

La résilience : concepts, processus et interventions

Resilience: concepts, processes and interventions



Dirigé par Colette Jourdan-Ionescu, Étienne
Kimessoukié-Omolomo, Francine Julien-Gauthier et
Serban Ionescu[†]

Pour toute information et pour découvrir nos publications en libre accès, consultez notre site web :
<https://lel.crires.ulaval.ca/>

Illustration source utilisée selon les termes de la licence CC BY-SA 2.0 :



Illustration : Inspirée de l’affiche du 5^e Congrès mondial sur la résilience

Mise en page : Jade Lemieux

ISBN : 978-2-921559-62-1

Pour citer cet ouvrage :

Jourdan-Ionescu, C., Kimessoukié-Omolomo, É., Julien-Gauthier, F. et Ionescu, S. (dir.). (2025) *La résilience : concepts, processus et interventions. Resilience : concepts, processes and interventions*. LEL du CRIRES.
<https://lel.crires.ulaval.ca/oeuvre/la-r-silience-concepts-processus-et-interventions>

Centre de recherche et d’intervention sur la réussite scolaire ([CRIRES](#)), Québec



Cette création est mise à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution - Pas d’Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International](#).

Préface

Benjamin Alexandre Nkoum

Professeur titulaire des Universités

Directeur Émérite de l'École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC)

Référent Scientifique de l'Unité de Formation Doctorale

Ancien Directeur de l'Unité de Formation Doctorale (UFD) en sciences de la santé de l'UCAC

C'est pour moi un réel honneur et un devoir renouvelé de rédiger la préface de l'ouvrage intitulé "**La Résilience : Concepts, processus et interventions**". Il est le résultat des Actes du 5^{ème} Congrès mondial sur la Résilience tenu en mode hybride du 26 au 28 mai 2021 au Palais des Congrès de Yaoundé au Cameroun, et dont j'avais présidé le Comité d'organisation, sur le thème : « **Développement humain, Développement durable et Résilience** ». C'était malheureusement le dernier Congrès mondial sur la résilience auquel avait assisté notre Très aimé Ami et regretté le Professeur Serban Ionescu. Cette préface lui est donc consacrée pour rendre un vibrant hommage en sa mémoire et servir en même temps de prolégomène aux différentes contributions qui composent le contenu de ce volume.

Dans la vie, certaines rencontres sont souvent attribuées au fait du hasard, mais un imprévu fructueux qui peut être à l'origine des liens indéfinissables qui scellent parfois une amitié sincère et indélébile, déterminant ainsi une forme de fraternité humaine, qui ne s'inscrit guère dans des origines ou des lieux de provenance quelconque de deux personnes. Sans aucune exagération, c'est ainsi que je pourrais définir et qualifier ma rencontre avec le Professeur Serban Ionescu depuis 2008 à Yaoundé, jusqu'à son décès.

En effet, lors de leur premier voyage au Cameroun, son épouse et lui espéraient y mener des activités académiques, des recherches anthropologiques, et rencontrer aussi les tradipraticiens camerounais. Ils voulaient tout aussi, mener des échanges de pratiques et de collaboration, et enfin, des enseignements en psychologie, psychopathologie clinique, avec bien entendu pour ambition, de créer une École doctorale à distance. Ainsi, notre première rencontre avait eu lieu en 2008, alors que j'assurais à l'époque les fonctions de Directeur du Centre Supérieur des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale. Je leur réservai un accueil chaleureux, ainsi que des opportunités de collaboration. Bien évidemment, ce premier contact fit émerger entre nous une amitié sincère et indélébile, qui devait par la suite aboutir à cette fructueuse collaboration qu'on connaît jusqu'à ce jour, dans les domaines académiques et de la recherche, entre l'Université du Québec à

Trois-Rivières au Canada et l'École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale au Cameroun.

Lors de leur second voyage au Cameroun en 2009, le Professeur Serban Ionescu et Colette commencèrent alors à dispenser des enseignements au cycle de Master en Sciences Infirmières à l'Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC). C'est à cette période qu'Etienne Kimessoukié Omolomo faisait sa première année de Master en Sciences infirmières.

Le professeur Serban Ionescu et Colette profitèrent de ce long séjour pédagogique pour faire la rencontre de certains tradipraticiens camerounais que madame Mang Yvette avait préalablement contactés. C'est donc dans ce cadre qu'ils visitèrent des cliniques traditionnelles à Yaoundé, Douala, et les peuples *Baka* (pygmées) à l'Est Cameroun, et échangèrent avec des tradipraticiens. Comme on peut le comprendre ici, les objectifs visés étaient entre autres, de se renseigner sur les pratiques, les techniques de diagnostic, les différentes approches thérapeutiques, les relations patients-soignants, les types de traitements.

Une fois ces liens établis, le Professeur Serban Ionescu et Colette reviendront quasiment chaque année au Cameroun, dans le cadre d'activités d'enseignement et de recherche scientifique. Dans le but de constituer une équipe pédagogique mieux formée et compétente, je m'étais alors engagé à faire former au niveau doctoral de jeunes enseignants titulaires d'un master. C'est ainsi que j'avais discuté avec le Professeur Serban de la possibilité d'envoyer nos enseignants dans les Universités Canadiennes pour des études doctorales dans diverses disciplines.

Il accepta alors de proposer le cas d'Etienne Kimessoukié à Colette qui assurera la direction de sa thèse de doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. C'était ainsi notre premier partenariat dans le domaine de la formation des ressources humaines au profit de notre Institution à l'Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC). Outre ce cas, notre partenariat va se consolider au cours des années à travers des rencontres scientifiques, la participation de l'ESS-UCAC à plusieurs Colloques et Congrès organisés par Resilio au Canada, en France et au Cameroun. Nous avons pu ainsi participer activement à l'organisation, sous l'égide de **Resilio** et du leadership scientifique du Professeur Serban Ionescu, à près de quatre Congrès internationaux : au Québec à Trois-Rivières au Canada ; à Marseille en France ; à Yaoundé au Cameroun et tout dernièrement du 7 au 9 juin 2024 à Kigali au Rwanda.

Je rappelle par ailleurs que le Professeur Serban Ionescu et Colette, en collaboration

avec d'autres collègues de l'Université Laval nous ont accompagnés à la création et à la mise en œuvre de la Formation doctorale en Sciences de la Santé à l'ESS-UCAC qui a démarré depuis 2017. Ils ont codirigé et codirigent encore des thèses de doctorat avec nous à l'Université Catholique d'Afrique Centrale, et participent en cela, à la formation de nos enseignants à l'encadrement des travaux de recherche. À ce jour, notre Unité de Formation Doctorale a déjà produit près d'une quarantaine de docteurs dans trois filières : Sciences infirmières, Santé publique et Biologie clinique. Toujours, sous l'impulsion du Professeur Serban Ionescu et de Colette, des projets de recherche communs entre l'Université du Québec à Trois-Rivières et l'ESS-UCAC ont été développés, sans oublier d'autres projets communs de recherches tripartites en cours, entre le Québec, le Cameroun et le Rwanda, dont les résultats sont présentés lors de différentes rencontres scientifiques dans le monde.

Je ne terminerai pas cet hommage au Professeur Serban Ionescu à travers cette préface, non sans souligner avec insistance la personnalité de cet immense homme de culture et de science. Dès notre toute première rencontre à mon bureau à Yaoundé au Cameroun, j'ai été immédiatement subjugué par lui, c'est ce qu'on qualifie parfois « *en amour, un coup de foudre* » ; car il s'agissait de sa simplicité, son humilité, bien qu'il fût une sommité dans son domaine dans le monde. Le souvenir que je garde du Professeur Serban Ionescu, j'ose espérer que c'est le cas de la plupart des gens qui ont eu la chance de le rencontrer un jour, que ce fût non seulement quelqu'un qui incarnait l'humilité et un grand humaniste, mais également et surtout, qu'il fût un ami sincère ; très attachant et sympathique, quelque fois blagueur pour détendre l'atmosphère. C'était en cela, quelqu'un qui savait écouter. Je crois que sa capacité d'écoute peut être attribuée en partie à sa spécialité, car il était Médecin psychiatre de formation, psychologue clinicien, Professeur en Psychopathologie ; mais également, je le pense très sincèrement, sa grande faculté d'écoute était également liée à sa nature et à son éducation.

Le Professeur Serban Ionescu était une personnalité qui savait s'adapter à tous les contextes, c'est quelqu'un qui ne savait pas tricher, il était vrai, humble et simple ; j'insiste sur ces valeurs, car elles se retrouvent rarement chez des personnes de sa trempe. C'était là cet homme de science, celui-là même dont la prestance intellectuelle éblouirait n'importe qui sur terre : il était d'ailleurs membre correspondant de l'Académie de médecine de Roumanie, était l'auteur de plus d'une trentaine d'ouvrages, et de très nombreuses publications. C'était lui à travers sa sociabilité et sa simplicité, qui rappelait à chacun de nous, notre humanité fragile et fugace.

Pour finir, j'ai particulièrement été marqué par le courage du Professeur Serban

Ionescu, quand il avait décidé d'assister au **5e Congrès de la Résilience** qui s'était tenu à Yaoundé, du 26 au 28 mai 2021 au Cameroun, bravant ainsi les contraintes liées à la pandémie de Covid-19. Pendant qu'en Occident, on déconseillait tout voyage à cette période sur le continent africain, mon cher ami Serban avait fait fi de cette adversité pour venir nous rencontrer pour la dernière fois de sa vie. C'était comme une certaine prémonition, comme s'il venait dire adieu à ses amis africains en général et camerounais en particulier. C'était en fait son dernier voyage au Cameroun, car c'est en septembre qu'on nous a annoncé son décès. Je me souviens d'ailleurs de notre dernière accolade au terme du Congrès de Yaoundé, pour nous dire au revoir, il s'était passé entre nous une très grande complicité émotionnelle, au point qu'il avait versé des larmes sur mes épaules. C'est donc après coup que j'avais compris ce qui s'était passé entre nous. Je retiens une chose, le Professeur Serban Ionescu était un grand savant ; il devrait désormais servir de modèle et de référence à la jeune génération de chercheurs. C'était un éminent chercheur ; bref c'était un citoyen du monde tout court. Chez nous en Afrique, on a souvent l'habitude d'énoncer que « *les morts ne sont pas morts* ». En cela, le meilleur hommage que nous puissions en définitive rendre au Professeur Serban Ionescu, c'est l'exemplification du contenu de cet ouvrage à travers le lourd héritage scientifique et éthique qu'il nous a légué. Que sa mémoire soit à jamais honorée. Il est désormais un Immortel.

Table des matières

Introduction

<u>Étienne Kimessoukié Omolomo.....</u>	2
---	---

Première partie: Le concept de résilience

Épistémologie de la résilience

<u>Étienne Kimessoukié Omolomo.....</u>	7
---	---

Three different scales to assess the same concept

<u>Serban Ionescu, Diana Vasile et Claudio Papasteri.....</u>	26
---	----

La notion de Maât, le Rituel pour la conservation de la vie en Égypte (Papyrus Salt 825) et la résilience du régime pharaonique

<u>Pierre Oum Ndigi.....</u>	34
------------------------------	----

Mondialisation et résilience

<u>Serban Ionescu.....</u>	50
----------------------------	----

Deuxième partie: Le processus de résilience dans une diversité de contextes

Résilience des enseignants des écoles primaires : Cas des zones d'éducation prioritaire au Cameroun

<u>Gustave Georges Mbo et Nelly Mouako Tepie.....</u>	63
---	----

Stress et coping chez le personnel de santé nouvellement affecté au service des urgences de l'Hôpital de District de Dschang

<u>Christelle Chebou, Leonard Nguimfack, Emmanuel Fomba Mbebeb, Thierry Dong et François Roger Nguépy Keubo.....</u>	73
--	----

Résilience suite à une série de suicides

<u>Michel Tousignant et Geneviève Garneau.....</u>	85
--	----

Résilience et vécu de la parentalité de quatre femmes adoptées ayant subi des maltraitements en tant qu'enfant

<u>Johanna Despax et Evelyne Bouteyre.....</u>	98
--	----

Facteurs de risque et de protection, repérés à l'aide d'un outil projectif graphique, la Dame de Fay, chez une ancienne victime de violence conjugale

<u>Alice Cossec et Evelyne Bouteyre.....</u>	109
--	-----

La résilience de la femme enceinte en situation de handicap moteur dans la société camerounaise

<u>Floréal Serge Adiéme.....</u>	119
----------------------------------	-----

Expérience de résilience des personnes en situation de handicap suite à l'amputation d'un membre à Yaoundé

<u>Ngouafack Larissa et Etienne Kimessoukié Omolomo.....</u>	138
--	-----

<u>Quel est l'impact de l'émergence d'une identité sociale partagée sur les déterminants psychosociaux de la solidarité durant l'épidémie de Covid-19 ?</u>	
<u>Margot Faioes Macedo, Pierre De Oliveira, Fabrice Gabarot et Thomas Carrel.....</u>	157

Troisième partie: Méthodologie de l'Intervention

<u>Éducation et résilience communautaires en pays Bamiléké : une réponse au contexte permanent d'insécurité et d'incertitude</u>	
<u>Manuella Ngnafeu.....</u>	169
<u>Programmes pour développer l'humour et favoriser la résilience</u>	
<u>Colette Jourdan-Ionescu.....</u>	182
<u>Trauma Informed Care and Resilience: Longitudinal Assessment of a Unique Alternative Residential Child Care Model</u>	
<u>Gurneet Kalra, Anna D. Bartuska, Michael Belden, Kiran Modi and Sumedha Ariely.....</u>	199
<u>Building the resilience of child brides in forces or early marriages: A literature review</u>	
<u>Ajwang' Warri.....</u>	219
<u>La méthode Skin ou créativité accompagnée pour favoriser la résilience chez les femmes atteintes de cancer</u>	
<u>Cécile Reboul.....</u>	230
<u>Le rugby santé, un outil pour la rémission cancéreuse</u>	
<u>Mathieu David, Éric Lambaudie, Patrick Ben Soussan, Evelynne Bouteyre-Verdier.....</u>	240
<u>Study of the resilience in an Alcoholics Anonymous members sample: Its best spiritual factors</u>	
<u>Claire Hiernaux et Isabelle Varescon.....</u>	251
<u>Accompagnement institutionnel et résilience des victimes de violences basées sur le genre dans le Logone-et-Chari (Extrême-Nord du Cameroun)</u>	
<u>Paul Basile Odilon Nyet et Souleymanou Siddiki.....</u>	261
<u>La résilience en recherche en temps de pandémie, quand l'inattendu engendre l'innovation</u>	
<u>Jean-Philippe Després, Flavie Bédard-Bruyère, Claudia Caron, Jacob Michaud-Pelletier, Virginie Nicol et Francine Julien-Gauthier.....</u>	281
<u>Développement d'un dispositif de résilience communautaire assistée en santé au Cameroun</u>	
<u>Annette Wouofang, Étienne Kimessoukié Omolomo, Ivan Djossa, Delphine Ngo Bayiga, Épiphanie Khinoun et Emmanuel Pountougnigni.....</u>	293
<u>Programs to foster resilience in healthcare professionals</u>	
<u>Colette Jourdan-Ionescu.....</u>	309
<u>Résilience et compassion dans l'action humanitaire dans des lieux déshumanisés</u>	
<u>Paul Bouvier.....</u>	323
<u>Conclusion</u>	
<u>Colette Jourdan-Ionescu, Étienne Kimessoukié-Omolomo et Francine Julien-Gauthier.....</u>	333



Introduction



Photo prise dans le cadre du 5^e Congrès mondial sur la résilience ayant eu lieu du 26 au 28 mai 2021 à Yaoundé.



Depuis 2012, les Congrès mondiaux sur la résilience réunissent périodiquement des chercheurs issus de disciplines variées pour interroger les fondements, les pratiques et les perspectives de la résilience dans un monde en mutation. Le 1^{er} congrès s'est déroulé à Paris, en France, avec pour thème : « *De la recherche à la pratique* ». Le second s'est tenu en 2014 à Timisoara, en Roumanie, sous la thématique « *De la personne à la société* ». Le 3^e congrès a eu lieu en 2016, à Trois-Rivières, au Québec sur le thème : « *Résilience et culture, Culture de la résilience* ». La 4^e édition s'est passée en 2018 à Marseille, sous la thématique « *Pratiques basées sur la résilience* ». La 5^e édition, objet de cet ouvrage, s'est tenue à Yaoundé (Cameroun) du 26 au 28 mai 2021 sur le thème « *Développement humain, Développement durable et Résilience* ». La 6^e édition quant à elle s'est déroulée à Kigali au Rwanda, du 7 au 9 juin 2024, sur la thématique « *Résilience et traumatismes : développement conceptuel, défis et perspectives* ». Chacune de ces rencontres mondiales mobilise des centaines de chercheurs provenant de tous les continents.

Le 5^e Congrès mondial sur la résilience s'est déroulé dans un contexte international fortement marqué par la pandémie de Covid-19 et les restrictions qu'elle a imposées (mesures barrières, confinements, fermetures de frontières). Mais au-delà de cette crise sanitaire, le monde était déjà confronté à des transitions profondes à l'instar des perturbations aiguës des équilibres écosystémiques, d'une prévalence sans cesse croissante des maladies chroniques, des enjeux liés au handicap et au vieillissement, des politiques d'austérité dans plusieurs pays, ainsi qu'un exode massif de professionnels de santé en quête de meilleures conditions de travail. Ce tableau peut être complété avec les perturbations environnementales d'origine naturelle ou anthropique, les crises sociales et politiques, les conflits armés et les guerres économiques qui dégradent la qualité de vie et provoquent, dans certaines régions, d'importants mouvements de population. Ces dynamiques fragilisent les acquis du développement humain, au point de rendre indispensable une réflexion sur les conditions et les mécanismes assurant la durabilité de ces acquis. Dans ce contexte, la résilience ne peut plus être pensée comme une simple capacité d'adaptation individuelle, mais comme un processus systémique impliquant des reconfigurations sociales, écologiques et politiques.

La période actuelle peut être qualifiée de « multitransitionnelle », dans la mesure où elle conjugue des résistances à la désorganisation des équilibres écosystémiques et des tentatives de réorganisation vers un nouvel ordre mondial. Les tensions géopolitiques autour du contrôle des ressources, les enjeux environnementaux liés aux activités économiques à fort impact, et les migrations forcées provoquées par les conflits ou les catastrophes naturelles illustrent cette complexité. Dans ce contexte, la résilience devient un concept opératoire pour penser les capacités de

transformation des individus, des communautés et des systèmes. Elle interpelle les paradigmes du développement humain durable, en exigeant des approches transversales, collaboratives et innovantes. Elle appelle également à une refondation des disciplines scientifiques, vers l'étude des systèmes complexes adaptatifs et des mécanismes de résilience partagée.

Le 5^e Congrès mondial sur la résilience s'est déroulé selon un format hybride combinant participation en présentiel et en ligne. Cette modalité a permis une large ouverture internationale, tout en consolidant l'ancrage local et régional de l'événement. Elle a également permis de surmonter les restrictions imposées par la crise sanitaire mondiale de la Covid-19, et de favoriser une résilience organisationnelle du 5^e congrès. Organisé par l'*Association internationale pour la promotion et la diffusion de la recherche sur la résilience Resilio*, sous l'égide de l'Ecole des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, en partenariat avec plusieurs institutions académiques et scientifiques, le congrès s'est affirmé comme un espace de dialogue interdisciplinaire autour des enjeux contemporains de la résilience, du développement humain et du développement durable.

Le programme scientifique s'est articulé autour de huit conférences majeures : une conférence inaugurale, six conférences plénières et une conférence de clôture. Ces interventions ont permis d'explorer les fondements théoriques de la résilience, ses implications pratiques dans les contextes africains, et ses articulations avec les paradigmes du développement durable. En complément, six tables rondes plénières ont réuni des experts issus de divers champs disciplinaires, favorisant des échanges transversaux entre philosophie, clinique, sciences sociales et pratiques communautaires. Trois axes thématiques ont structuré les symposiums du congrès. Le premier, consacré à la philosophie de la résilience, s'est décliné en deux volets, interrogeant les dimensions ontologiques et éthiques du concept. Le deuxième, centré sur la clinique de la résilience, a proposé trois sessions, dont une intégrée à une table ronde plénière, illustrant l'intégration entre formats et volonté de décroisonner les savoirs. Le troisième axe, dédié à la résilience en sciences infirmières, a offert deux sessions spécifiques, mettant en lumière les enjeux de formation, de pratique et de recherche dans les contextes de soins.

Les sessions parallèles ont constitué la trame quotidienne du congrès, réparties sur plusieurs salles physiques et virtuelles. Elles étaient constituées de 40 communications par jour réparties dans huit salles, pour un total de 120 communications orales en sessions parallèles. Ces sessions ont permis de valoriser des travaux empiriques, des études de terrain, des réflexions théoriques et des innovations méthodologiques, dans une logique de pluralité disciplinaire et

culturelle. Enfin, la dimension visuelle de la recherche a été représentée par 45 posters scientifiques, répartis sur les trois jours du congrès. Ces présentations ont offert un espace complémentaire de diffusion, favorisant les échanges informels et les discussions ciblées autour de projets en cours ou de résultats préliminaires. L'ensemble de ces formats, articulés dans une dynamique hybride, a contribué à faire du congrès un espace de réflexion et d'action, où la résilience a été pensée comme un levier de transformation sociale, culturelle et scientifique.

Cet ouvrage s'organise en trois grandes parties, chacune explorant une facette essentielle de la résilience dans ses dimensions épistémologiques, cliniques, sociales et communautaires. La première partie interroge les fondements conceptuels et historiques de la résilience, en croisant les regards de philosophes, anthropologues et chercheurs en sciences humaines. Elle ouvre sur une réflexion critique autour des outils d'évaluation de la résilience, des paradigmes de pensée et des héritages culturels, notamment à travers des contributions sur la notion de Maât ou Rituel pour la conservation de la vie en Égypte, la relation entre mondialisation et résilience. La deuxième partie rassemble des études empiriques centrées sur les expériences de résilience dans des contextes de vulnérabilité individuelle et sociale. Elle met en lumière les trajectoires de résilience chez les enseignants, les professionnels de santé, les victimes de violences, les personnes en situation de handicap et les populations confrontées à des crises suicidaires. Ces travaux, ancrés dans des terrains africains et internationaux, illustrent la complexité des processus de résilience et les facteurs de protection mobilisés dans des environnements à haute adversité. Enfin, la troisième partie explore les dynamiques collectives et les dispositifs d'accompagnement favorisant la résilience communautaire. Elle réunit des contributions sur l'éducation en contexte d'insécurité, les programmes de développement de l'humour, les soins centrés sur les effets du traumatisme, les pratiques sportives et artistiques, ainsi que les réponses institutionnelles aux violences basées sur le genre. Cette partie met en évidence les innovations sociales, les approches créatives et les stratégies d'intervention qui soutiennent les capacités de résilience dans des contextes marqués par la précarité, la maladie ou la crise humanitaire.

Ce livre est bien plus qu'un recueil de communications scientifiques. Il est une invitation à penser la résilience comme une praxis transformatrice, capable de répondre aux défis contemporains par des approches créatives, solidaires et interdisciplinaires. Il s'adresse aux chercheurs, aux praticiens, aux décideurs et à toute personne soucieuse de comprendre les mécanismes qui permettent aux individus et aux sociétés de faire face, de se reconstruire et d'inventer des futurs durables. En parcourant les pages qui suivent, le lecteur entre dans une conversation

mondiale sur l'avenir, portée par l'espoir lucide que la résilience peut être le levier d'un développement humain renouvelé.

Étienne Kimessoukié Omolomo

Coprésident du Comité Scientifique du 5^e congrès mondial sur la résilience
École des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale
Association des Infirmiers et Infirmières du Cameroun



Première partie

Le concept de résilience



Photo prise dans le cadre du 5^e Congrès mondial sur la résilience ayant eu lieu du 26 au 28 mai 2021 à Yaoundé.



Épistémologie de la résilience

Etienne Kimessoukié Omolomo

École des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale

Résumé

La popularité du concept de résilience, et d'ailleurs son statut d'objet central du 5^e congrès mondial sur la résilience, suscite un questionnement sur sa transdisciplinarité et l'intérêt de plus en plus grandissant de la communauté scientifique pour son étude. Cette popularité, faut-il aussi le relever, transcende l'espace scientifique et investit de plus en plus le champ social, au point de se demander s'il s'agit d'un phénomène nouveau ; ou alors d'une redécouverte d'un phénomène aussi vieux que le monde, une fois un certain voile tombé. Ou encore, s'agit-il d'une nouvelle manière de voir le monde, d'un nouveau rapport au monde ? Le présent essai aborde, dans un premier temps, l'historicité du phénomène de Résilience. Il montre que, non seulement la résilience est indissociablement liée à l'adversité, mais c'est aussi un phénomène vieux comme le monde. Dans un second temps, une réflexion ontologique et paradigmatique est faite sur la résilience. Celle-ci questionne la substantialité et l'accidentalité de la résilience en tant que propriété de l'ÊTRE, de l'OBJET ou du SYSTÈME. L'influence du déterminisme dans les premières conceptualisations de la résilience est abordée dans un 3^e temps. Une réflexion est enfin faite sur la redécouverte du paradigme de la résilience par nos sociétés et ses différentes implications. Cette redécouverte du paradigme de la résilience permet d'apporter un éclairage sur les stratégies de persistance de l'ÊTRE face à l'adversité, la contrainte ou la perturbation. Elle ouvre de nouveaux horizons sur les plans social et scientifique. Elle pose des bases pour développer des approches méthodologiques socialement et culturellement ancrées sur l'expérience positive en contexte d'adversité.

Mots-clés : Résilience, transdisciplinarité, paradigme, épistémologie

Abstract

The popularity of the concept of resilience, and indeed its status as the central subject of the 5th World Congress on Resilience, raises questions about its transdisciplinarity and the increasingly growing interest of the scientific community in its study. This popularity, should it also be noted, transcends the scientific space and increasingly invests the social field, to the point of wondering if it is a new phenomenon; or a rediscovery of a phenomenon as old as the world, once a certain veil has fallen. Or is it a new way of seeing the world, a new relationship with the world? This essay first addresses the historicity of the phenomenon of Resilience. It

shows that not only is resilience inseparably linked to adversity, but it is also a phenomenon as old as time. Secondly, an ontological and paradigmatic reflection is made on resilience. This questions the substantiality and accidentality of resilience as a property of BEING, the OBJECT or the SYSTEM. The influence of determinism in the first conceptualizations of resilience is addressed in a third step. Finally, a reflection is made on the rediscovery of the paradigm of resilience by our societies and its different implications. This rediscovery of the resilience paradigm sheds light on the strategies for persistence of BEING in the face of adversity, constraint or disruption. It opens new horizons on the social and scientific levels. It lays the foundations for developing methodological approaches that are socially and culturally rooted in the positive experience in the context of adversity.

Keywords : Resilience, transdisciplinarity, paradigm, epistemology

Introduction

La popularité du concept de résilience, et d'ailleurs son statut d'objet central du 5^e congrès mondial sur la résilience, suscite un questionnement sur sa transdisciplinarité et l'intérêt de plus en plus grandissant de la communauté scientifique pour son étude. Plusieurs chercheurs considèrent d'ailleurs la résilience comme un concept transdisciplinaire, dont le sens ne cesse d'évoluer en franchissant les limites disciplinaires (Paddeu, 2012 ; Michallet et Anouchka, 2018 ; Kimessoukié, Jourdan-Ionescu, Ionescu & Lapointe-Gagnon, 2018 ; Ungar, 2021). Cette popularité, faut-il aussi le relever, **transcende l'espace scientifique et investit de plus en plus le champ social**, au point de se demander s'il s'agit d'un phénomène nouveau ; ou alors d'une redécouverte d'un phénomène aussi vieux que le monde, une fois un certain voile tombé. Ou encore, s'agit-il d'une nouvelle manière de voir le monde, d'un nouveau rapport au monde ?

L'exploration des bases de données bibliographiques montre que la résilience est un objet d'étude qui transcende les disciplines. La diversité d'appartenance disciplinaire des chercheurs qui ont soumis des communications au 5^e congrès mondial sur la résilience en est aussi une illustration. Ils proviennent de la Psychologie, la Sociologie, l'Anthropologie, la Philosophie, la Démographie, l'Histoire, l'Éducation, l'Art, l'Écologie, le Droit, l'Action humanitaire, les Sciences de la santé, les Relations internationales, etc. Plus de 300 propositions de communication ont été soumises par les chercheurs, et moins de 285 ont été acceptés pour présentation orale ou par affiche. Les appartenances disciplinaires des chercheurs qui ont soumis des communications à ce congrès sont représentatives des champs disciplinaires pénétrés par la Résilience tels qu'il apparaît dans les bases de données. Il faut toutefois relever l'absence de soumissions dans le domaine de la science des matériaux.

La résilience est étudiée en Sciences sociales et humaines, Sciences de la Santé, Ingénierie, Sciences de l'environnement, Relations internationales, Sciences économiques et management. Elle est aussi étudiée en Philosophie, Esthétique, Éthique et Théologie. La base de données bibliographiques Web of Science identifie plus d'une centaine de disciplines qui s'intéressent à la résilience à travers des travaux de recherche et des réflexions. Cette base de données nous révèle que plus de 42% des publications sur la résilience sont faites dans le domaine de la Science des matériaux, des télécommunications et de l'informatique ; alors que les publications du domaine des sciences de la santé, y compris la psychologie, représentent environ 35% des travaux de recherche répertoriés. Les sciences

environnementales et l'écologie représentent quant à elles environ 10% des travaux sur la résilience. Le présent travail aborde, dans un premier temps, l'historicité du phénomène de Résilience. Dans un second temps, une réflexion ontologique et paradigmatique est faite sur la résilience. L'influence du déterminisme dans les premières conceptualisations de la résilience est questionnée dans un 3^e temps. Une réflexion est enfin faite sur la redécouverte du paradigme de la résilience par nos sociétés.

1. La résilience, un phénomène naturel vieux comme le monde

Si l'histoire permet d'identifier l'usage du **concept de résilience** dans l'antiquité romaine, notamment par Sénèque, Ovide et Cicéron (Ionescu, 2015), **ce phénomène** de par sa définition ou ses représentations est aussi vieux que le monde et profondément associé à son évolution. Un auteur comme Oum Ndigi (2019, 2021) en trouve même les traces dans l'Égypte ancienne, notamment dans la mythologie du *Maât*. Une étude des civilisations et des cultures montrerait certainement l'existence d'autres manières de nommer ce phénomène que nous appelons *Résilience*. Il s'agit d'ailleurs d'une hypothèse que pourraient explorer des philosophes, historiens et anthropologues. Cette hypothèse se vérifie déjà dans la culture Baassa du Cameroun qui la nomme le « *Revenir* », comme l'expose Minyem Charles dans le Symposium de philosophie de la résilience organisé dans le cadre de ce 5^e congrès mondial sur la résilience. À côté de ces civilisations, l'*adaptation réussie* de certains animaux ou espèces préhistoriques dont l'existence remonte à plusieurs millions d'années et qui sont encore présents sur terre aujourd'hui, tels le requin-lutin, la fourmi de mars, la salamandre géante de Chine, les méduses, et bien d'autres, en sont des illustrations. Il faut rappeler qu'une auteure comme Masten (2010) définit la résilience comme une adaptation réussie. La persistance de certaines cultures ou civilisations s'inscrit donc également dans cette logique de résilience. C'est le cas des civilisations égyptiennes, incas, persanes, aztèque, grecque, arabe, chinoise, etc.¹

L'histoire regorge de récits de personnalités qui se sont relevées ou qui ont rebondi après divers échecs sur le plan biologique, psychologique, social, politique, scientifique, entrepreneurial, artistique, sportif, etc. En effet, l'adversité est une dimension inextricable et indissociable de la vie comme elle permet son évolution à travers les différentes tensions développementales qu'elle crée. Des célébrités comme Nelson Mandela, Cheikh Anta Diop, Abraham Lincoln, Winston Churchill, Thomas Edison, Isaac Newton, Albert Einstein, Socrate, et bien d'autres, ont connu divers échecs ou adversités dans leurs vies. Ils les ont brillamment surmontés,

¹ <https://anciennescivilisations.com/sujets-varies/10-plus-anciennes-civilisations>

faisant preuve de résilience. L'exemple du Pharaon Khéops², 2^e Roi de la IV^e dynastie de l'Égypte ancienne, qui a régné vers 2600 ans avant Jésus Christ, en est une illustration. Pour réussir son projet de construction de la célèbre Pyramide de Khéops qui existe encore aujourd'hui et qui fait partie des sept merveilles de l'humanité, il a connu de nombreux échecs, et de nombreux recommencements avant de parvenir au succès. Le cas de Soundiata Keita³, Roi du royaume Manding, ancien empire du Mali, est également illustratif. Il a vécu de 1190 à 1255 après Jésus Christ. Fils de Roi, il a acquis la parole avec beaucoup de retard. Il a acquis la marche après l'âge de 10 ans. C'est au décours d'une N^{ième} humiliation de sa mère qu'il n'a pas pu encaisser, qu'il s'est levé comme un déclic, un *point tournant*, pour marcher. L'histoire révèle qu'il était doué d'une force colossale et qu'il est devenu un redoutable guerrier. Il a connu, entre autres, l'adversité de l'exil. Il a par la suite accédé au trône et est devenu l'un des plus grands Rois qu'ait connu l'ancien empire du Mali.

Si l'adversité coexiste donc avec la vie, alors il en est de même de la résilience qui est ce processus de transcendance, de dépassement, de transformation de l'adversité, car elle permet la persistance ou la continuité de la vie, plus harmonieuse et pleine de sens. La résilience n'aurait donc de sens ou d'existence qu'en contexte d'adversité ? Le regain d'intérêt pour la résilience correspondrait-il à une résurgence de plus en plus importante de l'adversité au niveau individuel, familial, communautaire, étatique, ou mondial ? Ou encore, ce regain correspondrait-il à une orientation politique, philosophique, culturelle ou sociale de promotion de certaines valeurs, notamment la persévérance, la détermination, la résistance, l'ordre, etc. ? Ce regain correspondrait-il à la volonté de mettre en avant certains modèles sociaux de réussite, ou alors serait-ce le fait de la redécouverte d'une autre manière de voir et de comprendre le réel ou le monde ?

Bien que la résilience soit donc aussi vieille que la vie dans le monde, il faut toutefois noter que son introduction dans le champ scientifique a largement contribué à son essor et à son évolution paradigmatique. La littérature scientifique nous révèle que la résilience, qu'elle soit considérée comme un état, une capacité ou un processus, peut s'appliquer à des matériaux, des personnes humaines, des animaux, des végétaux, des cultures, des sociétés, des organisations ; des systèmes politiques, économiques, socioécologiques ; ou encore de manière plus générale à un **ÊTRE** au sens aristotélicien du terme (avec ses propriétés substantielles et accidentelles). En fait, cette littérature l'aborde le plus souvent comme *résilience de quelque chose*,

²<https://fr.wikipedia.org/wiki/Kh%C3%A9ops>

³<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=soundiata+keita+biographie>

résilience d'un système ou d'une personne face à une contrainte ou une perturbation. Exemples : 1) la résilience des matériaux face à des contraintes, la résilience des enfants maltraités, la résilience socioécologique, la résilience des personnes vivant avec une maladie chronique ; la résilience de la société à la pandémie de la Covid-19 ; la résilience au changement climatique, etc. Peut-on alors l'évoquer sans la relier à quelque chose ? A-t-elle une existence propre ? Est-elle une propriété **substantielle** ou **accidentelle** des **ÊTRE** dont l'expression peut être latente ou actuelle ? Le concept de propriété est entendu ici à la fois comme un trait, une capacité, un processus ou un état.

2. La résilience : propriété substantielle ou accidentelle de l'ÊTRE

La résilience est perçue par certains chercheurs comme une qualité essentielle ou fondamentale des systèmes complexes évolutifs. Le système renvoie à un ensemble organisé d'éléments ou d'entités interconnectés à travers un réseau où chaque élément a des fonctions spécifiques et une très grande diversité de connexions directes ou indirectes avec d'autres éléments. La **complémentarité des éléments** du système ou leurs **redondances fonctionnelles** lui assure la **capacité de stabilité ou d'adaptation**. La diversité ou la complexité des interconnexions entre les éléments lui confère la capacité de **production de propriétés émergentes** pouvant assurer sa continuité, son évolution ou son développement. Les systèmes complexes évolutifs ont donc le pouvoir d'articuler stabilité et changement, adaptation et évolution. Les êtres vivants et les organisations sociales sont des exemples de systèmes complexes évolutifs. Holling (1973), dont les travaux sont fondateurs de la résilience en écologie, soutient que la résilience est une propriété substantielle des systèmes écologiques dont les manifestations sont contextuelles et accidentelles. Cyrulnik (2012) soutient par ailleurs qu'une personne, pourquoi ne pas dire de manière plus générale un **ÊTRE**, peut être résilient dans **certaines situations** et ne pas l'être dans d'autres ; ou encore que les expressions ou manifestations de la résilience ne sont pas constantes ou permanentes. Elles doivent donc sans cesse se réinventer ou se renouveler.

Les manifestations de la résilience naturelle sont donc accidentelles ou épiphoniques, c'est-à-dire douées d'une certaine imprévisibilité ou indéterminabilité qui commence à prendre corps à partir d'un **point tournant ou d'un déclic**. Le *point tournant* est considéré par Richardson (2011) comme une transition ou alors le principal moment d'amorçage de la reprise développementale, de la rupture des croyances ou projections déterministes ; une rupture des préconceptions pour s'ouvrir à l'inattendu, à de nouveaux possibles. Dans le domaine des Sciences

sociales et humaines, le *point tournant* résulte d'une **(re)construction du sens** de différents événements significatifs. Au-delà des qualités individuelles, pour les écosystémiciens, la manifestation de la résilience est influencée par plusieurs variables environnementales (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011 ; Hjemdal et al., 2011, Masten, 2010). La résilience est pour Cyrulnik (2012), qui s'inscrit également entre autres, dans la conception écosystémique, une qualité intrinsèque, substantielle, présente chez tout individu. Elle lui permet de dépasser sa souffrance, d'apprendre de ses expériences douloureuses et de devenir plus fort. On peut donc conclure avec Folke (2006) que la résilience est une qualité intrinsèque [lorsqu'elle est *en devenir*] et/ou émergente [lorsqu'elle est *en acte*] des systèmes complexes socio-écologiques [évolutifs]. Elle est donc à la fois une propriété substantielle et accidentelle, un potentiel et une manifestation, un devenir et un résultat. Pris dans ce sens, la résilience peut se définir comme une propriété substantielle, une caractéristique fondamentale de chaque ÊTRE permettant, sous l'impulsion d'un point tournant, la transformation ou la transcendance des contraintes ou des perturbations dans certains contextes, en vue de persister et maintenir un bon fonctionnement. Cette qualité de transcendance de l'adversité semble également s'étendre aux disciplines scientifiques.

3. La transdisciplinarité de la résilience

La résilience est un phénomène complexe qui transcende presque toutes les disciplines scientifiques. Bien que diversement conceptualisée, les communalités ou invariants conceptuels qui se dégagent de ces conceptions disciplinaires semblent en faire un **métaconcept**. Un métaconcept est un concept qui, bien qu'il soit utilisé et conceptualisé dans plusieurs disciplines, garde une structure essentielle, des invariants ou des caractéristiques fondamentales communes retrouvées dans toutes ces disciplines.

L'essence ou la substance d'un métaconcept transcende les disciplines, au point où lorsqu'on la considère essentiellement sous l'angle d'une seule discipline, elle peut apparaître comme un fourre-tout de connaissances qui fusent et sont produites de toute part, donnant l'impression de connaissances disparates. Mais lorsqu'on la considère sous un angle transdisciplinaire, il apparaît des propriétés substantielles ou fondamentales retrouvées dans toutes les conceptions disciplinaires. Pour Holling (1973), la résilience est une **propriété substantielle des systèmes complexes écologiques**. Ces écosystèmes complexes sont qualifiés par Gunderson et al. (2002) de *Systèmes adaptatifs complexes*.

Si l'on considère la diversité des systèmes complexes étudiés dans les différentes disciplines, si l'on considère aussi que pour chacun de ces systèmes complexes, la résilience est une propriété substantielle, l'on peut donc admettre qu'elle a des invariants qui transcendent les disciplines. Si de par cette transcendance, la résilience est un métaconcept, alors elle a aussi des propriétés qui transcendent les disciplines. Une revue de littérature de la résilience dans différents champs disciplinaires permet d'identifier quatre propriétés substantielles ou invariantes du métaconcept de résilience : la persistance, la diversité des interactions positives ou encore la complexité du réseau de relation, l'auto-rétroaction, et la transformation (Kimessoukié et al., 2018).

3.1 La persistance comme propriété substantielle de la résilience

Holling (1973) définit la résilience comme la **persistance** des **relations** entre les **diverses composantes** d'un système ou la capacité de celui-ci à absorber la perturbation et à persister. La persistance a ici plusieurs significations. Il peut s'agir d'un maintien de la structure et des fonctions sous l'effet du temps et des perturbations. Il peut également s'agir d'une évolution qui implique une restructuration et de nouvelles fonctions. Dans ce second cas, il s'agit de la transition d'un niveau de stabilité à un autre. On peut aussi dire qu'il s'agit d'une transformation. Le maintien, la persistance ou la (sur)vie est une propriété substantielle inscrite profondément dans les gènes de tout système complexe évolutif. L'instinct de survie est d'ailleurs une propriété retrouvée chez la plupart des êtres vivants (Merleau-Ponty, 2006).

3.2 La diversité des interactions positives entre les différentes composantes structurelles

La diversité des composantes structurelles de l'ÊTRE, de l'OBJET ou du SYSTÈME, la complexité des interactions positives entre les composantes structurelles, entre elles d'une part, et avec leur environnement d'autre part, produisent des propriétés émergentes et substantielles à la résilience. Il s'agit notamment de l'associativité et de l'alternativité.

L'*associativité* est la relation entre les différentes composantes structurelles et environnementales formant un tout qui est plus grand que la somme des parties (Cf. Edgar Morin). Celle-ci est garante de la complémentarité structurelle et fonctionnelle des différentes composantes de l'ÊTRE, de l'OBJET ou du SYSTÈME. En Sciences humaines cela pourrait référer au **réseau de soutien** ; en Écologie et Sciences

environnementales, cela s'appelle **la redondance fonctionnelle dans la biodiversité** (Adam et al., 2015).

