute permettre de réduire la variabilité des observations réalisées au niveau des fratries. Le contrôle de ces caractéristiques n'a cependant pu être effectué dans le cadre de cette thèse car il aurait représenté un coût trop important pour constituer des échantillons de sujets de taille suffisante pour tester les hypothèses posées.

Concernant la fratrie elle-même, le mode de repérage des sujets diffère entre le groupe clinique et le groupe témoin et peut constituer un biais méthodologique. Ce mode de repérage a été ainsi défini afin de favoriser l'accès aux sujets : le recours aux associations de parents et aux structures médico-sociales nous a permis de constituer aisément notre échantillon clinique à partir de l'enfant autiste ; le recours aux structures scolaires nous a permis de repérer des fratries témoins dans une population tout venant. Cette deuxième méthode pourrait être appliquée pour harmoniser la constitution des deux échantillons mais supposerait une enquête auprès d'une population beaucoup plus importante (à noter une contrainte importante : les équipes scolaires et notamment les personnels de santé, ne connaissent pas toujours les caractéristiques des familles et ne peuvent les communiquer). Le lieu de rencontre peut constituer lui aussi un biais potentiel à signaler. Selon le cas, le cadre scolaire ou familial peut revêtir une connotation particulière pour le sujet et induire une restriction ou normalisation de son discours. Le choix d'un lieu neutre permettrait d'éviter ce biais. Par ailleurs, la variable « même sexe » ou « sexe différent » de celui du frère ou de la sœur n'a elle non plus pas été contrôlée (là encore pour des raisons économiques liées au temps imparti pour la thèse). Elle pourrait être prise en compte dans des recherches ultérieures étant donnée l'influence reconnue de cette variable sur le processus d'identification à l'autre (Wintgenz, 2008).

Au niveau des outils méthodologiques sélectionnés, la mise en œuvre de certains d'entre eux s'est révélée complexe malgré les tentatives d'aménagement opérées. La possibilité donnée aux sujets de développer leur pensée en dehors du temps alloué à l'investigation a été rarement utilisée. Tant les épreuves projectives que les échelles de mesure de l'anxiété et de l'estime de soi proposées au cours des deux rencontres ont permis de favoriser l'expression de chacun en fonction de sa sensibilité au-delà de l'entretien initié, le cadre transitionnel recherché à partir de

l'activité d'écriture s'est avéré quant à lui davantage contraignant pour les raisons analysées précédemment (p. 123 et 151). Une standardisation des conditions de cette épreuve avec réalisation en présence de l'examineur et temps limité dans le cadre d'une séance pourrait assurer la production de données et faciliter leur analyse. Un tel dispositif ne correspondrait cependant plus tant à un espace de rêverie et limiterait le travail de représentation du sujet : les représentations de soi et d'affects risqueraient d'en être appauvries.

Enfin, certains indicateurs d'opérationnalisation retenus pour tester nos hypothèses pourraient être affinées pour préciser comment les pré-organisations établies pendant l'enfance se projettent à l'adolescence chez les frères et sœurs de personnes autistes.

Le recueil des traces rétrospectives du vécu infantile à partir du discours narratif (entretien avec l'adolescent, ses parents dans le groupe clinique), pour apprécier le développement psychique du sujet en relation avec les membres de sa famille, peut revêtir un caractère approximatif.

Les critères isolés pour rendre compte de la représentation de soi nous donnent des informations précises sur la qualité globale du fonctionnement identitaire du sujet. Ces critères ne permettent cependant pas de discriminer suffisamment clairement quelles conditions psychiques initiales participent à la construction identitaire de ces membres de fratries à l'adolescence. Ils ne nous permettent pas de déterminer dans quelle mesure les éléments inhérents à cette période spécifique s'articulent à ceux existants pour enclencher un travail d'appropriation de soi, ou à l'inverse provoquer des troubles identitaires.

Nous tentons de répondre à ces critiques dans notre dernier paragraphe.

3/Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques

Il nous paraîtrait opportun de pouvoir poursuivre notre démarche en renforçant notre cadre théorique et méthodologique de recherche.

Sur le plan de nos hypothèses théoriques, une description plus fine des modalités de la problématique juvénile, prenant en compte les obstacles tant externes (liés à l'environnement familial et social) qu'internes (liés au fonctionnement psychique du sujet) à l'œuvre dans le processus adolescent, pourraient nous permettre de définir plus précisément les déterminants qui distinguent les adolescents qui parviennent à s'engager dans un travail d'intégration de soi de ceux qui présentent des difficultés dans leur construction identitaire. Cette description, à partir d'une auto et hétéro-évaluation du sujet, nous permettrait de spécifier les conditions de

la mise en œuvre d'un processus de résilience à l'adolescence (Lighezzolo-Alnot et De Tychey, 2004).

Sur un plan méthodologique, une étude longitudinale de la construction identitaire de l'enfance à l'âge adulte nous permettrait de clarifier les continuums développementaux afin d'identifier les précurseurs et les traitements nécessaires en cas de troubles identitaires. Observer les aspects sémiologiques évolutifs avec l'âge, tant au niveau du développement de la personne autiste qu'au niveau de ses frères et sœurs, pourraient nous permettre d'analyser l'impact de la présence de la personne autiste sur le fonctionnement psychologique de la fratrie à chaque étape du développement. Cette analyse des transformations identitaires sur un échantillon déterminé de sujets suivi de l'enfance à l'âge adulte nous permettrait de caractériser à la fois la genèse de la représentation de soi de la fratrie et la manière dont celle-ci mentalise après coup son expérience. Notre recherche nous conduit naturellement à nous interroger sur la manière dont la fratrie va pouvoir concrétiser ses projets personnels, professionnels et familiaux, sur l'influence de ses liens fraternels dans la construction de sa future position parentale (Metz, Thévenot, 2007). C'est à l'ensemble de ces questions que cette démarche permettrait de répondre.

Enfin, nous soulignons l'intérêt que présenterait la comparaison avec d'autres conditions de fratries. Une analyse croisée avec deux échantillons de sujets supplémentaires, le premier constitué de fratries avec une personne handicapée physique (moteur ou sensoriel), le second constitué de fratries avec une personne handicapée mentale (trisomie 21, retard intellectuel), nous donnerait les moyens de dégager précisément l'impact spécifique de l'autisme sur la construction identitaire des frères et sœurs.

Notre thèse montre la nécessité de prendre en compte la variabilité des fonctionnements psychologiques individuels pour comprendre le développement des adolescents qui grandissent auprès d'un frère ou d'une sœur autiste. Le concept de représentation de soi nous offre un modèle de grille de lecture qui nous paraît particulièrement pertinent dans un but de prévention primaire et secondaire face au risque de troubles identitaires à l'adolescence. L'évaluation des modalités prises par les différentes composantes de la représentation de soi peut en effet permettre d'observer l'apparition d'éventuelles difficultés surgissant ou se complexifiant à l'adolescence.

Nous assistons à une prise en compte croissante de la fratrie de la personne handicapée tant de la part des soignants que des parents sensibilisés à la question du lien fraternel. Or, l'attention

accordée, les soutiens proposés au cours de l'enfance tendent à s'estomper à l'adolescence, période où pourtant peuvent s'opérer certains remaniements identitaires, et lorsque des dispositifs sont mis en place ceux-ci sont le plus souvent envisagés dans le but d'améliorer l'harmonie familiale et non pour contribuer directement au bien être de la fratrie. Au-delà du silence généralement manifesté par ces membres de fratrie à l'adolescence, il nous paraît important de pouvoir proposer une diversité de méthodes d'expression dont pourra s'emparer chacun en fonction de son mode de fonctionnement psychologique.

Comme le souligne Scelles (2007, 2009), des dispositifs d'aide souples doivent être proposés au cas par cas (groupes parole, psychothérapies individuelles ou familiales). A l'adolescence, plus qu'à toute étape du développement, doivent être prises en compte les ressources et fragilités du sujet pour construire un protocole adapté en fonction des besoins de celui-ci. Une attention parallèle et précise de la part des spécialistes du handicap peut constituer un levier préventif considérable. Une vigilance particulière doit être portée à l'évolution des relations objectales de ces jeunes pour éviter qu'elles ne se cristallisent dans une position aliénante pour le sujet. Une prise de conscience du corps doit être recherchée avec liaison des émotions au vécu corporel pour favoriser l'intégration d'une image de soi en devenir. Conjointement aux pratiques d'échanges intersubjectifs, nous préconisons l'utilisation d'outils médiateurs pour favoriser un questionnement personnel et un travail de construction intrapsychique : les échelles d'anxiété et d'estime de soi, les tests projectifs, au-delà de leur valeur diagnostique, nous paraissent indiqués pour amener le sujet à s'interroger sur son propre positionnement subjectif, à symboliser son vécu et à devenir acteur de son histoire personnelle. L'activité d'écriture peut constituer un moyen thérapeutique intéressant permettant de décharger une partie de l'excitation pulsionnelle et des états affectifs par une mise en forme de l'activité fantasmatique. Il s'agirait de privilégier un mode d'intervention plus ou moins directif, d'introduire un cadre plus ou moins structuré/structurant dans une visée de soutien ou de soin selon la problématique/la demande du sujet.

Au-delà du corps médico-psychologique, notre démarche se veut contribuer à une sensibilisation auprès des adultes interagissant avec la fratrie tant à un niveau social que scolaire. Educateurs et enseignants peuvent jouer un rôle de tuteur dans l'expression des motivations et des choix chez les jeunes. Ces tuteurs potentiels doivent être conscients de l'impact du contexte familial sur la construction de la personnalité des adolescents ayant un frère ou une sœur handicapé(e), et veiller à soutenir chez ceux-ci une dynamique de confiance en soi et de projection personnelle dans l'avenir. Une attention discrète et éclairée de leur part peut contribuer grandement à l'épanouissement individuel de chacun de ces jeunes.

Bibliographie

- ALMODOVAR J.P. (1981). « Les expériences fraternelles dans le développement de l'enfant », in M. Soulé (éd.), *Frères et sœurs*, Paris, ESF, 29-43.
- ALMODOVAR J.P. (1986). Construction et économie des liens fraternels. *Groupe familial*, 111, 6-21.
- ALMODOVAR J.P. (1998). « Penser les expériences fraternelles », in B. Camdessus (éd.), *La fratrie méconnue. Liens de sang, liens de cœur*, Paris, ESF, 51-70.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson, 2003 pour la traduction française.
- ANASTHANASIOU-POPESCO C. (2003). *Le narcissisme : de soi à l'autre*. Paris, Delachaux et Niestlé S.A..
- ANDRE-FUSTIER F. (2002). Les adaptations familiales défensives face au handicap. *Le divan familial*, 8, 13-24.
- ANSEN-ZEDER E. (2010). *Altérité traumatique, adaptation, résilience : être frère ou sœur d'une personne en situation de handicap mental*. Université de Franche Comté, Thèse de Doctorat en Psychologie.
- ANZIEU D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 8, 195-209.
- ANZIEU D. (1981). *Le corps de l'œuvre*. Paris, Gallimard.
- ANZIEU D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris, Dunod.
- ANZIEU D. et al. (1993). *Les contenants de pensée*. Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (1994). *Le Penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris, Dunod.
- ANZIEU D. et CHABERT C. (2005). *Les méthodes projectives*. Paris, PUF.
- ANZIEU D. et CHABERT C. (2007). *Psychanalyse des limites*. Paris, Dunod.
- ARNOUX D. (1999). La conscience d'identité. Constitution du semblable à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, 4, 1237-1249.
- ASSOULINE M. (1995). Autisme et psychoses infantiles. *Les cahiers du CTNERHI*, 67-68, 131-157.
- AULAGNIER P. (1978). *Les destins du plaisir*. Paris, PUF.
- AUSSILLOUX C. et BARTHELEMY L. (2005). « Evolution des classifications de l'autisme. Leur intérêt et leurs limites actuelles » in B. Golse et P. Delion (éd.), *Autisme : Etat des lieux et horizons*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 17-38.