L'*alternativité* est cette propriété de diversification des buts et/ou des moyens pour se maintenir, persister ou se transformer. Le sens d'une expérience, s'il est fortement influencé par la culture, il se construit à partir du but ou des objectifs fixés, car en l'absence d'horizon poursuivi, le devenir de l'ÊTRE n'a pas de **sens**. Il fait une navigation à vue, il erre et parfois s'égare. L'alternativité est donc substantielle à la *flexibilité* qui, elle aussi, est indispensable dans tout processus de résilience. La flexibilité à diverses conditions environnementales ou perturbations est d'ailleurs un facteur de stabilité de tout écosystème (Queux et Waring, 2010). Ainsi face à une adversité ou une perturbation, l'ÊTRE, l'OBJET ou le SYSTÈME, face à son incapacité à poursuivre le but initial, après des tentatives d'adaptation ou de restauration vaines des structures et fonctions initiales, se dote **d'objectifs alternatifs** qui seront le moteur de la transformation ou de la résilience. Ces nouveaux buts ou objectifs induisent, comme cela peut se voir dans les organisations, des restructurations ou des réorganisations, la mobilisation de nouvelles ressources et/ou la réaffectation des anciennes ressources et la création d'une nouvelle dynamique, d'une structure renouvelée

3.3 L'auto-rétroaction

La résilience, qu'elle soit naturelle ou assistée, nécessite un travail sur soi, un ajustement de ses buts personnels, ainsi qu'une réorganisation pour y parvenir. Ce processus nécessite, au préalable, une autoévaluation, une analyse des ressources et de la capacité de l'ÊTRE ou du SYSTÈME à persévérer efficacement dans les conditions actuelles. L'*auto-rétroaction* est à la base du processus de (ré)adaptation, de (ré)apprentissage, de (ré)organisation ou de (re)définition de la trajectoire développementale. La réorganisation est donc rendue possible, grâce à une *rétroaction continue* ou à la *culture de l'auto-rétroaction* qui permet la restructuration (Acacio & Holmgren, 2014; Adam et al., 2015; Turetsky et al., 2012). Pour Tyler et Moench (2012), l'*auto-organisation* et la rétroaction, concepts fondamentaux de la théorie de la cybernétique, permettent des *réponses écosystémiques autonomes* aux changements climatiques et à d'autres perturbations.

3.4 La transformation comme propriété substantielle de la résilience

Sur le plan humain, la résilience s'accompagne aussi souvent d'une transformation de la personnalité ou de la structure de l'individu. C'est bien pourquoi ceux qui

parlent de résilience en contexte de traumatisme distinguent deux périodes fondamentales : celle de la désorganisation et celle de la réorganisation ou du développement post-traumatique ; celle de la personnalité/structure avant le traumatisme et la personnalité/structure après le traumatisme ou le choc (Tedeschi et Calloun, 2004). Le résultat d'une expérience ou d'un processus de résilience est généralement un développement, un renouvellement, une transformation de soi. L'adversité lorsqu'elle ne peut être absorbée est intégrée par l'ÊTRE ou le SYSTÈME pour créer un « **mieux-être avec** ». Elle est transformée en facteur de croissance (Zalak, 2018 ; Tousignant, 2018 ; Lapointe, 2018 ; Masten & O'Dougherty, 2010). La résilience se traduit donc par une transformation, une transition d'un état donné vers un mieux-être, avec l'adversité, la contrainte ou la perturbation comme organisateur de ce développement (Masten & O'Dougherty, 2010; Michallet, 2015; Sgro et al., 2011). Pour Sgro et al. (2011), la transformation est une propriété substantielle des écosystèmes.

4. L'influence du déterminisme dans la conceptualisation de la résilience

Le début de l'intérêt des disciplines scientifiques pour le concept de résilience se situe à une période de prédominance du paradigme déterministe qui postule que les phénomènes sont déterminés par un certain nombre de relations causales (Lemay, 2005). Un paradigme scientifique, au sens de Khun (1962), cité par Lemay, est un **ensemble de principes et de méthodes partagés par une communauté scientifique** et permettant d'expliquer ou de comprendre le réel. Il naît dans un contexte, une culture et une rationalité précise et se diffuse grâce à sa capacité à donner sens au réel ; à sa notoriété, sa popularité et les moyens intellectuels, économiques, politiques, etc. dont jouissent ses promoteurs. Dans son univers de déploiement, un paradigme fonde l'objectivité et la valeur des connaissances

Le déterminisme est un courant de pensée né au 19^e siècle. De par sa philosophie, qui soutient le principe de la causalité, il est fondateur du paradigme scientifique et des schèmes de pensée qui attribuent à tout phénomène une cause dans la rationalité scientifique. La diffusion de ce paradigme dans différentes disciplines a donné naissance à plusieurs déclinaisons : le déterminisme biologique, le déterminisme socioéconomique, le déterminisme psychique, le déterminisme écologique, etc. (Jollivet, 1992; Joly, 2016; Le Roux & Saint-Martin, 2016). La coïncidence de l'intérêt des chercheurs pour la résilience (19^e et 20^e siècles) avec la période de forte prédilection de ce paradigme et le cloisonnement disciplinaire ont significativement influencé les premières conceptions ou constructions des connaissances sur la résilience. Ces connaissances se sont davantage focalisées,

d'une part, sur les causes ou les facteurs favorisant la résilience, et d'autre part sur les processus de la résilience, très souvent dans une perspective linéaire.

Le paradigme déterministe soutient, pour exagérer un peu, une ascendance de la puissance sur l'impuissance, une dictature de la force sur la faiblesse, une sorte de toute puissance de la cause présumée ou connue, pour l'instant, sur l'effet ou le comportement, que ce soit humain, social, environnemental, organisationnel, matériel, etc. Les personnes qui sont profondément immergées dans ce paradigme, dans cette manière de voir ou d'expliquer le monde, parfois depuis la naissance, ne développent-elles pas des schèmes de pensées qui normalisent ces représentations déterministes, vecteurs de pessimisme face à une adversité apparemment incontrôlable ? Plusieurs chercheurs s'accordent sur l'existence d'un *point tournant* au cours du processus de résilience (Richardson, 2011 ; Masten, 2010 ; Kimessoukié, 2016) ; affirmant ainsi la non-linéarité de ce phénomène. Pour Lemay (2005), le hasard, le chaos, les événements fortuits, les ajustements liés aux nécessités sont si présents d'une manière générale dans nos vies, et de manière spécifique dans l'expérience de résilience, que ce phénomène ne saurait être abordé sous l'angle du déterminisme.

Les premières recherches sur la résilience, bien qu'influencées par les schèmes de pensée déterministes, ont contribué à montrer les limites du paradigme déterministe avec son corollaire, le paradigme pathogénique. La limite ici ne voudrait pas dire l'inutilité. Elles ont contribué à montrer, dans plusieurs cas de figure, *l'impuissance de la puissance* pour détruire un ÊTRE ou maintenir sa désorganisation dans certains cas ; *l'imprévisibilité du prévisible, l'indéterminabilité du déterminé*. Les recherches longitudinales effectuées par Emmy Werner (1989), Rutter (1987), Garnezy (1984), Holling (1973) ont pu établir une évolution différente des populations par rapport aux croyances déterministes faites à partir des modèles mathématiques ou des conditions défavorables dans lesquelles ces populations étaient immergées. Les constats faits par ces chercheurs ont suscité un intérêt pour ces personnes, ces ÊTRES ; notamment comment elles ont pu résister aux vagues destructrices qui les ont submergées, et comment elles ont fait pour avoir un développement harmonieux, en dépit de toutes les prévisions pessimistes ? Ces premières recherches ont eu le mérite d'introduire dans l'univers de la recherche scientifique, d'autres croyances, postulats ou paradigmes pouvant permettre d'expliquer ou de comprendre le réel. Antonovsky (1979) l'a appelé le paradigme salutogénique, d'autres chercheurs l'appellent le **paradigme de la résilience** (Anaut, 2015 ; Grossman, 2021).

5. La redécouverte du paradigme de la résilience, au-delà du voile du déterminisme scientifique

La tombée du voile déterministe a permis de redécouvrir l'insaisissabilité de la vie, la complexité des ÊTRES, la capacité de transcendance de l'adversité, la force transformatrice de la spiritualité, la Résilience. Sur le plan scientifique, elle a permis de promouvoir l'observation ou l'étude des processus naturels de (re)construction, (ré)adaptation, (ré)intégration ; de développer des approches positives ou des modèles alternatifs basés sur les forces. La redécouverte du paradigme de la résilience permet d'apporter un éclairage sur les stratégies de persistance de l'ÊTRE face à l'adversité, la contrainte ou la perturbation. Elle ouvre de nouveaux horizons sur le plan social et le plan scientifique. Elle pose des bases pour développer des approches méthodologiques socialement et culturellement ancrées sur l'expérience positive en contexte d'adversité.

Le paradigme de la résilience met en lumière deux approches utilisées par l'ÊTRE pour persister, se maintenir ou se développer, malgré l'adversité : la stratégie anticipatoire ou proactive et la stratégie réparatrice ou de reconstruction.

La stratégie anticipatoire comprend deux déclinaisons. La première vise à limiter ou réduire les adversités. Elle vise à créer des « *environnements aseptisés* » ; c'est donc une approche centrée sur les environnements favorables à la persistance de l'ÊTRE, de l'OBJET ou du SYSTÈME. Il s'agit d'une stratégie d'évitement de l'adversité qui tend à la tenir au loin. Elle a l'inconvénient de réduire les capacités de défense et de réaction des ÊTRES lorsqu'une adversité non contrôlée est inévitable, car celui-ci en est moins entraîné. La seconde stratégie vise à promouvoir le renforcement des défenses ou les facteurs de protection des ÊTRES pour les rendre mieux aptes à affronter les adversités. Il s'agit d'une stratégie centrée sur la personne et son environnement. Elle est la stratégie par défaut lorsque la première est dysfonctionnelle. Les chercheurs de ce champ définissent la résilience comme une balance dynamique positive entre facteurs de protection et facteurs de risque (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2010). Dans cette logique, la supériorité du nombre de facteurs de protection permet de contrebalancer les facteurs de risque. Elle sous-tend la pratique fondée sur les forces.

Les stratégies réparatrices ou reconstructives visent la restauration ou le renouvellement de l'ÊTRE. Le paradigme de la résilience a permis de mettre en lumière le renouvellement de l'ÊTRE dans des contextes inattendus ou défavorables. C'est à travers cette stratégie que la résilience a acquis sa popularité. Elle s'appuie

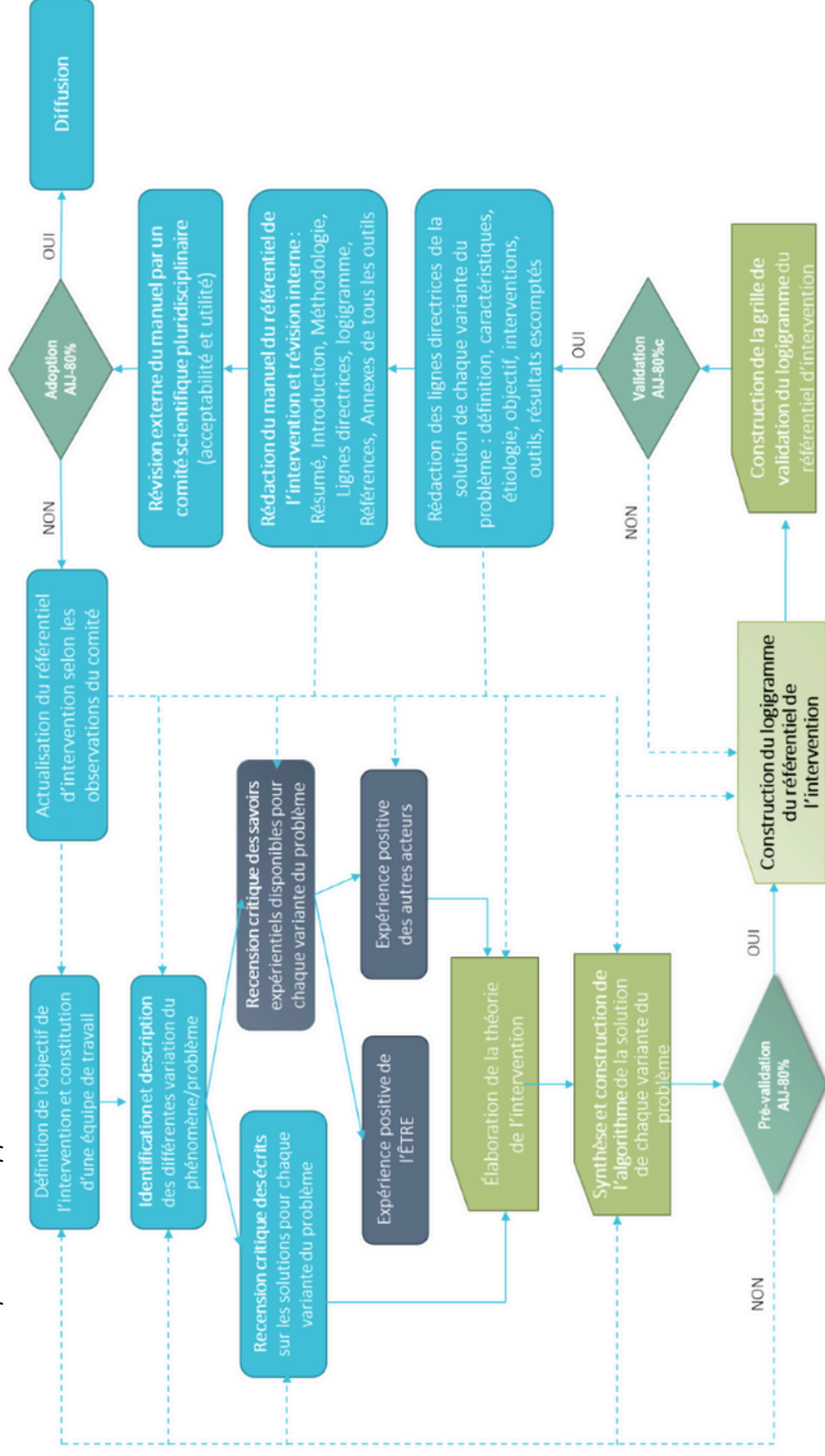
habituellement sur une auto-rétroaction et une (re)construction de sens, sur un *point tournant* servant de déclic à l'inversion de la trajectoire développementale. Elle se fait également à partir d'une redéfinition des buts et d'une réorganisation des ressources pour atteindre ces nouveaux horizons.

Le paradigme de la résilience met également en lumière la philosophie de l'*alternativité*, celle de l'*autrement* par rapport à l'ordre social établi. Elle suscite la naissance de nouveaux courants de pensée ou de nouvelles disciplines ; c'est le cas de la Pensée positive, la Psychologie positive (Seligman, 2018; Seligman, 2006 ; Seligman et al., 2005), l'Écologie positive (Buijs & Jacobs, 2021, 2021; Cappella et al., 2018; Yoyo team, 2019), l'Économie alternative (Berthelemy, 2008; Blanc, 2015; Barral, 2018), etc. Alsaleh et al., (2018) démontrent par exemple l'efficacité de la répétition des phrases de pensées positives sur le traitement de l'anxiété et de la dépression.

Le paradigme de la résilience promeut une approche qui vise, devant un problème, à voir le verre à moitié plein, sans toutefois perdre de vue qu'il y a aussi une partie vide, à travailler davantage à renforcer les forces, au lieu de se centrer principalement sur la compensation des déficits. Cette philosophie postule que le renforcement des forces dans un système réduit l'impact négatif des déficits, et permet le retour à l'équilibre, voire l'accès à la résilience. Le paradigme de la résilience est donc porteur d'un nouveau rapport au monde. Le paradigme de la résilience ouvre également des horizons vers des approches méthodologiques de résilience assistée ou de recherche-développement qui se fondent sur les expériences positives. Se fondant sur le paradigme de la résilience, Kimessoukié (2020) propose une méthode de développement d'intervention socialement et culturellement ancrée qui s'appuie sur le vécu expérientiel positif des personnes ou des organisations. Cette méthode suggère la modélisation de l'expérience des personnes qui ont surmonté l'adversité et sa transformation en intervention susceptible de soutenir celles qui font face moins efficacement au problème. Cette méthode intègre la triangulation des savoirs scientifiques, de l'expérience des praticiens et des patients experts comme dans la pratique fondée sur les données probantes. Elle intègre également la validation des interventions et processus par la recherche de consensus entre des experts, comme dans l'approche Delphi.

Figure 1

Modèle théorique du développement d'interventions basées sur la résilience



Conclusion

Le présent essai, dont l'objectif est d'analyser les fondements, la validité, la portée du concept de Résilience, montre sa complexité. La résilience y apparaît à la fois comme une propriété substantielle de l'ÊTRE, mais aussi comme une manière de voir le monde, un paradigme. Il se dégage que la résilience se fonde sur le postulat d'une *possible impuissance de la puissance*, de l'existence d'un potentiel développemental, d'une adversité transformée en facteurs de croissance, du pouvoir développemental de la construction de sens ou de la rétroaction. Cette analyse permet de mettre en évidence un ensemble de propriétés de la résilience retrouvées dans presque toutes disciplines qui questionnent ce phénomène : *la persistance, la complexité des interactions, l'auto-rétroaction et la transformation*. La résilience, au-delà de son statut théorique de métaconcept, apparaît également comme un courant de pensée, une manière de voir le réel à laquelle semblent adhérer de nombreuses sociétés, mais aussi de nombreuses disciplines scientifiques. C'est un courant de pensée qui postule une vision positive du monde, une recherche des alternatives aux modèles dominants pouvant permettre la persistance de l'ÊTRE, surtout celle de l'ÊTRE vulnérable, son mieux-être. Ce paradigme de la résilience représenterait-il un risque ou un facteur de protection pour les différents ordres établis ?

Références

- Acacio, V., & Holmgren, M. (2014). Pathways for resilience in Mediterranean cork oak land use systems. *Annals of Forest Science*, 71(1), 5-13. doi:10.1007/s13595-012-0197-0
- Adam, T. C., Burkepile, D. E., Ruttenberg, B. I., & Paddock, M. J. (2015). Herbivory and the resilience of Caribbean coral reefs: knowledge gaps and implications for management. *Marine Ecology Progress Series*, 520, 1-20. doi:10.3354/meps11170
- Alsaleh, M., Lebreuilly, R., Tostain, M., & Lebreuilly, J. (2018). La puissance des répétitions des phrases des pensées positives : Un outil efficace de traitement contre les troubles psychologiques. Une étude pilote contrôlée et randomisée. *Annales médico psychologiques*, 176(5), 438. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.023>
- Anaut, M. (2015). La résilience : Évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 28. <https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey Bass Publishers
- Barral, S. (2018). Économie Alternative : Religiosité, ruralité et migration. *Sociologie économique, Generic*. http://hinari.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwtV3NSsNAEF5s8SBeFBW1KnvyUiPNX5tVPIi0iCAIrXgM2WRblzYpmyh48e6j9DnyYs7spk0RUXvws oRh2U2-mUw2O_PNEmJbpy3ji0-leBBaWlrMZWGLmyaLTCviLsbg4HWMhKrCaPf61t2A3VQHoFayf1U8yED1SKRdQv nzQUEA12AC0IIRQPsnM8BAuMc0-1g0L5_L_b9XRUmXOh85i3MdL0e8JdbhmAmalm-O45Gs1PdUsXqV24QlquqpZ9AZ3EqDGaaPIX-dB1KWd1nuLpieotkt7C7-PJpQJgq5ulbT1pVov6le_fg2QTZZJl_ISMfrS6Ff2vfhbXXMVY4H0dxmF-lxLjv10itw9BT3b53Z37B7NgO87AsVx0wTHWiqvr-Dzbl-oPgdBbq2CQrItki58VHiStdwPWMVqgW0xNa4lIMqcjpHMTt4vS6g6trA6fyj7rkh__bY9g7pj6kidgl1HK80A5CWEkGnsPZ0Bu2wSuCWw0YCyzu7pHlht5fsn-DrFWKPCD1XL6lQ7KKp7HL-EgB-wnynTIO
- Berthelemy, J.-C. (2008). Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté. *Comptes rendus. Biologies*, 331(12), 903-918. <https://doi.org/10.1016/j.crv.2008.08.004>
- Blanc, J. (2015). Contester par projets. Le cas des monnaies locales associatives. *Revue de la régulation, Journal Article*. <https://doi.org/10.4000/regulation.11535>
- Buijs, A. E., & Jacobs, M. H. (2021). Avoiding negativity bias : Towards a positive psychology of human-wildlife relationships. *Ambio*, 50(2), 281-288. <https://doi.org/10.1007/s13280-020-01394-w>

- Cappella, E., Hwang, S. H. J., Kieffer, M. J., & Yates, M. (2018). Classroom Practices and Academic Outcomes in Urban Afterschool Programs: Alleviating Social-Behavioral Risk. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 26(1), 42-51. <https://doi.org/10.1177/1063426617739254>
- Cyrluk, B. (2012). *Résilience : connaissances de base*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Folke, C. (2006). Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses. *Global Environmental Change*, 16(3), 253-267. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002>
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child development*, 55(1), 97-111. doi: 10.2307/1129837.
- Grossman, M. (2021). Resilience to Violent Extremism and Terrorism In: *Multisystemic Resilience*. Ed Michael Ungar, Oxford University Press. Oxford University Press. DOI: 10.1093/oso/9780190095888.003.0017
- Gunderson, L. H., Holling, C. S., Pritchard, L., & Peterson, G. D. (2002). Resilience of Large-Scale Resource Systems. In L. H. Gunderson & L. Pritchard (Eds.), *Resilience and the behavior of large scale systems* (pp. 1 ressource en ligne (xxiii, 287 pages)). Washington, D.C.: Island Press.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P., & Fossion, P. (2011). The resilience scale for adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11(1), 53-70. doi: 10.1080/15305058.2010.508570.
- Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, 1-23.
- Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2011). Evaluation de la résilience. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 61-135). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jollivet, M. (Éd.). (1992). *Sciences de la nature, sciences de la société : Les passeurs de frontières*. CNRS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.4154>
- Joly, M. (2016). Du déterminisme biologique au déterminisme social : Naissance d'une langue scientifique. *Socio*, 6, 25-48. <https://doi.org/10.4000/socio.2143>
- Kimessoukié Omolomo, E., Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, C., & Lapointe-Gagnon, M. (2018). Méta-synthèse des approches théoriques de la résilience en sciences naturelles, génies et sciences économiques. Dans (Dir) C., Jourdan-Ionescu, S., Ionescu, E., Kimessoukié Omolomo, & F., Julien-Gauthier. *Résilience et culture, culture de la résilience*. <http://www7.bibl.ulaval.ca/doelec/lc2/monographies/2019/a2986003.pdf>.
- Le Queux, S., & Waring, P. (2010). Australie et Singapour: Deux exemples de résilience à la crise financière. *Chronique internationale de l'IRE*(127), 222-230

- Le Roux, R., & Saint-Martin, A. (2016). Situations du déterminisme en sciences humaines et sociales. *Socio*, 6, 9-24. <https://doi.org/10.4000/socio.2130>
- Lemay, M. (2005). Déterminismes et résilience. *Empan*, 57(1), 77.
DOI: 10.1093/oso/9780190095888.003.0017
- Masten, A. S., & O'Dougherty Wright, M. (2010). Resilience over the life span. Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. Dans J. W. Reich, A. Zautra, & J. S. Hall (Éds), *Handbook of Adult Resilience* (pp. xix, 540 p.). New York: Guilford Press
- Merleau-Ponty, M. (2006). *La structure du comportement*. Paris: Quadrige
- Michallet, B. & Anouchka, H. (2018). Résilience et réadaptation en déficience physique : apports, spécificités et perspectives d'avenir. Dans (Dir) C., Jourdan-Ionescu, S., Ionescu, E., Kimessoukié Omolomo, & F., Julien-Gauthier. *Résilience et culture, culture de la résilience*.
<http://www7.bibl.ulaval.ca/doelec/lc2/monographies/2019/a2986003.pdf>.
- Paddeu, F. (2012). Faire face à la crise économique à Detroit : les pratiques alternatives au service d'une résilience urbaine? *L'Information géographique*, 4, 119.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. doi: 10.1002/jclp.10020
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The journal of Positive Psychology*, 13(4), 333-335.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>
- Seligman, M. E. P. (2006). Positive psychotherapy. *The American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *The American Psychologist*, 60(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Sgro, C. M., Lowe, A. J., & Hoffmann, A. A. (2011). Building evolutionary resilience for conserving biodiversity under climate change. *Evolutionary Applications*, 4(2), 326-337. doi:10.1111/j.1752-4571.2010.00157.x
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: "Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01.

- Tousignant, M. (2018). Construire une résilience au suicide en milieu autochtone. Dans (Dir) C., Jourdan-Ionescu, S., Ionescu, E., Kimessoukié Omolomo, & F., Julien-Gauthier. *Résilience et culture, culture de la résilience*.
<http://www7.bibl.ulaval.ca/doelec/lc2/monographies/2019/a2986003.pdf>.
- Turetsky, M. R., Bond-Lamberty, B., Euskirchen, E., Talbot, J., Frolking, S., McGuire, A. D., & Tuittila, E. S. (2012). The resilience and functional role of moss in boreal and arctic ecosystems. *New Phytologist*, 196(1), 49-67. doi:10.1111/j.1469-8137.2012.04254.x
- Tyler, S., & Moench, M. (2012). A framework for urban climate resilience. *Climate and Development*, 4(4), 311-326. doi:10.1080/17565529.2012.745389
- Ungar, M. (2021). Introduction In *Multisystemic Resilience*. (Ed) Michael Ungar. Oxford University Press. Oxford University Press. DOI: 10.1093/oso/9780190095888.003.0001
- Wagnild, G., & Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(12), 28-33. doi: 10.3928/02793695-20091103-01.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). *Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, Cox.
- Yoyo team, T. (2019). Yoyo : Recycling all plastic. Impossible? We've already started. *Field actions science reports, Journal Article*, 92-95
- Zalak, N. (2018). Du trauma à la guérison : Contexte Libanais. Dans (Dir) C., Jourdan-Ionescu, S., Ionescu, E., Kimessoukié Omolomo, & F., Julien-Gauthier. *Résilience culture, culture de la résilience*.
<http://www7.bibl.ulaval.ca/doelec/lc2/monographies/2019/a2986003.pdf>.

Three different scales to assess the same concept

Serban Ionescu

University Paris 8 Saint-Denis, France

Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Diana Vasile

Institute for Trauma and Treatment - Bucharest, Romania

diana.vasile@istt.ro

Claudio Papasteri

University of Bucharest, Romania

claudiu.papasteri@fpse.unibuc.ro

Abstract

A lot of resilience measurement scales have been developed in the last three decades. Differences in the instruments can be traced to the theoretical orientations of their developers and to the conceptual definitions of resilience on which they are based on. The objective of this research is to compare the results on three of the most widely used resilience assessment instruments, administered to the same sample, and to carry out the comparisons at group and individual levels. The current scales were administered to a sample of 108 clinical psychologists (91 women and 17 men): Wagnild and Young resilience scale, CD-RISC scale and Resilience Scale for Adults. All intercorrelations are positive and significant at $p < 0.0001$, indicating statistically significant convergence between the individual scores on the three scales administered. The comparisons of the participants with the five highest scores and the five lowest scores on the three scales highlights important similarities between the results at the three scales.

Keywords: resilience; assessment; Wagnild and Young scale; CD-RISC scale; Resilience Scale for Adults; clinical psychologists

Résumé

De nombreuses échelles d'évaluation de la résilience ont été développées au cours des trois dernières décennies. Les différences entre ces instruments peuvent être attribuées aux orientations théoriques des développeurs d'outils et aux différences nuancées dans les définitions conceptuelles de la résilience sur lesquelles leurs outils de mesure sont basés. Cette recherche a comme objectif de comparer les résultats sur trois des instruments d'évaluation de la résilience les plus largement utilisés, administrés à un même échantillon, et d'effectuer des comparaisons individuelles et au niveau des groupes. Les échelles suivantes ont été administré à un échantillon de 108 psychologues cliniciens (91 femmes et 17 hommes) : l'Échelle de résilience de Wagnild et Young, l'Échelle CD-RISC et l'Échelle de résilience pour adultes. Toutes les

intercorrélations sont positives et significatives à $p < 0,0001$, indiquant un degré significatif de concordance entre les scores individuels aux trois échelles administrées. Les comparaisons des participants avec les cinq scores les plus élevés et les cinq scores les plus bas, aux trois échelles, mettent en évidence des similitudes importantes concernant les résultats aux trois échelles.

Mots clés : résilience; évaluation; Échelle Wagnild et Young; Échelle CD-RISC; Échelle de résilience pour adultes; psychologues cliniciens

A lot of resilience measurement scales have been developed in the last three decades. Differences in the instruments can be traced to the theoretical orientations of the tools' developers and to the nuances in the conceptual definitions of resilience on which the tools were based on (Gulbrandsen, 2016).

Comparisons of different resilience assessment instruments are generally based on their psychometric characteristics. The simultaneous administration of several instruments on the same sample of participants is rare (Gulbrandsen, 2016; Hirani, Lasiuk, Van Vliet, Van Zanten, Karmaliani et al., 2018; Madewell & Ponce-Garcia, 2016; Maltby, Day & Hall, 2015) and is limited to global psychometric considerations. The objective of this research is to compare the results on three of the most widely used resilience assessment instruments, administered to the same sample, and to carry out the comparisons at group and individual levels. Consequently, this study carries the potential to inform clinicians about the most reliable and consistent resilience assessment tools, enabling more accurate identification of individuals' resilience levels and guiding targeted interventions to foster psychological strength and adaptive coping strategies.

Instruments

The first scale used in the study was also the first to be developed and published. It was conceived at the University of Washington in Seattle by Gail Wagnild, assistant professor in nursing and Heather Young, doctoral student in nursing. In developing this scale, Wagnild and Young used the narratives of 24 well adjusted women, as indicated their mid-to-high levels of "morale" and "social involvement" after experiencing "major life events" (Wagnild and Young, 1993, p. 167).

From the data collected, Wagnild and Young identified five components of resilience: equanimity (or serenity); perseverance; self-reliance (a belief in oneself and one's capabilities, the ability to recognize personal strengths and limitations); meaningfulness (realization that life has a purpose, the sense of having something for which to live) and finally, existential loneliness (the feeling of freedom and sense of uniqueness, the realization that some experiences must be faced alone). The Wagnild and Young scale is composed of 25 items assessed from 1 ("disagree") to 7 ("agree"). Possible scores range from 25 to 175 with higher scores reflecting higher resilience. Principal components factor analysis revealed two factors: "Personal competence" (17 items) and "Acceptance of self and life" (eight items).

The second scale administered in our research is the CD-RISC scale, developed by Kathryn Connor and Jonathan Davidson, physicians, both professors in the

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at Duke University. When they developed the CD-RISC, Connor and Davidson (2003) noted that there was no resilience measurement instrument for use in psychiatric practice. The CD-RISC was developed as a brief self-rated assessment to help quantify resilience in psychiatric populations and as a clinical measure to assess psychopharmacological treatment response.

The CD-RISC contains 25 items formulated from the characteristics of people who have demonstrated resilience when they have experienced potentially traumatic events or chronic adversity. These characteristics have been brought to light following by the collective work of multiple authors: Kobasa's work on the "enduring personality," which emphasizes control, commitment, and viewing change as a challenge; Rutter's findings on goal-oriented strategies, action orientation, adaptability, self-confidence, social problem-solving, humor under stress, the strengthening effects of stress, responsibility for managing stress, secure emotional bonds, and past successes; Lyons' research on positive adaptation after trauma, highlighting patience and the ability to endure stress; and the survival accounts from the 1912 Antarctic expedition, where Sir Edward Shackleton's leadership and personal qualities played a crucial role (Connor & Davidson, 2003).

All items carry a 5-point range of responses, as follows: not true at all (0), rarely true (1), sometimes true (2), often true (3), and true nearly all of the time (4). The scale is rated based on how the subject has felt over the past month. The total score ranges from 0–100, with higher scores reflecting greater resilience. The factor analysis revealed five factors: (1) personal competence, high standards and tenacity; (2) confidence in own instincts, tolerance of negative affects and the strengthening effects of stress; (3) positive acceptance of change and secure relationships; (4) control; (5) spiritual influences. While some researchers have obtained results comparable to those of Connor and Davidson, the instability of the factor structure of this instrument has been repeatedly reported. A detailed analysis of the factor structure of the Connor and Davidson scale is provided by Guihard, Morice-Ramat, Deumier, Goronflot, Alliot-Licht et al. (2018).

The Resilience Scale for Adults (RSA) is the result of work by Norwegian researchers in psychology, at the University of Tromsø and the Norwegian University of Science and Technology in Trondheim (Friborg, Barlang, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal, 2005). The starting point was the longitudinal research carried out by Werner, Rutter and Garmezy which identified three categories of protective factors: the positive characteristics and the resources of the individual; a cohesive, stable and supportive family environment; and a social network that supports and strengthens the person's

adaptive efforts.

Initially validated in Norway on 183 adults aged 18 to 75 (Friborg et al., 2005), the RSA scale has been revalidated and modified several times. Currently, the RSA consists of 33 items that measure resilience in six domains: perception of self (confidence in oneself, one's own capabilities, judgement and decision-making); planned future (identifies goal-oriented individuals); social competence (the ability to adapt in social environments); structured style (identifies with organised individuals who follow routines); family cohesion (measures the loyalty, support, optimism, mutual understanding and appreciation among family members); and social resources (identifies the availability of social support from friends and family). The scoring of items is semantic differential; for example, "Within my family, there are a lot of ...", the score 1 is assigned for the response "disagreements" and the score 7 is assigned for the response "solidarity". For 17 items, the rating is reversed (Friborg, Martinussen & Rosenvinge, 2006). Total scores vary between 33 and 231.

Participants

The present research was carried out in Bucharest (Romania), and analyses in this paper were performed after administering the Romanian adaptation of the questionnaires in pen-and-paper form to 108 clinical psychologists: 91 of the participants were women and 17 were men, with a sex ratio of 5.35. In comparison, for the 4,363 psychologists who are members of the College of Psychologists of Romania, with the right to practice in Bucharest, the sex ratio is 7.07. Thus, males appear to be underrepresented in the current sample in absolute terms, but are overrepresented when compared to the population the sample was extracted from. All participants gave their informed consent to participate in this research.

Results

1. Results at the Wagnild and Young scale (W&Y), Resilience scale for Adults (RSA) and Connor-Davidson scale (CD-RISC) are presented in table 1. We note that in a sample of clinical psychologists there are important differences concerning individual scores at the three scales.

Table 1*Results on the three scales*

Scale	<i>n</i>	min	max	median	mean	<i>standard deviation</i>
<i>W&Y</i>	108	97.00	167.00	138.00	138.19	13.54
<i>RSA</i>	108	94.11	214.11	169.61	169.08	23.10
<i>CD-RISC</i>	108	66.00	121.00	100.00	98.10	10.87

2. Inter-scales correlations are presented in table 2. All intercorrelations are positive and significant at $p < 0.0001$, indicating a high degree of convergence between the individual scores on the three scales administered.

Table 2*Inter-scales-correlations*

	<i>WY</i>	<i>RSA</i>
<i>WY</i>		
<i>RSA</i>	0.64****	
<i>CD-RISC</i>	0.78****	0.58****

**** $p < 0.0001$

3. The participants (P) with the five highest scores and the five lowest scores on each scale are presented in table 3. Note that some participants have the same rank. For the five highest scores, we find that: P-101 ranks first for the three scales; P-30 comes in second on the WY scale and the CD-RISC scale; and P-43 ranks 4.5 on the CD-RISC and RSA scales. For the five lowest scores, the results of three participants are found in these scores: P-6 is second on the WY and RSA scales and first on the CD-RISC scale; P-26 is fifth on the WY and RSA scales and ranks 5.5 on the CD-RISC scale; P-79 ranks fourth on the CD-RISC and RSA scales and rank 5.5 on the WY scale. Only one participant, P-12, does not rank in the top five at RSA, but ranks first on the WY scale and second on the RSA scale.

Table 3*Participants with the five highest and lowest scores*

Participants with the five highest scores		
WY	CD-RISC	RSA
P-101: 167	P-101: 121	P-101: 214
P-30: 165	P-30: 119	P-35: 211
P-64: 164	P-96: 118	P-104: 211
P-29: 157	P-43: 115	P-43: 207
P-40: 157	P-53: 115	P-51: 207
P-80: 157		
Participants with the five lowest scores		
WY	CD-RISC	RSA
P-12: 66	P-6: 97	P-63: 94
P-6: 68	P-12: 100	P-6: 105
P-65: 76	P-5: 104	P-81: 117
P-5: 78	P-79: 107	P-79: 119
P-26: 78	P-24: 114	P-26: 125
P-79: 78	P-26: 114	
P-90: 78		

This data highlights a high degree of consistency in resilience scores across the three scales, particularly for individuals at the extremes — those with the highest and lowest resilience levels. Participants with the top five scores tend to perform similarly across all scales, with P-101 notably achieving the highest rank on all three measures, suggesting a strong convergence in identifying high resilience. Likewise, for the lowest scores, several participants consistently appear across all three scales, such as P-6 and P-26, indicating reliable identification of low resilience. However, some discrepancies, such as P-12 ranking first on one scale but not appearing in the top five on another, suggest that while the scales generally align, there may be slight variations in how each instrument captures resilience-related constructs. This finding underscores both the robustness of the scales in measuring resilience and their subtle differences in operationalizing the concept.

In conclusion, our results show that despite the differences in the method of elaboration, there is an important consistency between the group and individual results on the three scales of resilience administered.

References

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82.
- Friborg, O., Barlang, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 14*, 29-42.
- Friborg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2006). Likert-based vs. semantic differential-based scorings of positive psychological constructs: A psychometric comparison of two versions of a scale measuring resilience. *Personality and Individual Differences, 40*(5), 873-884.
- Guihard, G., Morice-Ramat, A., Deumier, L., Goronflot, L., Alliot-Licht, B., & Bouton-Kelly, L. (2018). Évaluer la résilience des étudiants en santé en France: adaptation et mesure de l'invariance de l'échelle CD-RISC 10. *Mesure et évaluation en éducation, 41*(2), 67-96.
- Gulbrandsen, C. (2016). Measuring older women's resilience: Evaluating the suitability of the Connor-Davidson Resilience Scale and the Resilience Scale. *Journal of Women & Aging, 28*(3), 225-237.
- Hirani, S.S., Lasiuk, G., Van Vliet, K. J., Van Zanten, S. V., Karmaliani, R., & Norris, C. M. (2018). Comparison of Urdu versions of the Resilience Scale and the Resilience Scale for Adults. *Journal of Nursing Measurement, 26*(1), 106-120. DOI: 10.1891/1061-3749.26.1.106.
- Madewell, A. N., & Ponce-Garcia, E. (2016). Assessing resilience in emerging adulthood: the resilience scale (RS), Connor-Davidson resilience scale (CDRISC), and scale of protective factors (SPF). *Personality and Individual Differences, 97*, 249-255.
- Maltby, J., Day, L., Hall, S. (2015). Refining trait resilience: Identifying engineering, ecological, and adaptive facets from extant measures of resilience. *PLoS ONE, 10*(7), e0131826.
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 17*(2), 105-113.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-17847.

La notion de *Maât*, le Rituel pour la conservation de la vie en Égypte (Papyrus Salt 825) et la résilience du régime pharaonique

Pierre Oum Ndigi

Université de Yaoundé 1 et Université Catholique d'Afrique Centrale
oumndigi@yahoo.fr

Résumé

Si le concept de résilience, objet de nombreux débats et rencontres scientifiques depuis des décennies, a de quoi remplacer, selon certains, la durabilité comme objectif ultime du développement humain, alors il importe autant de s'interroger sur sa profondeur historique. Au-delà des écrits stoïciens de l'antiquité romaine (Sénèque et autres), l'ancienne Égypte s'impose à la réflexion à cause de sa longévité et son modèle d'éthique inégalés, ainsi que son système institutionnel non tyrannique, synonyme de bien-être général unanimement reconnus par les meilleurs spécialistes. Il est question ici d'examiner, à partir d'une approche théorique et ethnolinguistique comparative, la résilience remarquable du régime pharaonique dont le principe est représenté par le concept de *Maât* dont l'universalité, la portée philosophique et l'appartenance culturelle et linguistique africaine (famille bantu notamment) sont notoires. A cet égard, le Papyrus Salt 825 intitulé *Rituel pour la conservation de la vie en Égypte*, document égyptien très révélateur, se présente à nous, revêtu d'un intérêt tout spécial, en ce qu'il fait apparaître le régime pharaonique réputé pour sa pensée, sa conception sédimentaire de l'histoire et ses monuments (momification, pyramides, temples de millions d'années.) conçus « pour l'éternité », comme la plus longue expérience humaine de résilience.

Mots-clés : Égypte ancienne, régime pharaonique, permanence, continuité, survie, éternité, rituel, *Maât*

Abstract

Inasmuch as the concept of resilience that has been much at issue in many scientific debates and meetings for decades may substitute for durability as the ultimate aim of human development for some authors, it is important to question its historical depth. Far beyond the stoical writings of ancient Roman civilization (Seneca and al.), ancient Egypt is worth thinking about because of its unmatched longevity, ethics and non-tyrannical institutional system synonymous with general well-being, so many traits unanimously recognized by the best specialists. The aim here is to examine, from a theoretical and ethnolinguistic comparative approach, the outstanding resilience of pharaonic Egypt, whose principle is represented by the concept of *Maât*,

the universality, philosophical scope and African cultural and linguistic affiliation of which are well-known. In that respect, the Salt Papyrus 825 titled *Ritual for conserving life in Egypt*, a very revealing Egyptian document, turns out to be of special interest for us since pharaonic Egypt renowned for its thought, its sedimental conception of history and its monuments (mummification, pyramids, temples of millions of years) designed for « eternity », appears to be the longest human experience of resilience.

Keywords : Ancient Egypt, pharaoni régime, permanence, continuity, survival, eternity, ritual, Maat.