- AZOULAY C., EMMANUELLI M., RAUSCH DE TRAUBENBERG N. et coll. (2007). Les données normatives françaises du Rorschach à l'adolescence et chez le jeune adulte. *Psychologie clinique et projective*, 13, 371-409.
- BARAK-LEVY Y., GOLDSTEIN E. et WEINSTOCK M. (2010). Adjustment characteristics of healthy siblings of children with autism. *Journal of Family Studies*, 16, 2, 155-161.
- BARON-COHEN S. et al. (2006). The development of siblings of children with autism at 4 and 14 months: Social engagement, communication and cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 511-23.
- BASQUIN M. et BRACONNIER A. (1982). « L'enfant handicapé dans sa famille et sa fratrie », in M. Soulé (éd.), *Le jeune handicapé et sa famille, l'apport de la psychiatrie de l'enfant*, Paris, ESF, 36-45.
- BAUDELAIRE K. (2001). La dynamique familiale des adolescents de parents déprimés. *Perspectives Psy*, 40, 1, 28-34.
- BAUDIN M. (2007). *Clinique projective : Rorschach et TAT*. Paris, Hermann Editeurs.
- BEAUFILS B. (2009). *Statistiques descriptives appliquées à la psychologie*. Rosny-sous-Bois, Bréal.
- BEIZMAN C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Paris, Editions du Centre de psychologie appliquée.
- BENEDETTO P. (2009). *Statistiques en psychologie*. Levallois-Perret, Studyrama.
- BENONY H. et CHAHRAOUI K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, Dunod.
- BENDERIX Y. et SIVBERG B. (2007). Sibling's experiences of having a brother or sister with autism and mental retardation: a case study of 14 siblings from 5 families. *Journal of Pediatric Nursing*, 22 (5), 410-418.
- BERGER F. (2006). Mon père, ma mère, mes frères et mes sœurs. *Cahiers de psychologie clinique*, 27, 73-88.
- BERT C. (2006). *La fratrie à l'épreuve du handicap*. Ramonville Saint-Agne, Erès.
- BION W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, PUF.
- BIRRAUX A. (1994). *L'adolescent face à son corps*. Paris, Bayard.
- BIRRAUX A. (1997). De l'utilité et des limites du concept d'identité pour le psychanalyste. *Bulletin de psychologie*, 428, 181-184.
- BLANCHET A. (1989). Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modélisation du discours de l'interviewé. *L'année psychologique*, 89(3), 367-391.
- BLANCHET A. et GOTMAN A. (2010). *L'enquête et ses méthodes – L'entretien*. Paris, Armand Colin.

- BLOMART J. (1998). *Le Rorschach chez l'enfant et l'adolescent : étude génétique et liste de cotation des formes*. Paris, Editions et applications psychologiques.
- BOIZOU M. F., CHABERT C. et RAUSH DE TRAUBERBERG N. (1978). Représentation de soi, identité, identification au Rorschach chez l'enfant et l'adulte. *Bulletin de Psychologie*, 32, 271-277.
- BOSZORMENYI-NAGY I. (1973). *Invisible Loyalties*. New York, Harper and Row.
- BOUBLI M. (2003). Corps protecteur du soma à l'adolescence. *Adolescence*, 44, 355-369.
- BOUBLI M. (2009). *Corps, psyché et langage – Chez le bébé et l'enfant autiste*. Paris, Dunod.
- BOUCHER N. et DEROME M. (2006). « La liberté d'être et de rêver des frères et sœurs d'enfants atteints de myopathie : une recherche », in C. Bert (éd.), *La fratrie à l'épreuve du handicap*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 61-88.
- BOUMA R. et SCHWEITZER R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 722-730.
- BOURGUIGNON O. (1995). « Le processus de recherche », in O. Bourguignon et M. M. Bydlowski (éd.), *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF, 35-51.
- BOURGUIGNON O. (1999). *Le fraternel*. Paris, Dunod.
- BOURGUIGNON O. (2001). La dimension fraternelle. *Le journal des psychologues*, 183, 22-25.
- BOURGUIGNON O. (2006). « Le lien fraternel », in C. Bert (éd.), *La fratrie à l'épreuve du handicap*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 17-30.
- BOURRAT M., GAROUX R. et ROCHE J.F. (1982). La fratrie de l'enfant psychotique. *Actualités psychiatriques*, 8, 29-35.
- BOWEN M. (1996). *La différenciation du soi. Les triangles et les systèmes émotifs familiaux*. Paris, ESF.
- BRACONNIER A. (1985). Ruptures et séparations. *Adolescence*, 1, 5-20.
- BRELET-FOULARD F. (1981). A propos du narcissisme dans le TAT. *Psychologie française*, 26, 24-38.
- BRELET-FOULARD F. et CHABERT C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : Approche psychanalytique*. Paris, Dunod.
- BRISTOL M et SCHOPLER E. (1984). « A developmental perspective on stress and coping in families of autistic children », in J. Blacher (éd.), *Severely handicapped young children and their families*, Orlando, Academic Press, 91-141.

- BRUN A. (2002). « Corps et écriture à l'adolescence », in N. Dumet et G. Broyer (éd.), *Cliniques du corps*, Lyon, PUL, 197-205.
- BRUNORI L. (1999). Le groupe fraternel. *Enfances et Psy*, 9, 16-23.
- BRUSSET B. (1987). Le lien fraternel et la psychanalyse. *Psychanalyse à l'Université*, 12, 45, 5-43.
- BULLINGER A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne, Eres.
- CAHN R. (1997). « Le processus de subjectivation à l'adolescence », in M. Perret-Catipovic et F. Ladame (éd.), *Adolescence et psychanalyse : une histoire*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- CAHN R. (1998). *L'adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjectivation*. Paris, Dunod.
- CAHN R. (2006). « Origines et destins de la subjectivation », in F. Richard et S. Wainrib (éd.), *La subjectivation*, Paris, Dunod, 7-18.
- CAPLOW T. (1984). *Deux contre un*. Paris, ESF.
- CARRIER M. (2005). *Handicaps : Paroles de frères et sœurs*. Paris, Autrement.
- CASSIERS L. (1968). *Le psychopathe délinquant*. Bruxelles, Dessart.
- CAVERNI J.P. (1998). Pour un code de conduite des chercheurs dans les sciences du comportement humain. *L'année psychologique*, 98, 83-100.
- CAUSSE J.-D. et REY-FLAUD H. (2011). *Les paradoxes de l'autisme*. Toulouse, Erès.
- CHABERT C. (1983). Modalités du fonctionnement psychique des adolescents à travers le Rorschach et le TAT. *Psychologie française*, 28, 2, 187-194.
- CHABERT C. (1983). Modalités du fonctionnement psychique des adolescents à travers le Rorschach et le TAT. *Psychologie française*, 28, 187-194.
- CHABERT C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris, Dunod.
- CHAMAK B. et COHEN D. (2003). L'autisme : vers une nécessaire révolution culturelle. *Médecine Sciences*, 19, 11, 1152-1159.
- CHAMAK B. et COHEN D. (2007). Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge. *Perspectives Psy*, 46, 3, 218-227.
- CHATONNAY N. (1992). « L'agressivité inassumable. Expression de la rivalité fraternelle dans la fratrie de l'enfant handicapé », in : *Handicap et fratrie*, Acte de la Table ronde du 1^{er} octobre 1992 au SESSAD Les Marmots à Besançon.
- CHIANTARETTO J.F. (2008). Question d'écriture. *Adolescence*, tome 26, 4, 1011-1012.

- CHILAND C. (2000). « Identité », in D. Houzel, M. Emmanuelli et F. Maggio (éd.), *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 342-346.
- CHILAND C. (2002). *L'entretien clinique*. Paris, PUF.
- CLAUDON P. et coll. (2005). Le groupe parole des fratries d'enfants hospitalisés en pédopsychiatrie. *Perspective Psy*, 44, 1, 387-403.
- CLAUDON P., CLAUDEL S, DE TYCHEY C. LIGHEZZOLO-ALNOT J. et ROCHE G. (2007). Représentation de soi chez des enfants de fratries avec un enfant autiste. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 389-400.
- CLAUDON P., DALL'ASTA A., LIGHEZZOLO-ALNOT J. et SCARPA O. (2008). Etude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité : le corps propre comme partage émotionnel. *Psychiatrie de l'enfant*, 1, 125-152.
- CONSTANT J. (2006). En pays autiste, quelle rencontre aujourd'hui entre professionnels et parents ?. *Contraste*, 25, 104-125.
- CONSTANTINO J.N., LAJONCHERE C. et LUTZ M. (2006). Autistic social impairment in the siblings of children with pervasive developmental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 294-296.
- COOPERSMITH S. (1984). *Manuel de l'inventaire d'estime de soi*. Paris, EAP.
- CORMAN L. (1970). *Psychopathologie de la rivalité fraternelle*. Bruxelles, Dessart.
- COUTELLE R., PRY R. et SIBERTIN-BLANC D. (2011). Développement et qualité de vie des frères et sœurs adolescents de sujets porteurs d'autisme : une étude pilote. *Psychiatrie de l'enfant*, 1, 54, 201-252.
- CYSSAU C. (2003). *L'entretien en clinique*. Paris, Press éditions.
- DANON G. et RAYNAUD J.P. (1999). Liens fraternels. *Enfances et Psy*, 9, 6-8.
- DAVTIAN H. (2005). Les frères et sœurs de malades psychotiques : une ressource pour la prise en charge, si l'on tient compte des retentissements de la maladie. *Synapse*, 213, 47-50.
- DAVTIAN H. (2006). *Frères et sœurs face aux troubles psychotiques*. Unafam.
- DAYAN C. (2009). Violence et agressivité dans la relation fraternelle avec une personne autiste. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 287-292.
- DEBRY M. (1999). La fratrie, activateur potentiel du développement psychique. *Bulletin de psychologie*, 52 (4), 442, 409-415.
- DECHERF G. (2006). Défaillances de la contenance familiale. *Le Journal des psychologues*, 235, 58-61.
- DELAROCHE P. (1999). *De l'amour de l'autre à l'amour de soi – Le narcissisme en psychanalyse*. Paris, Dunod.

- DELAROCHE P. (2005). *Psychanalyse de l'adolescent*. Paris, Armand Colin.
- DENIS P. (1999). Soi-même pour un autre, identité relative et identité absolue, *Revue française de psychanalyse*, 4, 1099-1108.
- DEVEREUX G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion.
- DOLTO F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil.
- DOLTO F. (1997). *Le sentiment de soi : aux sources de l'image et du corps*. Paris, Gallimard.
- DONNADIEU H. et AUSSILLOUX C. (1991). Analyse du discours de parents d'enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 39, 11, 12, 499-503.
- DORRIS L., ESPIE C-A-E., KNOTT F., SALT, J. (2004). Mind-reading difficulties in the siblings of people with Asperger's syndrome: evidence for a genetic influence in the abnormal development of a specific cognitive domain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 2, 412-418.
- DRIEU D. et HARDOIN F. (2008). Le familial en souffrance : sa place dans le travail psychothérapeutique familial. *Dialogue*, 179, 33-44.
- DUMAS J.E., WOLF L.C., FISMAN S.N. et CULLINGAN A. (1991). Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development. *Exceptionality*, 2, 97-110.
- EL GHOROURY N. H. et coll. (1999). Play interactions of family members towards children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 249-58.
- EMMANUELLI M. (2001). Les processus de changement à l'adolescence : Apports du Rorschach. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49, 232-243.
- EMMANUELLI M. (2005). *L'adolescence*. Paris, PUF.
- EMMANUELLI M. et AZOULAY C. (2009). *Pratique des épreuves projectives à l'adolescence*. Paris, Dunod.
- ERRA J.M. (2001). Un exercice difficile : être un peu le porte-parole d'une fratrie. *Sésame Autisme*, 139, 13-18.
- FERRAIOLI S. et HARRIS S. (2010). The impact of autism on siblings. *Social Work in Mental Health*, 8, 1, 41-53.
- FERRARI M. (1983). Chronic illness: Psychosocial effects on siblings-I. Chronically ill boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 3, 459-476.
- FERRARI P. (2000). Le fraternel psychanalytique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 27, 47-63.

- FERRARI P., CROCHETTE A. et BOUVET M. (1988). La fratrie de l'enfant handicapé. Approche clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 36 (1), 19-25.
- FERRON C. (1992). Evolution de l'image du corps à l'adolescence. *Bulletin de psychologie*, 409, 130-136.
- FISHER S. et CLEVELAND S.E. (1968). *Body image and personality*. New York, Dover Publication Inc.
- FISMAN S., WOLF L., ELLISON D., GILLIS B. et FREEMAN T. (2000). A longitudinal study of siblings of children with chronic disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 369-375.
- FISMAN S., WOLF L., ELLISON D., GILLIS B., FREEMAN T. et SZARMARI P. (1996). Risk and protective factors affecting the adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1532-1541.
- FOUREZ B. (2007). « Fraternité : Perspectives historiques et sociétales », in E. Tilmans-Ostyn et M. Meyckens-Fourez (éd.), *Les ressources de la fratrie*, Ramonville Saint-Agne, Eres, 23-36.
- FREUD S. (1909). *L'interprétation des rêves*. Paris, PUF, 1976.
- FREUD S. (1913). *Totem et tabou*. Paris, Payot, 2001.
- FREUD S. (1915-1917). *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1965.
- FREUD S. (1914). « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie sexuelle*, trad. Coll. PUF, Paris, 1973.
- FREUD S. (1936). *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- GARDOU C. (1997). *Frères et sœurs de personnes handicapées*. Ramonville Saint-Agne, Erès.
- GARDOU C. (2012). *Frères et sœurs de personnes handicapées*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Nouvelle édition.
- GASCON H. et VERREAULT R. (2006). « Stress parental et adaptation socio-émotionnelle des frères et sœurs d'enfants autistes », in B. Schneider (éd.), *L'enfant en développement, famille et handicap*, Ramonville Sainte-Agne, Erès, 263-266.
- De GAULEJAC V. (1996). *Les sources de la honte*. Paris, Desclée de Brouwer.
- GLASBERG B.A. (2000). The development of siblings understanding of autism and related disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 143-156.
- GLASS P.W. (2005). Autism and the family: A qualitative perspective. *Dissertation abstracts international-section A : Humanities and social sciences*, 65, 9-A, 3287.