Introduction

Le concept de résilience, objet de nombreux débats et rencontres dans le milieu universitaire depuis plus d'un demi-siècle, mobilisé tant dans le monde scientifique que dans celui des politiques publiques pour la compréhension de la dynamique des systèmes socio-écologiques complexes (Vanderlinden, 2015), est devenu pratiquement un paradigme central dans les disciplines telles que l'écologie et la santé. Le grand intérêt qu'il présente est tel qu'il pourrait même remplacer la *durabilité* comme objectif ultime du développement humain, étant d'ailleurs reconnu comme « un point fort de l'existence humaine » en vertu de « son omniprésence dans les mythes fondateurs de l'humanité et dans la littérature en général, la Bible, et les contes » (Manciaux, 2003). Il y a alors lieu de s'interroger sur sa profondeur historique bien au-delà des écrits stoïciens de l'antiquité romaine (Sénèque, Pline, Ovide, Cicéron), d'autant plus qu'il s'agit d'une « réception » (sic.) ou d'« un héritage en partage » de « l'Antiquité ».

À cet égard, l'expérience de la civilisation égyptienne, dont la profondeur historique inégalée est unanimement reconnue et le « modèle d'éthique », *Maât*, tenu pour exemplaire (Leclant, 1995) parce que garant d'un système institutionnel non despotique et non tyrannique (la royauté pharaonique) que justifie « un ordre idéal de paix, de justice et de bien-être général » (Menu, 2004), semble de nature à se prêter avantageusement à la réflexion, d'envergure mondiale, portant sur le *Développement humain*, le *Développement durable* et la *Résilience*, qui était l'objet de ce 5^e rendez-vous d'un Congrès inauguré en 2012 à Paris, en France, lequel se tient dans un contexte de perturbations généralisées de tous ordres et de « multi transitions hautement fragilisantes », voire fatales, pour les acquis en matière de développement humain durable.

1. Intérêt d'une approche théorique et ethnolinguistique comparative du concept de résilience

L'origine étymologique du mot résilience varie selon les auteurs. Ainsi, le concept serait dérivé du latin, tantôt *resilire* qui signifie « saut en arrière » ou « rebond » (Gaffiot, 1934), tantôt *resilientia* qui signifiait « la manière dont l'écho rebondit » d'après Francis Bacon (1626) (Julien-Gauthier et Jourdan-Ionescu, 2015). Si l'acception « saut en arrière » peut faire penser à résiliation, terme connoté négativement avec le sens d'abandon et de renonciation, comme certains l'ont relevé (Lhomme et al., 2010), il demeure tout aussi vrai que l'utilisation du verbe *resilire* par les auteurs latins (comme Sénèque, Pline, Ovide, et Cicéron) faisait valoir les sens (positifs !) de « rejaillir », de « revenir » (Rogers, 2012, Vanderlinden, 2015), autrement dit, de « se

rétablir », sens fondamental proposé par le psychiatre Anthony dans un article (1993) que cite Nillus dans son étude généalogique du concept de résilience (2018).

Ce concept pose donc des problèmes à la fois théoriques et épistémologiques (Michallet, 2009) et à partir de son étymologie latine et de la généalogie (Nillus, 2018 ; Koffi, 2014) plusieurs définitions ont été proposées par différents auteurs en fonction de leurs champs disciplinaires (voir tout l'intérêt du tableau des différents sens du concept de résilience placé dans leurs contextes historiques et thématiques, ainsi que leurs usages anciens, modernes et contemporains dans Vanderlinden, 2015, *op. cit.*) et certains n'ont pas manqué de relever, pour les déplorer, l'ambiguïté et la polysémie du concept, au point où d'autres se sont montrés franchement sceptiques quant à sa pertinence et son efficience.

Pour notre part, la mise en relation de la résilience avec les théories du *rétablissement* et de *l'empowerment* qui concordent avec le champ sémantique du concept de santé selon l'OMS nous a suggéré un rapprochement intéressant entre le rétablissement et le concept basaa (bantu A43), *tèmna*, qui signifie « se rétablir, recouvrer sa santé » (Njock, 2007, p. 372). Il a pour synonyme un autre verbe réflexif, *mboôp*, formé à partir du substantif *mboo*, « santé », « semence » (Lemb et Gastines, 1973, p. 288). Pareillement, le concept de résilience, dans son sens d'adaptabilité, est exprimé chez les Pygmées Baka du Sud-Est Cameroun, ainsi que nous l'apprend Nguede Ngono (2019), par tout un vocabulaire dont le dénominateur commun est *tolima tè tolima* qui signifie « rebondir » ou « commencer » (une nouvelle vie). Or cette expression, construite par une reduplication intensive du terme *tolima* de la langue baka (Brisson & Boursier, 1979, p. 464), est comparable à celles qui sont attestées en basaa : *ntorj ni ntorj* « que cela continue ! » (Formule de bénédiction), en beti-bulu (bantu A70), *ntoto mama/ntô-ntô maa maa* « toujours de la grâce ! » (Tsala, 1957, p. 489 ; Yanes & Eyinga Essam, 1987, p. 559), et en égyptien ancien : pharaonique *m-dwn* (Erman & Grapow, 1971, p. 432 ; Meeks, 1980, p. 433) (prononcé *mdoun*) ; démotique *ntwn* (Černý, 1976, p. 113) (prononcé *ntoun*) ; et en copte, *ntooy*n « continuellement » (Crum, 1939, p. 230 col. a ; prononcé *ntooun*). Il y a là, semble-t-il, autant d'expressions idiomatiques caractéristiques très suggestives qui annoncent des perspectives d'un éclairage nouveau de la réflexion autour du concept de résilience.

2. Caractéristiques de la civilisation égyptienne antique

Ces caractéristiques essentielles, bien connues, sont d'abord son ancienneté et sa *continuité*. Vercoutter (1946, p. 3-6) en parle en ces termes : « Il n'y a pas en Égypte de séparation entre les civilisations de la pierre polie et la période historique [...] ». « Les

Égyptiens du Nouvel Empire (1500 av. J.-C.), malgré l'existence du bronze, savent encore tailler le silex et utilisent rituellement le même couteau de pierre taillée et polie, dont se servaient les derniers énéolithiques de la vallée du Nil. Les prêtres funéraires psalmodiaient des phrases que leurs ancêtres les plus lointains s'étaient transmises oralement avant que l'écriture existât. ». Ensuite, quant à sa *permanence* (c'est-à-dire ses caractères permanents qui n'excluent pas ses innovations) et son *désir d'éternité* (pour reprendre le titre d'un ouvrage du philosophe Ferdinand Alquié paru en 1943) tout comme sa *construction de l'éternité*, c'est Montet (1970, p. 7-8) qui les rappelle : « Terre d'habitude où les mêmes choses (y) recommencent indéfiniment » ; « il en était ainsi "depuis le temps du dieu" (*dr rk ntr*), comme disent les textes ». Pour assurer cette permanence et cette continuité, il a fallu un mode institutionnel de gouvernance incarné par une *royauté divine* qui comporte des rites périodiques de rajeunissement spirituel du roi. Ce dernier y apparaît comme le réceptacle visible de la *force vitale* qui anime le monde, qui fait pousser les moissons, rend les femmes fécondes et les troupeaux nombreux, etc. (Cornevin et Cornevin, 1970). Ainsi, le régime pharaonique a pu fonctionner pendant trois millénaires grâce à un mécanisme mis en place vers 3200 av. J.-C., dont la notion de *Maât* livre la clé.

3. Résilience dans l'ancienne Égypte et résilience du régime pharaonique

3.1. Résilience dans l'ancienne Égypte

Quelques études récentes de la résilience dans l'ancienne Égypte méritent d'être citées: Murnane (1995), « The Kingship of the Nineteenth Dynasty : A Study in the Resilience of an Institution », in *Ancient Egyptian Kingship* ; Frankfurter (1998), *Religion in Roman Egypt : Assimilation and Resistance* ; Ndong Fils Madhy (2018), « Histoire environnementale et résilience sociétale dans l'Égypte ancienne : Le cas du nome mendésien (Delta du Nil) » ; Fournet (2016), « Tensions religieuses dans l'Égypte de l'Antiquité tardive ». Il s'agit, là, de travaux d'approche sectorielle, alors que l'objet de notre étude est global, à savoir, la résilience du régime pharaonique, qui apparaît comme une « réalité de vie » (Manciaux, 2003, 2005) de caractère complexe, faisant appel à plusieurs facteurs ou fondements.

3.2. Résilience du régime pharaonique

Pour s'en faire une idée générale approximative, les termes de Gentelle (2011), rendant compte de la résilience de la Chine aujourd'hui à la suite des chocs ou traumatismes subis avant 1978, semblent particulièrement bien indiqués. Après s'être posé la question de savoir « où donc ce peuple a-t-il trouvé les indispensables 'tuteurs de la résilience'... ? », il y répond en disant : « Il y a eu très probablement l'intrication de plusieurs dimensions, familiale et communautaire, et aussi la

mémoire historique, et aussi la place faite aux morts dans la culture, et encore l'importance des rituels (...). Quel rôle attribuer à la formation inconsciente issue des particularités du syncrétisme des croyances dans lequel baigne la culture chinoise, qui mêle taoïsme, bouddhisme, chamanisme, dans une sauce de ritualisme confucéen ? » (p. 7).

C'est souligner *l'importance des rituels* dans le phénomène de résilience.

3.3. Le rituel du Papyrus Salt, un document emblématique de la pensée de résilience des anciens Égyptiens

La résilience du régime pharaonique est effectivement une réalité historique constatable et attestée à partir des témoignages divers, matériels (monuments, documents écrits et iconographiques) et immatériels (culturels, linguistiques, cosmogoniques, religieux). À cet égard, pour rendre compte de cette résilience, un document égyptien caractéristique, véritablement emblématique, le fameux *Papyrus Salt 825*, présente un intérêt spécial, de par l'énoncé même de son contenu (un « rituel ») et de sa fonction (la « conservation de la vie en Égypte »). À cet égard, il y a lieu de bien relever l'importance primordiale et déterminante des rites dans la vie de façon générale.

En effet, si l'on admet que le rite est « un invariant des cultures et des sociétés » selon Yannic (2010) et que, dans la conception égyptienne, comme l'a bien analysé Meeks (1988), « la ligne de démarcation entre le nétjer (c'est-à-dire le « divin ») et le non-nétjer (c'est-à-dire le « non-divin ») passe par le rite », ce qui signifie que « la « ritualité » est le dénominateur commun du « divin », le roi ne pouvant devenir un nétjer qu'après son couronnement, l'individu ordinaire qu'après sa mort », il en découle que « d'une certaine manière, le *rite c'est la vie elle-même* » (souligné par nous), dès lors que « la permanence du rite est indispensable à la durée de l'état divin et à son actualisation » (Meeks, 1988, *op.cit.*, p. 430, 445).

Daté de la XXXe dynastie, ce papyrus est un texte essentiel pour connaître le sens à donner à la pratique rituelle et la science de la vie en Égypte ancienne (Fermat, 2017). Il recèle les diverses formules magiques ou incantations contre les ennemis d'Osiris comme en témoigne l'inscription suivante: *s3w sšmw wsir m sbiw.f* signifiant « protection de l'image d'Osiris contre ses ennemis », ainsi que les modes opératoires pour pénétrer au cœur de la vie et l'accompagner dans ses perpétuelles transformations qu'incarne Osiris, le grand Dieu. C'est ce processus – comportant des rituels dont l'objet est « le renouveau de l'Osiris toujours vert », enveloppé momifié au cœur des sanctuaires, dans une peau de bélier – par lequel la vie renaît toujours victorieuse de la mort.

Derchain souligne dans un article de référence (1958) qu'il s'agit d'un cérémonial fondamental montrant l'intime liaison entre « assurer la conservation de la vie et la protection du roi dans son palais » qui se situe « au plus profond enseignement philosophique égyptien ». Dans son analyse pénétrante de ce rituel en rapport avec la cosmologie égyptienne, cet égyptologue relève un passage du papyrus où il est rappelé qu'il s'agit d'un « grand mystère que le père doit transmettre à son fils ». Il déplore cependant que la mise en vedette fréquente du caractère ésotérique des rites égyptiens tel que la précédente recommandation le laisse apparaître ne le soit pas toujours pour le plus grand bien de la science. La preuve, à son avis, en est que le caractère secret des rites n'empêche pas qu'ils doivent être transmis, c'est-à-dire sauvés parce qu'il s'agit d'un savoir utile, à ne pas perdre, exactement comme le sont les sagesse, de père en fils, et que cette obligation marque leur caractère éducatif.

Un autre aspect très important de ce papyrus n'a pas échappé à Derchain : « Grâce aux gloses qui ont permis de reconnaître que le rite avait la valeur d'un enseignement cosmologique, le papyrus prend l'importance d'un témoignage sur la pensée philosophique des anciens Égyptiens et nous en révèle même une partie dont il pourrait bien être le seul à parler ». Et il ajoute : « si nous possédons par ailleurs des traités de cosmogonie, de morale et de politique, je ne connais aucun texte autre que celui-ci qui nous ait conservé un exposé de la dynamique universelle », précisant que l'intérêt ici n'est pas tant la conception vitaliste mise en évidence par plus d'un penseur (l'auteur renvoie à Frankfort) que son exposé théorique et cohérent, ainsi que la richesse de son texte qui « peut nous guider dans la reconstitution du système philosophique dont le rite qu'il a conservé s'inspire » (1958, p. 79). À cet égard, s'agissant de la conception vitaliste, on peut aujourd'hui citer le Père Tempels et Masson-Oursel, auxquels Diop (1979, p. 211-214) se réfère parmi tant d'autres dans son ouvrage pionnier.

4. Panorama des essais de définition de *Maât* et concept de résilience

De toutes les définitions de *Maât* qui ont été proposées par divers spécialistes, celle de Menu (2004, p. 57) nous semble particulièrement révélatrice de l'idée de résilience. Pour cette égyptologue, « *Maât, c'est l'ensemble des conditions qui font naître et qui renouvellent la vie* ». Cette définition, selon elle, va bien au-delà « des définitions traditionnelles qui se partagent entre les notions de « vérité, justice » et celles d'« harmonie cosmique, équilibre », puisqu'elle intègre, aussi bien le double aspect de *Maât* (ordre universel et ordre humain) que l'acception "Bien" (au sens transcendant du terme).

Considérant que cet « ordre du monde voulu par les dieux paraît le mieux

correspondre à tout ce que Maât implique dans les multiples cas où elle se présente » suivant les termes mêmes de Bourguet (1960), Menu attire l'attention, comme par hasard et à juste titre, sur l'intérêt du Papyrus Salt 825 Rituel pour la conservation de la vie en Égypte, objet de la seconde édition par Derchain (1965), après la toute première due à Birch (1863). Et c'est pour éclairer l'abondante littérature qui a été consacrée à l'approche de toutes ces notions relatives à Maât que Menu cite ce document en soulignant qu'il s'agit d'un « ouvrage qui demeure fondamental en la matière ».

L'une des preuves de la véracité de son assertion, dans laquelle le concept « vie » est le focus, consiste justement dans les représentations de la déesse *Maât* avec le signe *ânkh* signifiant « la vie » dans la main quand elle est debout, et sur les genoux quand elle est assise. Selon la théologie amarnienne d'Akhenaton, *Maât* est plus que jamais « source de vie ». Le rituel divin journalier est d'ailleurs sans équivoque à cet égard. L'officiant (roi ou grand prêtre, son représentant) s'adresse ainsi au dieu (en l'occurrence *Amon*) : « Ta nourriture, c'est *Maât*. Ta boisson, c'est *Maât*. Ton pain, c'est *Maât*. Ta bière, c'est *Maât*. L'encens que tu respires, c'est *Maât*. Le souffle de tes narines, c'est *Maât*. » (Daumas, 1976, p. 351-354). À cet égard, relève Menu (2004, p. 92), « comme le roi joue un rôle primordial dans l'organisation de l'agriculture et de l'élevage, il institue la vie ; il assure en abondance la nourriture qui entretient la vie ; enfin, il est le garant de la *Maât*, c'est-à-dire « l'ensemble des conditions qui font naître et qui renouvellent la vie ».

Le terme *ânkh* désigne, non seulement la vie, mais surtout la vie éternelle, c'est-à-dire la vie qui se renouvelle indéfiniment. Un extrait du *Livre des Morts* en témoigne : « Ô, Ounas, ce n'est certes pas en tant que mort que tu es parti ; tu es parti en tant que vivant t'asseoir sur le trône d'Osiris ». L'ouest ou le couchant est désigné en égyptien par le terme *ânkhet*, formé sur le radical *ânkh* ; ce qui veut dire que le couchant, le côté où les Égyptiens enterraient leurs morts, signifie « terre de vie ». On se rend bien compte ici de la véracité de l'opinion selon laquelle la langue est la « demeure de l'être » ou la « maison de l'être », respectivement selon Ki Zerbo (1979, p. 10) et Heidegger (1959/1976, p. 242) que nous avons cité dans nos travaux antérieurs (Oum Ndigi, 2009, 2012).

Qu'il s'agisse donc de la résilience entendue comme « durabilité », « rétablissement » et *empowerment*, « force motivationnelle relevant de la spiritualité », « processus psychosocial permettant de mobiliser des forces internes insoupçonnées au moyen du lien social entretenu par des tuteurs de résilience » (Cyrulnik, 2003) ou « résultat d'un processus », de « résilience assistée » (Ionescu, 2011), etc., le concept de *Maât* apparaît, à l'analyse, comme étant une énergie qui englobe à elle seule tout cela.

C'est le ressort irremplaçable de toute résistance-survie.

5. Maât ou le principe universel par excellence de la résilience à la lumière des textes bantou

Notion cardinale et clef de voûte idéologique et institutionnelle de l'Égypte pharaonique, le concept de *Maât*, en dépit des nombreuses études dont il a été l'objet jusqu'à présent, souffrirait, pour un certain nombre de spécialistes à l'instar de Théodoridès (1995), d'une absence de définition de son contenu par les anciens Égyptiens eux-mêmes et n'aurait aucun correspondant dans aucune langue, en dehors d'un terme proche, *Rta*, du sanskrit d'après Hornung (1996, p. 137). Il s'agit là de deux opinions démenties par l'évolution de la recherche. Non seulement le terme *Maât* est attesté dans plusieurs autres langues africaines comme le Sereer au Sénégal (Gravrand, 1983), le basaa, le beti-bulu au Cameroun (Oum Ndigi, 1999, 2001), mais son contenu a été récemment découvert en bafia, une autre langue bantou du Cameroun (Oum Ndigi, 2019).

Dans une communication au *Colloque sur le multiculturalisme camerounais* tenu à Yaoundé, en avril 2019, nous avons présenté notre découverte de la révélation d'un « guérisseur » illettré Bafia, faite en 1971, à une universitaire allemande, anthropologue de son état, Rosmarie Leiderer qui l'a rapportée dans son ouvrage publié en 1982, relative à un concept, *Màà*. Voici le texte du « guérisseur » Bafia :

« Màà, c'est ce qui donne à l'homme la joie, la paix de l'âme et la santé du corps, ainsi que la réussite. C'est Màà qui fait :

- Se réveiller le matin en bonne santé, le sang circulant bien dans le corps*
- Vivre chez soi, le cœur serein et pur, sans être tenté de commettre un crime, d'enfreindre un interdit, être estimé des autres et vivre sans querelle*
- Avoir dans son champ une récolte abondante ou posséder des richesses*
- Revenir sans incident d'un voyage*
- Épouser une femme qu'on a choisie, avoir des femmes et des enfants*
- Concevoir et accoucher normalement*
- Atteindre un grand âge.*

Si un esprit destructeur ndèm entre en toi, tu tomberas malade ; mais si le créateur Mubhei te donne Màà, tu guériras. En quelques souci ou peine qu'on se trouve, si Mubhei donne Màà, l'homme retrouve son calme. Voilà ce qu'est Màà. »
(Leiderer, 1982, p. 39).

Ce terme de la langue bafia, que le guérisseur explique comme étant une « force vitale et créatrice », jette une lumière aveuglante sur le contenu fondamental de la *Maât* égyptienne, laquelle est également une énergie vitale omniprésente, invisible et

éternelle, qui embrasse tout et alimente tous les êtres de l'univers matériel et immatériel, les dieux comme les hommes, garante de la paix et de l'harmonie sociale et cosmique.

Cette révélation, toute proportion gardée, rappelle l'expérience célèbre de Marcel Griaule et son équipe des années 1930 et 1940 que les Dogons du Mali, après avoir testé l'innocence de leurs intentions profondes et leur sympathie, avaient décidé d'instruire sur leur cosmogonie conservée et transmise oralement (Griaule et Dieterlen, 1965), dont le contenu extraordinaire a étonné la communauté scientifique internationale, comme en avait rendu compte Guerrier (1975).

Cette notion cardinale égypto-africaine, appelée *Maât* en égyptien pharaonique, *Mataa* en démotique, et *Mee* en copte et dans plusieurs autres langues africaines, *Maat* en sereer (du Sénégal), *Ma*, *Mataa* et *Mee* en basaa, *Maa* en beti-bulu et *Maa* en bafia (du Cameroun), apparaît comme le principe même de la résilience du régime pharaonique et de l'indestructibilité des sociétés africaines. Et ce n'est pas un hasard si le prêtre catholique de langue beti-bulu conclut généralement sa messe par la formule de bénédiction *Zamba a kub mina ntoto maa maa*, « Que Dieu (*Zamba*) vous (*mina*) verse (*kub*) continuellement la grâce » (Yanes et Eyinga Essam, 1987, p. 559 : *ntoto ma'a ma'a* (notre traduction).

« Nous rendons grâce à Dieu » : voilà une formule caractéristique, déclamée par les fidèles catholiques au cours de la messe à l'église (<http://www.catholique.bf/74-comprendrela-messe/4...>). Le peuple : *Nous rendons grâce à Dieu...* Au cas échéant on la répète après lecture ou chant du verset par la chorale ou le chantre), qui témoigne que *Maât/Maa*, « la grâce » ou « la chance » en bulu (Banga Amvéné, 2013) est une énergie, la même, qui circule comme dans un système de vases communicants. Telle est notre analyse et notre perception, lesquelles coïncident avec celles de Assmann (2010, p. 105-106), qui écrit : « Ce qui peut nous sembler étrange, c'est que le dieu-soleil-démiurge, qui est le créateur de la *Maât* et selon l'expression mythologique de cette relation, "son père", paraît en avoir besoin. C'est de lui qu'émane la *Maât*. Pourquoi la lui rendre ? C'est exactement l'idée que les Égyptiens ont retenue dans l'offrande. On rend à Dieu ce qu'il donne. "Je fais monter la *Maât* à son seigneur, et donne des offrandes à celui qui les a créées", dit le prêtre dans le rituel du culte journalier; "Ô Rê, générateur de *Maât*, c'est à lui qu'on l'offre. Place *Maât* dans mon cœur, afin que je puisse la faire monter à ton Ka, car je sais que tu vis d'elle, et que c'est toi qui as créé son corps" (Davies, 1932, Plate [Illustration] 37). C'est donc le cercle sacrificiel, dans lequel *Maât* émane du dieu-soleil et lui sera rendue en offrande, en parfait accord avec le principe : "Agis pour celui qui agit, afin de l'engager à rester actif" ».

Tributaire d'une résilience « pour l'éternité » dont témoignent sa pensée et ses monuments (momification, « temples de millions d'années », pyramides, obélisques) et d'une « conception sédimentaire » (processus d'accumulation) et non pas « linéaire » (processus d'éliminations successives) de l'histoire selon Legendre (1999, p. 241-242) qui soutient que « toute société est amenée à construire l'univers fictionnel de sa Référence, sur laquelle puisse se fonder une indestructibilité, non pas matérielle ni physique, mais symbolique », le régime pharaonique mérite, à ce titre, d'être considéré par maints spécialistes, à l'instar de Menu (2004, p. 85), comme étant « le gisement le plus ancien ayant alimenté les montages normatifs de l'humanité ».

Conclusion

Cette réflexion avait pour but de mettre en évidence la profondeur historique du concept de résilience, à partir de l'exemple du régime pharaonique égyptien dont la longévité inégalée avait procédé de la doctrine et de l'application institutionnelle de *Maât*, concept universel qui constitue sa clef de voûte caractéristique. À cet effet, un document rare et original, retrouvé sur un papyrus intitulé *Rituel pour la conservation de la vie en Égypte*, s'est révélé particulièrement précieux dans l'analyse des facteurs et déterminants de la résilience du régime pharaonique. À partir d'une approche théorique et ethnolinguistique du concept de résilience révélant plusieurs expressions idiomatiques caractéristiques très suggestives dans le domaine africain (égyptien ancien et bantou), bien des perspectives d'un éclairage nouveau de la réflexion autour du concept de résilience peuvent s'ouvrir, de même que sur la résistance et la résilience du rite en tant que tel (Lardellier, 2018) en rapport avec le développement durable.

À cet égard, les interrogations et suggestions de Boîteux (2002), alors Président de l'Académie des Sciences Morales et Politiques, évoquant la triple dimension écologique, économique et sociale du développement durable, méritent d'être citées. Après la question de savoir pourquoi la science et les techniques qu'elle induit devraient-elles déclarer forfait face au XXI^e siècle qui s'ouvre, il soulève le dilemme suivant : « Peut-on encore avoir une foi totale en la science pour continuer à nous tirer d'affaire, ou devient-il urgent d'en appeler à un homme nouveau, uniquement féru de croissance immatérielle et éperdu de solidarité ? ». Sa réponse est on ne peut plus suggestive : « Entre ces deux issues assez improbables l'une et l'autre dans leur formulation absolue, il reste à espérer une voie intermédiaire où les évolutions parallèles de l'Homme et de la Science se marieront pour faire face tant bien que mal aux défis redoutables que le développement durable lance à l'humanité ».

Et enfin, voilà qu'au 19^{ème} siècle, l'Abbé Grégoire (1808, p. 282), pour sa part, écrivait dans la conclusion de son ouvrage : « Il n'y a d'utile et de durable que ce qui est juste ; une loi émanée de la nature ne place un homme sous la dépendance d'un autre, et toutes les lois que la raison désavoue sont par là même frappées de nullité. »

C'est ce dont le régime pharaonique, fondé sur la *Maât*, avait témoigné pendant plus de trois mille ans et que l'égyptologue allemand Hornung (1996, p.145) a caractérisé le plus pertinemment en ces termes : « *La société moderne a déjà proposé de nombreux idéaux, mais a dû les rejeter comme insatisfaisants ; et le problème de la justice absolue est toujours en quête d'une solution. Maât cependant s'avère être un principe solide qui peut donner une idée du but à atteindre. Ce principe ne peut ni ne veut éliminer les différences sociales, mais s'impose comme un devoir à toutes les couches sociales. Il n'est pas au service des intérêts d'un groupe particulier, mais dépasse l'ordre social, il englobe tous les êtres vivants et l'ensemble de la nature. C'est le principe éthique le plus universel et le plus juste établi par les hommes.* ».

Références

- Abbé Grégoire, H. (1808). *De la littérature des Nègres ou Recherches sur leurs facultés intellectuelles, leurs qualités morales et leur littérature*. Maradan Libraire, Paris.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Appel à contributions pour un colloque : *Anabases. L'Antiquité après l'Antiquité : un héritage en partage*, prévu du 7 au 9 octobre 2020, à l'Université Toulouse Jean Jaurès.
- Assmann, J. (2010). *Maât, l'Égypte pharaonique et l'idée de justice sociale*. MdV Editeur, Paris.
- Banga Amvéné, J. D. (2013). *Dictionnaire de poche Bulu-Français – Français-Bulu*. Editions du C.I.D., Yaoundé.
- Birch, S. (1863). Sur un papyrus magique du Musée Britannique. *Revue Archéologique*, 7, 119-128.
- Boîteux, M. (dir.) (2002). *L'homme et sa planète*. Éditions PUF-Académie des sciences morales et politiques, « Le développement durable », Communication à la Séance solennelle du 18 novembre 2002 de l'Académie des Sciences Morales et Politiques (France).
- Brisson, R., & Boursier, D. (1979). *Petit dictionnaire Baka – Français*. Douala.
- Černý, J. (1976). *Coptic Etymological Dictionary*, Cambridge University Press, London.
- Cornevin, R., & Cornevin, M. (1970). *Histoire de l'Afrique des origines à la Deuxième Guerre mondiale*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Crum, W. E. (1939). *A Coptic Dictionary*. Oxford.
- Cyrułnik, B. (2003). Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience. In Cyrułnik, B., & Seron, Cl. (Eds.) (2003). *La résilience ou comment naître de sa souffrance?* Fabert, 23-43.
- de Garis Davies, N. (1932). *The Tomb of Nefer-hotep at Thebes*, New York.
- Daumas, F. (1976). *La civilisation de l'Égypte pharaonique*. Arthaud, Paris.
- Derchain, Ph. (1958). Le Papyrus Salt et la cosmologie égyptienne. *BIFAO* 58, Le Caire.
- Derchain, Ph. (1965). *Le Papyrus Salt 825 (B. M. 10051). Rituel pour la conservation de la vie en Égypte*, Bruxelles. Mémoires de l'Académie Royale de Belgique, Tome LVIII.
- Diop, C. A. (1979). *Nations nègres et culture*, en 2 volumes. Vol. 1, pp. 211-214., Présence africaine, Paris.
- Du Bourguet, P. (1960). Égypte pharaonique. In *Dictionnaire de spiritualité. Ascétique et mystique. Doctrine et histoire*, tome IV, Beauchesne, Paris, col. 501-531.
- Erman, A., & Grapow, H. (1971). *Wörterbuch der Ägyptischen Sprache* V, 431, 1- 432, 13.

- Fermat, A. (2017). *Le Rituel de la maison de vie*. Papyrus Salt 825. MdV Editeur, Paris.
- Fournet, J.-L., (2016) Tensions religieuses dans l'Égypte de l'Antiquité tardive *In* J.-L. Fournet, J.-L., Mouton, J.M., & Paviot, J. (éd.). *Civilisations en transition* (III). *Sociétés multiconfessionnelles à travers l'histoire du Proche-Orient*.
- Frankfurter, D. (1998). *Religion in Roman Egypt: Assimilation and Resistance*.
- Gaffiot F. (1934), *Dictionnaire latin-français*, ed. Hachette, Paris.
- Gentelle, P. (2011), La mutation de la Chine aujourd'hui. *Cahiers d'Outre-Mer*, 1-2, 7-16.
- Goyon, J.-Cl. (1996). Le secret des Égyptiens. *Science et Vie, Hors-Série*, 196, 154-156.
- Goyon, J.-Cl. (1999). *Rê, Maât et Pharaon ou le destin de l'Égypte antique*, ACV, Lyon.
- Gravrand, H. (1983). *La Civilisation Sereer*. 1 *Les origines*. NEA, Dakar.
- Griaule, M., & Dieterlen, G. (1965). *Le renard pâle*, t. 1 *Le mythe cosmogonique*, fasc. 1 *La création du monde*. Institut d'Ethnologie, Paris.
- Guerrier, E. (1975). *Essai sur la cosmogonie des Dogons*. Robert Laffont, Paris.
- Heidegger, M. (1959). *Unterwegs zur Sprache Acheminement vers la parole*. Traduction française par J. Beaufret, B. Brokmeier et F. Fédier, Gallimard, Paris, 1976.
- Hornung, E. (1996). *L'esprit du temps des pharaons*. Philippe Lebaud, Editions du Félin, Paris.
- Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. PUF, Paris.
- Julien-Gauthier, F., & Jourdan-Ionescu, C. (dir.) (2015). *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation*. Livres en ligne du CRIRES.
- Ki-Zerbo, J. (1979). Un continent en quête de son histoire. *Le Courrier de l'Unesco*, août – septembre. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000074777_fre
- Koffi Kouamékan, J. M. (2014). Résilience et sociétés : concepts et applications. *Éthique et Économique*, 11(1). Disponible à : <http://ethique-economique.net/>
- Lardellier, P. (2018). Le rite, entre résistance et résilience. *Relations*, 799, 17-18. Disponible à : <http://www.erudit.org/fr/>
- Leclant, J. (1995). « Un modèle d'éthique : la Vérité-Justice de l'Égypte pharaonique ». *In* *Livre d'hommage offert au Directeur Général de l'Unesco par ses Amis à l'occasion de son 60^e anniversaire*, 1295-1299.
- Legendre, P. (1999). *Sur la question dogmatique en Occident*. Fayard, Paris.
- Leiderer, R. (1982). *La médecine Traditionnelle chez les Bekpak (Bafia) du Cameroun (d'après les enseignements, les explications et la pratique du guérisseur Biabak - À Nnong)*, Haus Völker und Kulturen, D.5205 Sankt Augustin 1.
- Lemb, P., & Gastines, F. De (1973). *Dictionnaire Basaa – Français*, Collège Libermann, Douala.

- Lhomme, S. (2010). « Résilience urbaine et réseaux techniques : Une approche par l'analyse spatiale pour une évaluation possible de la résilience urbaine » - Séminaire *Résilience urbaine et réseaux techniques*, ENS, Paris.
- Manciaux, M. (2003). *La résilience : résister et se construire*, Médecine & Hygiène, Genève.
- Meeks, D. (1980). *Année Lexicographique*, 433, N° 775008, Paris.
- Meeks, D. (1988). « Notion de "Dieu" et structure du panthéon dans l'Égypte ancienne ». *Revue d'Histoire des Religions*, 425-446.
- Menu, B. (2004). *Égypte pharaonique. Nouvelles recherches sur l'histoire juridique, économique et sociale de l'ancienne Égypte*. L'Harmattan.
- Michallet, B. (2009). Résilience : Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22(1-2), 2009, pp. 10-18. Disponible à : <https://doi.org/10.7202/045021ar>
- Montet, P. (1970). *L'Égypte éternelle. Des origines à Alexandre le Grand*, Marabout, Paris.
- Moret, A. (1902). *Le Rituel du culte divin journalier en Égypte*. Annales du Musée Guimet, Bibliothèque d'Études XIV, Ernest Leroux Éditeur.
- Murnane, W. J. (1995). « The Kinship of the Nineteenth Dynasty. A Study in the Resilience of an Institution. In David O'Connors and David P. Silverman (eds), *Ancient Egyptian Kinship*, PdÄ 9, pp. 185-217. E. J. Brill, Leiden.
- Ndigi Oum, P. (1999). *Les Basa du Cameroun et l'antiquité pharaonique égypto nubienne. Recherche historique et linguistique comparative sur leurs rapports culturels à la lumière de l'égyptologie*, Thèse de Doctorat Nouveau Régime en « Langues, histoire et civilisations des mondes anciens » - spécialité Égyptologie, Université Lumière Lyon 2, Presses Universitaires du Septentrion, Lille.
- Ndigi Oum, P. (2001). La Maât égyptienne et le Mbok Basaa. Notes pour une étude comparée des fondements constitutionnels de deux civilisations africaines. *Cahiers Caribéens d'Égyptologie*, 2, Martinique.
- Ndigi Oum, P. (2009). *L'Afrique bantu et l'Égypte ancienne. Jalons pour une approche historique de leur parenté plurielle*. Travaux présentés pour l'Habilitation à diriger des recherches (HDR), Université de Yaoundé 1.
- Ndigi Oum, P. (2012). « Le dieu égyptien Aker, le dieu romain Janus et le paradoxe d'une histoire préhistorique de l'Afrique www subsaharienne », Communication au colloque international *Rethinking Africa's transcontinental continuities in pre-and protohistory*. International Conference African Studies Centre, Leiden University, Leiden, The Netherlands 12-13 April. Disponible à : www.quest-journal.net/shikanda/Rethinking_history_conference/oum_ndigi

- Ndigi Oum, P. (2019). « Institutionnalisation de l'africanophonie et éthique égypto africaine de "Vérité-Justice" comme vecteurs du Vivre-Ensemble en contexte multiculturaliste camerounais ». Communication au Colloque sur le multiculturalisme camerounais, tenu à Yaoundé, du 24 au 25 avril.
- Ndong Fils Madhy (2018). Histoire environnementale et résilience sociétale dans l'Égypte ancienne : Le cas du nome mendésien (Delta du Nil). In *Sociétés méditerranéennes en mutation*.
- Nguede Ngono, J.-P. (2019). « Imbrications ethnographiques de la résilience chez les Baka du Sud-Est Cameroun ». HAL-SHS <https://halsh.archives-ouvertes.fr>
- Nillus, A. (2018). *Généalogie du concept de résilience*, Mémoire de Master en Histoire de la philosophie, ENS de Lyon.
- Njock, P. E. (2007). *Nkobil nu Hop Basaa*, Dictionnaire de la langue Basaa (monolingue).
- Rogers P. (2012). Resilience revisited: An etymology and genealogy of a contested concept. *Climate Futures*, 4, 1-29.
- Théodoridès, A. (1995). *Vivre de Maât. Travaux sur le droit égyptien ancien*. Édités sous la direction de Jean-Marie Kruchten, Bruxelles– Louvain-La Neuve.
- Tsala, Th. (1957). *Dictionnaire Ewondo – Français*, Imprimerie Vitte, Lyon.
- Vanderlinden, J. P., & Kane, I. O. (2015). L'utilisation du concept polysémique de résilience : une analyse empirique en zone côtière. *VerdigO, La Revue Electronique en Sciences de l'Environnement*, 10.4000/vertigo. 16661). (halshs 02395687)
- Vercoutter, J. (1946). *L'Égypte ancienne*. PUF, Paris.
- Yanes, S. & Eyinga Essam, M. (1987). *Dictionnaire Boulou-français français-boulou*. P. Monti, Sangmelima.
- Yannic, A. (2010). *Le Rituel*. Coll. Les Essentiels d'Hermès, CNRS, Paris.

Mondialisation et résilience

Serban Ionescu

Université Paris 8 – St-Denis

Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé

Considérée comme une nouvelle étape dans l'histoire de l'humanité, la mondialisation a une longue histoire. Il s'agit d'un processus pluriel, très complexe, impliquant quatre formes de mondialisation : économique, politique, du droit, culturelle. Trois tendances caractérisent les changements consécutifs à la mondialisation : l'augmentation de la connectivité, l'étirement spatial et la diminution de la diversité. Si, actuellement, il est difficile de dresser un bilan exhaustif des effets de la mondialisation, toute avancée future de la mondialisation devra être structurée, calibrée, en fonction des processus de résilience engagés face aux modifications que la mondialisation engendre. L'examen des relations entre mondialisation et résilience nous a amenés à constater que la résilience a subi, elle aussi, les effets de la mondialisation. L'internationalisation de la recherche sur la résilience psychologique a permis de dépasser la vision exclusivement occidentalisée de ce concept et a conduit, notamment, à l'identification de facteurs culturels de protection et de risque.

Mots-clés : mondialisation; résilience; facteurs de protection; facteurs de risque; connectivité; étirement spatial; diversité

Abstract

Considered as a new stage in the history of mankind, globalization has a long history. It is a plural, very complex process involving four forms of globalization: economic, political, of the law and cultural. Three trends characterize the changes resulting from globalization: increasing connectivity, spatial stretching and decreasing diversity. If, at the present time, it is difficult to draw up an exhaustive assessment of the effects of globalization, any future progress of globalization will have to be structured, calibrated, according to the processes of resilience engaged in the face of the changes that globalization generates. The review of the relationship between globalization and resilience has shown that resilience has also been affected by globalization. The internationalization of research on psychological resilience has made it possible to go beyond the exclusively westernized view of this concept and has led, in particular, to the identification of cultural protective and risk factors.

Keywords : globalization; resilience; protective factors; risk factors; connectivity; spatial stretching; diversity

Bien qu'ayant débuté depuis très longtemps, la mondialisation se concrétise et devient une préoccupation majeure aux plans économique, social et politique à partir de 1990, quand on commence à parler de la mondialisation comme d'une nouvelle étape de l'histoire du monde. Cette étape coïncide avec l'effondrement de l'URSS et le passage de la Chine à l'économie de marché, avec l'essor des marchés émergents impliquant le Brésil, la Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud (BRICS), qui avait été précédé par celui du Japon et des « Dragons » d'Asie (Corée du Sud, Taïwan, Singapour et Hong Kong) et suivi par celui des « Tigres et petits tigres » (Thaïlande, Malaisie, Indonésie, Philippines et Vietnam).

Selon Weinberg (2017), tout a commencé il y a environ 100 000 ans, quand les descendants des premiers Homo Sapiens ont quitté leur foyer africain. A suivi, il y a 20 000 ans, l'installation des groupes humains sur les cinq continents. Une vraie première mondialisation a eu lieu entre 1870 et 1914, avec le développement des transports, des moyens de communication à distance, avec des grands mouvements populationnels, avec un niveau élevé du commerce mondial et des investissements en dehors des pays d'origine des fonds.

Processus très complexe, la mondialisation est difficile à définir. Prilleltensky (2012) considèrerait, en effet, que la mondialisation est un « *construit amorphe* », un « *concept chargé de multiples significations* ». Elle soulève, aussi, des questionnements sur le plan terminologique. Si les anglo-saxons n'emploient que le terme *globalization*, en français sont utilisés trois termes : internationalisation, mondialisation et globalisation. À partir d'une analyse de cette terminologie, le sociologue québécois Rocher (2001, p.19) fait les précisions suivantes :

- l'*internationalisation* concerne les « *échanges de diverses natures, économiques, politiques, culturels, entre nations, [...] les relations qui en résultent, pacifiques ou conflictuelles, de complémentarité ou de concurrence* »;
- la *mondialisation* représente « *l'extension de ces relations et de ces échanges internationaux et transnationaux à l'échelle du monde, conséquence de la rapidité toujours croissante des transports et des communications dans la civilisation contemporaine* »;
- enfin, la *globalisation* fait référence à « l'émergence d'un "système-monde" [le world system de Wallerstein (1983)] au-delà des relations internationales, au-delà de la mondialisation ». La racine « *global* » ferait, ici, référence à un ensemble possédant des propriétés que ses composantes n'ont pas et le « système-monde » représenterait « un nouvel "espace", démographique et

géographique [...] mais également sociologique, [...] un espace totalement délocalisé et constituant un niveau spécifique de l'activité économique, politique, sociale et culturelle » (Rocher, 2001, p. 19).