- GOLDBERG W.A. (2005). Brief report: Early social communication behaviors in the younger siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 5, 657-664.
- GOLD N. (1993). Depression and social adjustment in siblings of boys with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 1, 147-163.
- GOLSE B. (2006). « L'enfant handicapé face à sa fratrie », in C. Bert (éd.), *La fratrie à l'épreuve du handicap*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 109-125.
- GOLSE B. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Issy-les-Moulineau, Masson.
- GOLSE B. et DELION P. (2005). *Autisme : Etat des lieux et horizons*. Ramonville Saint-Agne, Erès.
- GOLSE B., HAAG G. et BULLINGER A. (2000). Autisme, psychanalyse et cognition : trois exemples de convergence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 48, 427-431.
- GORWOOD P et RAMOZ N (2005). « Facteurs génétiques impliqués dans l'autisme », in B. Golse et P. Delion (éd.), *Autisme : état des lieux et horizons*, Ramonville Sainte-Agne, Erès, 71-88.
- GREEN A. (1983). *Narcissisme de vie – Narcissisme de mort*. Paris, Minuit.
- GUEDENEY N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXII, 1, 269-309.
- GUTTON P. (1991). *Le pubertaire*. Paris, Dunod.
- GUTTON P. et BOURCET S. (2004). *La naissance pubertaire*. Paris, Dunod.
- HAAG G. (1986). Adhésivité, identité adhésive, identification adhésive. *Revue de psychanalyse familiale et groupale*, 2, 45-53.
- HAAG G. (1993). « Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations », in D. Anzieu et coll. (éd.), *Les contenants de pensée*, Paris, Dunod, p. 41-59.
- HASTINGS R.P. (2003). Behavioral adjustment of siblings of children with autism engaged in applied behavior analysis early intervention programs: the moderating role of social support. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 1, 141-150.
- HASTINGS R.P. (2006). Longitudinal relationships between sibling behavioral adjustment and behavior problems of children with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, ...
- HENDRICKX M. (2002). « Etre frère ou sœur d'un enfant autiste : impact et perspectives », in R. Scelles (éd.), *De l'enfance à l'âge adulte : formation, intégration et prise en charge*, Louvain-la-Neuve, 278-292.

- HOCHMANN J. (1997). « Cordelia ou le silence des sirènes : une relecture de l'autisme infantile de Kanner », in R. Perron et D. Ribas (éd.), *Autismes de l'enfance*, Paris, PUF, 29-54.
- HOCHMANN J. (2005). « Autisme et narration. Perspectives actuelles », in B. Golse et P. Delion (éd.), *Autisme : état des lieux et horizons*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 107-118.
- HOCHMANN J. (2009). *Histoire de l'autisme*. Paris, Odile Jacob.
- HOLYROYD J. et Mc ARTHUR D. (1976). Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 431-436.
- HOUSIER F. (2004). La séduction fraternelle dans la théorie freudienne : de l'enfance à la fin de l'adolescence. *Dialogue*, 164, 47-57.
- HOUZEL D. (1985). Le monde tourbillonnaire de l'autisme. *Lieux de l'enfance*, 3, 169-183.
- JALENQUES I. et COUDERT A.-J. (1992). Stress et fratrie de l'handicapé. *Psychologie médicale*, 24, 3, 273-274.
- JEAMMET N. (1982). Ebauche d'une méthodologie dans le champ de la recherche clinique. *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 439-485.
- JEAMMET N. (1995). « L'entretien clinique et son analyse singulière et/ou comparée », in O. Bourguignon et M. Bydlowski (éd.), *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF, 111-121.
- JEAMMET P. (1989). L'identification à l'adolescence en hommage à Evelyne Kestemberg. *Adolescence*, 7, 2, 5-8.
- JEAMMET P. (1991). Vers une clinique de la post-adolescence. *Nervure*, 4, 5, 9-15.
- JEAMMET P. et CORCOS N. (1999). *Adolescence : évolution des problématiques*. Paris, Doin.
- JEAMMET P. et CORCAS M. (2001). *Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements*. Paris, Dain-Editeurs.
- KAES R. (1993). Le complexe fraternel. Aspects de sa spécificité. *Topique*, 40, 6-40.
- KAES R. (2008). *Le complexe fraternel*. Paris, Dunod.
- KAMINSKY L. et DEWEY D. (2001). Siblings relationships of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (4), 399-410.
- KASARI C. et SIGMAN M. (1997). Linking parental perceptions to interactions in young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 39-57.
- KESTEMBERG E. (1962). L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 441-422.

- KLEIN M. (1957). « Envie et gratitude », in *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1968, 9-93.
- KNOTT F., LEWIS C. et WILLIAMS T. (1995). Sibling interaction of children with learning disabilities: a comparison of autism and Down's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 6, 965-976.
- KOHUT H. (1991). *Le soi*. Paris, PUF.
- KORFF-SAUSSE S. (1996). *Le miroir brisé : L'enfant handicapé et sa famille*. Paris, Calman-Lévy.
- KORFF-SAUSSE S. (2003). Frères et sœurs psychiquement oubliés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 385-389.
- KORFF-SAUSSE S. (2006). « Un double étrange : Handicap et relation fraternelle », in C. Bert (éd.), *Ramonville Saint-Agne, Erès*, 129-148.
- KORFF-SAUSSE S. (2007). L'impact du handicap sur les processus de parentalité. *Reliance*, 26, 22-29.
- LACAN J. (1936). « Le stade du miroir », in *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966.
- LACAN J. (1938). « Le complexe, facteur concret de la psychologie familiale », in H. Wallon (éd.), *La vie mentale*, tome 8 de l'*Encyclopédie Française*, Paris, Larousse.
- LACAN J. (1938). *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*. Paris, Navarin, 1984.
- LADAME F. (1999). Une identité, pour quoi faire ? ou l'imbroglie des identifications et de leur remaniements à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, 4, 1227-1235.
- LAGACHE D. (1982). *Agressivité, structure de la personnalité et autres travaux*. Paris, PUF.
- LAMBERTUCCI MANN S. (2008). Assurer la survie d'un frère ... *Revue française de Psychanalyse*, 72, 449-459.
- LAURU D. (2004). L'adolescent dans les identifications. *Le journal des psychologues*, 219, 56-60.
- LAZARTIGUES A. et LEMONIER E. (2005). *Les troubles autistiques : du repérage précoce à la prise en charge*. Paris, Ellipses.
- LEOVICI S. (1987). L'adolescent et son corps. *Revue française des affaires sociales*, 41, 59-68.
- LEDOUX M.H. (1995). *Introduction à l'œuvre de Françoise Dolto*. Paris, Payot et Rivages.
- LEE L.C., HARRINGTON R.A., LOUIE B.B et NEWSCHAFFER C.J. (2008). Children with autism: Quality of life and parental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1147-1160.

- LIGHEZZOLO-ALNOT J. et De TYCHEY C. (2004). La résilience - *Se (re)construire après le traumatisme*. Paris, Press Editions.
- McHALLE S., SLOAN J. et SIMEONSSON R.J. (1986). Sibling relationships of children with autism, mentally retarded and nonhandicapped brother and sisters. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 399-413.
- MACKS et REEVE R.E. (2007). The adjustment of non-disabled siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 6, 1060-1067.
- MARCELLI D. (1983). Etude clinique de la fratrie de l'enfant handicapé. *Sem. Hôp.*, Paris, 12, 845-849.
- MARCELLI D. et BRACONNIER A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Paris, Masson.
- MARTINS M. (2007). *Siblings of individuals with autism: Perceptions of the sibling experience, psychological functioning, and the developmental tasks of young adulthood*. Unpublished doctoral dissertation, Rutgers, The state University of New Jersey, New Brunswick NJ.
- MARTY F. (1997). Identité et identification à l'adolescence. *Bulletin de psychologie*, 50, 428, 164-169.
- MARTY F. (2011). *Psychopathologie de l'adolescent : 10 cas cliniques*. Paris, Press Editions.
- MATES T.E. (1990). Siblings of autistic children: their adjustment and performance at home and in school. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 4, 545-553.
- Mc GOLDRICK M. et GERSON R. (1990). *Génogrammes et entretien familial*. Paris, ESF.
- MELTZER D. (1980). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris, Payot.
- METZ C. et THEVENOT A. (2007). Mon enfant, ma sœur ... travail du fraternel dans le processus de construction de la parenté. *Dialogue*, 3, 177, 101-113.
- MEYCKENS-FOUREZ M. (1995). La fratrie d'une personne handicapée. *Thérapie familiale*, 16, 4, 389-401.
- MEYCKENS-FOUREZ M. (2007). « La fratrie : le point de vue éco-systémique », in E. Tilmans-Ostyn et M. Meyckens-Fourez (éd.), *Les ressources de la fratrie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 37-70.
- MEYER K.A., INGERSOLL B. et HAMBRICK D.Z. (2011). Factors influencing adjustment in siblings of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 4, 1413-1420.
- MILCENT C. (1991). *L'autisme au quotidien*. Paris, Jacob.

- MINUCHIN S. (1998). *Familles en thérapie*. Toulouse, Erès.
- MISES R. (2002). *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent – R – 2000*. CTNERHI.
- MONTREYRAUD V. et COSSART M. (1999). Frères et sœurs autistes, un étranger dans la famille. *Enfances et Psy*, 9, 84-88.
- MORHAIN Y. et VIDAL J.C. (1992). L'expérience Rorschach, un éprouvé des limites à l'adolescence. *Bulletin de psychologie*, 406, 594-599.
- MORHAIN Y. (1998). Crise et rupture de l'adolescence au Rorschach. *Synapse*, 146, 21-29.
- MORHAIN Y. (2001). *L'adolescence à l'épreuve du Rorschach*. Marseille, Hommes et perspectives.
- MOYSON T. et ROEYERS H. (2011). The quality of life of siblings of children with autism spectrum disorder. *Exceptional Children*, 78, 1, 41-55.
- MUGNO D., RUTA L., D'HARRIGO V.G. et MAZZONE L. (2007). Impairment of quality of life in parents and children of adolescents with pervasive development disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 1-9.
- NASIO J.D. (2007). *Mon corps et ses images*. Paris, Payot et Rivages.
- NICOLO A. M. et IMPARATO G. (2000). La relation à la fratrie chez le patient adolescent. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 27, 179-193.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1992). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10^{ème} révision*. Paris, Masson, 1993 pour la version française.
- OSMOND G.I., KUO H.Y. et SELTZER M.M. (2009). Siblings of individuals with an autism spectrum disorder: sibling relationships and wellbeing in adolescence and adulthood. *Autism: the international journal of research and practice*, 13 (1), 59-80.
- PETALAS M. A., HASTINGS R.P., NASH S., HALL L.M., JOANNIDI H. et DOWEY A. (2012). Psychological adjustment and sibling relationships in siblings of children with Autism Spectrum Disorders: Environmental stressors and the Broad Autism Phenotype. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1, 546-555.
- PEDINIELLI J.-L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, Nathan Université.
- PEDINIELLI J.-L. et ROUAN G. (1998). « L'entretien de recherche », in C. Cyssau (éd.), *L'entretien en clinique*, Paris, Impress Editions.
- PERRON R. (1995). « La démarche comparative », in O. Bourguignon et M. M. Bydlowski (éd.), *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF, 135-149.

- PERRON R. (1997). « Fantasma et processus de pensée dans les autismes et psychoses infantiles », in R. Perron et D. Ribas (éd.), *Autismes de l'enfance*, Paris, PUF, 115-128.
- PILOWSKI T., YIRMIYA N, et DOPPELT O. (2004). Social and emotional adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 4, 855-865.
- PILOWSKI T., YIRMIYA N, et GROSS-TSUR V. (2007). Neuropsychological functioning of children with autism, siblings of children with developmental language delay, and siblings of children with mental retardation of unknown genetic etiology. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 3, 537-552.
- POMMEREAU X. (2006). *Ado à fleur de peau*. Paris, Albin Michel.
- POTAMIANOV A. (1984). *Les enfants de la folie. Violence dans les identifications*. Toulouse, Privas.
- POUSSIN G. (2005). *La pratique de l'entretien clinique*. Paris, Dunod.
- POWELL T.H et GALLAGHER P.A. (1993). *Brothers and sisters: A special part of exceptional families*. Baltimore, Paul H. Brookes.
- PRYSTALSKI S.M. (1998). The effects of autism on sibling relationships. *Dissertation abstracts international: section B, The sciences and engineering*, 58 (8-B), 4466.
- RABAIN J.F. (2002). Liens fraternels, rivalité et narcissisme des petites différences. *Adolescence*, 20, 1, 115-144.
- RASSIAL J.J. (1990). Le corps de l'adolescent, *L'adolescent et le psychanalyste*. Marseille, Rivage, 17-54.
- RAUSH DE TRAUBENBERG N. (1983). Activité perceptive et activité fantasmatique au test de Rorschach. *Psychologie française, Techniques projectives II*, 100-103.
- RAUSH DE TRAUBENBERG N. (1990). Elaboration de la grille de représentation de soi au Rorschach. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de langue française*, 34, 17-24.
- RAUSH DE TRAUBENBERG N. (2004). *La pratique du Rorschach*. Paris, PUF.
- REICH A. (1960). « Pathological forms of self-esteem regulation », in *The psychoanalytic study of the child*, New York, Int. Univ. Press, 15, 215-232.
- REYNOLDS C. et coll. (1985). *Echelle révisée d'anxiété pour enfants (R-CMAS)*, adaptation française. Paris, ECPA, 1999.
- RIARD E.-H. (1999). Construction du projet de vie des adolescents, *Migrations Santé*, 101, 19-32.
- RIBAS D. (1997). « Repérages métapsychologiques dans l'autisme infantile », in R. Perron et D. Ribas (éd.), *Autismes de l'enfance*, Paris, PUF, 129-148.