Pour Rocher (2001), les trois termes mentionnés – internationalisation, mondialisation, globalisation – désignent des processus en cours et, même s'il note qu'en français, nous utilisons généralement le terme *mondialisation*, il propose de recourir au terme de *globalisme* pour désigner l'état déjà réalisé, un système-monde au moins partiellement établi.

Rocher considère la mondialisation comme un processus pluriel et distingue quatre formes :

- tout d'abord, la *mondialisation économique* impliquant un marché transnational d'échanges de biens, la mondialisation de la division du travail (ou la réorganisation spatiale de la production de biens) et la mondialisation financière;
- ensuite, la *mondialisation politique*, celle des relations politiques entre les pays et la mise en place d'organismes supra-étatiques à l'échelle de la planète;
- troisièmement, la *mondialisation du droit* avec la création d'un droit international privé et public, qui régit notamment la paix et la guerre entre les nations et l'émergence d'un droit mondial, c'est-à-dire d'un droit du système-monde;
- enfin, la *mondialisation culturelle*, avec d'une part, un système-monde du savoir mis en place à la faveur du développement de la technologie informatique et de la création de réseaux d'échange de connaissances et d'informations (mondialisation de la science et des chercheurs) et d'autre part, la culture de l'*Entertainment*, du divertissement, de l'évasion, celle propagée par les médias (cinéma, disque, radio, télévision), que Rocher appelle « *l'américanisation* » du monde.

Considérons, maintenant, les changements consécutifs à la mondialisation. Trois mégatendances – qui ne sont pas indépendantes les unes des autres – ont été mises en évidence par Young et al. (2006):

- Premièrement, l'augmentation de la *connectivité*. Le nombre des connexions augmente, l'échange d'informations devient plus rapide et la force des liens s'intensifie. Les interactions s'accroissent et avec l'évolution des systèmes

mondiaux de transport et de communication, la vitesse de diffusion des idées, des informations, des biens, des capitaux et des décisions augmente. Les marchés internationaux et les modèles d'investissement réagissent rapidement à l'évolution des signaux psychologiques, politiques et économiques. En même temps, dans un « monde câblé », les perturbations se propagent plus rapidement. Cela signifie, aussi, que l'augmentation du nombre d'éléments connectés, l'amélioration de la densité des liens ou des connexions, ou l'intensification de la force des interactions entre les éléments augmente la probabilité que le système devienne instable.

- La deuxième mégatendance est celle de *l'étirement spatial* (« spatial stretching »); elle fait que de nombreuses activités et processus politiques, sociaux, économiques importants s'étendent au-delà des frontières nationales, des régions et des continents. Les décisions de nombreux acteurs socio-économiques (comme dans le cas des sociétés transnationales) ont des conséquences planétaires, attendues et inattendues. Les activités socio-économiques se déroulent à une échelle de plus en plus mondiale.

- La mondialisation favorise le mélange ou l'homogénéisation dans de nombreux domaines (comme la biodiversité, la diversité ethnique, culturelle, linguistique, technologique, tout comme celle des goûts, des préférences et des valeurs); cette troisième mégatendance conduit à une diminution de la diversité. Dunn (2020) décrit la « synchronisation » culturelle qui, dans le discours populaire se traduit, selon Firinci (2018) par la domination croissante des formes occidentales (voire américaines) de la vie politique, économique et culturelle. Dans cette perspective, la mondialisation peut avoir comme indicateurs culturels ce que Pieterse (2009) désignait comme la *Coca-colonisation* et la *McDonaldization*. La *Disneyfication* risque de conduire à terme à une normalisation culturelle mondiale ou comme la nomment Matusitz et Palermo (2014), à une standardisation culturelle mondiale.

Il est actuellement difficile de dresser un bilan exhaustif des effets de la mondialisation aux plans humain, économique, social et culturel. Il est évident que le décroisement du monde a eu des effets positifs et un arrêt de la mondialisation est inconcevable. De nombreuses réserves et critiques ont, toutefois été formulées à son égard. Les informations disponibles m'amènent à formuler *trois constats* :

- tout d'abord, nous pouvons observer que, dans certains domaines, *il est impossible de tirer des conclusions précises*. C'est le cas des effets de la mondialisation sur la santé mentale;

- deuxièmement, nous constatons qu'à certains endroits, *les effets négatifs de la mondialisation ont été minorés ou annulés par ses effets positifs*. L'exemple que je vais présenter est celui de l'île Simbo;

- le troisième constat nous amène dans l'actualité, celle de la pandémie de Sars-Cov-2, qui a mis en évidence *les limites de la mondialisation* et a stimulé la *recherche de solutions alternatives*.

Avant de détailler ces trois constats, il me paraît important de souligner que, dans tous les cas, les effets de la mondialisation dépendent des processus de résilience engagés face aux modifications, aux changements que la mondialisation engendre. Il est clair que toute avancée future de la mondialisation devra être structurée, calibrée en fonction de ces processus de résilience. Dans cette perspective, la formulation employée par Jean Pisani-Ferry (2021) me paraît très adéquate : « *La résilience, boussole de la mondialisation* ».

En revenant aux constats annoncés, il est clair que les implications de la mondialisation sur la santé mentale, bien que souvent évoquées, sont peu connues, peu étudiées. Bandura (2001) mentionne les nouvelles exigences d'adaptation à un contexte de changements sociaux, informationnels et technologiques drastiques. Le fait que ce qui est local soit devenu hautement fluide et perméable et lié, à grande distance, à des processus mondiaux, le fait que l'interpénétration des mondes sociaux crée, comme le souligne Kirmayer (2006) de nouvelles formes d'identités hybrides ou de créolisation a, sans doute, des effets sur le fonctionnement psychique de ceux qui vivent ces changements. Dans le contexte de la mondialisation, Bauman (2001) parlait, lui aussi, d'un monde accéléré, constitué d'identités fragmentées, déplacées, dévalorisées; quelles en sont les conséquences lorsqu'on y vit, dans quelle mesure et sous quelle forme les processus de résilience peuvent intervenir pour atténuer les effets de ces changements? Cette question représente un véritable défi, notamment méthodologique, pour la communauté scientifique.

L'histoire qu'ont vécue les habitants de *l'île de Simbo*, île relativement isolée de la province occidentale des îles Salomon, dans le Pacifique, est un excellent exemple du fait qu'il est difficile de trancher quant aux effets de la mondialisation (Lauer et al., 2013). Au cours du siècle dernier, la mondialisation a changé le modèle de peuplement de cette île : ses villages ont été déménagés de l'intérieur des terres ou des hauteurs côtières vers les rivages. Ce changement a facilité, notamment, l'accès aux nouvelles opportunités commerciales en continuelle expansion; habiter des sites côtiers accessibles est devenu essentiel.

Le 2 avril 2007, un tsunami de 12 m. a frappé Simbo et les villages côtiers. L'interconnexion mondiale croissante a considérablement augmenté la vitesse à laquelle l'aide humanitaire a circulé et est arrivée sur l'île, vitesse qui représente une dimension de la résilience de cette île. Ainsi, les effets potentiellement nocifs de la mondialisation ont été en grande partie réduits par d'autres effets, positifs, de cette même mondialisation.

Le troisième constat nous montre que la croyance que l'immensité du marché mondial garantit, a priori, à tout moment et en tout lieu, la sécurité des approvisionnements n'a pas survécu à la pandémie COVID-19. Dans le contexte de la pénurie de masques et d'équipements médicaux, les antimondialistes protectionnistes n'ont pas tardé à prôner une relocalisation générale. En même temps, la pandémie a mis en lumière de nombreux excès liés à l'hypermondialisation : la déforestation sauvage qui bouleverse les niches écologiques des animaux hôtes favorise l'émergence de nouveaux virus et la mobilité internationale liée au développement des transports aide à diffuser les agents pathogènes. Des opinions extrêmes ont fait leur apparition : le virus de la COVID-19 a tué la mondialisation, la COVID-19 est l'incarnation d'une mondialisation agonisante ou carrément, la COVID-19 serait la mondialisation.

Dans ce cadre, une forme alternative de mondialisation a fait son apparition : la mondialisation de proximité. Les experts du développement des territoires proposent de classer les pays et les régions en fonction de leur degré de *résilience productive*, c'est-à-dire de leur capacité à surmonter, lors d'une perturbation exceptionnelle, l'arrêt des chaînes logistiques qui les relient à l'extérieur (Laville et Florentin, 2020). Appliqué, en référence à 1 242 produits, ce test de résilience productive a montré qu'aucun pays au monde ne dépasse une cote de 50%. La moitié des pays présentent un score de résilience inférieur à 15 %, une quarantaine se situent même en deçà de 5 %. La situation est préoccupante dans de nombreux petits pays, souvent enclavés ou insulaires.

L'examen du rôle de la résilience par rapport aux effets de la mondialisation, la mise en relation de ces deux concepts – mondialisation et résilience – m'a conduit au constat inattendu que la résilience a subi, elle aussi, les effets de la mondialisation. Examinons, maintenant, à quoi je fais référence en parlant de la *mondialisation de la résilience*.

Le concept de résilience – tel que nous l'utilisons aujourd'hui – provient d'un mot latin utilisé depuis plus de 2 000 ans, employé dans le sens de sauter, bondir ou rebondir. La richesse de la métaphore du rebondissement explique, en grande

mesure, le succès ultérieur du mot résilience et son adoption dans de nombreux domaines. En effet, au décours du temps, le mot résilience a franchi les frontières de la langue de tous les jours et est rentré progressivement, comme je l'ai montré dans l'ouvrage « Résiliences. Ressemblances dans la diversité » (Ionescu, 2016), dans le vocabulaire de différents domaines, comme la science des matériaux, la psychologie, la socio-écologie, le travail social, l'éducation, la culture, la réadaptation, l'économie, la gestion des organisations, le droit et même les relations internationales. Nous retrouvons, ici, des éléments de globalisation du concept de résilience.

Un argument important en faveur de la thèse de la mondialisation de la résilience est issu de l'étude du développement des connaissances en matière de résilience psychologique. Celle-ci a ses origines dans des travaux anglo-saxons. Je fais, ici, référence aux recherches d'Emmy Werner et de Ruth Smith dans l'Île de Kauai de l'archipel d'Hawaï, de Norman Garmezy et de son équipe à l'université du Minnesota et aux études de Michael Rutter sur l'Île de Wight et à Londres.

De manière plus catégorique, Rigsby (1994) écrivait même que la résilience est « *par excellence* » un concept étasunien. En effet, pour un certain nombre de chercheurs, les origines de la résilience psychologique se trouveraient dans les ouvrages du pasteur Horatio Alger (1832-1888) où celui-ci avait fait l'apologie de la réussite sociale, malgré les difficultés rencontrées dans la vie et ce, grâce à une série de caractéristiques personnelles : le courage, la moralité, la piété, le fait d'être travailleur, économe, prompt, ponctuel. Le concept de résilience psychologique aurait ainsi émergé « *dans un contexte culturel où l'accent est mis sur l'individualisme et les efforts visant la mobilité sociale ascendante, caractéristique de la société américaine et soutenue par le système éducatif américain* » (Ionescu, 2012, p. 27). Évidemment, cette vision de la résilience psychologique a engendré des critiques et des polémiques.

Il faut reconnaître que jusque dans les années 1980, nos connaissances sur la résilience psychologique provenaient de recherches menées sur des personnes vivant dans les pays occidentaux industrialisés. Par la suite, d'autres informations ont pu être collectées. Aux États Unis, pays d'immigration, le processus de résilience a commencé à être étudié sur les minorités ethniques. En même temps, des études sur la résilience ont démarré dans les pays émergents ou en développement.

Cette internationalisation de la recherche sur la résilience psychologique a permis de dépasser la vision antérieure, exclusivement occidentalisée, et a conduit à l'identification de facteurs culturels de protection et de risque.

Je citerai, à titre d'exemple, les valeurs culturelles afro-américaines, parmi lesquelles

figurent le coping basé sur la spiritualité, les grands réseaux de soutien social, l'identité de groupe ethnique positive, les liens de parenté solides (Boykin et Toms, 1985 ; Utsey et al., 2007). De la culture latino-américaine, je retiendrai notamment le *familismo* (qui souligne le rôle potentiel de la famille et de la famille élargie, en particulier), l'*orgullo cultural* (la fierté ethnique), la *religiosidad* (la croyance religieuse) et les relations de *confianza* (Holleran et Waller, 2003 ; Romero, 2012). Les études menées sur des populations asiatiques ont souligné le rôle du coping intraculturel (à travers le soutien provenant de son propre groupe ethnique), celui du fatalisme (relié à la religion et à la spiritualité), de la stratégie de l'universalité relationnelle (basée sur l'interconnexion des individus faisant face à des difficultés similaires) ou de l'abstention/exemption (*forbearance*) qui fait référence au fait de retenir ses émotions pour maintenir l'harmonie sociale (Yeh et al., 2006 ; Wei et al., 2012). Dans une recherche que j'ai menée au Rwanda en 2010, avec Rutembesa et Kayiteshonga (Ionescu et al., 2011), nous avons constaté le rôle protecteur des valeurs de base de la culture rwandaise : *Kubaho* (exister, vivre), *Kubana* (savoir bien vivre avec et parmi les autres), *Gutunga* (posséder, prospérer) et *Gutunganiirwa* (vivre heureux, en paix, dans la prospérité).

Les études de ce type ont aussi relativisé notre compréhension de ce qu'est un facteur de protection. Contrairement à ce qu'on pense dans les pays occidentaux, Felsman (1989) a constaté que chez les enfants colombiens de la rue, âgés de moins de 16 ans, l'affiliation à un gang peut constituer non pas un facteur de risque, mais un facteur de protection qui répond aux besoins physiques et émotionnels de ces enfants, besoins non satisfaits ailleurs ou autrement.

En Roumanie, une équipe de l'université de Bucarest (Nedelcea et al., 2014) a mis en évidence un facteur culturel de risque, la « *généralisation de l'attente du négatif, accompagnée d'une résignation passive* ». Le développement de ce facteur de risque a été mis en relation avec une série de faits et d'événements qui ont marqué l'histoire du peuple roumain : la forte croyance des Géo-Daces en leur immortalité, les menaces au cours des migrations, les relations difficiles avec l'empire Ottoman et enfin, la dictature communiste.

Dans la perspective de la mondialisation du concept de résilience, j'aimerais aussi mentionner l'étude de Theron et al. (2013) visant une définition africaine de la résilience. Les résultats obtenus montrent que les jeunes Basotho considérés comme résilients participent à un mode de vie enchâssé ou « *anthropocentrique* », un mode de vie collectif appelé *Ubuntu*. Ces jeunes font partie intégrante d'une communauté qui facilite la réalisation de soi individuelle.

Pour conclure, je soulignerai le fait que la relation entre résilience et mondialisation est complexe et que le principal défi à surmonter est d'ordre épistémologique (Armitage et Johnson, 2006). En effet, les racines de ces deux concepts se trouvent dans des disciplines différentes. Cependant, les deux ont comme élément central le changement : la mondialisation, comme élément constitutif, la résilience, en offrant un cadre conceptuel nous permettant de comprendre le changement et ses conséquences dans le contexte de la mondialisation. La résilience nous offre un guide pratique, une « *boussole* » pour la gestion des ressources au cours de la mondialisation, en nous permettant d'éviter ou de réduire les éventuels dérapages de celle-ci.

Références

- Armitage, D., & Johnson, D. (2006). Can resilience be reconciled with globalization and the increasingly complex conditions of resource degradation in Asian coastal regions? *Ecology and Society*, 11(1).
- Bandura, A. (2001). The changing face of psychology at the dawning of a globalization era. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 42(1), 12.
- Bauman, Z. (2001). *Community: Seeking safety in an insecure world*. Cambridge: Polity Press.
- Boykin, A. W., & Toms, F. (1985). Black child socialization: A conceptual framework. In H. McAdoo & J. McAdoo (Eds.), *Black children*. Beverly Hills, CA: Sage, 33-51.
- Dunn, H. S. (2020). Creative resilience and globalization from within: Evolving constructs for analysing culture, innovation, and enterprise in the global south. *Annals of the International Communication Association*, 44(1), 4-18.
- Felsman, J.K. (1989). Risk and resiliency in childhood: The lives of street children. In T.F. Dugan & R. Coles (Eds), *The child in our times: Studies in the development of resiliency*. New York: Bruner/Mazel, 56-80.
- Firinci, Y. (2018). Cultural resilience within the era of globalization. *Resilience*, 2(2), 69-84.
- Holleran, L. K., & Waller, M. A. (2003). Sources of resilience among Chicano/a youth: Forging identities in the borderlands. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20, 335-350.
- Ionescu, S. (2012). Origine et évolution du concept de résilience. In B. Cyrulnik & G. Jorland (Eds), *Résilience. Connaissances de base*. Paris: Odile Jacob, 19-32.
- Ionescu, S. (dir.) (2016). *Résilience. Ressemblances dans la diversité*. Paris : Odile Jacob.
- Ionescu, S. (2011). Origine et évolution du concept de résilience. In B. Cyrulnik & G. Jorland (dir.), *Résilience. Connaissances de base*. Paris : Odile Jacob, 19-32.
- Ionescu, S., Rutembesa, E. & Kayiteshonga, Y. (2011). La résilience en situations de génocide. In S. Ionescu (dir.), *Traité de résilience assistée*. Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Quadrige, 487-521.
- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural psychiatry*, 43(1), 126-144.
- Lauer, M., Albert, S., Aswani, S., Halpern, B. S., Campanella, L., & La Rose, D. (2013). Globalization, Pacific Islands, and the paradox of resilience. *Global Environmental Change*, 23(1), 40-50.
- Laville, E. & Florentin, A. (2020). Réduire la dépendance à la mondialisation. *Le Monde*, 24-25 mai, 26.

- Matusitz, J., & Palermo, L. (2014). The Disneyfication of the world: a globalization perspective. *Journal of Organisational Transformation & Social Change*, 11(2), 91-107.
- Nedelcea, C., Ciorbea, I., Ciorbea, V., Iliescu, D., Minulescu, M. (2014). *Resilience and personality. Orientation to failure as personality trait of Romanian people viewed from a historical perspective*. Communication présentée au Deuxième congrès mondial sur la résilience, mai 2014, Timisoara (Roumanie).
- Magu, S. (2015). Reconceptualizing Cultural Globalization: Connecting the "Cultural Global" and the "Cultural Local". *Social Sciences*, 4, 630-645.
- Pieterse, J. N. (2009). *Globalization and Culture: Global Mélange*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Pisani-Ferry, J. (2021). La résilience, boussole de la mondialisation. *Le Monde*, 17-18 janvier, 23.
- Prilleltensky, I. (2012). The what, why, who, and how of globalization: What is psychology to do? *Journal of Social Issues*, 68(3), 612-629.
- Rigsby, L.C. (1994). The Americanisation of resilience: Deconstructing research practice. In M. C. Wang & E.W. Gordon (Eds), *Educational resilience in inner-city America challenges and prospects*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 85-94.
- Rocher, G. (2001). La mondialisation: un phénomène pluriel. In D. Mercure (Ed.), *Une société monde ? Les dynamiques sociales de la mondialisation*. Québec : Les Presses de l'Université Laval et de Boeck Université, 17-31.
- Romero, P. (2012). *Cultural differences in resilience and coping in ethnic minority populations* (Thèse de doctorat). Azusa Pacific University.
- Theron, L.C., Theron, A.M.C. & Malindi, M.J. (2013). Toward an African definition of resilience; A rural South African community's view of resilient Basotho youth. *Journal of Black Psychology*, 39(1), 63-87.
- Utsey, S. O., Hook, J. N., & Stanard, P. (2007). A re-examination of cultural factors that mitigate risk and promote resilience in relation to African American suicide: A review of the literature and recommendations for future research. *Death Studies*, 31(5), 399-416.
- Wallerstein, I. (1983). The Three instances of hegemony in the history of the capitalist world economy. *International Journal of Comparative Sociology*, 24(1-2), 100-134.
- Wei, M., Liao, K. Y. H., Heppner, P. P., Chao, R. C. L., & Ku, T. Y. (2012). Forbearance coping, identification with heritage culture, acculturative stress, and psychological distress among Chinese international students. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 97.
- Weinberg, A. (2017). Mondialisation, acte II. *Sciences Humaines*, 290, 30-33.

- Yeh, C. J., Inman, A. G., Kim, A. B., & Okubo, Y. (2006). Asian American families' collectivistic coping strategies in response to 9/11. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 12*(1), 134.
- Young, O. R., Berkhout, F., Gallopin, G. C., Janssen, M. A., Ostrom, E., & Van der Leeuw, S. (2006). The globalization of socio-ecological systems: An agenda for scientific research. *Global Environmental Change, 16*(3), 304-316.



Deuxième partie

Le processus de résilience dans une diversité de contextes



Photo prise dans le cadre du 5^e Congrès mondial sur la résilience ayant eu lieu du 26 au 28 mai 2021 à Yaoundé.



Résilience des enseignants des écoles primaires : Cas des zones d'éducation prioritaire du Cameroun

Gustave Georges Mboe

Unité de Recherche en Philosophie et Sciences Sociales Appliquées (URPHISSA)

Université de Dschang

gustave.mboe@univ-dschang.org / mboegustavegeorges@gmail.com

Nelly Mouako Tepie

nellytepie@gmail.com

Résumé

Cette étude menée auprès de 220 enseignants des écoles primaires de la ville de Bertoua et ses environs, tente d'expliquer la résilience de ces enseignants à travers certaines dimensions. Sur le plan théorique, Solomon, Greenberg et Pyszczynsk (1991) montrent que lorsqu'un individu traverse des situations difficiles, il mobilise des stratégies lui permettant de contrôler ses émotions et de se préserver. Cette préservation se réalise par des moyens directs, des moyens symboliques et des moyens culturels liés à l'individu. En effet, les données collectées soutiennent l'hypothèse selon laquelle les compétences personnelles, le contrôle émotionnel, la capacité à rebondir et le contrôle/sens déterminent la résilience des enseignants des écoles primaires en Zone d'éducation prioritaire (ZEP). Les résultats, bien que limités, mettent tout de même en exergue les dimensions psychologiques qui permettent de comprendre que les ressources intérieures seraient plus engagées dans la gestion de la résilience des enseignants en ZEP.

Mots-clés : évaluation ; résilience ; enseignants ; zones d'éducation prioritaires, compétences personnelles ; contrôle émotionnel.

Abstract

This study of 220 elementary school teachers in the city of Bertoua and its surroundings attempts to explain the resilience of these teachers through certain dimensions. On the theoretical level, Solomon, Greenberg and Pyszczynsk (1991) show that when an individual goes through difficult situations, he or she mobilizes strategies that allow him or her to control his or her emotions and preserve himself or herself. This preservation is achieved through direct means, symbolic means and cultural means linked to the individual. Indeed, the data collected supports the hypothesis that personal skills, emotional control, ability to bounce back, and control/sense determine the resilience of elementary school teachers in Priority education zone (PEZ). The results, although limited, still highlight the psychological dimensions that allow us to understand that inner resources are more indicated in

the management of resilience of ZEP teachers.

Keywords : evaluation; resilience; teachers.

Introduction

Un regard global sur la situation des enseignants au Cameroun laisse entrevoir une attitude stoïciste. Ils font montre de beaucoup de passion, de dévotion, d'engagement affectif et même d'implication par appropriation vis-à-vis de leur travail. Par cette attitude, ils sont à l'opposé de leurs collègues, qui passent pour des « *indignés* ». Pourtant, certains éléments recueillis lors de périodes d'observation devraient davantage militer en faveur de leur désintérêt. Il peut s'agir par exemple du ratio maître-élèves, de l'insuffisance d'infrastructures ou des effectifs pléthoriques. À cela s'ajoute le fait que l'Etat raréfie les recrutements et se déleste progressivement du trop-plein de son personnel (Maingari, 1997; Segan, 2000; Zacharyas, 2010; Sappa et Boldrini, 2017). A ceci s'ajoutent les salaires de nos instituteurs qui ne se sont pas améliorés, selon Menounga (2012). À la vue de ces situations, les enseignants doivent adopter des comportements et attitudes leur permettant de gérer ces difficultés, d'où la résilience.

La résilience selon Anaut (2005) et Leroux (2007), repose sur une triple base à savoir : le sentiment d'avoir une base de sécurité interne, l'estime de soi et enfin le sentiment d'efficacité à accomplir des tâches de manière efficace et autonome. Elle revêt plusieurs catégories : ressources et soutiens externes, forces personnelles intérieures, compétences sociales et interpersonnelles (Garmezy, 1985; Groteberg, 1995, Gakuba et Testini, 2017; Omolomo, 2016).

La théorie du management de la terreur (TMT) de Solomon, Greenberg et Pyszczynski (1991), cité par (Mboe et AmyafuNyambe, 2016), permet de comprendre que les mécanismes de défense sont liés aux différents facteurs qui peuvent être liés aux compétences personnelles et au contrôle, à la capacité à rebondir et au contrôle des sens pour finir à la spiritualité. Les enseignants en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) doivent mobiliser des forces internes et externes pour braver l'anxiété, la peur, les risques qui sont inhérents à l'exercice dans ces zones d'éducation prioritaires.

1. Présente étude : l'évaluation de la résilience chez les enseignants du primaire dans une zone d'éducation prioritaire

Les travaux cités plus haut mettent en exergue des situations susceptibles d'entacher la résilience chez les enseignants en contexte européen et nord-américain. Cependant, ces auteurs sont moins explicités sur les raisons de la résilience chez les enseignants en contexte camerounais évoluant dans une zone d'éducation prioritaire d'une part, et ne les évaluent pas du tout, d'autre part.

Segan (2000) en contexte français, dit que le manque de soutien administratif est une des principales raisons données par les enseignants pour quitter la profession. Aussi, Martineau (2006) estime que les enseignants ont besoin de ressources pour exercer leur métier. Mais il ne décrit pas les ressources dont il est question et ne les évalue non plus pour voir les enseignants qui font face aux situations stressantes. Egeland, Carlson et Sroufe (1993) en contexte anglo-saxon, développent l'idée selon laquelle, la résilience est un processus qui s'inscrit dans le temps, dans le contexte des interactions individu-environnement mais, ils ne spécifient pas de quel environnement il s'agit. Au Cameroun, le secteur éducatif évolue dans deux zones : celle dite normale et celle dite Zone d'Education Prioritaire (ZEP). Dans cet environnement fait de difficultés, on observe que des enseignants sont motivés, mieux sont engagés affectivement et s'impliquent davantage dans leur profession indépendamment du lieu où ils se trouvent, des conditions difficiles auxquelles ils font face. En effet, le mythe de passion, de la dévotion au travail quelles que soient les difficultés, semble inciter les enseignants des ZEP à se montrer sur-motivés, voire sur-engagés ou sur-impliqués dans l'accomplissement de leur tâche. Il existe une forte propension chez certains de ces enseignants à minimiser, voire relativiser toutes les critiques des mauvaises conditions de travail auxquelles ils font face pour un attachement viscéral et affectif à leur métier.

La nécessité d'entreprendre cette étude sur l'évaluation de la résilience des enseignants a été inspirée par la persévérance, l'endurance, l'abnégation dont ces enseignants font montre. Bien plus, cette étude ne met l'accent que sur les raisons de cette persévérance. En effet, comme le reconnaît Leroux (2002), les enseignants résilients sont loin d'être des êtres passifs qui se laissent manipuler et influencer par les appels incessants du courant syndical plus favorable à la logique contestataire, au débrayage et moins interpellés par le respect des clauses contractuelles. En somme, ce travail pose le problème de la persistance du stoïcisme, mieux de la résilience chez les enseignants. La présente recherche met en évidence l'hypothèse selon laquelle la résilience des enseignants de la ville de Bertoua et ses environs est fonction de certaines dimensions.

2. Méthodologie

Notre échantillon est obtenu par la technique d'échantillonnage aléatoire simple. Il est composé de 220 enseignants des écoles primaires de la ville de Bertoua et ses environs, soit 169 femmes et 61 hommes âgés de 20 à 60 ans. L'échelle de la résilience de Connor-Davidson (CD-RISC) de 2003 à 5 facteurs, a permis la collecte des données. Elle permet de mesurer la capacité d'adaptation au stress. Le premier facteur fait référence à la compétence personnelle. Il a un niveau d'exigence élevé et

de ténacité avec huit énoncés. Le deuxième facteur englobe respectivement la confiance en son instinct, la tolérance des effets négatifs, les effets de renforcement tous découlant du stress (sept énoncés). Le troisième facteur concerne l'acceptation du changement et des relations solides (cinq énoncés). Le quatrième facteur fait référence au sentiment de contrôle et le cinquième facteur avec deux énoncés traite de la spiritualité. Les participants devaient se prononcer sur une échelle de Lickert à quatre points, allant de un « Tout à fait en accord » à quatre « Tout à fait en désaccord ». L'alpha de Cronbach de notre échelle globale est de .81 ce qui la rend fiable.

Le questionnaire a été administré individuellement aux enseignants rencontrés au lieu de service et certains, dans leurs domiciles en raison des aléas d'emploi du temps. Dix minutes étaient nécessaires pour rapporter leurs opinions.

3. Résultats

Les données collectées sont présentées dans le tableau 1.

3.1. Statistiques descriptives

Tableau 1

Résultats des variables évaluées

	N	M	E.T.
Compétence personnelle	219	10,58	3,182
Contrôle émotionnel	218	12,92	3,268
Capacité à rebondir	219	8,48	2,319
Contrôle/sens	219	5,42	1,854

Ce tableau indique que sur le plan de la compétence personnelle, les participants obtiennent un score global de 10,58 ($M = 10,58$, $ET = 3,12$). Cette statistique étant largement en dessous de la médiane ($Me = 16$), on peut en conclure que, en temps de difficulté induit par l'activité professionnelle de l'enseignant, la compétence personnelle n'est pas utilisée. Quant à la dimension « contrôle émotionnel », les participants obtiennent un score de 12,92 ($M = 12,92$, $ET = 3,26$). Pour la capacité à rebondir, les participants sont capables de rebondir à la suite des événements liés à leur emploi. Ils obtiennent un score de 8,48 ($M = 8,48$, $ET = 2,31$). Pour la dimension Contrôle/sens en général, le score est ($M = 5,42$), les participants parviennent à donner très faiblement un sens et exercer un contrôle sur leur vie. Par ailleurs, l'écart

type plutôt élevé pour cette variable suggère une distribution étendue des données ($E.T. = 1,85$).

3.2. Corrélations

Le Tableau 2 présente les corrélations entre les variables.

Tableau 2
Corrélations entre les variables

Variables	1	2	3	4	5
1. Compétence personnelle	1				
2. Contrôle émotionnel	,524**	1			
3. Capacité à rebondir	,425**	,491**	1		
4. Contrôle/sens	,408**	,509**	,379**	1	
5. Spiritualité	,370**	,330**	,358**	,227**	1
6. Échelle de résilience globale	,801**	,839**	,724**	,676**	,524**

D'un point de vue général, les analyses montrent que les résultats à l'échelle de la résilience sont inter-corrélés avec ses sous dimensions telles que la compétence personnelle ($r = .80$, $p < .001$), le contrôle émotionnel ($r = .83$, $p < .001$), la capacité à rebondir ($r = .72$, $p < .001$), le contrôle/sens ($r = .67$, $p < .001$) et enfin la spiritualité ($r = .52$, $p < .001$). Ces données nous permettent de soutenir l'idée selon laquelle les dimensions de notre échelle sont reliées. Le sont-elles positivement ? Le tableau 2 nous indique que la compétence personnelle est positivement liée au contrôle émotionnel ($r = .52$, $p < .05$), à la capacité à rebondir ($r = .42$, $p < .05$), au contrôle/sens ($r = .40$, $p < .05$) et à la spiritualité ($r = .37$, $p < .05$).

En ce qui concerne le contrôle émotionnel, il est lié à la capacité à rebondir ($r = .49$, $p < .05$), au contrôle/sens ($r = .50$, $p < .05$) et à la spiritualité ($r = .33$, $p < .05$). Il en est de même de la capacité de rebondir. Cette dimension est reliée de manière positive avec le contrôle/sens ($r = .37$, $p < .05$) et la spiritualité ($r = .35$, $p < .05$). Enfin, le contrôle de sens est lié à la spiritualité ($r = .22$, $p < .05$).

Toutes ces corrélations étant positives, alors nous pouvons conclure que les dimensions de la variable « résilience » sont positivement liées entre elles.

4. Discussion

L'hypothèse selon laquelle certaines dimensions expliquent la résilience des enseignants des écoles primaires de la ville de Bertoua et ses environs a été confirmée dans la présente étude. Les résultats obtenus vont dans la logique des travaux de Garmezy (1985), Groteberg (1995) et Vanistendael (1998), portant sur la multidimensionnalité (compétence personnelle, contrôle émotionnel, capacité à rebondir, contrôle/sens et spiritualité) de la notion de résilience. Au regard des données obtenues, il ressort de façon globale, que les enseignants des écoles primaires de la ville de Bertoua et ses environs ne sont pas résilients au plan de la moyenne obtenue sur l'échelle de la résilience ($M=40,2$; $E.-T.= 8,80$). Ce score obtenu est inférieur à la médiane ($Me=50$).

En dépit des résultats issus de l'échelle globale de la résilience, il n'en demeure pas moins que ces enseignants puissent faire montre de résilience dans l'exercice de leur profession dans ladite zone, pourtant comme ZEP d'une part et comme une zone extrêmement difficile (problèmes de distances, manques d'infrastructures, manque d'enseignants, surcharge de travail, climat d'insécurité, effectifs pléthoriques d'élèves...), d'autre part. Par conséquent, la prise en compte de certaines dimensions de l'échelle utilisée peut apporter des informations susceptibles de nuancer nos résultats.

Ainsi, les compétences personnelles et le contrôle émotionnel peuvent expliquer la résilience des enseignants. Ce résultat est cohérent avec les travaux de Bekaert et al. (2012) qui prédisent que les compétences personnelles et le contrôle émotionnel (la confiance en soi, l'estime de soi, l'ouverture, l'humour, la flexibilité, l'image de soi, l'intelligence, la persévérance, l'endurance, l'optimisme, la détermination, l'anticipation, l'attachement, la créativité, la perspicacité, l'autonomie, la gentillesse, l'espoir, l'honnêteté et la capacité à susciter la compassion) sont fonction des comportements attendus dans un contexte de difficultés.

Dans la région de l'est du Cameroun, plus précisément dans la ville de Bertoua, les enseignants possèdent des compétences (personnelles et émotionnelles) qui contribuent à les aider à continuer à exercer dans une zone où le taux de scolarisation reste toujours bas et les enseignants ne sont pas toujours appréciés à leur juste valeur. Gendron (2008) relève également, que les caractéristiques personnelles les plus importantes des enseignants, correspondent au « *savoir-être* », référant ainsi à des compétences comportementales (émotionnelles, personnelles et sociales). Il va définir la « *compétence* », comme étant un modèle tridimensionnel des « *3S : Savoirs, Savoir-faire et Savoir-être* ». Ces trois dimensions du savoir pluriel

définissent l'enseignant en service dans la région de l'est en général et dans la ville de Bertoua et ses environs en particulier.

Enfin, les dimensions « capacité à rebondir » et « contrôle/sens » et « spiritualité » peuvent également déterminer la propension à la résilience des enseignants. Ce résultat est soutenu par la littérature. À cet effet, Myers (2000) montre que les personnes qui ont un attachement sécurisé sont plus heureuses que celles qui n'en ont pas, ce contrôle/sens agit comme une niche affective qui protège la personne des facteurs de risque qui menacent son intégrité psychique. Les enseignants de la ville de Bertoua et ses environs ont développé des stratégies leur permettant de faire face aux situations difficiles. Ceci s'explique par le soutien de la communauté éducative de la région. Les membres de cette communauté (élites politico-administratives, mécènes, associations caritatives, organismes humanitaires, etc.) mettent à la disposition des enseignants des ressources (logements, nutrition, paquets minimum, primes, bâtiments scolaires, TIC, bibliothèques, boîtes à pharmacie, tables, bancs, sanitaires, points d'eau/forages, salaires, etc.) leur permettant de se sentir à l'aise, valorisés, humanisés au point de pousser ceux-ci à se montrer plus engagés et plus impliqués, voire attachés à leur travail.

Conclusion

Dans ce chapitre, il était question d'évaluer la résilience des enseignants des écoles primaires dans la ville de Bertoua et ses environs. Pour cela, les analyses de la présente étude montrent que dans le contexte camerounais où les enseignants des écoles primaires développent un sentiment de stoïcisme, nous nous sommes interrogés sur les raisons pour lesquelles le statut particulier des enseignants tarde à être appliqué intégralement tel que prévu par la réglementation en vigueur ; les motivations mobilisées par les enseignants pour demeurer attachés à leur rendement professionnel, alors que les conditions de travail semblent ne pas être satisfaisantes et pour finir, sur les sources de la résilience des enseignants. La théorie du Management de la Terreur de Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, (1991) contribue à expliquer cette résilience des enseignants. Il en ressort que face à ces difficultés, les enseignants de l'est-Cameroun mobilisent des ressources qui vont leur permettre de surmonter les situations d'adversité auxquelles ils sont confrontés.

Références

- Békaert, J., Masclet, G. & Caron, R. (2012). Élaboration et validation de l'inventaire des facteurs de résilience (IFR-40). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(3), 176-182.
- Connor, K. M. & Davidson, L. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression And Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cyrulnik, B. (2012). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Gakuba, T-O. & Testini, A. (2015). *L'approche de la résilience dans l'intervention psycho-éducative des adolescents en difficultés placés en foyer* (en ligne) sur http://aifris.eu/04exploitress/clt_fiche.php?id_article=4074. Consulté en Janvier 2018).
- Garmery, N. (1985). Stress- Resistant children the search for protective factors. Recent research in development psychology. *Journal of psychology and psychiatry book supplement*. Oxford : pergamon press.
- Gendron, B. (2008). Capital émotionnel et éducation. *Dictionnaire de l'éducation*. Paris : PUF.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R.F. Baumeister (ed.), *Public self and private self*, (189-212). New-York: Springer-verlag.
- Groetberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children : strengthening the human spirit*. La Haye : Bernard Van Leer Foundation.
- Lecomte, J. (1999). La résilience. Résister aux traumatismes. *Sciences humaines*, 99, 12-17.
- Leroux, M. (2007). *Mise en évidence de relations entre la résilience et la réflexion d'enseignants du primaire en milieux défavorisés*. Université Québec.
- Maingari, D. (1997). *La professionnalisation de l'enseignement au Cameroun : Des sources aux fins*. Institut National de Recherche Pédagogique. Yaoundé (Cameroun).
- Martineau, S. (2005). *Chronique sur l'insertion professionnelle en enseignement : La résilience chez les enseignants*. Formation et Profession. Québec.
- Martineau, S. (2006). *La question de la résilience chez les nouveaux enseignants*. Université de Québec.
- Mboe, G.G. & Ayembe Nyambe, A. C. (2016). *La résilience des diplômés en contexte de terrorisme : le cas des candidats au concours de l'école normale supérieure de Maroua à l'ère de BokoHaram: nkà'a lumière*.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67.

- Omolomo, E. K. (2016). *Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez des femmes camerounaises confrontées à une forte adversité* (Thèse, Université de Québec à Trois-Rivières), Québec.
- Rapport du système éducatif Camerounais, (2003). *Elément de diagnostic pour la politique éducative dans le contexte de l'EPT et du DSRP*.
- Sappa, V & Boldrini, E. (2017). *Résilience des enseignantes et enseignants de la formation professionnelle*. IFFP (Institut Fédérale des Hautes Etudes en Formation Professionnelle). Suisse.
- Segan, S. (2000). *Lessons to be Learned*. ABC, Daily News.
- Solomon, S., Greenberg, J. et Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In M. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 24, 93-159.
- Vanistendael, S. (1998). *La résilience ou le réalisme de l'espérance : blessé mais pas vaincu*. Genève/ Suisse.
- Zacharyas, C. (2010). Résilience et bien-être au travail chez les enseignants via des motivations déférentes. *Revue Québécoise de Psychologie*, 33(3), 167–186.

Stress et coping chez le personnel de santé nouvellement affecté au service des urgences de l'Hôpital de District de Dschang

Christelle Chebou

Université de Dschang, Cameroun
chebouc@yahoo.fr

Leonard Nguimfack

Université de Yaoundé, Cameroun

Emmanuel Fomba Mbebeb

Université de Bamenda, Cameroun

Thierry Dong

Université de Dschang, Cameroun

François Roger Nguepy Keubo

Université de Dschang, Cameroun

Résumé

Cette étude avait pour mission de questionner l'effet de l'exposition fréquente aux douleurs extrêmes des patients sur le vécu de stress chez les infirmiers au service des urgences. L'objectif consistait à explorer le vécu de stress et les stratégies de coping et à analyser par la suite les processus psychiques chez les personnels soignants nouvellement affectés. Une étude clinique et diagnostique sur un échantillon de cinq cas a été menée aux services d'urgence de l'Hôpital de District de Dschang. Les diagnostics ont été faits avec l'*Échelle de stress perçu* de Cohen (1983) et la *Ways of coping checklist* de Cousson et al. (1996). Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide semi-structuré. Il ressort de l'étude que les personnels ont un vécu de stress empreint de frustration, de culpabilité et de panique. Malgré cela, ils déploient le coping problème (31.23%), le coping soutien social (22.47%) et le coping émotion (20.37%). Les processus psychiques sont associés aux mécanismes de défense tels que la rationalisation, le refoulement, la capacité de résilience personnelle. Vu ces résultats, il est important qu'un accompagnement psychologique soit proposé aux personnels soignants du service d'urgence de l'Hôpital de District de Dschang.

Mots-clés : Stress, coping, stratégies de coping, mécanismes de défense, personnel de santé

Abstract

This study aimed to question the impact of frequent exposure to patients' extreme pains on stress experienced by nurses newly affected to the emergency department in the District Hospital of Dschang. The goal was to explore the experience of stress

and the coping strategies and to analyse, afterward, the psychic processes in the so-called newly affected nursing staff. A clinic and diagnostic study have been done on a sample of five specimen at the emergency department of the District Hospital of Dschang. The diagnostics have been done with the *Perceived Stress Scale PSS* of Cohen (1983) and the *Ways of Coping Checklist WCC-R* of Cousson et al. (1996). The interviews have been conducted with a semi-structured guide. It emerges from this study that newly assigned nurses have stress experience characterized by frustration, guilt and panic. Nevertheless, they deploy the problem-centered coping (31,23%), the social support coping (22,47%) and the emotion-centered coping (20,37%). The psychic processes are related to the defense mechanisms such as rationalization, repression, personal resilience ability. Given the results, it is important to offer psychological support to the nursing staff of the emergency department of the District Hospital of Dschang.

Keywords : Stress, coping, coping strategy, defense mechanism, personal health

Introduction

La notion de stress, développée par Selye (1956), traduit une réaction ordinaire et courante d'un organisme aux stimuli variés, psychiques, chimiques ou organiques. Le stress est un contemporain du vécu humain et se manifeste autant dans des situations de joie que de peine. Il a donc une dimension non pathogène. C'est ce que soulignent Lazarus et Folkman (1984). Bruchon-Schweitzer (2001) souligne le fait que ce ne sont pas surtout l'intensité, la fréquence ni la gravité des événements qui sont stressants en soi, mais leur retentissement émotionnel et leur signification pour un sujet. Selon Josse (2007) le stress a un effet dans la sphère relationnelle, professionnelle, comportementale, somatique et affective. Navarro (2014) estime que 77% des personnes dans le monde ressentent quotidiennement des douleurs physiques attribuables au stress.

Gleizes et Vidal (2002) montrent que la demande de l'entourage des patients et les appels d'urgence chez les médecins, l'implication dans la souffrance des patients et la prise en charge des patients en fin de vie seraient à l'origine du stress chez les médecins. La sensation d'insécurité des médecins est aussi un problème qui revient souvent lorsque l'on effectue des recherches sur les déterminants du stress de cette population. Pour Lestienne Crémère (2014), le stress chez les médecins est causé par la confrontation aux situations graves ou urgentes, la peur des erreurs médicales, le manque d'expérience médicale et la fatigue ressentie.

L'état psychologique de stress que vit l'infirmière s'installe lorsque ses ressources personnelles s'avèrent inefficaces (Laurent et Chahraoui, 2012). Ainsi, Sendé, Jbeili et Schvahn (2012), dans leur travail auprès de 72 structures d'urgences françaises, montrent que plus de la moitié des urgentistes présentent un tel stress, et que 11 % d'entre eux sont en état de détresse. Dans les situations d'urgence, le vécu du stress est lié aux images potentiellement traumatisantes, à des instructions peu claires, à la discrimination sociale et à l'exécution de tâches professionnelles pendant le temps libre (Grebner, Berlowitz, Alvarado et Cassina, 2011).

Le coping, mot anglais qui se traduit par « faire face à », est un concept relativement nouveau en psychologie. Le coping trouve ses racines dans l'étude des mécanismes de défense (Chabrol et Callahan, 2013). C'est un nouveau mode pour décrire le comportement, et plus précisément la cognition, derrière les moyens utilisés pour faire face à une situation. Haan, en 1977, le distingue des mécanismes de défense qui sont inconscients alors que le coping est conscient. D'après Moss (1977), cité par Piquemal-Vieu (2001), le coping serait plutôt une prédisposition innée et stable pour faire face aux événements stressants. Finalement, Lazarus et Folkman (1984) lui

donnent un sens plus complet, et celui actuellement utilisé est un processus dynamique variable selon la situation globale, selon l'état du sujet et selon le stade d'interaction entre le sujet et la situation.

L'étude faite par Sendé et al. (2012), précédemment citée et issue d'une enquête réalisée auprès de 72 structures d'urgences françaises, révèle que l'incertitude sur certaines compétences et la surcharge périodique de travail ainsi que les stratégies comportementales développées par les urgentistes les aident à combattre le stress. Ces stratégies sont les moyens de relaxation utilisés par les praticiens comme le tabac (23 %), l'alcool (12 %), les médicaments (somnifères ou autres) (13 %) ou des produits illicites (cannabis ou autres; 3 %). Ce qui renvoie selon Bruchon- Schweitzer (2001) aux stratégies de coping centrées sur l'émotion.

La médecine d'urgence est l'une des professions les plus exposées au stress, ce qui constitue un terrain favorable à l'épuisement professionnel des personnels médicaux et des urgentistes qui manifestent un certain détachement, une apparente maîtrise des événements graves, et parfois, une « déshumanisation » de la relation soignante. Cette déshumanisation est interprétée non comme un symptôme d'épuisement professionnel, mais comme un mécanisme de défense (Manus, 2002, cité dans Grebot, 2010), ou comme une stratégie défensive par certains auteurs qui préfèrent la nommer distanciation (Laurent et al., 2005). Cette distanciation est un indice du coping centré sur les émotions selon Lazarus et Folkman (1984).

L'accès aux soins de qualité est l'un des défis majeurs de tout système de santé, et le besoin devient plus pressant en situation d'urgence lorsque le pronostic vital est en jeu. Au Cameroun, les populations se plaignent régulièrement des conditions d'accueil et de soins dans les Services d'Accueil d'Urgence (SAU). Ces plaintes mettent en exergue la remise en question du droit à la santé inscrit dans la constitution de 1996 et de l'accès universel aux soins urgents. Ainsi, la présente étude questionne dans le contexte camerounais, l'effet de l'exposition constante aux douleurs extrêmes des patients sur le vécu de stress chez le personnel de santé nouvellement affecté au service des urgences. Par ailleurs, elle explore les facteurs motivationnels de mise en place des mécanismes de coping spécifiques chez ces sujets. Plus spécifiquement, elle vise à explorer le vécu de stress, les stratégies de coping ainsi que les processus psychiques qui sous-tendent et /ou organisent la mobilisation des stratégies de coping chez les novices de l'urgence hospitalière.

1. Méthodologie

Cette étude clinique est d'orientation qualitative et diagnostique. Elle a été menée au

service d'urgence de l'Hôpital de District de Dschang. L'étude a essentiellement ciblé le personnel de santé nouvellement affecté aux services d'urgence. La technique d'échantillonnage valorisée dans cette étude est un échantillonnage non probabiliste avec la procédure accidentelle et par quota. En effet, cette procédure consiste à prélever un échantillon de la population de recherche à la convenance du chercheur; c'est-à-dire choisir les participants au fur et à mesure qu'ils se présentent et sans tri (Dufour et Larivière, 2012). Les participants, tous personnel de l'Hôpital de District de Dschang travaillant au service des urgences, devaient avoir fait au plus un an aux services des urgences, présenter un score significatif de coping et accepter de participer à cette étude. Cinq membres du personnel de santé répondant à ces critères ont été retenus.

Pour cette étude, trois instruments de collecte ont été utilisés. Deux instruments de diagnostic standardisés : l'*Échelle de stress perçu* de Cohen (1983), l'*Échelle de coping (Ways of Coping Checklist, WCC-R)* et un guide d'entretien. L'*Échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale, PSS)* est basée sur l'approche transactionnelle de stress de Lazarus et Folkman (1984) et vise l'appréhension des mécanismes psychocognitifs du stress. Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé la version de dix items car elle présente les meilleures qualités métrologiques, soit un coefficient de consistance interne de 0.87 (Lee, 2012). L'analyse des résultats se fait selon l'algorithme suivant : un score inférieur à 21 correspond à un faible niveau de stress ; un score compris entre 21 et 26 correspond à un niveau de stress moyen ; un score supérieur à 27 correspond à un niveau élevé de stress. Ensuite, la *Ways of Coping Checklist (WCC-R)* version française de Cousson et al. (1996) est constituée de 27 items. Cette nouvelle version met en exergue trois catégories de coping : centré sur le problème, centré sur l'émotion et centré sur la recherche du soutien social. Le sujet répond sur une échelle Likert à quatre degrés : « non », « plutôt non », « plutôt oui » et « oui ».

L'analyse des entretiens s'est fondée sur l'analyse de contenu suivant la grille psychanalytique en insistant sur des contenus manifestes et des contenus latents. Les mesures de confidentialité ont été garanties au cours des échanges et du processus de codification/archivage des données.

2. Résultats

Les résultats portent sur le diagnostic des états psychiques/psychopathologiques tels qu'ils ressortent des différents outils et des entretiens.

2.1. Présentation des sujets

Les participants, ainsi que de leurs caractéristiques sont présentés dans le *Tableau 1*.

Tableau 1

Caractéristiques des participants

Pseudonyme	Âge	Groupe ethnique /culturel	Genre	Situation matrimoniale	Rang dans la fratrie	Antécédents personnels ou familiaux troubles	Ancienneté au service d'urgence
Moïse	25	Bamiléké	Masculin	Célibataire	3/4	Non	1 an
Anne	29	Bamiléké	Féminin	Célibataire	4/7	Non	3 mois
Noé	31	Bamiléké	Masculin	Célibataire	5/6	Non	1 an
Rose	30	Bamiléké	Féminin	Mariée	3 /5	Non	9 mois
Jean	31	Bamiléké	Masculin	Marié	31/33	Non	1 an

On note que les participants appartiennent aux deux sexes (avec une majorité de 3/5 hommes) et sont tous d'ethnie Bamiléké.

2.2. Présentation et analyse des résultats aux outils diagnostiques

Le *Tableau 2* présente les scores à l'*Échelle de stress perçu*, ainsi que leur interprétation.

Tableau 2

Présentation et analyse des résultats à l'outil de stress perçu

Participants	Scores	Interprétation		
		Faible	Moyen	Élevé
Noé	23		✓	
Anne	21		✓	
Moïse	17	✓		
Jean	15	✓		
Rose	16	✓		

Il ressort de ce tableau que trois sujets sur les cinq participants ayant passé le test ont un niveau de stress faible, soit 80%.

Les scores à l'*Échelle de coping* des cinq participants sont présentés dans le *Tableau 3*.

Tableau 3

Présentation et analyse des résultats à l'analyse de coping

Participants	Scores						Interprétation / Coping Spécifique
	Coping centré sur le problème		Coping centré sur l'émotion		Coping centré sur le soutien social		
Noé	32	30.47	26	24.7	24	22.85	Problème
Anne	33	31.42	28	26.6	26	24.76	Problème
Moïse	26	24.76	15	14.2	20	19.04	Problème
Rose	38	36.19	15	14.2	28	26.66	Problème
Jean	35	33.33	23	21.9	20	19.04	Problème
Moyenne des Scores	31.23 %		20.37 %		22.47 %		Problème

Le coping-problème est la catégorie la plus utilisée par l'ensemble des participants avec une proportion de 31.23%.

2.3. Présentation de l'analyse des entretiens

2.3.1. Analyse du vécu de stress chez les sujets

Des entretiens cliniques auprès de chaque participant permettent de mettre en exergue un certain nombre de facteurs qui expliquent le vécu du stress chez les personnels de santé nouvellement affectés dans des services d'urgence.

-La frustration,

« Pour moi c'est traumatisant oui. Je peux dire que depuis que j'ai commencé le travail ici en haut là vraiment, il y'a des jours où je suis tellement stressée au point où ça déborde ».

-La culpabilité

« [...] quand tu commences à chercher ce qu'il fallait faire et que tu n'as pas fait ça te stresse ». (Noé)

-La panique

« [...] J'ai failli pleurer, parfois tu vois des cas tellement stressants au point où tu veux même changer de profession. Changer de profession parce que tu te trouves débordée ». (Anne)

2.3.2. Identification des stratégies de coping

L'analyse des entretiens a visé les stratégies de coping utilisées par les personnels de santé nouvellement affectés dans des services d'urgence, lorsqu'ils sont exposés à des accidents graves.

-Le coping problème

« Je peux compatir au mal de quelqu'un ou à leur souffrance dans la douleur. Mais au fond, comme on dit, je n'en souffre pas ». (Jean)

-Le coping émotion

« Je travaille toujours avec la musique. Même quand il n'y a pas de musique, je travaille toujours en taquinant mes malades, toujours en train de rire ».

-Le coping soutien social

« J'ai alerté l'équipe médicale, j'ai alerté les autres collègues, ils sont venus m'aider et aujourd'hui l'enfant va bien ». (Anne)

Malgré les difficultés éprouvées pour dominer le stress vécu par les répondants qui s'expriment en termes de frustration, culpabilité, panique devant les malades victimes de traumatismes, les scores montrent que ces répondants disposent de grandes ressources adaptatives : ils déploient majoritairement le coping centré sur le problème.

2.3.3. Processus psychiques impliqués dans l'adaptation

L'analyse des processus psychiques qui organisent la mobilisation des stratégies de coping chez les novices de l'urgence hospitalière sont les mécanismes de défense tels que :

- La rationalisation

« Tu te demandes toujours s'il n'y a pas...si peut-être lui, il n'est pas à l'origine de son accident ». (Jean)

- L'isolement des affects

« Mais je pleurais de l'intérieur mais je ne pouvais pas exprimer puisque la famille qui la transportait, c'est toi qui va calmer la famille ». (Anne)

- Le refoulement

« Il y avait les décès à l'hôpital qui me faisaient penser à ma sœur et à mon ami ». (Noé)

- La capacité de résilience personnelle

« Mais je crois à mon travail déjà, ce que je fais, le travail en lui-même me plaît beaucoup » (Jean)

- La recherche d'informations nouvelles

« Je pars vers ceux qui connaissent mieux pour me renseigner pour améliorer ma connaissance pour les cas à venir ou alors je les cherche dans les réseaux sociaux ». (Noé)

Ces mécanismes à résonance cognitive peuvent être des leviers importants pour le recours aux stratégies de coping efficaces par ces personnels de santé.

3. Discussion

L'on constate que les résultats de l'*Échelle de stress perçu* de Cohen montrent que trois participants sur cinq ont un stress faible, donc non significatif. Ce qui indique dans ce contexte que l'exposition aux urgences n'est pas nécessairement source de stress. Or, Grebot (2010) nous informe que l'activité d'aide médicale urgente est marquée par un stress professionnel élevé dont l'impact psychologique n'implique pas pour autant un effet désorganisateur sur la santé psychique des intervenants. C'est le cas de ceux qui font preuve de capacités à faire face comme la distanciation de la relation au patient; ce que Grebot (2010) considère comme une stratégie défensive ou comme un mécanisme de défense.

L'analyse du discours mentionné plus haut a montré que les personnels de santé travaillant aux urgences ont un vécu de stress significatif. Ce vécu de stress est exprimé en termes de panique comme manifestation d'un débordement en contexte de manque de ressources psychologiques pour faire face aux accidents, notamment en situation de risque lié à la perte d'un membre du corps chez les enfants. Ces résultats vont dans le sens de ceux de l'étude de Katia et Hakima (2017), qui pensent que le soignant peut ressentir de la peur, directement liée au danger perçu et, a posteriori, de l'anxiété due au traumatisme ou au microtraumatisme laissé par l'agression vécue qui peut engendrer de la panique.

Derrière ce recours massif aux stratégies de coping problème, les stratégies de la catégorie soutien social se positionnent au deuxième rang. Dans les situations de stress, les urgentistes doivent plutôt chercher à réduire la source du stress en participant activement à la gestion de l'événement, à réduire les manifestations émotionnelles négatives suggérées par la confrontation à l'événement stressant ou à trouver de l'aide et obtenir la sympathie d'autrui. Ils ont également recours aux stratégies centrées sur l'émotion. Ce résultat va dans le même sens que ceux des travaux de Sende et al. (2012) qui montrent que les personnels de structures d'urgences françaises déploient des stratégies de relaxation comme la consommation de tabac (23 %), d'alcool (12 %), de médicaments (somnifères ou autres) (13 %) ou de produits illicites (cannabis ou autres) (3 %).

Les processus psychiques en lien avec les mécanismes de défenses tels que : la rationalisation, l'isolement des affects, la recherche d'informations pour affronter la situation et d'adaptation comme la résilience individuelle sont mis en œuvre de manière régulière par les sujets pour affronter la souffrance existentielle parfois traumatisante des malades. Bidan (2018), parlant des mécanismes de défense, dira qu'ils sont rigides et inconsciemment élaborés de façon automatique par le soignant

à chaque situation typique, afin de préserver le psychisme de l'individu.

Conclusion

Cette étude, menée à l'Hôpital de District de Dschang, avait pour objectifs d'explorer le vécu de stress, les stratégies de coping et les processus psychiques qui organisent l'ajustement au stress chez les novices de l'urgence hospitalière. Plusieurs entretiens cliniques faisant suite aux tests diagnostiques ont été mis en œuvre. Il ressort que les participants ont un vécu de stress empreint de frustration, de culpabilité, de panique devant les malades victimes de traumatismes. Les scores ont montré que ces participants disposent de grandes ressources adaptatives : ils déploient majoritairement le coping centré sur le problème, le soutien social et le coping centré sur l'émotion. On note que certains participants utilisent à la fois le coping centré sur le problème, sur le soutien social et sur l'émotion pour s'ajuster. Les processus psychiques qui organisent la mobilisation des stratégies de coping chez ces novices sont des mécanismes de défense tels que la rationalisation, le refoulement, l'isolement des affects. A côté de ces mécanismes de défense on a la capacité de résilience personnelle, la recherche d'informations nouvelles pour mieux affronter la situation. Ainsi, cette étude révèle qu'il est important pour notre structure (l'Hôpital de District de Dschang) d'avoir des spécialistes de l'accompagnement psychologique formés et entraînés pour un bon soutien des urgentistes.

Références

- Bidan, C. (2018). *Action-réaction : L'infirmière face à ses émotions en situation d'urgence*. Institut de formation en soins infirmiers. Institut de formation en soins infirmiers, Lorient.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping: Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod : Paris.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française*, 41(2), 155-164.
- Dufour, C., & Larivière, V. (2012). *Principales techniques d'échantillonnage probabilistes et nonprobabilistes*. Montréal : Université de Montréal.
- Gleizes, M., & Vidal M. (2002). *Évaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris*. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Toulouse : Université Paul Sabatier, Faculté des sciences médicales. Rangueil, Université Paris Diderot--Paris.
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V., & Cassina, M. (2011). *Stress-Studie 2010. Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit*. Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Grebot, E. (2010). Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Annales médico-psychologiques*, 168(9), 686-691.
- Josse, E. (2007). *Le stress : Quelques repères notionnels*. La Hulpe.
- Katia, C., & Hakima, G. (2017). *Impact du stress sur les infirmiers urgentistes dans la prise en charge des patients* [mémoire]. Algérie : Université de Béjaïa.
- Laurent, A., & Chahraoui, K. (2011). L'impact du stress professionnel sur les intervenants SMUR. *Pratiques psychologiques*, 18(4), 412-428.
- Laurent, A., Chahraoui, K., & Carli, P. (2005). Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(8), 570-578.
- Lazarus, R. S., & Folkam, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York Springer.
- Lee, E.H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nurs Res*, 6(4), 121-127.
- Lestienne Crémière, M. (2014). *Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative*. Médecine humaine et pathologie. Paris Descartes.
- Navarro, T. (2014). *Les statistiques effrayantes du stress*. Québec.

- Piquemal-Vieu, L. (2001). Concepts, stress, coping : Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 67(4), 84-98.
- Selye, H. (1956). *Le stress de la vie*. New York: McGraw-Hill.
- Sende, J., Jbeili, C., Schvahn, S, Khalid, M., Asaph, J., Romano, H., Campos-Richard, A.M. ... & Marty, J. (2012). Facteurs de stress et conséquences du stress en médecine d'urgence : enquête nationale. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2(4), 224-231.

Résilience suite à une série de suicides

Michel Tousignant

tousignant.michel@uqam.ca

Geneviève Garneau

garneau.genevieve@uqam.ca

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie

Université du Québec à Montréal

Résumé

Cette étude analyse la dynamique communautaire consécutive à une série de suicides en son sein dans quatre villages des Premières Nations et six en milieu québécois. La méthode consiste à consulter les dossiers du coroner et à interviewer les catégories de personnes suivantes : intervenants, leaders, famille et amis des personnes suicidées. Les témoignages mettent en cause les relations parents-enfants et la culture de la consommation. Les rituels funéraires, à la fois institutionnels et spontanés, aident à se rassurer face au chaos. Les intervenants sont à la fois victimes de la crise et acteurs de la prise en charge. L'apport d'intervenants externes contribue à une prise de distance et à l'apport de compétences spécialisées. En bref, une série de suicides provoque un profond bouleversement qui peut se transformer en un catalyseur de transition sociale. L'essentiel est de gérer l'angoisse paralysante pour générer des voies de solution répondant aux besoins de la communauté.

Mots-clés : Suicide clusters, Québec, contagion, résilience communautaire, intervention communautaire

Abstract

This study analyzed reactions from a community experiencing a cluster of suicides. It included four First Nations villages and six locations in the larger Quebec population. The method involved the data from coroners' reports and interviews from various categories of respondents: professionals, leaders, families, and friends related to the deceased person. The discourses put the blame mainly on parent-child relationships and drug abuse. Mourning rituals, both organize or spontaneous, helped to face the chaos. Help providers were both victims and providers of services. The contribution of external professionals allowed to add a more distant perspective. In brief, a cluster of suicides has a serious impact but can provide an opportunity to complete a social transition. The important step is to cope with the paralyzing stress in a way to provide solutions for the needs of the community.

Keywords : Suicide clusters, Quebec, contagion, community resilience, community intervention

1. Objectifs de la présentation

Plusieurs questions importantes demeurent en suspens à propos des séries de suicides. Nous proposons donc d'aborder dans ce texte trois dimensions à la suite d'une étude de terrain portant sur plusieurs séries. Ces trois objectifs sont :

1. Les principales caractéristiques du suicide en série.
2. Les dimensions communautaires.
3. Un guide pour l'intervention communautaire.

2. La nature d'une série

Une série se définit d'abord par le nombre de suicides ou de tentatives de suicide quasi-létales impliquées. Sur ce fait, la tendance la plus répandue est de choisir le nombre de trois bien que quelques études souvent citées s'en tiennent à deux individus. L'autre question importante est la proximité temporelle des gestes.

Larkin et Beautrais (2012) proposent une définition opérationnelle d'un cluster (ou série). Leur définition correspond dans l'ensemble à notre conception de départ. En voici la formulation :

Un cluster de suicides est une série de trois décès ou plus, étroitement regroupés à l'intérieur de trois mois, qui peuvent être reliés par l'espace ou des contacts sociaux. En l'absence de connectivité sociale évidente, une preuve de liens spatio-temporels est exigée pour définir un cluster candidat. En présence d'une connexion sociale clairement démontrée, seule la dimension temporelle est exigée.

Une période de trois mois pour l'ensemble d'une série apparaît très restreinte dans la réalité. Du moins, les populations et les intervenants rassemblent dans plusieurs cas, sous le vocable d'une vague ou d'une série de suicides qui peuvent s'étendre sur une année. Il y a aussi des séries qui possèdent des moments de pause et qui reprennent par la suite un peu comme dans le cas de la COVID-19 sous la forme de segments additionnels. Nous avons aussi observé une période de plus d'un an entre deux suicides étroitement reliés. Les clusters observés sur les réserves autochtones sont souvent les plus concentrés dans le temps. Un cas exemplaire est une série de six suicides et de quatorze tentatives de suicides sur une période de trois mois dans un village du Manitoba (Wilkie et al., 1998).

Des liens interpersonnels entre les suicides, de nature intime ou de nature davantage symbolique, devraient être un requis de base pour intégrer un suicide à une série. Cependant, beaucoup d'analyses établissent seulement des liens de

proximité géographique sans se soucier du fait que les personnes se connaissent. La contiguïté spatiale, c'est-à-dire le fait d'habiter dans une même agglomération, est un critère qui pose un problème. Il y a en effet des personnes qui vivent à l'extérieur d'une localité tout en participant à sa vie locale par des visites fréquentes aux membres de leur parenté par exemple.

3. Dimension communautaire d'une série

Une série de suicides possède une forte répercussion sur la vie locale. La réaction se rapproche de celle d'une catastrophe sociale au même titre, par exemple, que l'incendie du centre communautaire de Chapais, le premier janvier 2000 (Villeneuve, 2020). La tempête du verglas à l'hiver 1998 (King et Laplante, 2005), ou la destruction d'un quadrilatère de la basse-ville de Chicoutimi, causée par le bris d'un barrage en 1996, incident baptisé « le déluge du Saguenay » (Lalande et al., 2000), ont été d'autres moments mémorables dans les annales du Québec.

À ce stade de la présentation, il sera utile d'insérer les informations méthodologiques sur notre approche. Concernant la planification de ce travail, l'identification des séries de suicide s'est faite avec la collaboration de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) et du réseau, unique au monde, des centres de prévention du suicide du Québec (CPSQ). Des rencontres régulières, organisées par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), ou les congrès locaux nous mettaient en contact avec les intervenants et chercheurs de diverses régions de la province. C'est grâce à ces échanges que nous avons recruté la majorité de nos sites. La sélection d'un site s'opérait en vérifiant si les informations recueillies des intervenants correspondaient à notre conception d'une série.

Les circonstances de chaque suicide ont été analysées à l'aide d'entrevues auprès de proches et avec les dossiers du coroner. Ces dossiers comprennent les rapports d'investigation policière sur les faits entourant le décès. Il est à noter que ces dossiers proviennent d'un enquêteur bien formé aux affaires judiciaires et qu'ils se sont avérés extrêmement utiles. Nous avons aussi interviewé plusieurs membres de la communauté locale, principalement des intervenants dans les domaines de la santé et de l'éducation, des leaders tels le maire ou le curé, et occasionnellement des groupes de personnes âgées. Les informations les plus précieuses ont été obtenues des membres des familles endeuillées et du réseau des amis du suicidé. Enfin, une recension de la couverture médiatique a permis d'accéder aux enquêtes et entrevues des journalistes avec des résidents. Pour les villages des Premières Nations, nous étions associés, au point de départ, à divers projets de recherche dans les villages

concernés qui se sont avérés ultérieurement parmi les plus touchés par le suicide.

Afin de mieux situer la dynamique socio-culturelle de chaque communauté à l'époque de l'étude, nous avons consulté des sites gouvernementaux sur le web ainsi que des documents décrivant les enjeux sociaux. À l'occasion, des romans de nature autobiographique ont aidé à mieux saisir certaines dérives de la vie sociale locale.

Lors d'une alerte sur la présence d'une série dans une région, une brève synthèse des faits permettait de confirmer l'existence de rapports interpersonnels entre les suicides. Nous avons rejeté deux sites candidats sur la base de ce critère tout en faisant exception pour un troisième, soit celui de Mont-Laurier. Le principal argument pour retenir ce dernier a été le nombre élevé de suicides récents, les similarités dans les circonstances entourant les décès et la perception d'une « vague » chez les professionnels de la santé.

Au total, cette étude couvre six communautés francophones du Québec ainsi que quatre communautés des Premières Nations.

4. L'impact sur la population

Selon un témoignage, un suicide paralyse souvent le rythme de la vie quotidienne. Il se produit un « engourdissement communautaire » en même temps qu'une pause dans la routine quotidienne : « Tout s'arrête, quand un suicide arrive tout est gelé. On ne consomme pas. Il n'y a presque pas de monde qui travaille ». Puis la crise commence à se résorber après deux semaines avec le signal « de la première brosse (intoxication). Pis après ça, à chaque brosse ça revient, des litanies à plus finir ». Donc, la vie reprend peu à peu grâce à l'expérience collective du deuil qui offre à chacun l'opportunité de se ventiler. Les lectrices et lecteurs qui veulent un tableau plus détaillé pourront consulter un de nos articles publiés récemment (Tousignant et al., 2020).

4.1. Les témoins sur la scène des suicides

Une lecture suivie des notes des enquêteurs sur lesquels se base le rapport du coroner fait ressortir le caractère public ou semi-public de nombreux suicides. Le contraste est évident si on compare ces rapports à ceux provenant de la région de Montréal où la grande majorité des suicides sont le fait d'actes solitaires, sans témoin immédiat et avec rarement plus d'une personne au domicile (Tousignant et al., 2020). À Wemotaci, de même que dans d'autres villages des Premières Nations, et parfois dans les séries du Québec analysées plus haut, plusieurs personnes se retrouvent sur la scène du suicide. Celui d'Yvan (B1), face à l'édifice du Conseil de

bande, un endroit très fréquenté et situé au centre du village se déroule au cœur de la vie collective. Un autre suicide, plusieurs années auparavant, implique un homme qui, après avoir demandé à son compagnon de reculer son camion, est allé s'étendre sous les roues arrière, face à un parc d'enfants qui étaient présents en grand nombre.

Au moins dix personnes sont sur place lors du décès de Samy et autant lors de celui de Jason. En plus de la famille et des premiers répondants, il y a aussi des enfants en bas âge. L'état d'intoxication avancée de certaines personnes présentes peut rendre difficile l'intégration de ce trauma. De même, les gens sur place peuvent demeurer avec un sentiment d'impuissance et de culpabilité de ne pas avoir pu empêcher le suicide.

Un autre fait à retenir est que le premier témoin est parfois un enfant en bas âge. Par exemple, Gabriella est découverte par un jeune enfant et Katya est sauvée in extremis par une autre enfant et deux jeunes filles. Il est probable que ces récits puissent se répercuter sur les enfants du village.

4.2. Hypervigilance

La nouvelle d'un suicide se propage rapidement dans un petit milieu et elle peut induire un mode d'hypervigilance : « Du moment que les gens entendent une ambulance, les gens savent ce qui se passe en deux minutes ». Comme observé ailleurs, les résidents de Wemotaci se sont mis à tenter des prédictions sur l'identité du prochain suicide et ils échangeaient leurs « visions » à ce sujet. Une des visions est celle d'un homme sur la passerelle du pont du train qui renvoie probablement à Sylvain N. qui avait sauté en bas du pont.

4.3. La question de la contagion

Le dictionnaire Larousse définit la contagion comme la « transmission d'une maladie d'un sujet malade à une personne saine, soit directement ou indirectement ou un mélange des deux ». Par définition donc, la contagion est le mécanisme fondamental de l'épidémie, cette dernière étant le « développement et (la) propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent d'origine infectieuse, dans une population ». Le dictionnaire propose ensuite une définition plus large et métaphorique de l'épidémie qui peut se manifester dans un « phénomène pernicieux, nuisible qui atteint un grand nombre d'individus ». Il donne même en exemple « une épidémie de suicides ». On pourrait y ajouter les épidémies d'obésité, de diabète, de cancer, d'homicides et bien d'autres, sans mécanisme de contagion clairement établi au sens médical.

En ce qui concerne la possible transmission du suicide d'une personne à l'autre, il existe plusieurs questions en suspens. Quel serait le mécanisme en cause? Imiter le modèle d'un comportement qui exerce un attrait difficile à maîtriser? Considérer que le suicide d'une personne aimée ou respectable est légitime, qu'il est légitime de s'enlever la vie? Il peut aussi s'agir d'une tristesse envahissante provoquée par la disparition d'un être cher et qui éteint le goût et la volonté de vivre. Tous ces mécanismes ne sont évidemment pas exclusifs et ne relèvent pas nécessairement de la contagion. Ils peuvent aussi augmenter la tendance suicidaire et la vulnérabilité personnelle sans conduire nécessairement au suicide.

Une situation qui peut répondre au critère de la santé publique pour la contagion est celle où un suicide en provoque un autre directement. C'est un tel mécanisme qui serait sous-jacent à « l'effet domino » dans la littérature anglo-saxonne portant sur les conséquences de suicides médiatisés. Le dictionnaire Merriam-Webster définit cet effet domino comme « l'effet cumulé produit lorsqu'un événement qui est à l'origine d'une succession d'événements similaires ». Et, ajoute un article du Wikipedia, « ...où le temps entre des événements successifs est relativement petit ».

En résumé, on peut conclure, qu'en s'éloignant du modèle strict de la santé publique, les propos de certaines publications ne sont pas parfois si différents de ceux observés sur le terrain où il est fait allusion à une « vague » quasi mystique. Ce qui a conduit Cheng et son équipe (2014) à conclure leur essai de façon plutôt lapidaire : « Une fois adoptée, (la notion) de contagion a été souvent reprise sans analyse critique de ses significations vagues, ou des mécanismes en jeu, et la clarté présumée de l'intention des auteurs n'a servi qu'à masquer ou réduire un (manque) de pensée rigoureuse ».

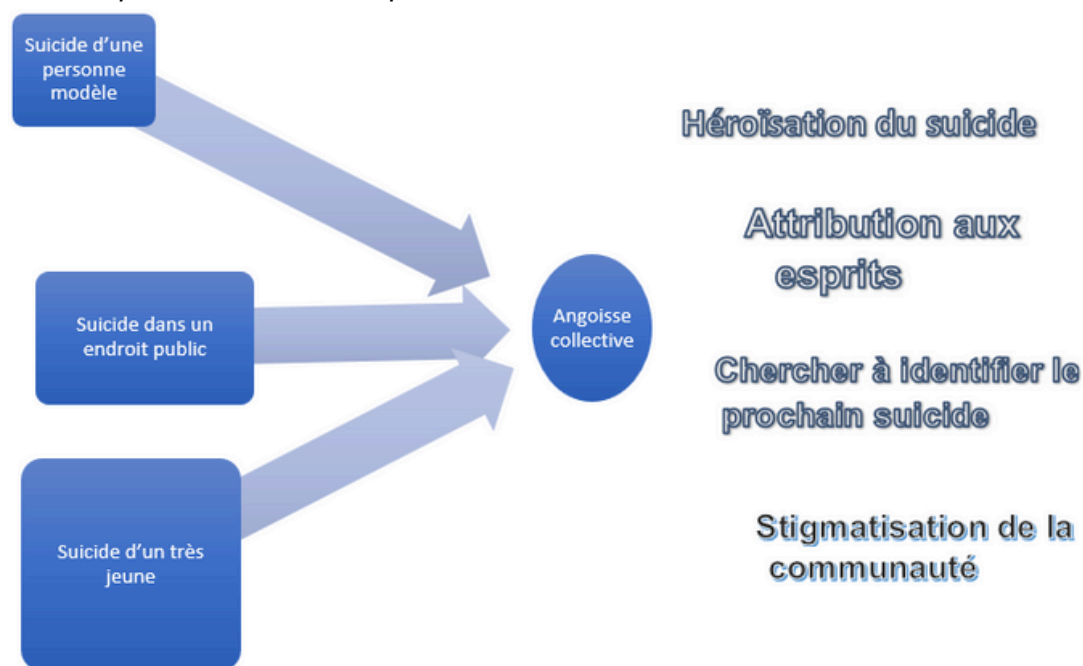
5. Genèse d'une série

Une série de suicides se produit habituellement dans des circonstances de la vie sociale qui l'ont précédée de quelques années. Ce peut être une détérioration des conditions socio-économiques, une transformation des modes de production comme dans l'industrie forestière qui devient extrêmement mécanisée, ou une baisse sensible de la population causée par la migration des jeunes et des élites là où les conditions de vie leur sont plus favorables.

Au début de la plupart des séries, il y a parfois une personne à haute visibilité sociale qui se donne la mort, ce qui fournit d'une certaine manière une légitimation de son acte. La Figure 1 résume quelques-uns des mécanismes observés.

Figure 1

Déclencheurs potentiels et conséquences liés à une série de suicide.



Comme nous le voyons dans la *Figure 1*, le premier suicide est souvent celui d'un leader et on peut alors le considérer comme un suicide fondateur. C'est souvent ainsi que la série prend forme au sein d'un groupe d'adolescents, de jeunes adultes ou même chez des gens dans la quarantaine.

La série provoque une réaction d'angoisse et de panique, compte tenu de l'importance des suicidés dans la vie collective. On peut penser, par exemple, aux propriétaires de commerces de la rue principale, à une dame bénévole ou au conducteur de l'autobus scolaire, bref des personnes considérées, respectées et à haute visibilité sociale.

Parfois, une certaine banalisation fait place à l'angoisse après plusieurs mois. C'est probablement une période à haut risque pour que la série reprenne de la vigueur.

Parmi les séquelles, il y a l'héroïsation du suicidé et l'attribution aux esprits qui peut augmenter le sentiment de panique et de perte de contrôle collectif. Une autre observation, faite dans beaucoup de milieux, est de chercher qui sera la prochaine personne à s'enlever la vie. Enfin, la médiatisation des événements et les rumeurs qui circulent dans la région peuvent contribuer à stigmatiser la communauté qui vit cette expérience.

6. Résilience collective

Le concept d'anomie revient périodiquement pour décrire la dynamique d'une communauté en période de suicide. Ce concept est repris de Durkheim (1897) qui en a fait un concept pivot dans sa théorie sociologique du suicide. Selon celle-ci, la perte des valeurs morales, religieuses et civiques crée un sentiment de peur et d'insécurité face au manque de régulation sociale. L'individu, par conséquent, ne possède plus de règles pour dompter ses désirs et ses passions et il devient enclin à souffrir du « mal de l'infini », traduit dans le langage moderne par aliénation sociale et à ne pas confondre avec le sens que lui prêtent les écologistes. Ce concept d'anomie évoque en bonne partie ce qui s'observe chez la population d'origine européenne dans les états du sud-est des États-Unis, privée pour une bonne part d'études supérieures, et dont les taux de suicide ont sensiblement augmenté au cours des dernières décennies. Leur vie se distingue par l'absence de liens sociaux, le repli sur soi, la faible confiance dans le voisinage et dans les diverses strates de gouvernement, la corruption des élites locales tels les corps policiers et certains médecins *pushers* qui prescrivent à l'aveuglette des drogues antidouleur qui peuvent s'avérer létales. La destinée est guidée par la foi en sa capacité personnelle à se débrouiller dans la vie en maintenant un emploi, et parfois plusieurs, avec des revenus à peine suffisants pour vivre convenablement. L'arme à feu, très répandue dans le milieu, sert autant sinon davantage à se protéger des voisins immédiats que des « Noirs » qui, de toute façon, évitent de s'aventurer dans les quartiers des « Blancs » sans raison. Elle sert aussi plus souvent à s'enlever la vie qu'à défendre sa propriété sacrée contre les intrus. Il en résulte donc une forte tendance à se méfier de l'entourage et à perdre confiance dans des valeurs communautaires sérieusement mises à mal.

La situation observée dans la plupart des sites au Québec dans le cadre de cette enquête évoque certes des similarités avec ce portrait du sud-est américain mais elle s'en démarque également sur d'autres points essentiels. Il est évident que beaucoup des communautés aux prises avec des séries de suicides se perçoivent en perte de vitesse, humiliées même, et avec une vision carrément pessimiste de l'avenir. La bureaucratie québécoise, dans son projet des années 1970 de laisser dépérir des localités oubliées par la modernité afin qu'elles disparaissent ou de les amalgamer à des municipalités plus dynamiques, les rassemble aujourd'hui sous l'enseigne d'une liste de « communautés dévitalisées ». Cette anémie sociale serait favorisée, notamment, par un exode et un vieillissement de la population, une perte graduelle des commerces locaux, un taux de chômage plus élevé qu'ailleurs et une diminution du sentiment d'appartenance à la communauté. À cet égard, quelques-uns des sites de notre recherche se retrouvent d'ailleurs dans la liste des municipalités dévitalisées du gouvernement du Québec avec des indices socio-économiques faibles.

Derrière ce tableau très pessimiste pointe cependant une lueur plus attrayante en faisant un retour aux sources du concept d'anomie proposé d'abord par l'essayiste français Jean-Marie Guyau, en 1885, à peine douze ans avant Durkheim. Sa position ne présente pas du tout l'anomie comme un affaissement culturel, une malédiction morale ou une paralysie citoyenne tel qu'apparaissant dans les formulations du concept qui lui succéderont. Sa position, d'inspiration anarchiste, l'éloigne passablement de la position conservatrice de Durkheim, ce qui lui attire d'ailleurs l'intérêt de Nietzsche à l'époque. D'entrée de jeu, Guyau choisit un titre aéré et libertaire pour nous entretenir de normes sociales : « *Esquisse d'une morale sans obligation ni sanction* » qui jure passablement avec le traitement qu'en fait son contemporain. La vision de l'anomie de Guyau n'était pas du tout dystopique, au contraire de celle de Durkheim. Le premier ne s'apitoie pas en effet sur l'éclaboussement des normes constituées; il se réjouit au contraire de leur évanescence, qui correspond dans sa vision sociale à un passage nécessaire pour faire place à des formes nouvelles de vie collective, moins empesées et plus conviviales, pour ne pas dire annonciatrices de mai '68 à un siècle d'intervalle.

De même, les séries de suicide dans les petites communautés, si catastrophiques soient-elles, débouchent en plusieurs endroits sur un réveil communautaire après le sentiment de ras-le-bol. La réponse à l'éclosion des suicides mène souvent après quelques mois ou quelques années, à une assemblée publique et à une franche discussion au sujet des problèmes communautaires et personnels. Et de façon générale, on observe que les liens entre familles et entre amis sont généralement demeurés assez solides pendant les crises dans les communautés visitées pour faire face aux bouleversements. Il s'agit d'un tableau très différent de celui peint dans une communauté du sud-est des États-Unis avec des taux de suicides et morts par surdose très élevés (Silva, 2019).

Même avant l'étape maintes fois répétée de l'assemblée publique, les personnes qui se sont enlevé la vie ont reçu pour la plupart beaucoup d'aide après avoir communiqué leur intention de mourir. Plusieurs personnes suicidées ont été accompagnées de près pendant plusieurs heures dans la dernière journée de leur vie, même la dernière heure parfois, soit par des amis, des membres de la famille ou un conjoint. Certains ont même dû déployer des efforts pour déjouer leur entourage et trouver une sortie pour s'enlever la vie. Il existe aussi un climat d'entraide et de camaraderie au sein des groupes de jeunes d'où proviennent quelques-unes des séries. La volonté de se rassembler sur la plage à l'Île-aux-Coudres et de graver des paroles d'espoir sur le « gros caillou » témoigne visiblement d'une forme de solidarité.

La mise sur pied rapide d'interventions à large échelle grâce à une mise en commun des efforts de la santé publique, des institutions scolaires, des élus municipaux et de certaines familles et bénévoles a probablement contribué aussi à ralentir et à arrêter certaines séries. Des populations locales ont organisé des événements de masse comme les olympiques intergénérationnelles avec une fréquentation de milliers de personnes à Causapscal. Le festival du Bug Out à l'Île-aux-Coudres a obtenu ce même succès inespéré. À Lebel-sur-Quévillon, la série motive des centaines d'adultes à faire un long déplacement à Laval pour suivre une thérapie collective avec un accent de renouveau moral.