- RICHARD F. (1998). *Les troubles psychiques à l'adolescence*. Paris, Dunod.
- RICHELLE (2009). *Manuel du test du Rorschach : approche formelle et psychodynamique*. Bruxelles, De Boeck.
- RICOEUR P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris, Le Seuil.
- RINGLER M. (2004). *Comprendre l'enfant handicapé et sa famille*. Paris, Dunod.
- RIVERS J.W. et STONEMAN Z. (2003). Sibling relationships when a child has autism: Marital stress and support coping. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 383-394.
- RODRIGUE J.R., GEFFKEN G.R. et MORGAN S.B. (1993). Perceived competence and behavioral adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 4, 665-674.
- ROEYERS H. et MICKE K. (1995). Siblings of a child with autism, with mental retardation, and with a normal development. *Child Care Health Development*, 21, 5, 305-319.
- ROSS P et CUSKELLY M. (2006). Adjustment sibling problems and coping strategies of brothers and sisters of children with autistic spectrum disorders. *Journal of Intellectual et Developmental Disability*, 31, 77-86.
- RUFO M. (2002). *Frères et sœurs, une maladie d'amour*. Paris, Fayard.
- SALBREUX R. (1985). « Les limites du champ de la psychiatrie et la notion de handicap », in L. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé (éd.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 36-42.
- SANDERS J.L. et MORGAN S. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down Syndrome: Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy*, 19, 15-32.
- SANGLADE A. (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach. *Psychologie française*, 28, 104-111.
- SANGLADE A. (1990). La représentation de soi : un concept fécond pour la psychologie clinique et projective. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de langue française*, 34, 10-15.
- SAN MARTINO M. et NEUWMAN M.B. (1974). Siblings of retarded children: A population at risk. *Child Psychiatry and Human Development*, 4, 168-177.
- SCELLES R. (1996). *J'ai mal à mon frère : L'influence du handicap d'un enfant sur ses frères et sœurs*. Université Paris 7, Thèse de Doctorat en psychologie clinique.
- SCELLES R. (1996). L'impact du handicap d'une personne sur la vie psychique de ses frères et sœurs. *Carnet Psy*, 21, 20-22.

- SCELLES R. (1997). *Fratrie et handicap. L'influence du handicap d'une personne sur ses frères et sœurs*. L'Harmattan.
- SCELLES R. (1997). Frères et sœurs d'enfants handicapés. *Le journal des psychologues*, 147, 57-61.
- SCELLES R. (2001). « Le processus de résilience dans les familles ayant un enfant porteur d'un handicap », in F. Marty (éd.), *Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunod.
- SCELLES R. (2003). Formaliser le savoir sur le handicap et parler de leurs émotions : Une question cruciale pour les frères et sœurs. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 391-398.
- SCELLES R. (2006). « Les adolescents et les adultes. Frères et sœurs face au handicap, de l'enfance à l'âge adulte », in C. Bert (éd.), *La fratrie à l'épreuve du handicap*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 89-109.
- SCELLES R., BOUTEYRE E., DAYAN C. et PICON I. (2007). « Groupes fratries » d'enfants ayant un frère ou une sœur handicapé : leurs indications et leurs effets. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 18, 32-44.
- SCELLES R. (2008). Dire ou ne pas dire en famille : Processus de subjectivation du handicap au sein de la fratrie. *Revue française de psychanalyse*, 72, 485-498.
- SCELLES R. (2009). « Vie fraternelle et handicap : vécu complexe qui nécessite des dispositifs d'aide souples proposés au cas par cas », in R. Scelles (éd.), *Fratries confrontées au traumatisme*, Mont-Saint-Aignan, Publications des Universités de Rouen et du Havre.
- SCELLES R. (2010). *Liens fraternels et handicap. De l'enfance à l'âge adulte, souffrances et ressources*. Toulouse, Erès.
- SCELLES R. (2010). « Devenir garçon, fille, homme, femme, et liens fraternels », in A. Ciccone (éd.), *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle*, Toulouse, Erès, 91-107.
- SCHAUDER S. (1999). Possibilités de prévention auprès de la fratrie de l'enfant porteur d'un handicap. *La revue française de Psychiatrie et de Psychologie médicale*, 28, 89-96.
- SCHILDER P. (1968). *L'image du corps*. Paris, Gallimard.
- SCHWARTZ R.C. (2003). Resiliency in siblings of autistic child. *Dissertation abstracts international Section B The science and the engineering*, 64 (5-B), 2420.
- SECHAUD E. (2007). La pensée de Didier Anzieu. *Le Carnet Psy*, 117, 18-47.
- SENEL H.G. et AKKOK F. (1995). Stress levels and attitudes of normal siblings of children with disabilities. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 18 (2), 61-68.
- SHARRIS S. et GLASBERG B. (2003). *Siblings of children with autism: a guide for families*. Bethesda, Woodbine House.