Le tableau diffère chez les Premières Nations. La déstructuration de la vie communautaire est plus profonde et amorcée par les efforts du gouvernement fédéral qui, à une certaine époque, s'est acharné à faire disparaître les autochtones en tant que nation. Certains villages abritent aussi un grand nombre de familles avec de multiples difficultés de fonctionnement à cause de l'éclatement de la vie communautaire et de l'absence de sources de revenus autres que celles des programmes d'assistance. Mais les suicides se déroulent rarement dans la solitude et c'est plutôt le grand nombre de personnes présentes sur les lieux qui étonne à l'occasion dans les enquêtes du coroner. Certains de ces jeunes ont été secourus jusqu'aux derniers instants. Les funérailles ont donné lieu à des rassemblements impressionnants. Les gens sont loin d'être demeurés tétanisés face à toutes ces morts de jeunes à répétition. Il y a eu une présence soutenue pour supporter les familles endeuillées. Des réseaux de prévention se sont organisés, des mouvements de guérison également. En résumé, les liens sociaux demeurent encore ici suffisamment solides pour entreprendre une action communautaire.

7. Pistes d'intervention

Ce projet de recherche n'a porté qu'indirectement sur l'intervention en situation de série de suicides. Notre mission était d'éclairer la situation plutôt que d'indiquer des voies de sortie. Il n'en reste pas moins que notre expérience et surtout celle des gens qui étaient au front peut se résumer en quelques réflexions pouvant être utiles pour l'avenir.

L'urgence de la situation commande tout d'abord de contrebalancer le sentiment de panique qui touche autant la population que les personnes responsables des divers services. À cet effet, une présence extérieure peut aider à prendre une saine distance par rapport au drame qui ne semble pas vouloir s'arrêter. De l'intérieur de la population, il y a nécessité que des personnes prennent la responsabilité de calmer la population. Il s'agit sans doute d'une tâche colossale. La meilleure façon semble

être de rendre les gens actifs dans l'effort de prévention par une action de masse. Si l'intervention directe n'est pas possible envers les personnes à risque de suicide, il pourrait être approprié d'aider les proches de celles-ci à établir un filet de sécurité.

Une intervention collective comme celle entreprise au Lac-Simon pour mettre sur pied un service d'écoute de 7 jours/24 heures a démontré sa valeur même si elle peut rapidement mener à l'épuisement des bénévoles.

Comment exercer une vigilance dans les démonstrations de deuil difficiles à contrôler? Une aide peut être offerte à la famille ou aux organisateurs pour éviter que les pires erreurs ne se répètent comme l'héroïsation du défunt. Dans quelques sites, le curé n'était pas adéquatement préparé à présider des funérailles où il avait à présenter un message facilitant la reprise de la vie normale après un suicide. Il aura besoin de soutien et de conseils de la part des intervenants avec des compétences en prévention du suicide.

La contribution du groupe qui entoure les personnes en difficulté d'où proviennent les suicides peut permettre de prévenir d'autres décès. Ce type d'opération est toutefois périlleux car ces personnes sont souvent aliénées du monde adulte ou des services. L'approche doit donc consister à démontrer de l'empathie pour leur situation avant de vouloir intervenir. On suggère de travailler avec eux en développant une complicité plutôt que de se dévouer pour eux avec condescendance.

Dans une vision à plus long terme, les efforts pour améliorer la fierté et le sentiment d'appartenance à la communauté paieront certainement des dividendes. Les populations fournissaient spontanément des efforts pour améliorer la fierté de leur localité ou mettre en marche des démarches de réflexion collective en vue d'améliorer la situation de morosité qui prévalait. Un regard extérieur, celui des consultants externes ou des médias, peut servir à mettre en valeur les qualités de la vie locale sans d'autre part dénier les problèmes à affronter.

Les professionnels du domaine clinique seront déçus du peu de considération ici pour la pathologie ou même pour la génétique chez celles et ceux de formation médicale. Ce n'était pas dans notre intention de nous aventurer sur ce territoire. Nous avons néanmoins signalé autant que possible les données cliniques disponibles. Elles étaient absentes dans beaucoup de cas. Il n'en reste pas moins que la souffrance personnelle, si intime qu'elle puisse apparaître, est en partie déterminée par les conditions de vie et des facteurs macrosociaux qui doivent être pris en considération. Pour ce qui est de la part génétique, elle n'est certainement

pas à rejeter car il y a beaucoup trop de frères et de parents impliqués, ce qui n'est d'ailleurs pas autant le cas dans les suicides survenant au Québec. Il n'en demeure pas moins que le suicide est un phénomène nouveau, même dans les familles les plus touchées par la perte de deux ou plusieurs membres.

Finalement, il y a des actions qui dépassent le domaine de la santé publique et qui auront des effets à long terme. Beaucoup de ces localités se sont détériorées parce qu'elles ont été abandonnées à leur sort et que les décisions sur leur avenir ont été prises par des bureaucrates éloignés du terrain. Les transformations de l'industrie, les délocalisations de la production, le désintérêt affiché pour les populations périphériques contribuent à leur stigmatisation et à leur perte de fierté. Il n'est évidemment pas de notre compétence de montrer la voie à suivre, mais notre rôle est de sonner l'alarme.

Références

- Cheng, Q., Li, H., Silenzio, V., & Caine, E. D. (2014). Suicide contagion: A systematic review of definitions and research utility. *PloS one*, 9(9), e108724.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. Alcan, Paris.
- Guyau, J.M. (1885). *Esquisse d'une morale sans obligation ni sanction*. Alcan, Paris.
- King, S., & Laplante, D. P. (2005). The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development: Project Ice Storm. *Stress*, 8(1), 35-45.
- Lalande, G., Maltais, D., & Robichaud, S. (2000). Les sinistrés des inondations de 1996 au Saguenay: problèmes vécus et séquelles psychologiques. *Santé mentale au Québec*, 25(1), 95-115.
- Larkin, G. L., & Beautrais, A. (2012). *Geospatial mapping of suicide clusters*. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui.
- Silva, J. M. (2019). *We're still here: pain and politics in the heart of America*. Oxford University Press.
- Tousignant, M., Garneau, G., Carbonell, E., Grandazzi, G., & Morin, N. (2020). Séries de suicide impliquant des adolescents et des jeunes: culture et transmission intergénérationnelle. *Perspectives Psy*, 59(2), 156-163.
- Villeneuve, T. (2020). *Les vrais visages du drame de Chapais: Il y a 40 ans*. Editions JFD.
- Wilkie, C., Macdonald, S., & Hildahl, K. (1998). Community case study: Suicide cluster in a small Manitoba community. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(8), 823-828.

Résilience et vécu de la parentalité de quatre femmes adoptées ayant subi des maltraitances en tant qu'enfants

Johanna Despax

johannadespax@gmail.com

Evelyne Bouteyre

evelyne.bouteyreverdier@univ-amu.fr

Aix-Marseille Univ., Laboratoire LPCPP, EA3278, Aix en Provence, France

Résumé

La majorité des travaux s'intéressant au devenir des personnes adoptées étudie cette population généralement durant son jeune âge. De plus, peu d'études portent sur les conséquences à long terme des maltraitances subies par les personnes adoptées avant et après leur adoption. L'objectif de cette étude est donc de mieux connaître le devenir à long terme des adoptés, et notamment les effets potentiels des maltraitances sur leur parcours de vie, résilience et vécu de la parentalité. Plus particulièrement, nous faisons l'hypothèse que ces maltraitances entraînent des conséquences délétères sur le parcours de vie et le rapport de ces personnes adoptées à leur parentalité. Pour mettre à l'épreuve notre hypothèse, quatre femmes adoptées ayant subi des maltraitances en tant qu'enfant ont répondu à des échelles de santé mentale et de résilience et ont participé chacune à un entretien semi-directif. Ces entretiens ont permis d'aborder leur rapport à la parentalité et leur parcours de vie grâce à la réalisation d'une Ligne de vie. L'analyse thématique des entretiens et celle de la Ligne de vie soutiennent notre hypothèse et permettent de mettre en avant des facteurs de protection et de vulnérabilité dont la prise en compte permettra d'ajuster l'accompagnement psychologique des adultes adoptés.

Mots-clés : adoption, parentalité, Expériences d'Adversité de l'Enfance, résilience

Abstract

Most studies on the fate of adopted people focus on this population, usually at an early age. Moreover, few studies have examined the long-term consequences of abuse suffered by adoptees before and after adoption. The aim of this study is therefore to gain a better understanding of the long-term fate of adoptees, and in particular the potential effects of maltreatment on their life course, resilience and experience of parenthood. More specifically, we hypothesize that maltreatment has deleterious consequences on the life course and relationship of these adoptees to their parenthood. To test our hypothesis, four adopted women who had suffered abuse as children completed mental health and resilience scales, and each participated in a semi-structured interview. These interviews provided an opportunity to explore their relationship with parenthood and their life course

through the creation of a Lifeline. The thematic analysis of the interviews and the Lifeline support our hypothesis, highlighting risks and protective factors which, if considered, will enable to adjust the psychological support given to adopted adults.

Keywords : adoption, parenthood, Adverse Childhood Experiences, resilience

Introduction

La majorité des travaux réalisés sur une population d'adoptés a concerné des enfants. Pourtant, l'adoption peut être considérée comme « *a lifelong process* » (Brodzinsky, Schechter, & Henig, 1993), et continue donc d'influencer la vie des adoptés, même au sortir de l'enfance. En effet, l'âge adulte constitue une étape importante dans la vie d'un individu puisque c'est à ce moment que se font les choix de vie concernant la vie amoureuse et familiale. Bien qu'un consensus ne soit pas atteint à ce sujet, la plupart des travaux existants présentent les adultes adoptés comme une population à risque du point de vue de la santé mentale. Ces adoptés devenus adultes présenteraient un ajustement psychologique plus faible que celui des non-adoptés (Askeland, Hysing, Aarø, Tell, & Sivertsen, 2015 ; Brown, Waters, & Shelton, 2019), ainsi qu'un attachement plus insécure (Feeney, Passmore, & Peterson, 2007). Cependant, comme le souligne la revue de la littérature de Palacios et Brodzinsky (2010), plusieurs études ont également mis en évidence la résilience et les facteurs de protection des adoptés, nuanciant ainsi l'approche centrée sur le déficit. Certaines études montrent, par exemple, une absence de différence en termes d'ajustement psychologique entre adoptés et non-adoptés (Del Pozo de Bolger, Dunstan et Kaltner, 2018).

Que ce soit au niveau individuel ou relationnel, les études concernant les adultes adoptés sont assez contradictoires. Selon Palacios et al. (2019), si les adoptés présentent en moyenne plus de difficultés psychologiques, il y aurait une hétérogénéité considérable au sein de cette population qui pourrait être due au grand nombre de variables médiatrices en jeu, comme l'âge du placement, les maltraitances subies avant l'adoption ou les relations avec la famille adoptive (Melero & Sanchez -Sandoval, 2017). Cela pourrait expliquer la grande variabilité des résultats obtenus auprès de cette population. Plus précisément, sur le sujet des négligences et maltraitances subies par les adoptés, des études ont déjà montré que les adoptés sont davantage exposés à la maltraitance que la population générale (Turney & Wildeman, 2017) et que leur vécu de maltraitance influe fortement sur leur santé mentale (Neil, Morciano, Young, & Hartley, 2020), mais également sur leur vécu conjugal (Winward, 2005).

L'étape de la parentalité est présentée dans la littérature comme porteuse d'enjeux particuliers pour les adoptés. C'est à cette occasion qu'une résurgence du passé relatif à l'adoption pourrait avoir lieu, ainsi que des manifestations anxieuses liées à la peur de transmettre à son enfant des gènes inconnus ou même à la peur de l'abandonner (Despax & Bouteyre, 2019). Ces difficultés rencontrées par certains adoptés pourraient entraîner des conséquences sur leur positionnement vis-à-vis de

la parentalité. Cependant, notons qu'aucune étude ne s'est intéressée au rapport à la parentalité des personnes adoptées ayant vécu des maltraitances ou abus en tant qu'enfants. Pourtant, si ces expériences délétères ont des conséquences sur la santé mentale et les relations amoureuses des personnes concernées, elles pourraient également en avoir sur leur expérience de la parentalité. Mieux connaître ces situations particulières permettrait de mettre de lumière des facteurs de protection susceptibles de favoriser la résilience de cette population.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier le profil psychologique, le parcours de vie et le rapport à la parentalité de quatre femmes adoptées ayant vécu des maltraitances ou abus dans leur enfance. Il s'agira donc :

- 1) De mesurer leur résilience et leur santé mentale ;
- 2) De dégager les principaux facteurs de protection qui émergent de leur parcours de vie et favorisent leur résilience ;
- 3) D'analyser les liens que les participantes font entre leur expérience de maltraitance et leur rapport actuel à la parentalité;

Nous pensons que les maltraitances vécues ont des conséquences délétères sur le parcours de vie, l'état psychologique et le rapport de ces personnes adoptées à leur parentalité.

1. Méthode

1.1. Participants

Les participantes sont quatre femmes âgées en moyenne de 43,5 ans et adoptées en moyenne à 3,12 ans. Le *Tableau 1* présenté ci-dessous résume les caractéristiques sociodémographiques et le type de maltraitances subies par chacune des participantes.

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques et maltraitements subies*

	Flavie	Bella	Diane	Kathy
Âge	30 ans	43 ans	61 ans	40 ans
Âge d'adoption	4 ans	4 ans	4 ans	5 mois
Pays d'origine	Roumanie	Colombie	France	France
Maltraitements subies	Physiques et psychologiques dans un orphelinat roumain	Physiques et psychologiques de la part de la mère adoptive	Physiques et psychologiques de la part de la mère adoptive	Abus sexuel de la part d'un membre de la famille adoptive

1.2. Procédure

Les quatre cas décrits dans cette communication sont issus d'un échantillon plus large de personnes rencontrées dans le cadre d'une recherche de doctorat. Les participants étaient membres d'associations dédiées à l'adoption telles que « La Voix des Adoptés ». Nous avons sélectionné en particulier ces quatre femmes, car elles ont déclaré avoir subi des maltraitements ou abus en tant qu'enfants.

Tous les entretiens ont été menés en face à face dans les villes d'origine des participantes. Celles-ci ont été informées de l'objectif de l'étude, de la manière dont l'entrevue serait menée et de la confidentialité des données. Elles ont signé deux exemplaires d'un formulaire de consentement éclairé en présence de la chercheuse (un formulaire pour chacune). Toutes les informations permettant d'identifier les participantes ont été supprimées des données. Les participantes n'ont reçu aucune compensation financière. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Lille, France (n ° 2018-316-S66).

1.3. Instruments

Avant la rencontre, les participantes ont rempli : une échelle de santé mentale (BSI, Derogatis, 1983), et une échelle de résilience (Wagnild et Young, 1993). Concernant le BSI, un score supérieur ou égal à 63 est considéré comme clinique. La dispersion des scores à l'échelle de résilience varie de 25 (plus faible résilience possible) à 175 (plus forte résilience possible). Ensuite, lors de la rencontre, un entretien semi-directif et la

réalisation d'une Ligne de vie leur ont été proposés.

1.4. Entretien semi-directif

L'entretien semi-directif durait en moyenne 1h30. Les thèmes abordés étaient : les représentations vis-à-vis de la parentalité, les raisons de ce positionnement vis-à-vis de la parentalité, le parcours de vie. Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits.

1.5. Ligne de vie

La ligne de vie est initialement un outil projectif développé par le mouvement de Pace (2003), le « *Lifespan Integration* ». Dans le cadre de la présente étude, il a été demandé aux participantes de replacer sur une Ligne de vie (bornée par le jour de naissance et le jour de la passation) les événements qui les ont le plus marquées en positif comme en négatif et leur âge à l'époque. La durée de cet exercice n'est pas limitée. Une fois celui-ci terminé, la participante décrit sa Ligne de vie, en revenant sur les événements, dans l'ordre qui lui convient, puis lui attribue un titre. Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la Ligne de vie comme un outil facilitant le repérage des facteurs de protection des participantes.

1.6. Analyse des données

Les données ont été analysées en trois temps. Tout d'abord, les scores de santé mentale et de résilience ont été calculés. Ensuite, les facteurs de protection et éléments de résilience ont été extraits du discours relatif à la Ligne de vie. Enfin, nous avons récolté dans le discours des participantes les différents passages où elles faisaient elles-mêmes le lien entre leur vécu de maltraitance et leur rapport à la parentalité.

2. Résultats

Les résultats obtenus aux échelles de santé mentale et de résilience sont présentés dans le *Tableau 2*. Dans le *Tableau 3* sont mentionnés les facteurs de protection des quatre participantes tels qu'ayant été identifiés dans la Ligne de vie.

Tableau 2

Résultats obtenus aux échelles de santé mentale et de résilience

	Flavie	Kathy	Diane	Bella
Score santé mentale	91	80	41	69
Score résilience	87	122	158	103

Tableau 3

Récapitulatifs des facteurs de protection identifiés grâce à la ligne de vie

	Flavie	Kathy	Diane	Bella
Facteurs de protection	Réseau d'amis	Résilience académique	Construction de sa propre famille	Soutien de son mari
	Passions (musique)	Thérapie individuelle	Réappropriation de son identité	Présence de ses enfants
		Forme de sublimation de son histoire via l'accueil d'enfants placés	en changeant de prénom Capacité à se détacher des personnes violentes (ses parents et son ex-mari)	Témoignages de son histoire auprès d'associations Environnement professionnel soutenant

Le *Tableau 4* illustre le lien entre les maltraitements vécus et le positionnement vis-à-vis de la parentalité grâce à des citations des quatre participantes.

Tableau 4

Exemples de citation des participantes expliquant le lien entre les maltraitements vécus et le positionnement vis-à-vis de la parentalité

Flavie	Kathy	Diane	Bella
« Je pense qu'il y a trop de choses dans ma tête que je n'ai pas réglées par rapport à ça (le vécu de maltraitance) et dont je dois encore m'occuper avant de m'occuper d'un être aussi fragile et innocent qu'un bébé ».	« Je pense que je veux un enfant, mais j'ai très peur d'accoucher (...) Oui, cela (l'inceste) m'empêche totalement d'en avoir un, je pense que c'est un événement important qui a modifié mon accès à la parentalité »	« J'ai pu surmonter une assez mauvaise histoire de vie en ayant des enfants, cela (la maltraitance) m'a incitée à avoir des enfants pour compenser quelque chose ».	« Je voulais fonder une famille pour effacer ce que j'avais vécu. Compte tenu de l'histoire de ma vie, il y a manifestement un aspect de "réparer" ce que j'ai vécu ».

3. Discussion

Tout d'abord, l'analyse des résultats nous a permis de constater que trois de nos quatre participantes ont une mauvaise santé mentale et une faible résilience. Seule

une des participantes présente une santé mentale épargnée et est résiliente. Bien que cet échantillon soit très restreint et ne permette pas de généralisation, ce constat suggère que le fait d'avoir subi des maltraitements en tant qu'enfant adopté a des conséquences sur la santé mentale et les capacités de résilience à long terme. Cela rejoint certains travaux issus des neurosciences qui montrent qu'être exposé au stress précoce suractive l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénocortical, et entraîne ainsi une augmentation du risque de trouble mental à long terme (Silberman, Ascota, & Zubilete, 2016).

Ensuite, l'analyse des facteurs de protection évoqués par les participantes à travers la Ligne de vie a permis de mieux comprendre ce qui a pu aider chacune d'entre elles à aller de l'avant malgré les expériences d'adversité vécues. Si les participantes présentent des facteurs de protection assez variés, allant du soutien social à la résilience académique, nous constatons que les deux participantes ayant déjà des enfants considèrent que la création de leur famille a été un pilier majeur à leur reconstruction. Ces constats rejoignent ceux déjà établis par la littérature sur la parentalité des adultes adoptés. En effet, comme nous l'avons observé dans notre revue systématique de la littérature sur ce sujet (Despax & Bouteyre, 2019), le fait de devenir parent pourrait permettre une « guérison », une « renaissance » d'une certaine manière. Il s'agirait d'un processus de réparation permettant à l'adopté de revisiter son histoire en devenant lui-même parent. Le lien biologique créé, le sentiment d'appartenance renforcé et l'identité de parent naissante pourraient en effet expliquer cela. Ce phénomène pourrait être majoré pour les personnes adoptées ayant vécu des maltraitements, avec un besoin encore plus intense de créer une base familiale solide, comme l'évoquent Diane et Bella.

Enfin, à travers le discours des participantes, nous avons pu explorer les liens qu'elles faisaient entre leur vécu de maltraitance et leur positionnement vis-à-vis de la parentalité. Deux profils se distinguent : pour deux des participantes, la parentalité est complètement entravée par les conséquences psychologiques des maltraitements et abus ; tandis que pour les deux autres, la parentalité est utilisée comme un tremplin vers la reconstruction. Concernant le refus de la parentalité de deux de nos participantes, nos résultats font écho à ceux de Brenning, Soenen et Vansteenkiste (2015) qui ont démontré que le degré de motivation à avoir des enfants est lié, en partie au moins, à l'ajustement psychologique. Le fait d'être adopté et/ou d'avoir subi des maltraitements pourrait donc mener certaines personnes à refuser de devenir parents, ce qui pourrait expliquer pourquoi les adoptés ont un désir d'enfants plus faible que les non-adoptés (Horowitz, 2011), voire renoncent au fait de devenir parent (Sherr, Roberts et Croome, 2018). À l'inverse, comme c'est le cas pour Diane et Bella, la parentalité peut aussi avoir un effet réparateur pour les adoptés (Pierron,

2017).

Nos résultats montrent qu'à partir d'une expérience commune d'adversité précoce (avoir été adopté et avoir subi des maltraitances), une grande variété d'expériences peut émerger. À ce propos, Palacios et al. (2019) soulignent la très grande hétérogénéité des expériences des adoptés. Les différences observées dans notre échantillon pourraient être expliquées par des différences interindividuelles liées au type de maltraitance subie, à la durée de ces expériences d'adversité, à l'âge où celles-ci ont été subies, etc. Des analyses prenant en compte un échantillon plus large permettraient de cerner à quel point ces variables sont déterminantes pour le devenir des personnes concernées.

Conclusion

Si la parentalité est présentée dans la littérature comme porteuse d'enjeux particuliers pour les adoptés en général, nos résultats suggèrent que cet effet pourrait être accentué chez les personnes ayant subi des maltraitances. Cette sous-population pourrait être davantage à risque également sur le plan de la santé mentale. Une étude quantitative visant à comparer des personnes adoptées ayant subi des maltraitances/négligences à celles n'en ayant pas subi permettrait d'en savoir davantage.

Sur le plan des prises en charge, les professionnels qui s'occupent d'adultes adoptés pourraient explorer leur relation à la parentalité comme indicateur de leur détresse liée au passé. Ils pourraient également axer leur accompagnement sur le traitement du potentiel traumatisme causé par la maltraitance subie en plus de l'expérience d'abandon. Prendre soin de ces parents potentiellement fragiles s'inscrit comme un pari sur l'avenir tant ce peut être l'occasion de protéger le développement de leur descendance.

Références

- Askeland, K. G., Hysing, M., Aarø, L. E., Tell, G. S., & Sivertsen, B. (2015). Mental health problems and resilience in international adoptees: Results from a population-based study of Norwegian adolescents aged 16–19 years. *Journal of Adolescence*, 44, 48-56.
- Brenning, K., Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2015). What's your motivation to be pregnant? Relations between motives for parenthood and women's prenatal functioning. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 755-765.
- Brodzinsky, D. M., Schechter, M. D., & Henig, R. M. (1993). *Being adopted: The lifelong search for self*. New-York: Anchor.
- Brown, A., Waters, C. S., & Shelton, K. H. (2019). The educational aspirations and psychological well-being of adopted young people in the UK. *Adoption & Fostering*, 43(1), 46-59.
- Del Pozo de Bolger, A., Dunstan, D., & Kaltner, M. (2018). A conceptual model of psychosocial adjustment of foster care adoptees based on a scoping review of contributing factors. *Clinical Psychologist*, 22(1), 3-15.
- Despax, J., Bouteyre, E. (2019). La parentalité des adultes adoptés : Une revue systématique de la littérature. *Devenir*, 31(3), 231-248.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Feeney, J. A., Passmore, N. L., & Peterson, C. C. (2007). Adoption, attachment, and relationship concerns: A study of adult adoptees. *Personal Relationships*, 14(1), 129-147.
- Horowitz, A. L. (2011). *Adult adoptee attitudes toward parenthood: Comparisons between an adopted and nonadopted sample* (Doctoral dissertation, St. John's University, New York).
- Melero, S., & Sánchez-Sandoval, Y. (2017). Mental health and psychological adjustment in adults who were adopted during their childhood: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 77, 188-196.
- Neil, E., Morciano, M., Young, J., & Hartley, L. (2020). Exploring links between early adversities and later outcomes for children adopted from care: Implications for planning post adoption support. *Developmental Child Welfare*, 2(1), 52-71.
- Pace, P. (2003). *Lifespan integration*. Workshop at the EMDR International Association Conference, Denver, CO.
- Palacios, J., & Brodzinsky, D. (2010). Review: Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 270–284.

- Palacios, J., Adroher, S., Brodzinsky, D. M., Grotevant, H. D., Johnson, D. E., Juffer, F., ... & Tarren-Sweeney, M. (2019). Adoption in the service of child protection: An international interdisciplinary perspective. *Psychology, Public Policy, and Law*, 25(2), 57-72.
- Pierron, J. (2017). Devenir parent lorsqu'on a été adopté(e): Essai distancié et autobiographique. In A. Vinay (Ed.), *La famille aux différents âges de la vie* (65-74). Paris: Dunod.
- Sherr, L., Roberts, K. J., & Croome, N. (2018). Disclosure and identity experiences of adults abandoned as babies: A qualitative study. *Cogent Psychology*, 5(1), 1473744.
- Silberman, D. M., Acosta, G. B., & Zorrilla Zubilete, M. A. (2016). Long-term effects of early life stress exposure: Role of epigenetic mechanisms. *Pharmacological Research*, 109, 64-73.
- Turney, K., & Wildeman, C. (2017). Adverse childhood experiences among children placed in and adopted from foster care: Evidence from a nationally representative survey. *Child Abuse & Neglect*, 64, 117-129.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Winward, B. (2005). Comparisons of Adopted and Non-Adopted Young Adults' Heterosexual Relationships. *All Graduate Theses and Dissertations*.

Facteurs de risque et de protection, repérés à l'aide d'un outil projectif graphique, la Dame de Fay, chez une ancienne victime de violence conjugale

Alice Cossec

alice.cossec@gmail.com

Evelyne Bouteyre

evelyne.bouteyreverdier@univ-amu.fr

Laboratoire de Psychologie Clinique, de Psychopathologie et de Psychanalyse (LPCPP), Aix-Marseille Université (AMU), France

Résumé

Rares sont les recherches portant sur le processus résilient des femmes victimes de violence conjugale. L'étude de cas d'Isolte, ancienne victime de violence conjugale, illustre la mise en évidence de ses facteurs de risque et de protection qui ont été évalués à l'aide du test projectif graphique « la Dame de Fay ». Au cours de l'accompagnement psychologique spécifique prodigué à Isolte, celle-ci a réalisé quatre dessins : l'un renvoie à une scène de violence conjugale, un autre à un moment heureux dans la vie d'un couple. Ils sont bornés par deux dessins de la Dame de Fay permettant une comparaison avant et après la prise en charge. L'évolution des facteurs de risque et de protection est discutée.

Mots-clés : Violence conjugale, Facteurs de risque, Facteurs de protection, Dame de Fay, Dessins, Résilience, Évaluation, Psychothérapie

Abstract

Only a few research focuses on the resilient process of women victim of domestic violence. The case study of Isolte, a former victim of domestic violence, brings out her risk factors and protection factors which were evaluated using the graphic projective test " Draw-A-Person-in-the-Rain." During the specific psychological support provided to Isolte, she produced four drawings: one refers to a scene of domestic violence, another to a happy moment in the life of a couple. They are marked out with two drawings of the Draw-A-Person-in-the-Rain test allowing a comparison before and after treatment. The evolution of risk and protection factors is discussed.

Keywords : Domestic violence, Risk and protective factors, Draw-A-Person-in-the-Rain test, drawings, resilience, evaluation, psychotherapy

Introduction

Les violences subies au sein du couple et de la famille sont de plus en plus dénoncées et étudiées. Les atteintes physiques et psychiques sont parfois extrêmes. Rares sont les recherches portant sur le processus résilient des femmes victimes de violence conjugale. C'est pourquoi nous proposons l'étude de cas d'Isolte qui a bénéficié d'un accompagnement psychologique spécifique et dont les facteurs de risque (FR) et de protection (FP) ont été évalués à l'aide du test projectif graphique « la Dame de Fay ». Dans ce contexte, la résilience est considérée comme le fruit de la balance dynamique entre les facteurs de risque et de protection ; ces derniers venant restreindre ou compenser les premiers. Face à une situation adverse, les FR sont des éléments de vulnérabilité pouvant contribuer à l'augmentation des conditions traumatogènes. Quant aux FP, définis par les ressources internes et externes d'une personne, ils viennent amoindrir l'effet délétère de l'adversité (Jourdan-Ionescu, 2011).

1. Méthodologie

1.1. Outils

1.1.1. La Dame de Fay

Une réponse graphique est donnée à la consigne « *Une dame se promène et il pleut.* ». En introduisant l'élément environnemental de la pluie, ce test projectif suscite une impression de vulnérabilité émotionnelle. Il est utilisé pour évaluer l'expérience d'une personne en matière de tension interne et la façon dont ses stratégies d'adaptation sont maintenues en cas de pression supplémentaire (Oster & Gould, 2004). La représentation de la protection contre la pluie, comme un parapluie, une capuche, un manteau et/ou des bottes, peut indiquer le niveau de défenses émotionnelles, d'adaptation et les sentiments d'impuissance ou d'espoir (Jourdan-Ionescu, 2009).

1.1.2. Deux dessins à consigne spécifique

En tant qu'outil projectif, le dessin constitue un support de mise en dépôt des conflits psychiques du sujet. Il permet d'accéder aux éprouvés du sujet, notamment lorsque celui-ci raconte ce qu'il a représenté. L'une des consignes spécifiques réfère à un contexte traumatogène, car il s'agit pour Isolte de représenter une scène traumatisante de violence vécue dans son couple. L'autre consigne favorise un contexte salutogène, en l'encourageant à envisager un avenir plus favorable.

1.1.3. Procédure

Notre procédure expérimentale s'est appuyée sur six temps, répartis au cours de deux rencontres, espacées d'une semaine. Les entretiens se sont déroulés en visio-conférence en raison du confinement lié à la Covid-19.

Rencontre 1 :

- **Temps 1** : présentation de la recherche ; signature du consentement de participation libre et éclairé ; historique des violences conjugales ;
- **Temps 2** : dessin de la Dame de Fay (D1) ; évaluation des FR et des FP ;
- **Temps 3** : démarche d'exposition/désensibilisation à partir du dessin d'une situation de violence à partir de cette consigne : « Représentez la scène de violence vécue la plus marquante » (D2) ;

Rencontre 2 :

- **Temps 4** : dessin dont la consigne introduisait la dimension de l'espoir avec cette consigne : « Dessinez un moment heureux souhaité de la vie d'un couple » (D3) ;
- **Temps 5** : nouvelle évaluation des FR et FP à l'aide de la Dame de Fay (D4) ;
- **Temps 6** : nouveaux commentaires d'Isolte face à tous les dessins réalisés. Bilan et clôture du travail mené.

1.1.4. Analyse des données

Une analyse thématique du discours a été réalisée. Les thèmes retenus correspondent à des FR et des FP. Pour D2 et D3, des grilles de lecture communes d'analyse ont été utilisées. Pour D1 et D4 (Dame de Fay) la grille de cotation qualitative proposée par Jourdan-Ionescu (2009) a été utilisée.

2. Résultats

Après la présentation d'Isolte, les quatre dessins qu'elle a réalisés seront présentés (Figure 1), suivis par leur cotation.

2.1. Données recueillies

Isolte, 49 ans, a trois enfants. Les violences du père de sa dernière fille débutent en 2008. Elle divorce en 2012. Isolte qualifie 2014 d'« *année noire* », car elle lutte contre un cancer et continue à subir le harcèlement et les menaces de mort de son ex-mari. Aujourd'hui, elle n'a plus de contact avec lui et a obtenu la garde exclusive de leur fille. Elle va mieux, mais n'est toujours pas déclarée en rémission de cancer. Isolte est une femme énergique, spontanée et appréciant l'humour.

En fonction des consignes données, Isolte réalise les quatre dessins suivants dans les

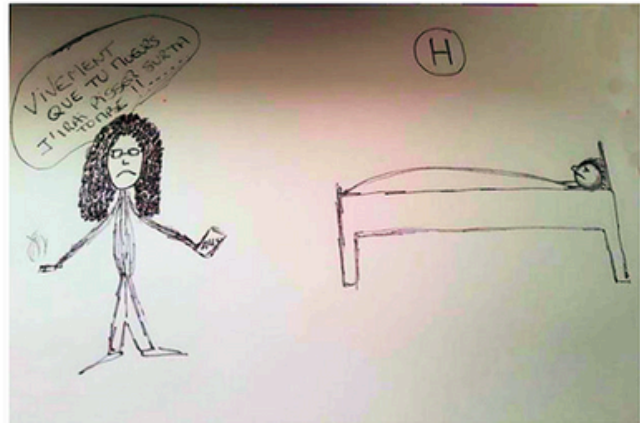
conditions liées au confinement, donc en visioconférence (Figure 1). Les dessins de la Dame de Fay sont les dessins 1 et 4. Entre eux, se trouve le dessin de la scène de violence conjugale (dessin 2) et le dessin du moment heureux souhaité dans la vie de couple (dessin D3).

Figure 1

Présentation des quatre dessins d'Isolte



Dessin 1



Dessin 2



Dessin 3



Dessin 4

2.2. Cotation des dessins

Le *Tableau 1* synthétise les éléments de cotation des dessins de la Dame de Fay (dessins 1 et 4) et le *Tableau 2* présente la cotation des deux dessins à consigne spécifique.

Tableau 1

Cotation des deux dessins de la Dame de Fay

	Dessin 1	Dessin 4
Représentation de l'adversité		
Pluie	Pluie importante centrée sur le parapluie	Pluie forte. Gouttes de couleurs différentes. Les plus foncées sont proches du personnage.
Facteurs de protection		
Protection(s) présente(s)	Parapluie (1)	Parapluie, cape, bottes (3)
Maintien de la protection (fonctionnalité)	Parapluie en lévitation, pas de poignée pour le saisir. Protège néanmoins de la pluie.	Parapluie à priori fonctionnel. Tenue de la poignée par la main droite alors que le mât et la toile se trouvent à gauche du personnage.
Taille protection	Adaptée	Adaptée
Efficacité	Bonne	Le parapluie protège de la pluie, mais pas le personnage.
Vêtements	Absence	Cape de pluie et bottes
Représentation de l'humain	Bonhomme allumette	Personnage plus élaboré
Représentation du genre et génération	Absence	Femme : queue de cheval, sac à main, robe, montre
Zone exploitée	Haut Gauche	Centre Gauche
Visage	Fermé	Apaisé et souriant
Mouvement	Bras et jambes écartés, pieds dirigés à droite	De profil, avance vers la droite
Type de tracé	Faible. Sexe, nombril et pied gauche plus ancré	Plus marqués. Traits : hachurés sur le personnage ; plus faibles sur le parapluie
Présence d'un chemin / direction	Absence	Pas de chemin. Se dirige vers la droite.
Environnement	Absence	Absence
Couleurs	Noir, orange, bleu foncé	Noir, bleu ciel, bleu foncé
Discours		
Histoire que représente le dessin	« J'ai dessiné une dame avec un parapluie parce qu'il pleut. ».	« (Rit). Elle est allée faire un tour chez sa psy, et elle se sent tellement bien qu'elle ne sent même pas les gouttes d'eau qui lui tombent dessus. Elle marche, elle est sereine, a le sourire ». « Même avec un parapluie on se mouille lorsqu'on marche ». « La vie continue, il y a plein de belles choses qui vont arriver, elle y croit, elle a de l'espoir ! C'est pour ça qu'elle est contente ! On le voit ! ».
Direction de la Dame	« Où est-ce qu'elle pourrait aller ? Faire des courses ? Parce que franchement quand on part sous la pluie c'est vraiment par obligation sinon tu restes chez toi (rit). ». « Elle peut y aller en voiture et puis c'est en sortant qu'elle prend son parapluie et qu'elle va faire les courses. (Rit). ».	« Elle va rentrer chez elle tranquillement, là elle se dirige vers sa voiture. ». (Sourit).

Ce que la Dame pense de la pluie représentée	« Si c'était moi... bon je pense que c'est moi ! Je dirais que ça lave, que ça fait du bien, que c'est bien pour la nature ! Mais il ne faudrait pas trop que ça dure quand même (rit). ».	« Que ça la LAVE ! ça la nettoie intérieurement. Ça fait du bien. C'est une bonne pluie ! Ça donne l'impression d'être propre, et puis de tourner une page ! Tu te sens toute neuve. Aujourd'hui elle a pu enlever les dernières poussières. ».
Ce qu'il va se passer après	« Elle va faire le chemin inverse, retourner à sa voiture, puis chez elle, ranger les courses et voilà, elle aura fait son taf de la journée. ». « Souvent quand elle rentre des courses il est 16h. Donc là elle va récupérer sa petite à l'école, lui préparer son petit goûter, (rit), et après on va faire les devoirs, puis la douche, et elle va préparer le repas pour le soir. Voilà ! ».	« Elle va rentrer chez elle tranquillement, là elle se dirige vers sa voiture. ».
Durée réalisation (min)	2'	6'

Tableau 2

Cotation et analyse des dessins à consigne spécifique

	Dessin 2 : Scène de violence la plus marquante	Dessin 3 : Scène d'un moment heureux souhaité de la vie de couple
Zone de la feuille investie	Centre/Haut/Gauche/Droite	Toutes
Représentation des personnages	L'agresseur est debout et la victime allongée. Chacun a la bouche tirée vers le bas : souffrance.	Un homme et une femme identifiables.
Éléments contextuels	« H » encerclé : hospitalisation. Personnage alité, souffre d'alopécie. Mots violents à l'égard d'Isolte dans la bulle. L'homme violent fume un joint. Il tient un téléphone (source de harcèlement et de violences verbales).	Paysage montagneux, oiseaux qui volent : nature, plein air. Pique-nique. Avion : envie de voyager avec un compagnon. Mot « partage » en lettres majuscules.
Type de tracé	Traits repassés ou hachurés	Traits repassés ou hachurés
Couleur	Noir	Noir
Mouvement	Figé	Forte ambivalence : corps en diagonale (tête vers le passé, pieds vers l'avenir). Oiseaux qui planent, avion qui vole.
Proximité entre les personnages	Distance	Proximité forte : personnages côte à côte qui se tiennent la main.
Expression de la violence exercée et subie	Téléphone et la phrase « Vivement que tu mœurs j'irais pisser sur ta tombe !! ». Maladie et victimisation	
Expression du bonheur		« LE PARTAGE », d'un « repas sain » en pleine nature. Proximité des personnages. Sourires. Cœur en guise d'yeux.
Autres	Lapsus « tu mœurs ».	

Discours Histoire que représente le dessin	<p>« Ça représente 2014, la maladie, mais aussi le diable ». « Le harcèlement moral ». « Cette sonnerie de SMS, 100 fois par jour ».</p> <p>« Il a touché à mon identité, à mes enfants, à ma vie, à mon intégrité ». « Il a fracassé les valeurs de la famille, qui sont très importantes pour moi, car c'est ce qui fait ce que je suis. En 2020 j'ai encore des séquelles ».</p> <p>« Quand j'étais malade, ma fille était avec lui. Aujourd'hui il ne la voit plus, car il la mettait en danger, il conduisait ivre avec elle à bord. Elle ne veut plus le voir, il lui a fait la misère donc j'ai agi et entamé des démarches et ai obtenu l'exclusivité parentale ». « J'ai réussi à la protéger, et les gens du métier m'ont rassurée, en me disant que j'avais tout bien fait. ».</p> <p>« Aujourd'hui je me suis réfugiée dans mon rôle de maman, parce ce que c'est ce que je fais le mieux. ».</p> <p>« Je subis deux situations. Mais c'est pour mieux me relever après. Quand je vois où j'en suis aujourd'hui, je suis contente. ». « Ce dessin dit que je suis une battante ! Je suis fière du chemin parcouru, malgré tout, on s'en est sorti ».</p>	<p>« Je me vois bien à la montagne, me balader, faire un pique-nique. C'est comme ça que j'envisage une relation, SAINTE. ».</p> <p>« Ça représente le bonheur. Le fait d'être avec quelqu'un, de pouvoir discuter, partager, aussi bien en dialoguant que par des gestes, de la tendresse, par l'environnement. ».</p> <p>« Qu'on s'intéresse vraiment à moi, ça me met en confiance, qu'on veuille comprendre, ce n'est pas superficiel, on veut vraiment t'accompagner, et ça oui ça me touche. ».</p> <p>« Ma maladie par exemple. J'ai été défigurée du ventre, donc qu'il puisse me rassurer par rapport à ça ».</p> <p>« Ce qui me paraît le plus important sur ce dessin, c'est que ça peut arriver ! Tu te dis que ta vie n'est pas finie. »</p>
Durée réalisation (min)	9'	12'

Après la seconde réalisation du dessin de la Dame de Fay, en regardant les quatre dessins réalisés, Isolte fait les deux commentaires suivants :

« Je ressens un bien-être. Je reste vraiment sur une note positive ! Ces quatre dessins représentent quatre états. Ils sont négatifs au départ et après on voit l'espoir et la guérison. J'aime bien ! ».

« J'ai cette sensation d'avoir pris de la distance. ».

2.3. Interprétation des dessins

D1 : Ce premier dessin de la Dame de Fay marque une fragilité. Le personnage est filaire, en lévitation en haut à gauche de la feuille. Il témoigne d'une « faible confiance en soi » (Broadbent et al., 2009) et d'une incapacité à affronter la réalité quotidienne. Le genre n'est pas clairement affirmé. La tête, siège de la pensée, est la partie la plus

investie. Les yeux sont fermés, par peur d'affronter l'environnement. Les pieds, orientés à droite, n'ont pas d'ancrage. La pluie tombe exclusivement sur le parapluie. Apparemment efficace, en l'absence de mains et de poignée, celui-ci n'est pas relié au personnage. Le discours (*Tableau 1*) témoigne de la difficulté à s'approprier la consigne. Il est aux antipodes de ce qui est représenté. La pluie présente des aspects positifs, mais ne doit pas persister. Cette ambivalence témoigne d'une difficulté d'appréciation des FR et des FP.

D2 : La participante se réexpose à la violence antérieurement vécue. La distance instaurée entre les personnages est physique, mais aussi émotionnelle. L'espace de la page est investi, ce qui renvoie à une accroche substantielle à la réalité. L'homme, situé dans le tiers gauche de la feuille, et les propos proférés dans une bulle appartiennent au passé. Isolte apparaît sur un lit d'hôpital en zone droite de la feuille. Son corps est couvert d'un drap, son visage triste est dirigé vers l'agresseur. Isolte a la tête collée à la tête de lit. Ses pensées et projets restent bloqués, notamment par l'incertitude de son avenir.

D3 : Ce dessin a été l'occasion pour Isolte de rêver. Elle emploiera avec prépondérance le terme « partage » qu'elle associe à l'idée de rencontrer quelqu'un avec qui poursuivre sa vie. Les personnages sont genrés, paraissent amoureux, sourient, leurs mains sont en contact. La posture des corps marque une diagonale avec les têtes à gauche et les pieds à droite, signe d'une très forte ambivalence. Le discours et la représentation graphique du couple sont en désaccord. Une hypothèse explicative serait que la crainte d'une histoire qui se répète domine dans l'esprit d'Isolte, mais ne peut à ce jour être élaborée. Sans doute, en va-t-il de même pour l'avion, symbole d'exploration et de mise à distance, qui revient vers le passé. Serait-ce la peur d'une récurrence du cancer ?

Le bas de la feuille est investi. Malgré ce progrès, seule la couleur noire est utilisée, les assiettes disposées sur la table sont vides et, à part deux montagnes qui cachent l'horizon, la nature est, elle aussi, vide. Cette situation rêvée et porteuse d'espoir paraît plus difficile à investir qu'il n'y paraît.

D4 : Ce nouveau dessin de la Dame de Fay permet l'apparition de deux nouvelles formes de protection : des bottes et une cape. Quant au parapluie, il n'est pas employé de façon satisfaisante. Bien que maintenue par la poignée de la main droite, la toile est positionnée à la gauche du personnage tant et si bien qu'il n'est pas protégé. Le parapluie n'est qu'une illusion de protection alors que la pluie est battante. Pour autant, la dame n'est pas mouillée. Elle est « à côté » de l'élément aversif. Compte tenu du contexte traumatogène dans lequel évolue Isolte depuis plusieurs années, il est possible qu'elle représente là un état de dissociation. Si celui-

ci la protège des affres traumatiques, il freine l'optimisation des ressources dont elle dispose. L'environnement est encore pauvre. Aucun chemin ne guide l'avancée de la dame vers un espace sans pluie. Sa représentation a cependant bien évolué. Elle est plus grande, plus affirmée, féminine et en mouvement vers l'avenir.

Conclusion

Dans cette recherche exploratoire, il s'agissait de comparer les résultats obtenus à un test projectif graphique avant et après un travail de représentation de la violence vécue la plus marquante et d'une situation heureuse de la vie de couple souhaitée. L'étude de cas présentée illustre les effets encourageants d'une exposition médiatisée par le dessin à la violence et à une vie de couple désirée. La Dame de Fay a permis de voir l'évolution du personnage, les FP disponibles et surtout leur usage qui, actuellement, n'est pas à la hauteur de leur possibilité. Du point de vue de la résilience, et de la façon dont un professionnel de la santé mentale peut l'assister, l'exemple d'Isolte est éclairant. Si de nombreux FR sont repérés (violence conjugale, maladie) et transparaissent au niveau de chacun des dessins, l'apparition de nouveaux FP permet à la fois de mesurer le chemin thérapeutique parcouru et d'ajuster la prise en charge à poursuivre.

Références

- Broadbent, E., Niederhoffer, K., Haye, T., Corter, A., et Reynolds, L. (2009). Headache sufferers' drawings reflect distress, disability and illness perceptions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(5), 465-470.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.006>
- Glowacz, F. (2018). Être mère en contexte de violences conjugales : un défi, support de résilience. *Observatoire (L')*, 97, 17-20. <https://hdl.handle.net/2268/231954>
- Ionescu, S. (dir.). (2020). *Bâtir la résilience : Manuel de pratiques professionnelles*. MJW Édition.
- Jourdan-Ionescu, C. (2009). *Cotation des facteurs de protection dans le dessin de la dame de Fay*. [notes de cours]. Département de psychologie de l'Université du Québec. UQTR.
- Jourdan-Ionescu, C. (2011). Modèle de développement d'interventions individualisées axées sur la résilience. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), 25-33.
- Marcovicz, G. de V., Raimondo, M. L., et Labronici, L. M. (2014). The route resilience of women victims of conjugal violence / O percurso de resiliência de mulheres em situação de violência conjugal. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 3(2), 4-10.
<https://doi.org/10.26694/reufpi.v3i2.1960>
- Oster, G.D., et Gould Crone, P. (2004). *Using Drawings in Assessment and Therapy: A Guide for Mental Health Professionals* (2nd ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203341049>

La résilience de la femme enceinte en situation de handicap moteur dans la société camerounaise (1983-2020)

Floréal Serge Adiémé

École normale supérieure de Yaoundé

sergeadieme@yahoo.fr

Résumé

Ce chapitre s'intéresse aux femmes enceintes vivant avec un handicap moteur, avec pour objectif de mettre en évidence les facteurs de résilience qui leur permettent d'atteindre la délivrance. Pour atteindre cet objectif, la théorie écosystémique de Bronfenbrenner a servi de schéma d'analyse. Ce modèle postule la prise en compte des différents systèmes dans lesquels le sujet résilient baigne. Cela implique ici le milieu familial, le voisinage et l'environnement hospitalier. L'étude est ethnographique et concerne une dizaine de femmes en situation de handicap moteur de la ville de Yaoundé. L'enquête s'est appuyée sur des récits de vie, des études de cas et des entretiens approfondis. Les données empiriques recueillies ont été confrontées aux sources écrites. Les résultats montrent que lorsque la femme enceinte est porteuse d'un handicap moteur, c'est-à-dire d'une limitation fonctionnelle, le fœtus qu'elle porte en son sein peut s'apparenter à un véritable fardeau. Toutefois, l'ardent désir d'avoir un enfant, renforcé par le soutien de la famille et du reste du corps social, pousse les femmes handicapées motrices à surmonter leurs limitations. En somme, les conditions de vie précaires, les préjugés sociaux aggravent la situation de ces femmes qu'une meilleure prise en charge médicale pourrait soulager.

Mots-clés : Cameroun, grossesse, handicap moteur, maternité

Abstract

This paper get interested in pregnant women living with physical disability, with the aim of revealing resilience factors that allow them to reach delivery. To achieve that goal, the Bronfenbrenner ecosystemic model is used as a diagram of analysis. This model postulates the consideration of the different systems in which the resilient subject is immersed. This involves the family, the neighborhood and the hospital environment. This study is ethnographic and concerns ten women living with physical handicap in the city of Yaoundé. The investigation is based on stories of life, case studies and in-depth interviews. The data collected was confronted with published documents. As a result of such of a functional limitation, the foetus she bears in her womb is reel burden. However, the ardent desire to have a child, strengthened by the support of family and the rest of the society, encourages

women living with motor handicap to overcome their limitations. In conclusion, precarious living conditions, social prejudices worsen the living standard of these women that a better medical care could relieve.

Keywords : Cameroon, pregnancy, motor disability, childbearing

Introduction

La maternité est un moment important dans l'existence de toute femme. Dans l'espèce humaine, l'état de grossesse commence à l'instant de la fécondation et se termine neuf mois plus tard environ, au moment de l'accouchement (Mortimor, 2019). Bien que la grossesse soit, indubitablement, un phénomène naturel, elle expose à une grande variété d'incidents et d'accidents, en apparence imprévus, en réalité souvent prévisibles au prix d'une surveillance médicale attentive, et dès lors, plus ou moins aisément évitables (Ibid). Durant cette période, la femme connaît des transformations morphologiques, tout en croupissant sous le poids de la fatigue, si bien qu'à quelques semaines de la délivrance, si elle est salariée, elle est mise en congé de maternité (Ibanez, 2014). Lorsque la femme enceinte est porteuse d'un handicap moteur, c'est-à-dire d'une limitation fonctionnelle, la marche vers la délivrance s'apparente à un véritable parcours du combattant, surtout confrontée à une société exigeante et un environnement médical partagé entre performance et rentabilité (Cadic, 2013). En effet, l'apparition d'une grossesse chez une femme en situation de handicap physique génère des interrogations implicites qui tournent autour de sa capacité à mettre au monde et prendre soin d'un enfant, et la prise en charge du système de soins (Redshaw et al., 2013).

Pourtant, il arrive parfois de rencontrer, dans les villes et villages du Cameroun, pays d'Afrique centrale, des femmes enceintes porteuses d'une déficience motrice. Celles-ci ont pu développer des facteurs positifs leur permettant de transcender les obstacles occasionnés par leur défaillance physique afin de donner la vie. Cette capacité à se construire, en bravant les situations traumatisantes, fait référence à la résilience (Anaut, 2005).

Les études menées au sujet des personnes handicapées s'articulent généralement autour de leur dépendance économique et de leur inadaptation sociale (Didiefra, 1991). Leur vie affective et sexuelle semble peu préoccuper l'opinion publique, si l'on s'en tient à la rareté des travaux scientifiques en la matière. Même le législateur camerounais qui, en 1983, adopta une loi relative à la protection des personnes handicapées, évita d'aborder l'aspect affectif de leur vie. La nouvelle loi adoptée en 2010 et son décret d'application de 2018 ne s'intéressèrent guère à cet aspect non plus. Le législateur camerounais repercutait ainsi le faible intérêt que la société portait à cette question (Demain, 2007).

Dès lors, comment les femmes porteuses d'un handicap moteur parviennent-elles à surmonter les adversités occasionnées par leur limitation ? L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les facteurs de résilience qui permettent aux femmes

enceintes vivant avec un handicap moteur d'atteindre la délivrance. Pour atteindre cet objectif, la théorie écosystémique d'Uri Bronfenbrenner (1979) a servi de schéma d'analyse. Ce modèle postule la prise en compte des éléments de différents systèmes dans lesquels le sujet résilient évolue. Cela implique ici le milieu familial, le voisinage et l'environnement hospitalier.

L'étude est ethnographique et concerne une dizaine de femmes en situation de handicap moteur de la ville de Yaoundé. L'enquête s'est appuyée sur des récits de vie, des études de cas et des entretiens approfondis. Les données empiriques recueillies ont été confrontées aux sources écrites.

Les résultats provisoires montrent que l'ardent désir d'avoir un enfant pousse les femmes handicapées motrices à surmonter leurs limitations.

L'étude présente d'abord la femme handicapée motrice face à la maternité, suivie de la méthodologie, des résultats obtenus sur le terrain et de la discussion des résultats en rapport avec les travaux d'autres chercheurs.

1. La femme handicapée motrice face à la maternité

La femme en situation de handicap moteur éprouve, comme toutes les femmes en général, le désir d'être mère. Mais la déficience dont elle est porteuse entraîne des modifications sur les plans physique, psychologique et fonctionnel qui, au-delà de l'individu, pose des questions sociales (Amor Ndjabo, 2018; Bérard, 2003).

1.1. Handicap moteur et accessibilité

Après la survenue du handicap moteur, la personne qui en est victime doit faire face à une mutation de son corps et à une réduction de sa mobilité.

1.1.1. La mutation avilissante du corps

La déficience motrice concerne différents dysfonctionnements des organes moteurs du corps humain. Elle empêche le sujet de réaliser pleinement certains actes de la vie quotidienne (Mordier, 2013).

En 2005, les autorités camerounaises ont effectué le troisième recensement général de la population et de l'habitat (Bureau central de recensement et d'étude de la population au Cameroun, BUCREP, 2010). Les résultats ont estimé à environ 23 millions, le nombre d'habitants du pays. Ce recensement a signalé la présence de 262 119 personnes vivant avec un handicap. Parmi elles, 26 % étaient porteuses

d'une déficience motrice.

En 2008, le ministère des Affaires sociales a publié un guide sur l'accessibilité des personnes handicapées aux infrastructures et édifices publics ou ouverts au public. Ce document a identifié les différents types de déficiences motrices, à savoir :

- La monoplégie (paralysie d'un membre du corps) ;
- La paraplégie (paralysie de deux membres inférieurs ou supérieurs du corps) ;
- l'amputation (privation de l'un de ses membres ou d'une partie de l'un de ses membres)
- L'hémiplégie (paralysie complète ou incomplète frappant une moitié du corps à la suite d'une lésion des centres moteurs ou du faisceau pyramidal) ;
- La diplégie (paralysie bilatérale et symétrique touchant des parties plus ou moins étendues du corps) ;
- La mutilation (amputation accidentelle d'un membre ou d'une partie du corps) ;
- La tétraplégie (paralysie des quatre membres)
- L'infirmité motrice cérébrale (IMC) (association d'un retard psychique à une atteinte organique cérébrale survenue pendant la vie intra-utérine ou dans la période périnatale).

Tous ces handicaps sont des facteurs de limitations tant physiques que psychologiques dans un environnement en développement comme celui du Cameroun (Ondoua Abah, 2002).

1.1.2. La réduction de la mobilité

Les femmes enceintes en situation de handicap moteur font face à de nombreux obstacles physiques sur le chemin de la maternité. On peut citer le mauvais état des voies de communication, le difficile accès aux hôpitaux, la surface non règlementaire des locaux destinés à recevoir un fauteuil roulant, les tables d'examen inappropriées (ministère des Affaires sociales, MINAS, 2008). Pourtant, dans le décret du 26 novembre 1990 fixant les modalités d'application de la loi du 21 juillet 1983, le législateur camerounais reconnaissait que l'environnement physique avait une influence négative sur la vie des personnes handicapées. Il était donc question d'améliorer l'état des routes, le système de transport, les édifices publics et d'adapter le poste de travail à la condition des personnes handicapées.

Les aménagements spéciaux consistent soit à créer, parallèlement au système d'escalier prévu pour les personnes valides, un plan incliné, soit à installer un ou des ascenseurs adaptés dans le respect des normes ci-après :

- une porte d'entrée d'une largeur minimale de 0,80 m ;

- des dimensions intérieures minimales entre revêtements intérieurs de la cabine de un mètre parallèlement à la porte ;
- des commandes à une hauteur maximale de 1,30 m situées sur le côté dans la cabine ;
- une précision d'arrêt de la cabine de 2 cm au maximum (Article 36).

Quel que soit l'emplacement du logement destiné aux personnes handicapées motrices, la largeur minimale des portes d'accès est de 0,90 m et celle des portes intérieures de 0,80 m, la poignée est placée au maximum à 1,30 m du plancher, les couloirs ont une largeur d'au moins 1,40 m pour permettre aux personnes en fauteuil roulant de tourner aisément. La salle de bain comporte les dimensions minimales de 2,40 m × 2,30 m et le lavabo est fixé sans pied, avec une tuyauterie calorifère la moins encombrante possible. La hauteur des WC est de 40 cm et les bords de la cuvette arrondis (Article 37). Les places, les édifices publics et les ensembles immobiliers d'habitation comportent autant que possible des stationnements réservés, des toilettes publiques, des cabines téléphoniques spéciales et des équipements adaptés à la condition physique de la personne handicapée. Ils doivent obéir aux normes d'accessibilité précédemment citées (Article 38).

Ces mesures réglementaires ne sont quasiment pas respectées par les maîtres d'ouvrage. Cela limite la participation des personnes handicapées à la vie publique, contribuant de ce fait à leur marginalisation (MINAS, 2008).

1.2. Les représentations sociales liées à la maternité de la femme en situation de handicap moteur

De nombreux préjugés négatifs pèsent sur la femme porteuse d'un handicap moteur, notamment en matière de vie sexuelle. Ils sont facteurs de traumatisme (Colomby, 2004).

1.2.1. La négation d'une vie affective et sexuelle

Dans la société camerounaise, beaucoup pensent que les personnes vivant avec un handicap ne peuvent « rien faire de bon ». Certaines personnes leur dénie même la capacité d'avoir des sentiments, d'être à même de mener une vie sexuelle épanouie, de former un couple et de faire des enfants (UAFA, ANAC et al., 2007). Pourtant, tout être humain peut ressentir du plaisir, des envies, des sentiments, indépendamment de son apparence physique (Denormandie, 2003).

1.2.2. Les inquiétudes inhérentes aux effets pervers de la grossesse en cas de déficience physique

Pendant la grossesse, la femme subit des transformations morphologiques entraînant une grande fatigue et parfois des difficultés à se mouvoir facilement. Si la femme enceinte est porteuse d'un handicap moteur, on suppose que la difficulté à se mouvoir sera plus grande. Dès lors, le sujet devra faire face à un certain nombre de difficultés. Celles-ci sont plus accentuées chez les femmes qui se déplacent en fauteuil roulant, en raison de leur mobilité réduite. Elles sont alors soumises à un certain nombre de désagréments inhérents à leur condition physique, notamment : la constipation, les infections urinaires, la prise de poids et l'apparition d'œdèmes (Humilière, 2010).

En général, dans les représentations sociales, les personnes handicapées sont apparentées aux malades. Lorsqu'elles sont enceintes, c'est partout l'étonnement. Beaucoup se demandent si elles peuvent encore se déplacer. Si elles peuvent accoucher par voies naturelles ou par césarienne. Pourront-elles subvenir aux frais inhérents à la grossesse et à l'accouchement, dans un environnement où handicap rime avec extrême pauvreté (Pouagam, 2000) ? Sans oublier le devenir de l'enfant à naître.

1.2.3. Les inquiétudes liées au futur nourrisson

Si les femmes valides subissent des pressions de l'entourage pour « faire un enfant », c'est tout le contraire pour les femmes vivant avec un handicap. On ne les croit pas capables d'élever un enfant du fait de la faible éducation qu'elles ont reçue et de leurs revenus souvent très limités. Dans certains cas, on pense même qu'elles pourront donner obligatoirement naissance à des enfants handicapés, fruit de la malédiction qui pèse sur elles (UAFA, ANAC et al., 2007).

Ces difficultés et préjugés négatifs sont facteurs de perturbations, de troubles psychiques et de désordres sociaux chez certains sujets (Mordier, 2013). D'autres par contre, affrontent ces situations difficiles sans qu'apparaisse le moindre trouble. On les qualifie de résilients (Anaut, 2005). Dès lors, il convient de s'interroger sur les facteurs de résilience qui permettent à la femme en situation de handicap moteur de surmonter ses limitations. L'hypothèse de cette étude est que ces facteurs de résilience se retrouvent à trois niveaux : la personnalité du sujet, le contexte familial et l'environnement extrafamilial.

Selon la théorie écosystémique, les facteurs de risque et les facteurs de protection ne sont pas immuables. Ils peuvent se modifier en fonction de l'évolution du

contexte (Larose, 2004).

2. Méthode

L'étude empirique s'est déroulée dans la ville de Yaoundé du 8 septembre au 28 octobre 2020.

2.1. Les participantes

Dix femmes en situation de handicap moteur, âgées de trente à cinquante-trois ans et vivant à domicile, ont été interrogées. Elles étaient porteuses d'une incapacité acquise au cours de la vie, mais souvent dans l'enfance. Deux d'entre elles ont connu le mariage. Deux autres ont fait l'expérience du concubinage. Les autres sont des mères célibataires sans partenaire sexuel fixe.

Les enquêtées ont été sélectionnées selon le critère de l'échantillonnage par choix raisonné. Il a fallu, dans certains cas, user d'une grande diplomatie pour convaincre certaines d'entre elles de participer à l'étude. Selon elles, un tel travail n'apportera rien de plus à leur existence.

Tableau 1

Caractéristiques des participantes

Prénom	Âge	Handicap moteur	Statut conjugal	Nombre d'enfants	Emploi	Date de l'entretien
Monique	44	Diplégique	Célibataire	1	Coiffeuse	28/10/2020
Marie Goretti	30	Tétraplégique	Célibataire	2	Tenancière d'un débit de boisson	28/10/2020
Marie Thérèse	44	Monoplégique	Célibataire	2	Tenancière d'un débit de boisson	8/9/2020
Marie Crescence	53	Diplégique	Célibataire	4	Couturière	28/10/2020
Martine	50	Monoplégique	Célibataire	2	Secrétaire	8/9/2020
Marie Jeanne	45	Diplégique	Veuve	4	Naturopathe	28/10/2020
Dorette	53	Tétraplégique	Célibataire	2	Couturière	28/10/2020
Flore	52	Diplégique	Célibataire	2	Couturière	28/10/2020
Solange Nathalie	37	Monoplégique	Célibataire	5	Couturière	29/9/2020
Jacqueline	47	Handicapée motrice	Mariée	6	Couturière	8/9/2020

2.2. Le matériel et les procédures

Les interviews étaient semi-directifs (questions ouvertes). Cela a permis une introduction dans l'analyse des trajectoires et des expériences des concernées. Les entretiens ont été réalisés « à bâtons rompus ». Ils ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone avec l'accord des interviewées. Les rencontres se sont effectuées,

avec neuf d'entre elles, sur leur lieu de travail. La dixième nous a reçu à son domicile. Les données ont été étudiées selon la technique de l'analyse de contenu thématique. Cependant, il faudrait avouer que les entretiens n'ont pas été toujours rapportés in extenso, du fait du style parfois haché du discours des interviewées. Celles-ci s'exprimaient, selon le cas, en français standard, mêlé de « *camerounismes* » et dialectes locaux (Eton, Ewondo, Bafia, Yambassa). Cela est dû à leur niveau d'études relativement bas. Aucune d'entre elles n'a atteint la classe de terminale.

Bien que l'enquête se soit déroulée à Yaoundé, l'étude rend compte de l'expérience de ces femmes aussi bien en campagne qu'en milieu urbain. En effet, huit femmes interviewées sur dix ont d'abord longtemps vécu dans l'arrière-pays, où elles ont d'ailleurs donné naissance à une partie/à tous leurs enfants, avant de s'installer dans la capitale.

3. Les résultats

Les résultats de cette étude montrent que les femmes enceintes en situation de handicap moteur parviennent au terme de leur grossesse grâce à l'interaction de facteurs individuels, familiaux et extrafamiliaux.

3.1. Les facteurs individuels

Les facteurs individuels sont des caractéristiques internes au sujet qui lui permettent de développer des éléments de la résilience. Ils renvoient à la personnalité de chaque sujet. La personnalité rend compte de ce qui caractérise les comportements usuels d'une personne, ce qui la distingue des autres dans son unité, sa singularité et sa permanence. Ces femmes peuvent « user de l'estime de soi » et lutter contre l'adversité.

3.1.1. L'estime de soi

Après l'acquisition d'une déficience et la régression psychologique qui peut s'ensuivre, la femme handicapée motrice doit retrouver l'estime de soi et la capacité à s'aimer, à séduire. Elle doit accepter sa nouvelle identité de femme handicapée. Cela passe par une reconstruction physique et psychologique. Les dix femmes handicapées interrogées ont toutes prouvé qu'elles étaient à même de transcender leur handicap. Pour preuve, elles ont, certes à un niveau moyen, mené des études scolaires et obtenu un métier qui les fait vivre. Cela renforce l'estime de soi et les prépare également à fonder un foyer, tout au moins à faire des enfants. C'est par exemple le cas de Solange, une mère célibataire de cinq enfants, âgée de trente-sept ans. Elle affirme n'avoir jamais douté qu'elle pouvait faire des enfants, en dépit de la

monoplégie dont elle est victime :

« Je suis une handicapée capable. J'essaie toujours de braver les difficultés que m'impose ma déficience. »

Toutefois, l'estime de soi dont font montre ces femmes s'accompagne d'une attitude stoïque.

3.1.2. L'adversité

Au regard des réelles difficultés auxquelles font face les femmes handicapées interviewées dans leur vie quotidienne, il est clair qu'elles ont développé un stoïcisme, c'est-à-dire une fermeté de l'âme devant la douleur. Cela leur permet d'affronter les situations difficiles comme celle de la grossesse. Ainsi, Dorette est une femme tétraplégique de cinquante-trois ans. Elle a donné naissance à deux enfants qui sont décédés en bas âge. Mais la gestion de sa première grossesse, à l'âge de dix-sept ans, est évocatrice d'un personnage qui demeure stoïque devant les situations adverses. En effet, elle dit:

« Je suis tombée enceinte pour la première fois lorsque j'étais âgée de dix-sept ans. Cela était involontaire. J'avais rencontré un homme qui était de passage dans notre village. Je voulais découvrir les sensations que procurait le sexe et c'est comme ça que j'ai conçu. Apeurée par la réaction de mes parents, j'ai caché cette grossesse à tout le monde. Cela fut rendu possible grâce à ma posture habituellement courbée que m'impose mon handicap. Lorsque j'avais des malaises, mon père m'accompagnait à l'hôpital. Mais comme il n'entrait pas dans le cabinet du médecin, il demeura ignorant de mon état jusqu'au jour de l'accouchement. Cet accouchement se déroula sur la cour du domicile familial, alors que mes parents se trouvaient aux champs. Seule ma grand-mère, clouée sur un fauteuil à l'intérieur de la maison, entendit mes gémissements. Prise de panique, elle alerta les voisins et ces derniers firent appel à mes parents. »

Néanmoins, pour réaliser leur rêve d'être mère, ces femmes handicapées ont nécessairement besoin de l'appui de tierces personnes. Elles peuvent le trouver auprès de leur famille.

3.2. Les facteurs familiaux

Les facteurs familiaux sont des éléments qui émanent du soutien que les membres de la famille apportent et qui génèrent le développement de la résilience. Il y a, d'une part, le conjoint et, d'autre part, les membres de la famille d'origine du sujet résilient.

3.2.1. *L'affection du conjoint*

L'attitude qu'affiche le conjoint est importante après l'annonce de la conception. Dans le cas où les deux partenaires sont mariés ou vivent sous un même toit, le problème ne se pose pas véritablement, car le désir d'avoir un enfant est un projet conçu ensemble. Jacqueline est une femme de quarante-sept ans, atteinte de diplégie. Si pendant longtemps, elle s'est déplacée à l'aide de béquilles ; depuis deux ans, elle se déplace en fauteuil roulant à cause du poids de l'âge. Elle exerce le métier de couturière. Elle a pu donner naissance à six enfants grâce au soutien de son partenaire, un homme valide avec qui elle a fini par se marier.

Un cas de figure typique des sociétés traditionnelles africaines mérite d'être relevé. C'est celui des situations où la femme handicapée se retrouve dans un foyer polygamique. C'est le cas de Marie Jeanne, une femme atteinte de diplégie âgée de quarante-cinq ans qui, aujourd'hui, exerce comme naturopathe :

« À l'âge de quinze ans, j'ai fait la rencontre d'une dame au sein du groupe de prière que je fréquentais dans mon village. Elle se montrait toujours très attentionnée à mon endroit et me fit connaître son mari. Elle fit également la rencontre de mes parents. J'ai compris les raisons de cette sollicitude lorsqu'un jour, mon père m'informa que je devais devenir la seconde épouse du mari de cette dame. J'avais alors quinze ans et mon futur époux, soixante-cinq. La dame, qui était stérile, avait agi ainsi afin que son mari ait des enfants. C'est ainsi que j'ai pu donner naissance à quatre enfants. C'est ma coépouse qui me portait assistance pendant mes grossesses. Par la suite, notre mari est mort. Ma belle-famille m'a chassée de la maison. C'est ainsi que je suis venue m'installer à Yaoundé. »

Toutefois, il faudrait signaler que deux femmes handicapées interviewées sur dix ont fait l'expérience du mariage et deux autres, celle du concubinage. Mais si les deux amoureux mènent une idylle clandestine, il arrive très souvent que le partenaire valide prenne la clé des champs dès l'annonce de la grossesse. Il abandonne ainsi sa dulcinée à son propre sort. C'est ce que Marie Thérèse, une tenancière de débit de boissons atteinte de monoplégie et âgée de quarante-quatre ans a vécu :

« J'entretenais une relation amoureuse avec un homme valide. Tout se passait bien. Mais lorsque je lui ai annoncé que j'étais enceinte, il a préféré s'enfuir. C'est difficile pour un homme valide de s'afficher en public avec une femme handicapée. »

Par ailleurs, les familles des personnes handicapées s'opposent parfois à la vie affective de leur membre handicapé par peur d'une éventuelle maltraitance que

Par ailleurs, les familles des personnes handicapées s'opposent parfois à la vie affective de leur membre handicapé par peur d'une éventuelle maltraitance que pourrait subir leur sœur/enfant de la part de sa belle-famille. Cette situation est source de traumatismes, car ces femmes, parfois éprises d'amour pour leur partenaire, voient s'envoler leur rêve d'une éventuelle vie en couple : une chose particulièrement désirée par bon nombre de femmes dans la société camerounaise. C'est ce que nous révèle Martine, une quinquagénaire célibataire, mère de deux enfants :

« Je sortais avec un homme valide. Lorsque je suis tombée enceinte, je l'en ai informé. Il a accueilli ma nouvelle avec beaucoup de joie. Il était même prêt à me prendre pour épouse. Mais les membres de ma famille n'ont pas voulu de cette relation. Ils craignaient que ma belle-famille ne me maltraite du fait de mon handicap. Ils ont convoqué mon partenaire et lui ont demandé d'oublier qu'il avait eu un enfant avec moi. Le monsieur n'a pas rouspété. Il m'a tout de même soutenu moralement et a également contribué aux frais inhérents à la grossesse, même comme il était encore étudiant à l'École normale supérieure de Yaoundé. »

Allant dans le même sens, Monique, une femme de quarante-quatre ans, atteinte de monoplégie et mère d'un enfant, révèle ceci :

« Mes parents se sont toujours opposés à ce que j'entretienne des relations amoureuses avec des hommes. Mon père disait toujours que l'homme qui voudra m'épouser devra au préalable ramasser tous les cailloux de notre cour. Une façon à lui de décourager tout prétendant qui voudrait s'approcher de moi. Après le décès de mes deux parents, mes frères ont adopté le même comportement. C'est ainsi que lorsque je suis tombée enceinte d'une relation occasionnelle, ils n'ont pas voulu que mon partenaire en soit informé. C'est uniquement lorsque mon enfant a eu trois ans que son géniteur a connu son existence. J'ai compris plus tard que mes parents m'ont fait du mal en agissant ainsi. »

Huit des dix femmes interrogées accusent leurs parents d'avoir été, par leur idiosyncrasie hyperprotectrice, les principaux responsables de leur statut de célibataire. Dès cet instant, la femme handicapée, qui ne bénéficie pas du soutien de son partenaire, doit trouver les voies et moyens de conduire la grossesse jusqu'à son terme ou alors, de l'écourter purement et simplement, à moins de se retourner vers sa famille.

3.2.2. La chaleur affective des membres de la famille

Les marques d'attention de l'entourage familial constituent un vrai soutien pour le sujet résilient. En contexte camerounais, un membre de la famille peut être affecté auprès de la femme enceinte pour l'aider à faire face aux difficultés de la grossesse. Marie Goretti, une célibataire tétraplégique âgée de trente ans et mère d'un enfant le confirme :

« Quand je suis tombée enceinte, j'ai informé mon partenaire. Il a donné l'impression d'être content de cette nouvelle. Mais par la suite, il a disparu, me laissant seule à m'occuper de la grossesse. Mes parents ont envoyé ma sœur chez moi, afin de m'aider à effectuer les tâches quotidiennes. »

Bénéficiant du soutien familial, la femme enceinte en situation de handicap doit pouvoir envisager la rencontre avec le grand public.

3.3. Les facteurs extrafamiliaux

Les facteurs socio-environnementaux ou extrafamiliaux sont le soutien que des personnes externes à l'individu et à la famille apportent au sujet, afin qu'il résiste aux situations difficiles. Nous aborderons ici le voisinage et le personnel de la santé.

3.3.1. Le voisinage

La vue d'une femme handicapée enceinte paraît toujours anecdotique pour le grand public. Ici, les avis sont partagés. Certaines personnes expriment leur désarroi, par une série d'interrogations et d'exclamations, face à cette situation qu'ils qualifient de scandaleuse. Flore est une célibataire atteinte de diplégie. Elle est âgée de cinquante-deux ans et mère de deux enfants. C'est avec un petit sourire qu'elle se rappelle de quelques propos que le voisinage émettait en la voyant enceinte :

« Oh ! La pauvre ! Qui lui a fait ça ? Qui a posé un tel acte ? Comment va-t-elle faire pour accoucher ? Peut-être que l'enfant va sortir par les fesses. Le ventre va sûrement traîner au sol. Les hommes sont méchants ! »

Allant dans le même sens, Solange dit avoir retenu une phrase d'un voisin qui, s'étonnant de la voir enceinte, demanda :

« Donc toi aussi tu fais les choses-là ? » Une façon de s'étonner qu'une femme handicapée entretienne également des relations sexuelles.

D'autres personnes affichent une attitude plutôt positive à la vue d'une femme handicapée porteuse d'une grossesse et le manifestent en lui apportant leur aide. C'est ainsi que Solange, qui s'était coupée de sa famille après s'être mise en couple, a

pu surmonter les difficultés liées à ses grossesses grâce à l'aide du voisinage et des amis. Cette aide était « tantôt morale, tantôt matérielle ». Une aide non négligeable avant de faire face au milieu hospitalier.

3.3.2. Le personnel de santé

C'est toujours avec stupéfaction que les femmes enceintes vivant avec un handicap sont reçues pour la première fois dans les services de santé du pays. En effet, les agents de la santé ne sont pas particulièrement outillés à prendre en charge cette catégorie de la population. C'est uniquement lorsqu'ils sont confrontés à ce type de patients qu'ils essaient de s'y adapter. Marie Crescence est une couturière célibataire de cinquante-trois ans, atteinte de diplégie. Elle a donné naissance à trois enfants. Elle révèle ceci :

« Je suis tombée enceinte pour la première fois à l'âge de dix-sept ans, à la suite d'une relation intime spontanée. Lorsque je me suis rendue à l'hôpital, c'est avec surprise que j'ai été accueillie par le personnel de santé. La plupart avaient peur de m'approcher. Chacun comptait sur son collègue pour effectuer le premier pas. Finalement, avec le temps, ils ont fini par s'habituer à moi et ont convenablement pris soin de ma grossesse. »

Allant dans le même sens, Jacqueline relate son expérience avec beaucoup de mélancolie :

« Lors d'une de mes six grossesses, je m'étais rendue à l'hôpital pour effectuer une visite prénatale. Aucun dispositif particulier n'avait été pris pour m'encadrer. Je me débrouillais à me déplacer comme les autres patientes valides. Ce jour-là, alors que j'avais péniblement vers le bâtiment où s'effectuaient les visites, j'ai fait une chute, sous le regard médusé du personnel médical. C'est à ce moment-là qu'ils ont volé à mon secours, tout en portant sur moi une attention particulière. Cette chute a failli me faire perdre mon bébé. Je pense que si ces agents étaient formés dans l'encadrement des personnes handicapées, j'aurais été soutenue dès mon entrée dans l'enceinte de l'hôpital. Néanmoins, par la suite, les agents de la santé se sont bien occupés de moi. »

On peut donc retenir que les femmes handicapées motrices surmontent les soubresauts de leur grossesse grâce à une combinaison de facteurs allant indifféremment ensemble. Lesdits facteurs sont inhérents à la personnalité de chaque individu, renforcés par le soutien de la famille et du reste du corps social.

4. Discussion

Les résultats de cette étude montrent que les femmes enceintes en situation de handicap moteur parviennent au terme de leur grossesse grâce à une combinaison de facteurs de protection qui empêchent ou limitent les effets des facteurs de risque. Ces deux types de facteurs peuvent être rattachés soit à l'individu, soit à son écosystème, ou aux interactions entre les différents niveaux de cet écosystème en permanente évolution (Larose, 2004).

4.1. La personnalité du sujet

Si toute femme ordinaire désire avoir un enfant, cela semble plus important pour celles qui sont porteuses d'un handicap moteur. Elles sont prêtes à braver les risques inhérents à la grossesse afin d'être mères. C'est ce qui est ressorti de nos entretiens avec les femmes interviewées. En effet, l'absence d'un ou de plusieurs membres fonctionnels limite l'apport de la femme handicapée dans l'économie familiale. Elle a l'impression d'être inutile à ses parents. En ce moment-là, le désir d'avoir un enfant se fait plus ardent. Ce dernier, par sa contribution aux activités domestiques, vient symboliquement combler la carence physique de sa mère (Amor Ndjabo, 2018). Dès lors, pour réaliser leur projet de maternité, ces femmes ont recours à la persévérance, la combativité, la créativité (Kimessoukié Omolomo, 2016). Mais pour soutenir et améliorer leur résilience, elles ont besoin de l'assistance de tierces personnes, notamment des membres de leur famille.

4.2. Les facteurs familiaux

Les résultats de l'étude ont montré que l'entourage joue un rôle très important dans le processus de reconstruction de la femme handicapée motrice, et donc dans sa résilience. En effet, « On n'est pas résilient tout seul ; la résilience se construit avec l'aide de personnes, professionnels parfois, le plus souvent de proches qui, fréquemment sans le savoir, jouent un rôle essentiel. » (Manciaux, 2006).

4.2.1. L'attention du conjoint

Pendant la grossesse, les conjoints doivent solidifier leur relation afin de permettre à la femme de conduire la grossesse jusqu'à son terme. Mais la plupart des femmes handicapées interrogées avouent que les relations intimes qu'elles entretiennent avec les hommes valides manquent de sincérité. Les hommes qui les approchent semblent rechercher de nouvelles sensations, de nouvelles expériences. Ils perçoivent ces femmes comme de simples objets sexuels qui procurent du plaisir, plutôt que des sujets avec qui on pourrait partager du plaisir (Amor Ndjabo, 2018).

C'est pour cela que ces femmes, une fois tombées enceintes, se rabattent généralement vers leurs familles pour solliciter de l'aide. C'est la même réaction qu'adoptent certaines femmes qui, devenues handicapées après le mariage, ont vu leur couple fondre comme neige au soleil suite à la survenue de leur handicap (Demain, 2007).

4.2.2. Le soutien des membres de la famille

Autrefois, dans les communautés traditionnelles du Cameroun, l'appartenance d'un individu à une famille, par ricochet à un lignage, un clan ou une tribu faisait de lui un être social, rarement exclu des activités collectives, même s'il était handicapé (MINAS, 2006). Mais les mutations de la société moderne, avec les besoins nouveaux y afférant, ont engendré des phénomènes nouveaux à l'instar de l'individualisme, avec pour conséquence l'effritement de la solidarité communautaire (Ibid). De nos jours, le handicap est très souvent perçu comme une honte pour le groupe familial (Demain, 2007). C'est pour cela que la plupart des femmes interrogées ont le sentiment que leur famille les prend en charge, davantage par devoir plutôt que par amour. Ne sachant pas comment encadrer ces personnes, certaines familles n'hésitent pas à les rejeter. En ces moments-là, les concernées ne peuvent compter que sur des personnes externes à la famille où subsistent encore un brin de cette solidarité traditionnelle.

4.3. Les facteurs extrafamiliaux

Outre la famille, les femmes enceintes en situation de handicap moteur peuvent bénéficier du soutien du voisinage et du personnel de santé.

4.3.1. Le voisinage

Une personne handicapée qui entretient de bonnes relations avec des amis pourra trouver auprès d'eux un soutien multiforme. Ces personnes peuvent suppléer les manquements du groupe familial, voire des pouvoirs publics, grâce à une assistance tant physique, morale que matérielle (MINAS, 2006). Cette aide est précieuse dans un contexte social où 98 % des femmes n'ont pas accès à un régime d'assurance maladie (INS, 2010).

4.3.2. L'empathie du personnel de santé

Le regard empathique du personnel de santé joue un rôle important dans l'accompagnement de la femme enceinte porteuse d'un handicap moteur. Celle-ci perçoit l'attention portée sur elle comme une marque d'intérêt et de considération.

Dès lors, l'empathie par le soignant s'avère absolument nécessaire pour le cheminement du patient (Hussmer, 2017). Mais un constat se dégage à l'issue des entretiens avec les femmes interviewées, très peu de membres du corps médical au Cameroun sont outillés dans l'accompagnement des patientes handicapées. Dans ce cas, l'assistance médicale qu'ils apportent à ces dernières s'effectue « par tâtonnement » et avec risque de frustration (Demain, 2007).

Conclusion

Dans cette étude, il était question de relever les facteurs de résilience qui permettent à la femme en situation de handicap moteur de faire face aux rudes conditions qui entourent la grossesse. Il apparaît que l'ardent désir d'avoir un enfant pousse les femmes handicapées motrices à surmonter leurs limitations. Toutefois, elles y parviennent grâce à une combinaison de facteurs familiaux et extrafamiliaux connus sous le vocable de facteurs de résilience. Ceux-ci réduisent ou anéantissent les effets des facteurs de risque. Cette recherche offre ainsi à la communauté nationale des outils pouvant permettre d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes vivant avec un handicap moteur avant, pendant et après le chemin de la maternité. En somme, les conditions de vie précaires, les préjugés sociaux aggravent la situation de ces femmes qu'une meilleure prise en charge médicale pourrait soulager.