- SMITH L.E., MAILICK SELTZER M., TAGERFLUSBERG H., GREENBERG J.S. et CARTER A.S. (2008). A comparative analysis of well-being and coping among mothers of adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 876-889.
- SMITH L.E. et ELDER J. (2010). Siblings and family environments of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23, 3, 189-195.
- SPITZ R. (1979). *De la naissance à la parole – La première année de la vie*. Paris, PUF.
- TILMANS-OSTYN E. (1981). La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants. *Thérapie familiale*, 2, 4, 329-335.
- TILMANS-OSTYN E. et KINOO P. (1984). Quelques apports de la thérapie familiale pour la pratique médicale quotidienne. *Thérapie familiale*, 5, 3, 251-266.
- TILMANS-OSTYN E. (2007). « La fratrie, levier psychothérapeutique », in E. Tilmans-Ostyn et M. Meyckens-Fourez (éd.), *Les ressources de la fratrie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 71-138.
- TISSERON S. (2006). De la honte qui tue à la honte qui sauve. *Le Coq-Héron*, 184, 18-31.
- TISSERON S. (2007). *La honte : Psychanalyse d'un lien social*. Paris, Dunod.
- TOMAN W. (1987). *Constellations fraternelles et structures familiales. Leurs effets sur la personnalité et le comportement*. Paris, ESF.
- TOMENY T. S., BARRY T.D. et BADER S. H. (2012). Are typically-developing siblings of children with an autism spectrum disorder at risk for behavioral, emotional and social maladjustment? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1, 508-518.
- TORDJMAN S. (1995). L'autisme : au carrefour de la biologie et de la clinique. *Les cahiers du CTNERHI*, 67-68, 31-46.
- TSOUKATOU A. (2005). Lien fraternel, de la psychanalyse aux mythes et aux systèmes. *Thérapie familiale*, 26, 1, 55-65.
- TUSTIN F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris, Seuil.
- TUSTIN F. (1992). *Autisme et protection*. Paris, Seuil.
- TWOY R., CONNOLLY P.M. et NOVAK J.M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 251-260.
- De TYCHEY C., LIGHEZZOLO J. (1983). A propos de la dépression "limite": contribution du test de Rorschach en passation "classique" et "psychanalytique". *Psychologie française*, numéro spécial "Techniques projectives II", 28, 2, 744-749.
- De TYCHEY C. (1994). *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach*. Issy-les-Moulineaux, EAP.

- De TYCHEY C., DIWO R. et DOLLANDER M. (2000). La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53(4), 448, 469-479.
- De TYCHEY C. (2003). *La personnalité de l'enfant normal et dysharmonique*. Paris, EAP.
- De WILDE M. (1986). Le réseau fraternel. *Groupe familial*, 111, 1.
- VERTE S., ROEYERS H. et BUYASSE A. (2003). Behavioral problems, social competence and self-concept in siblings of children with autism. *Child Care Health Development*, 29, 3, 193-205.
- VIVANTI D. (2001). Vivre au quotidien avec des jumeaux autistes. *Sésame autisme*, 140, 20-24.
- VOISENAT C. (1986). Mythes et gémellité. *Groupe familial*, 111, 9-17.
- VOIZOT B. (2003). Les équipes et la fratrie du jeune handicapé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 7, 367-372.
- VON BERTALANFFY L. (1980). *Théorie générale des systèmes*. Paris, Dunod.
- WAINRIB S. (2006). « Un changement de paradigme pour une psychanalyse diversifiée », in F. Richard et S. Wainrib (éd.), *La subjectivation*, Paris, Dunod, 20-46.
- WALLON H., (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris, PUF, 1974.
- WINNICOTT D.W. (1960). *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Paris, Payot (1970).
- WINNICOTT D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard.
- WINTGENS A. et HAYEZ J.-Y. (2003). Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques : Résilience, adaptation ou santé mentale compromise. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 7, 377-384.
- WINTGENS A. (2008). Le vécu des parents et des fratries d'enfants avec autisme. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 100, 317-322.
- YIRMIYA N., GAMLIEL I. et SHAKED, M. (2007). Cognitive and verbal abilities of 24- to 36- month-old siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 2, 218-229.

Etude clinique et projective de la représentation de soi chez des adolescents ayant un frère ou une sœur autiste.

Objectifs : Cette recherche vise une meilleure compréhension de la construction identitaire des frères et sœurs de personnes autistes. Elle porte sur l'évolution de la représentation de soi de ces membres de fratries à l'adolescence, et l'analyse est centrée sur l'image du corps, l'investissement narcissico-objectal et le processus de subjectivation. Une revue théorique et clinique des travaux francophones et anglo-saxons met à jour l'état des connaissances dans ce domaine clinique encore peu étudié.

Méthode : Nous procédons par approche comparative en constituant un groupe témoin de fratries sans condition de handicap en parallèle au groupe d'étude clinique de fratries avec autisme, chacun constitué de 24 sujets âgés de 13 à 18 ans. Nous adoptons une méthode clinique et projective en utilisant l'entretien clinique, deux tests projectifs (Rorschach et TAT), une activité d'écriture originale créée pour la recherche, deux échelles standardisées (R-CMAS : anxiété ; SEI : estime de soi). Des analyses statistiques sont proposées en complément de l'analyse des données cliniques.

Résultats : Nous dégagons une spécificité des caractéristiques de la représentation de soi chez les adolescents de fratrie avec autisme qui se traduit à un triple niveau : celui de l'intégration psychique du corps en transformation ; celui de l'engagement en direction de l'autre sexué ; celui de l'élaboration de projets d'avenir personnels. Une constellation de traits particuliers apparaît plus ou moins fortement selon les sujets et nous amène à proposer des perspectives préventives et thérapeutiques tenant compte de la variabilité des fonctionnements psychiques individuels.

Mots clés : fratrie/adolescence/autisme/image de soi/méthode clinique et projective.

Clinical and projective study of self image in adolescent siblings of children with autism

Objective: The aim of this research is to understand psychic functioning of siblings of children with autism. It focuses on the evolution of self image of these members of siblings in adolescence. Literature review shows that this clinical area has hardly been studied.

Methods: We compare two samples: clinical group of adolescent of siblings with autism versus control group of typical adolescent, each consisting of 24 teenagers aged from 13 to 18. We adopt a clinical and projective method by using clinical interviews, projective tests (Rorschach and TAT), an original writing activity created for the research, and standardized scales (R-CMAS: anxiety; SEI: self-esteem). Statistic methods and clinical analyses are used to discuss clinical data.

Results: We observe a specificity of the characteristics of self image in the clinical group. A real psychological suffering exists for adolescents of siblings with autism that can be describe by three processes: integration of changing body, evolution of object-relationship, development of personal plans for the future. A cluster of special features appears depending on the teenagers and leads us to propose preventive and therapeutic perspectives taking into account the variability of individual psychic functioning.

Key words: sibling/adolescence/autism/self image/clinical and projective tool.

Discipline : psychologie, mention psychologie clinique et pathologique.

Laboratoire de rattachement : Groupe de Recherches en Psychologie de la Santé.

Laboratoire de Psychologie, 3 place Godefroy de Bouillon, B.P. 3397, 54015 NANCY Cedex.