Références

- Amor Ndjabo, M. (2018). *L'expérience de l'incapacité motrice à Yaoundé – Cameroun : une analyse des perturbations biographiques*, Thèse de sociologie, Université Renne II ; Université catholique d'Afrique centrale.
- Anaut, M. (2005). Résilience et personnes en situation de handicap, *Reliance*, 15, 16-18.
- Bérard, É. (2003). Désir d'enfant et handicap : l'exemple de la femme paraplégique, (s/d) P. Denormandie et al. *Vie de femme et handicap moteur*, Paris, AP.HP, 51-53.
- Bih, H. (2010). *Être femme handicapée au Cameroun*, www.yanous.org, consulté le 20 juillet 2019.
- Boutruche, C. (2010). *Approches des handicaps moteurs et leurs répercussions dans la vie*.
- Brasseur, P. (2016). La sexualité des personnes en situation de handicap comme problème public et politique (1950-2015), in M. Le Deng, De Luca Darusse Virginie (dir). *Les politiques de la sexualité : avancées et résistances au niveau national et local dans la diffusion des savoirs relatifs à la sexualité à la contraception et à la prévention des IST*, Paris, L'Harmattan, pp. 123-143.
- Bureau central de recensement et d'étude de la population au Cameroun (BUCREP) (2010). *Projections démographiques*, (3), Yaoundé.
- Cadic, J. (2013). *Handicap moteur maternel et grossesse : évaluation de la satisfaction des patientes face à une prise en charge spécifique*, Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Université Paris Descartes.
- Colomby, P. de (2004). Les représentations familiales et sociales des personnes vivant avec un handicap en France : Une exploration secondaire des enquêtes HIDE, *Fond National de Gérontologie*, 27(110), Paris, 183-199.
- Demain, O. (2007). *Vivre le handicap au Cameroun*, Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du Master professionnel (2^{ème} année) en déficiences et activités physiques adaptées, Université Marc Bloch de Strasbourg.
- Didiefra, S. (1991). Handicaps physiques, stratégies économiques et stratégies matrimoniales au Sénégal, vol 32, Quito, *Pergamon Press*, 267-272.
- Diop, I. (2012). Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale, *Le français aujourd'hui*, 177, Paris, Armand Collin, 19-27.
- Humilière, A. (2010). *Prendre en charge une femme paraplégique en pré, per et post partum*, Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, École des sages-femmes Albert Fruhinsholz, Nancy.
- Hussmer, R. (2017). La résilience : un concept incontournable en kinésithérapie. *Transmettez votre savoir de kiné à kiné*, 28, décembre, 10-13.
- Lennon, S. (2019). *Factors associated with family resilience during pregnancy among inner-city women*, <https://www.researchgate.net/publication/279234858>, consulté le 3 octobre 2020.

- Ibanez, G. (2014). *Santé mentale des femmes enceintes et développement de l'enfant*, Thèse de doctorat en santé publique, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.
- INS (2019). *Enquête démographique et de santé 2018*, Yaoundé.
- Kimessoukié Omolomo, É. (2016). *Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez des femmes camerounaises confrontées à une forte adversité*, Volume I, Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Larose, F. (2004). Approche écosystémique et fondements de l'intervention éducative précoce en milieux socioéconomiques faibles, *La résilience scolaire*, Sherbrooke, 56-80.
- Le Premier ministre, Décret N° 2018/6233 /PM du 26 juillet 2018 fixant les modalités d'application de la loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées, www.spm.gov.cm, consulté le 30 juin 2021.
- Manciaux, M. (2006). Handicap, résilience, éthique, *Reliance*, 20, 11-16.
- MINAS (2006). *Rapport général de l'étude sur la mise en place d'un Fonds de Solidarité National du Cameroun*, Yaoundé.
- MINAS (2008). *Guide d'accessibilité des personnes handicapées aux infrastructures et édifices publics ou ouverts au public*, Yaoundé.
- Mordier, B. (2013). Construire sa vie avec un handicap moteur, *Dossier solidarité et santé*, 38, 1-12.
- Mortimor, J.-C. (2019). *Encyclopédie DIC*.
- Ondoua Abah, G. (2001). *Livre blanc sur la condition des personnes handicapées au Cameroun*, Yaoundé, Presses Universitaires d'Afrique.
- Pouagam, J. (2000). *Handicapés connaissez-vous vos droits ?* Yaoundé, La Foire des Foires.
- Redshaw, M. et al. (2013). Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and postnatal period, *BMC pregnancy and childbirth*, www.researchgate.net, consulté le 26 septembre 2020
- République du Cameroun, Loi n°2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées, in *Pouagam, Joseph, Recueil OMD et des textes juridiques de promotion et de protection des personnes en situation de handicap sur le plan national et international*, Yaoundé, 2010, pp. 31-38.
- République unie du Cameroun, Loi n° 83/013 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées, *JO n° 14*, Yaoundé, 1^{er} août 1983, p. 1927.
- Salamin, F. (2014). *L'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes avec lésion médullaire*. Master en psychologie de la santé et psychosociologie, Université de Lausanne.
- UAFA, ANAC et al. (2007). *Étude sur les droits des personnes handicapées au Cameroun*, Yaoundé, CNDHL.

Expérience de résilience des personnes en situation de handicap à la suite de l'amputation d'un membre à Yaoundé

Ngouafack Larissa

École des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale
ngouafacklarissa@gmail.com

Etienne Kimessoukié Omolomo

École des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale

Résumé

La personne handicapée à la suite de l'amputation d'un membre fait face à diverses adversités. Ce type de traumatisme conduit à une remise en cause de l'idéal de soi. La complexité des questions posées à cette personne et le désir d'être autonome, vécu comme un rêve inaccessible, prend une autre dimension et devient une préoccupation majeure dans la vie de la personne. L'étude que nous avons menée visait à décrire la structure essentielle de l'expérience de résilience des personnes handicapées après l'amputation d'un membre. L'étude est de type phénoménologique descriptif. Nous avons recruté huit participants à partir d'un échantillonnage par choix raisonné de type homogène (avec un score de résilience ≥ 146 à l'échelle de Wagnild et Young). Ce nombre a été délimité par le seuil de saturation. L'étude du processus de résilience a été réalisée à travers un entretien semi-directif avec un guide d'entretien. Les données ont été traitées par analyse de contenu. Il apparaît qu'après le deuil et l'accompagnement, tous les participants ont exprimé une augmentation de l'estime de soi, un « sens retrouvé » qui les encourage à se mettre en action au quotidien. Cette transformation se caractérise par un passage de l'apathie à la motivation, la mise en action des compétences et des interactions positives qu'on retrouve dans le processus de résilience.

Mots-clés : résilience, personne handicapée, amputation d'un membre ; estime de soi ; motivation, compétences, interactions positives.

Abstract

The person with a disability following the amputation of a member faces adversity. These traumas lead to a questioning of the ideal of oneself. The complexity of the questions facing this person, the desire to be autonomous, lived as an inaccessible dream, takes another dimension and becomes a major concern in the life of the person. The study aimed to describe the essential structure of the resilience experience of people with disabilities following amputation of a limb. The study is qualitative descriptive phenomenological type with eight participants determined by saturation threshold, sampling by reasoned choice of homogeneous type (with a

score of resilience ≥ 146 on Wagnild and Young scale). The study of the resilience process was done through a semi-directive interview with a maintenance guide; the data were processed by content analysis. It appears that, after the mourning and the accompaniment, all the participants expressed an increase of the self-esteem, "sense found" which encourages them to put themselves in daily action. This transformation is characterized by a shift from apathy to motivation, the putting into action of skills and positive interactions that is resilience.

Keywords : Resilience, Person with Disabilities, Amputation of a Member, Limb amputation; Self-esteem; Motivation, Skills, Positive interactions.

Introduction

L'amputation d'un membre constitue un moment de grande sensibilité biologique, psychologique et sociale. La personne amputée d'un membre vit dans un monde de difficultés quotidiennes. Elle se trouve en situation de handicap lorsqu'elle fait face aux adversités de tout ordre, biologiques, psychologiques et sociales. Ainsi, en plus de son amputation, la personne se trouve confrontée à des difficultés dans son environnement alors qu'elle passe de l'amputation au handicap. L'approche phénoménologique conduit à rendre compte de la résilience à partir de l'expérience des personnes amputées et des adversités auxquelles elles sont confrontées, ce qui leur permet de mobiliser des stratégies pour y faire face. Les personnes amputées, dont les expériences de résilience ont été étudiées au cours de cette recherche, sont confrontées à un environnement qui limite la réalisation de leurs activités quotidiennes. Certaines personnes amputées confrontées à une telle adversité doivent mobiliser différentes ressources et stratégies de rétablissement. L'accompagnement psychosocial au cours du handicap est susceptible de permettre à la personne de gérer cet état transitoire qui peut décompenser, voire se chroniciser. L'objectif de cette étude est de comprendre l'expérience de résilience de personnes amputées d'un membre.

1. Contexte général de l'étude

Le handicap est défini comme étant la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, menant à des difficultés psychologiques, intellectuelles, sociales et/ou physiques. À travers l'Histoire, le handicap lié à l'amputation a toujours été considéré de façon négative par la société. Les personnes amputées étaient perçues comme des monstres au Moyen-âge. Elles rencontrent encore des difficultés à être acceptées de nos jours (Campbell, 2003). Elles font face à de nombreuses difficultés telles qu'une nouvelle conception de soi et des autres, la gestion des soins qui leur sont prodigués et la recherche de nouvelles perspectives de vie, afin de retrouver un équilibre mental et physique. C'est pourquoi Potter et Perry (2005) affirment que « *identité, image corporelle et estime de soi interviennent dans le processus d'acceptation d'une maladie, d'un handicap ou d'une modification corporelle et agissent aussi dans la participation à la démarche qui mène à la guérison* ». Il est important aussi de connaître quelques données épidémiologiques concernant l'amputation, cela va nous permettre d'analyser les différents critères qui entrent en compte dans le vécu psychosocial.

D'après les données de Gillingham (2006) aux États-Unis, les causes de l'amputation sont davantage vasculaires, notamment avec les neuropathies diabétiques ; puis

traumatiques qui touchent généralement les plus jeunes entre 20 et 50 ans où l'acceptation du schéma corporel, l'image corporelle et les adversités sont bien souvent difficiles. Pour l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE, 2004), sur 62 324 000 habitants de la population générale en France, on note 40 000 amputés avec, approximativement 5 000 nouveaux cas par an, dont la majorité sont des amputés des membres inférieurs.

Selon le rapport du congrès de l'IAR (L'institut Africain de réadaptation, 2006), la République du Togo compte environ 6 millions d'habitants dont 599 800 personnes handicapées de manière générale, soit 9,99 % de la population totale, et 190 200 personnes handicapées physiques. Au Bénin, selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2013 (de la Statistique et de la Démographie, 2010), le pays compte 10 008 749 habitants dont 92 495 personnes handicapées soit 1,02 % de la population totale ; la proportion de personnes handicapées motrices est de 16,4% (Sévérin, 2018). Selon les résultats du dernier recensement général de la population et de l'habitation réalisé en 2006 et publié en 2008, le Burkina Faso compte 14 017 262 habitants, dont 168 094 personnes handicapées physiques, soit 1,19 % de la population totale (Handicap International, 2016). L'OMS (2012), pour sa part, dans son rapport mondial sur le handicap de 2011, rapporte une prévalence de 13,6 % du Handicap au Burkina Faso.

Au Cameroun, les personnes handicapées sont estimées à près de deux millions neuf cent dix mille (2 910 000) au regard des résultats officiels du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat publiés en 2010 par le BUCREP (Bureau Camerounais de Recensement de la Population), soit 15% des personnes amputées des membres inférieurs donc 436 500 personnes et 6,3% des membres supérieurs donc 183 330 personnes. L'EDS-MICS (Enquête Démographique et de Santé à Indicateur Multiples), rapporte que 5,4% de la population du Cameroun souffre d'au moins un handicap (Boco, 2011). La problématique des personnes handicapées est complexe. Les personnes ayant une déficience ne sont pas réellement intégrées dans la société. Marginalisation et stigmatisation sont les termes qui caractérisent les personnes handicapées. D'après le même rapport du BUCREP, peu de secteurs de la société camerounaise sont organisés de manière à faciliter l'intégration des personnes de ce groupe. Les salles de spectacles, les édifices publics, les transports en commun, la voirie, les écoles et les autres espaces ne sont ni équipés ni aménagés en vue de prendre en compte leurs besoins spécifiques. Un indice de cette négligence est sans doute le pourcentage, assez faible, des personnes en situation de handicap qui fréquentent un établissement scolaire, soit 3%.

D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2011), différents

modèles sont utilisés pour décrire ou expliquer le handicap. Le document relatif au Champ d'action de Handicap International identifie les personnes handicapées comme des « personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». Cette définition est conforme à la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) et au Processus de Production du Handicap (PPH). En effet, ils définissent tous largement le handicap comme une interaction complexe entre l'état de santé d'une personne et des facteurs contextuels plus larges. Comme l'indique le Rapport mondial sur le handicap publié en 2011 par l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque Mondiale « *définir le handicap comme une interaction signifie que le handicap* » n'est pas un attribut de la personne. Des progrès peuvent être faits pour améliorer la participation sociale en levant les barrières qui gênent les personnes handicapées dans leur vie quotidienne. Cependant, l'OMS (2011) dans son rapport mondial sur le handicap indique que dans le monde, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, et 20 % des personnes les plus pauvres du monde présentent des incapacités et presque 80 % des personnes handicapées vivent dans les pays à faible revenu.

L'amputation constitue un facteur de perturbations physiques et psychosociales qui influencent l'image de soi et le schéma corporel. Ce qui amène la personne amputée d'un membre à se demander comment réorganiser sa vision d'elle-même. Ainsi, il est reconnu qu'un problème de santé vécu par une personne entraîne des répercussions multi systémiques sur celle-ci (Campbell, 2003). Qu'il s'agisse d'un handicap ou d'une maladie, elle affecte considérablement la personne et les membres de l'environnement. Ceci est d'autant plus important si l'on acquiert un handicap qui engendre plusieurs bouleversements qui viennent ajouter au stress que vit la personne (Shajan & Snell, 2019). L'apparition progressive d'incapacités, de problèmes médicaux et sociaux chez la personne peuvent la perturber durant de nombreuses années (Gauvin-Lepage, 2013). En effet, cette situation inattendue confronte la personne à de nouvelles réalités pour lesquelles elle est peu préparée, et bouscule les projets de vie. Celle-ci est donc contrainte de faire plusieurs deuils, tels que le deuil du membre amputé (membre fantôme) et de la vie qu'elle avait imaginée. La personne doit alors s'investir vers un nouvel avenir (Cimon et al., 2000).

Une recension des écrits dans les bases de données Google Scholar, CINAHL, Érudit, Africans journals online, PubMed, Index Medicus African (Janvier, 2017) a permis de faire ressortir les études réalisées sur la résilience.

Ces études se concentrent sur plusieurs thèmes : le soutien à la résilience et les événements de l'enfance (abus, maladie, divorce, maladie mentale, décès des parents) (Jourdan-Ionescu et al., 2011), le soutien à la résilience pour bien vieillir (Aguerre, 2011) et les troubles mentaux, la créativité et le soutien à la résilience (Croix & Schauder, 2011). Parmi les nombreux travaux existants, certains sont publiés dans le *Traité de résilience assistée* de Ionescu (Jourdan-Ionescu et al., 2011). Kimessoukié (2016) a mené une étude sur la résilience des femmes camerounaises face à une forte adversité ; Gauvin-Lepage (2013), dans sa thèse de doctorat, présente une étude menée sur des familles dont un membre a subi un traumatisme crânien. Les résultats indiquent que certaines de ces familles ont montré leur capacité à « rebondir » et à opérer des changements positifs malgré des événements malheureux (Gauvin-Lepage & Lefebvre, 2010). Pour les auteurs, il s'agit d'une question de résilience. C'est ainsi que certains chercheurs tentent de comprendre, d'analyser et d'expliquer l'expérience des individus et des familles qui, au cours de leur existence, sont confrontés à des traumatismes. Pour certains d'entre eux, la résilience se rapporte, soit à la capacité d'une personne ou d'une famille à s'adapter aux stressors et à « rebondir » lorsqu'un événement traumatisant survient (Delage, 2008), soit à la capacité de celle-ci à répondre positivement à une situation défavorable (Simon et al., 2005), ou soit à la force avec laquelle elle change sa dynamique pour résoudre les problèmes rencontrés (Lee & Lucey, 2004). Peu d'auteurs se sont spécifiquement intéressés à la résilience des personnes en situation de handicap, suite à l'amputation, pour mieux comprendre le processus de résilience et leur permettre d'avoir une vie satisfaisante en tenant compte de leur expérience de vie.

À la vue de cette problématique complexe, cette étude s'inscrit dans une approche éco-systémique, c'est-à-dire qu'elle étudie le processus de résilience à travers les interactions entre l'individu, la famille et l'environnement et se positionne dans le courant phénoménologique. Selon Loiselle et Michaud (2008), elle s'insère dans les champs des sciences infirmières, principalement dans le paradigme de la transformation qui considère les phénomènes comme uniques, complexes, récursifs et en interaction avec un environnement changeant (McKee, 2013). Cette étude s'inscrit spécifiquement dans l'école de l'humain en devenir de Rizzo Marie Parse (1990), qui considère l'expérience de santé des personnes comme l'essence de la discipline infirmière. Le modèle théorique de l'expérience de résilience (MotheR) de Kimessoukié (2018) a servi de cadre de référence à cette étude. Il postule que l'expérience de résilience comprend cinq principales phases : la perturbation, l'adaptation, la rétroaction, la réorganisation et la transformation de soi. Il identifie quatre principaux facteurs de résilience : les compétences, les interactions positives, l'intériorité et la force transformative.

2. Méthodologie

Cette étude s'est fixé pour objectif de comprendre l'expérience de résilience des personnes en situation de handicap suite à l'amputation d'un membre, au Centre National de Réhabilitation des personnes Handicapées (CNRPH) et à l'Association pour la Promotion des Personnes Handicapées du Cameroun (PROMHANDICAM). Il s'agit d'une étude qualitative descriptive de type phénoménologique (Lambert & Loïselle, 2007). Dans cette étude, huit personnes ayant une déficience motrice ont été recrutées à partir d'un échantillon raisonné homogène (score de résilience supérieur ou égal à 146). Ce nombre de participants a été limité par le principe de saturation des entretiens. Les données ont été recueillies à l'aide de l'Échelle de résilience de Wagnild et Young (1993) et d'un guide d'entretien semi-structuré portant sur l'adversité vécue et les facteurs de résilience. Les données recueillies ont été traitées par une analyse de contenu et des contrôles de validité de signifiante ont été effectués avec les participants. Des considérations éthiques telles que le consentement libre et éclairé des participants, le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations et le respect de la dignité humaine ont été observées dans le cadre de cette étude.

3. Résultats de l'étude

Dans cette étude, les résultats obtenus portent sur des éléments catégorisant les cinq types d'adversités vécues (la perception du handicap, le niveau de vie (pauvreté), les problèmes de santé, l'adversité relationnelle et sociale), ainsi que des ressources mobilisées par les personnes amputées identifiées comme des facteurs de protection et de résilience (l'adaptation positive/compétence, la force transformatrice, la religion, les interactions positives et la transformation de soi).

Les adversités vécues par les personnes amputées

Il émerge du vécu expérientiel des personnes amputées quatre catégories d'adversités : les adversités liées à la conception de l'amputation, les adversités liées au niveau de vie, les adversités liées aux épreuves de santé et les adversités relationnelles.

Les adversités vécues liées à la conception de l'amputation : la survenue d'une situation de handicap suite à l'amputation peut entraîner une acceptation résignée : « *c'est comme ça* », il n'est pas possible d'y changer quelque chose, il faut l'accepter. Pour les personnes amputées, cette perception est d'actualité, et cela fait partie de la « normalité » de leur vécu. Pour Francis : « *c'est déjà arrivé, je dois assumer ça et j'accepte comme ça, je ne peux plus rien faire, il n'y a plus un autre remède, le fait a été*

fait » et Charly de dire : « vraiment ça peut arriver à tout le monde, c'est une étape de la vie donc pour moi je prends ça comme ça »

Les adversités vécues liées au niveau de vie : la pauvreté ici représente les adversités vécues en rapport avec la perte d'emploi, le chômage, l'insuffisance de moyens financiers, les difficultés d'accès à l'école. Les participants rapportent qu'après l'amputation, ils ont perdu leur emploi et ne sont plus capables de subvenir à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leurs enfants. Ils mettent à première vue ici l'impossibilité pour eux d'avoir des moyens de survie.

Francis : *« J'ai perdu l'emploi et la famille dit que c'est Dieu qui m'a rendu comme ça »*. Tout comme Cédric raconte que : *« j'ai toujours l'espoir d'être ce que Dieu a prévu pour moi, même si je ne travaille plus comme chauffeur à l'agence où j'étais »*. Par ailleurs, Claudel voulait continuer ses études après son amputation mais faute de moyens, sa famille s'est vue interrompre ces études après son examen, pourtant elle avait un rêve de faire le droit. La pauvreté et les conditions de vie difficiles sont dues au manque de moyens financiers des familles, au chômage de certains participants, voire même la perte d'emploi pour d'autres. Pour les participants, ces conditions sont en partie responsables des échecs et des difficultés à reprendre le chemin de l'école.

Les adversités liées aux épreuves de santé : La majorité des participants rapportent qu'ils ont des peurs de tomber, des irritations et eczéma sur le moignon d'amputation ainsi que des difficultés à l'observance thérapeutique car le moignon d'amputation doit toujours rester sec. Cette exigence apparaît difficile à observer pour certains, surtout quand on transpire beaucoup, qu'on prend une douche ou lorsqu'il pleut. Prisca rapporte que : *« il y a des moments où j'ai des problèmes avec le moignon d'amputation, les irritations comme celle que j'ai aujourd'hui là, il faut aller en pharmacie chercher les médicaments. Parfois ce sont des médicaments qui vous coûtent les yeux de la tête, 26 euros pour un seul »*. Cédric quant à lui rapporte que, *« ce matin même, j'ai glissé sur les carreaux et je suis tombé jusqu'à ce que j'aie des écorchures »*.

L'adversité relationnelle ressort des problèmes liés à la dynamique familiale, à la relation aux autres, ainsi qu'à la relation à soi. La plupart des participants ont vécu le désespoir du fait de l'abandon du foyer conjugal et de la famille par leur conjointe ou conjoint. Alain déclare que : *« tous mes enfants et moi étions fâchés parce que leur maman était partie en disant que papa n'a plus de pied, je fais quoi encore avec lui »*. La rupture des relations ainsi que des engagements pris pour le mariage se sont vu interrompre à cause de leur amputation comme nous le rapporte Claudel : *« la famille de mon fiancé a refusé qu'il prenne pour épouse une fille handicapée dont on a*

coupé le pied, même comme il m'avait déjà doté ». Ces participants expliquent que ces abandons de foyer et renoncements de promesse de mariage ont été faits après la survenue de l'amputation d'un membre, à une période où ils avaient le plus besoin de leur conjoint ; mais ceux-ci sont allés voir mieux ailleurs, chez les personnes valides, que ce soit chez l'homme comme chez la femme.

Au regard de ces résultats, il ressort que les personnes amputées font face à des adversités à travers lesquelles elles construisent leur résilience, ce qui permet de faire ressortir la structure du phénomène.

Les ressources mobilisées pour parvenir à la résilience

Dans cette étude, les ressources mobilisées pour la résilience s'organisent autour de quatre principaux facteurs ; les compétences, la religiosité, les interactions positives, et la force transformative.

Les compétences sont l'ensemble des qualités individuelles qui prédisposent à la relation avec les autres. Il s'agit principalement de la bonne estime de soi et de l'humour. La relation avec les autres peut être influencée par l'estime de soi, l'acceptation de soi, mais également par la confiance que la personne amputée d'un membre, a envers elle-même. Mary nous confie que : *« Je l'ai acceptée parce que moi je vois que je suis comme les autres, donc je n'ai pas de tristesse, je suis fière d'être comme ça et je n'accuse pas Dieu. Je n'étais pas née comme ça, c'était juste une maladie et je ne me plains pas »*. L'humour ici est utilisé par certaines personnes pour détendre l'atmosphère et créer une bonne ambiance autour d'elles. Prisca rapporte que : *« Je dis toujours aux gens que je suis handicapée quand je veux blaguer ou déranger les gens en enlevant ma prothèse et c'est vrai que sur le plan physique je ne peux pas courir. Bon ! Comme je ne peux pas courir quand je veux me rendre à un endroit, je me débrouille à y aller un peu plus tôt avant les autres »*. Le développement personnel se traduit par la capacité de travail ou d'actualisation de soi et qui nécessite la conscience de ses limites afin de mobiliser ses ressources internes et externes pour maintenir son équilibre et atteindre ses objectifs. Face aux difficultés rencontrées, les participants montrent comment ils ont opté pour la reconversion à d'autres métiers dans l'optique de se prendre en charge avec leurs enfants, lorsque les conjoint.es ont décidé de les abandonner à cause de l'amputation. Claudel raconte que : *« Avant j'allais à l'école, mais aujourd'hui j'apprends la coiffure et l'esthétique dans un salon, puisque je dois m'occuper de l'enfant et que mon fiancé m'a abandonnée »*. Plusieurs qualités peuvent être dégagées de ce récit, notamment le courage de faire face à l'adversité et l'autodétermination. Ces qualités permettent de prendre soi-même des décisions et d'être autonome.

La religiosité renvoie à une croyance en quelque chose qui relève de l'activité de l'esprit, qui est présente dans l'expérience de résilience des personnes handicapées résilientes à travers le sens qu'elles donnent à leur amputation ainsi que les événements stressants. Il apparaît également dans leur expérience de résilience des qualités telles le détachement et la création pour dépasser ces adversités vécues. La majorité des participants mentionne leur rapport avec la foi en Dieu comme le dit Cédric : *« j'assume ça avec joie parce que tout ce que Dieu fait est bon, parce que si Dieu ne faisait pas le bon travail de mon côté, moi aussi je mourais ce jour comme les autres »*. Quant à Claudel, il déclare également que : *« tout ce que Dieu fait est bon, il a trouvé que je peux être un modèle pour ces gens qui ne s'acceptent pas eux-mêmes. J'ai réussi à surmonter tout, puisque le social m'a toujours intéressé, je n'ai plus de complexe par rapport à mon état »*. Charly pour sa part rapporte qu'au début : *« je ne pouvais pas me voir avec un pied coupé et regarder les autres marcher bien, c'était difficile au début mais en vivant avec le handicap, j'ai compris qu'il y a des choses dans la vie qu'on ne peut pas changer et on doit les accepter comme ça et savoir vivre avec. Je donne tout à Dieu, je sais que s'il en a décidé ainsi, on doit l'accepter et apprendre à vivre avec »*. Pour Alain, s'il n'adhère à aucune des grandes religion internationale (christianisme, islam, etc.), il est attaché à la religion traditionnelle de ses ancêtres. Il y trouve des ressources pour donner un sens à l'adversité vécue et construire sa résilience.

Les interactions positives. La résilience se forme autour des interactions au travers des réseaux de soutien, des tutorats de résilience et des pairs émulateurs. Pour ce qui est du réseau social, la quasi-totalité des participants révèle le soutien de la famille, des amis, des professionnels de la santé, des religieux, des associations comme le PROHANDICAM, les réunions, les aides. Charly rapporte que : *« Il y a ma mère, mes frères et sœurs, donc la famille en général ainsi que certains amis qui m'ont permis de surmonter tout ça. Ils m'amènent aux fêtes et réunions où je suis considéré comme une personne normale, majeure et un pilier dans les événements. Ça me motive et me donne confiance »*.

La force transformative se caractérise ici par la persévérance et la ténacité des personnes amputées de vouloir un changement dans la personnalité et une détermination dans la réussite. Cette force intérieure les conduit à une transformation d'elles-mêmes face à des adversités vécues. Alain : *« quand je veux faire ma chose, je fais, ça ne me dérange pas en tout cas non ooh, ça n'a pas empêché hein ! Puisque quand on a coupé, bon j'étais très bien »*. Les participants ont procédé à une reconversion professionnelle dans d'autres secteurs d'activités comme la coiffure, la cordonnerie et la gestion de boutiques pour ceux qui avaient perdu leur emploi. Quant à ceux qui ont été abandonnés par leur conjoint ou conjointe, ils sont

restés solitaires afin de pouvoir prendre en charge les enfants restés avec eux. Ils expriment aussi le désir de réaliser leurs ambitions, de réussir voire relever les défis face aux adversités vécues. Pour Prisca : *« les préoccupations sont réelles telles que l'accompagnement psychosocial. J'ai continué à chercher du travail jusqu'à ce qu'on me recrute à la SOCEAPE. Bref, on a l'impression qu'on utilise l'amputé peut être une fois en passant. Il y a la journée du handicap le 9 octobre, après les célébrations et les discours politiques, on passe ; l'attention de la société s'oriente ailleurs ».*

3. Discussion des résultats présentés

Les résultats de cette étude montrent que certains participants ont été victimes d'un choc psychologique lorsqu'ils ont remarqué qu'ils n'avaient plus un membre du corps. Le choc psychologique existe en postopératoire direct juste après l'amputation, au moment où la personne découvre son moignon d'amputation pour la première fois. Celui-ci est d'autant plus important si la personne a été amputée en urgence et n'a pas été prévenue bien avant l'opération.

Cela a pour conséquence également le stress et l'anxiété. Smeltzer et Bare (1998) expliquent que *« le fait de perdre un membre représente toujours un choc pour la personne et sa famille, même si ceux-ci ont reçu une préparation psychologique avant l'opération »*. Ce choc peut aller de la surprise à l'angoisse. L'intensité de ce choc varie selon les expériences antérieures du patient, selon la conception et la perception qu'il a de l'amputation. Pour Cyrulnik (2001), après un choc ou une épreuve douloureuse, un individu et ce, qu'importe son âge, est plus ou moins contraint de naviguer entre les vagues d'adversité et se créer un processus de résilience. Il s'agit alors d'accepter le coup du sort, de le maîtriser pour ensuite le transformer et pouvoir ainsi, continuer à vivre normalement. Même si, bien sûr, la blessure est présente et le restera toujours. Malheureusement, une amputation est une opération irréversible. Même l'amputation la plus minime à l'extrémité d'un membre représente toujours pour la personne concernée une perte importante, qui s'accompagne également d'une perte de l'intégrité du corps. Pour Rockhill et al. (2001) : *« la perte d'un membre est semblable à la perte d'un proche »*.

Les résultats relatifs aux adversités sociales, en rapport avec les relations des participants avec l'entourage montrent que, le côté affectif et relationnel est complètement endommagé, se réduisant chez les participants à la famille nucléaire. Ceci sans doute à cause du fait que la famille est le groupe dans lequel chaque individu grandit et se fonde une place même sans effort (Marchi et al., 2000). Cependant, pour certains, quand les conditions deviennent plus difficiles et que l'ambiance devient moins plaisante, la famille élargie n'est plus là et pourtant la

capacité à s'accepter, à être et vivre avec son amputation ne dépend pas seulement de la personne mais aussi de son entourage. Avec patience et attention, la personne peut finir par accepter normalement son nouvel état en si peu de temps à condition que ses proches l'acceptent comme une personne intègre. Cette acceptation renforce le sentiment d'estime de soi. Pour Caryou, (2014), manquer de soutien affectif et moral de la part des amis, des membres de la famille ou des professionnels de la santé ou de l'aide sociale a tendance à favoriser la détresse et à diminuer l'esprit combatif. Les personnes en situation d'adversité ont besoin d'être aidées, accompagnées et soutenues notamment par ceux qui les entourent : familles, amis, professionnels de la santé et associations, etc. Le handicap se vit mieux quand on est accompagné (Magee et al., 2007). Le soutien représente un élément essentiel pour les personnes amputées d'un membre car c'est grâce au soutien qu'elles parviennent à garder le moral et à éloigner le stress.

Les compétences et habiletés relationnelles comme facteur de protection (estime de soi, humour et attitude) sont des stratégies d'ajustement et des éléments internes que les personnes mettent en exergue pour construire la résilience. Pour ce qui est des aptitudes que possèdent ces personnes, il faut les aider à les développer très tôt si on veut leur donner plus de chance de devenir « résilientes ». Les diverses stratégies d'habilitation contribuent à un éventuel développement de la résilience pour les personnes vivant des situations adverses selon ce qui a été rapporté par les répondants. Ces résultats vont dans le même sens que les propos de Péloquin (2007) qui soutient que les ergothérapeutes habilite une personne à des occupations variées dans le but de recouvrer la santé, contribuant ainsi à la résilience. La personne habilitée choisit, organise et interprète des éléments d'informations externes pour construire une image cohérente du monde qui l'entoure.

La capacité de travail ou d'actualisation de soi émerge dans cette étude comme un facteur de développement de la résilience. Le fait que la personne soit motivée, trouve un sens à sa situation et ait des pensées positives contribue au développement de sa résilience selon les répondants (Fine, 1991). De plus, le fait de donner un sens à son nouveau quotidien est également reconnu par plusieurs autres chercheurs comme facteurs de résilience (Durand & Chouinard, 2012 ; Tardif-Grenier & al., 2018). Par ailleurs, le processus de réflexion sur soi de la personne est cohérent avec les résultats de l'étude de Williams et Murray (2013) qui ciblent la réflexion et le fait de se parler à soi-même comme une stratégie d'adaptation aux nouvelles occupations chez des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral. Ainsi, c'est en offrant des aides, du soutien et des opportunités variées à s'engager dans des occupations significatives de la vie quotidienne que la personne se met davantage en action. Péloquin (2007) soutient également qu'établir une bonne

relation avec les autres et humaniser les qualités interpersonnelles et sociales permettent d'accompagner les personnes dans le développement de leur résilience. En outre, un des facteurs liés à l'environnement social et rapporté par les participants est la présence d'un entourage soutenant. Le fait d'offrir une opportunité à la personne amputée d'interagir avec d'autres personnes qui ont vécu la même expérience est bénéfique pour l'aider à développer sa résilience. Ce résultat est également rapporté par Charrette et al. (2011), qui observent que les échanges entre des clients traumatisés craniocérébraux du service de réadaptation qui vivent des expériences semblables contribuent à construire leur résilience.

L'autodétermination se définit comme la capacité à agir, à gouverner sa vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes indues (Giroud, 2013). Elle permet de passer du *bien vivre* au *bien être* (Martin, 2009). Pour ces auteurs, la plupart de nos manières d'agir sont hétéronomes. Les personnes en situation de handicap ne font que rendre plus nette l'interdépendance dans laquelle nous vivons en société (Ancet, 2010). Il n'est donc pas seulement question « *de savoir se débrouiller avec ce que l'on a, mais de devenir ce que l'on est* ». La facilité avec laquelle une personne quitte un secteur d'activité pour aller vers un autre domaine ressort ainsi le courage de faire face à l'adversité et l'autodétermination. Pour Ancet (2010), la véritable autonomie et autodétermination se fondent sur l'estime de soi et la reconnaissance sociale. Cette idée est également soutenue par Deci et Ryan (2000), qui indiquent que l'autodétermination est parmi les principales caractéristiques qui permettent de mieux comprendre et de mieux expliquer la motivation. Leur théorie propose l'existence de différents types de motivations autodéterminées qui ont des répercussions importantes sur le développement de la personne (Piché, 2003). Selon la théorie de l'autodétermination, trois besoins psychologiques sont à la base de la motivation humaine : les besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale. Lorsque la satisfaction de ces trois besoins est présente, elle devrait mener à une sensation de bien-être chez l'individu.

Les Interactions positives et les capacités d'adaptation sont également apparues comme des facteurs de résilience. La résilience se construit sur un déséquilibre créé par une situation d'adversité permettant aux apprentissages de se faire et aux facteurs de protection d'être mobilisés (Cyrułnik, 1999 ; Richardson, 2002). C'est par l'interaction positive entre la personne et son environnement que se mettent en place les conditions permettant l'activation du processus de résilience. L'intervention de réadaptation doit, par conséquent, prévoir l'accompagnement de la personne dans cette interaction afin que se poursuive son développement en fonction des apprentissages réalisés au long de son cheminement à travers la situation d'adversité. La résilience nécessite que la personne comprenne et

s'approprier sa trajectoire de vie, incluant la situation d'adversité, élément important de sa reconstruction identitaire. Pour White et al. (2008), la résilience peut également émerger de comportements appris puisque le cheminement personnel nécessite des changements majeurs dans la façon de faire des choses, d'entrevoir les obstacles et de rechercher des solutions. Comme tout apprentissage de soi passe par l'exploration des capacités, l'interdisciplinarité et le partenariat semblent la base de toute la réadaptation à court et long terme afin de favoriser la résilience des personnes en situation de handicap.

Les interactions positives se construisent à travers un **bon réseau de soutien social**. La majorité des participants ont fait mention dans leur expérience de résilience aux membres de la famille, religieux, pairs émulateurs, personnels de santé. Ils ont trouvé auprès de ces personnes des qualités telles que la gentillesse, l'affection et les encouragements. Lorsqu'on explore le soutien social des personnes en situation de handicap, on constate que la famille est essentielle et centrale dans le réseau de soutien. Elle peut apporter une aide financière, de l'aide concrète et de l'écoute. Par contre, il faut noter qu'il y avait aussi les hommes de Dieu, les événements festifs et les associations. *Le réseau de soutien* contribue à créer un cadre sécurisant acceptable, un véritable « *filet de protection, de résilience* » autour de la personne. Il est en fait primordial que les différents intervenants du réseau de soutien aillent au-delà du diagnostic pour se concentrer sur le potentiel des personnes en situation de handicap (Julien-Gauthier et al., 2018), par exemple en leur donnant accès à des activités de développement de carrière (Carter et al., 2010). La sensibilisation de tous les acteurs quant aux préjugés, l'accessibilité dans les milieux sociaux ainsi que les possibilités pour ces personnes de se réaliser dans la communauté sont autant d'éléments recensés comme favorables à la réussite des personnes en situation de handicap. Par ailleurs, le développement du réseau de soutien social de la personne en situation de handicap et l'établissement de liens interpersonnels, par exemple avec un tuteur de résilience, sont d'importants aspects à considérer (Julien-Gauthier et al., 2011).

Le tuteur de résilience est cette personne ou ce groupe de personnes, dont la présence auprès du sujet en souffrance peut entraîner une certaine prise de conscience et une envie certaine de se battre et de s'en sortir malgré une adversité parfois trop présente. Lecomte (2005) constate que dans toutes les expériences de résilience, à un moment donné, une ou plusieurs personnes ont été très significatives et ont répondu avec sensibilité à la souffrance de la personne. Le tutorat de résilience est aujourd'hui largement reconnu comme un pilier majeur dans la construction de la résilience. Le tuteur de résilience ou le pair émulateur active ainsi chez la personne la capacité à pouvoir dire non à la fatalité et

comprendre que rien, ni personne, sinon sa propre volonté, ne viendra la sortir de sa situation caractérisée par le malheur et la souffrance. Il aide le sujet en situation de handicap à briser les chaînes de la solitude, du repli sur soi et du sentiment d'incapacité qui peuvent l'animer. Le pair émulateur renvoie ici aux autres personnes amputées qui, de par leurs expériences, servent de repères, de modèles ou de patients experts.

La croyance religieuse peut servir à donner un sens aux événements. Elle empêche de se camper dans un statut de victime. Elle propose une interprétation de l'épreuve que Dieu nous fait subir (Cyrulink, 2014). Elle semble en effet jouer un rôle important dans le processus de résilience, notamment à la suite d'un accident tragique (Wu, 2011) ou lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie chronique. La spiritualité a été beaucoup soulignée dans la présente étude. Les personnes en situation de handicap y ont fait référence dans leur expérience de résilience. Le lien entre la spiritualité et le processus de résilience, la force qu'elle peut avoir était, selon l'analyse de leurs propos, très marquant. Enfin, à la lumière des témoignages rendus dans la présente étude, la spiritualité peut être également vue comme une force, une relation avec soi et les autres dans la recherche de sens face à l'évènement ayant occasionné l'amputation.

Certains chercheurs pensent que la détermination est l'une des caractéristiques de la résilience (Jourdan-Ionescu, 2011). **L'Amour, l'espoir et l'humour** comme facteurs de résilience peuvent paraître étonnants. Pour Vanistandael (1996, p. 26), « *l'humour est souvent preuve que nous sommes conscients de l'imperfection, de la souffrance, mais que nous les intégrons de manière positive, par le sourire dans notre vie* ». Richman (1996) quant à lui s'est intéressé à l'effet thérapeutique de l'humour dans le sens où il favorise une atmosphère positive et acceptante, la communication d'idées interdites et cachées, le changement de perspective, la réduction de l'anxiété et du stress. En réunissant les multiples effets positifs associés à l'humour, l'amour et l'espoir selon l'approche écosystémique (Bronfenbrenner, 2005), on peut constater un effet de protection. Pour Jourdan-Ionescu (2010), l'utilisation de l'humour aide l'individu à faire face aux défis développementaux et lui offre une défense (protection) contre les expériences envahissantes de la vie. L'utilisation de stratégies d'adaptation positives et efficaces, dont l'espoir et l'humour, permet une gestion plus efficace du stress inmanquablement présent lors de la situation de handicap (Deater-Deckard & Petrill, 2004). Ces deux éléments, qui peuvent être considérés comme des caractéristiques individuelles, s'avèrent exercer une influence sur la personne amputée. Par exemple, l'utilisation de l'humour par cette personne semble diminuer la tension au sein de son entourage. L'amour est apparu significatif pour certains dans leur relation avec les autres. La particularité de ces deux thèmes est

que ce n'est pas nécessairement le nombre de fois que les personnes les ont exprimés, mais plutôt la teneur des propos exprimés, qui vient démontrer la portée de l'amour et de l'humour dans le processus de résilience.

Au regard des analyses des expériences de résilience des participants, nous avons pu dégager quatre facteurs de résilience comme le mentionne le modèle théorique de l'expérience de résilience (MotheR) de Kimessoukié (2016), qui a servi de cadre de référence à cette étude : les compétences, les interactions positives, l'intériorité et la force transformative.

Conclusion

Le handicap reste et demeure un problème de santé publique au Cameroun. Cette étude a porté sur l'expérience de résilience de personnes en situation de handicap suite à l'amputation d'un membre au CNRPH et au PROMHANDICAM. Nous avons mené une recherche qualitative de type phénoménologique descriptive en utilisant un guide d'entretien et une échelle d'évaluation de la résilience pour recruter des personnes amputées résilientes. Cette étude montre que l'amputation touche les personnes de tous les âges et de tout genre dans leur intégrité physique, psychologique et sociale. Elle entraîne des traumatismes et conséquences dramatiques qui plongent les personnes dans des situations d'adversité fortes et chroniques. Ces adversités sont surmontées par la résilience. Ces personnes en situation de handicap expriment une augmentation de l'estime de soi, qui les incite à se mettre en action au quotidien. Cette transformation est caractérisée par un passage de l'apathie à la motivation, à la mise en action des compétences et aux interactions positives. L'utilisation de stratégies d'adaptation positives et efficaces, telles que l'espoir, l'humour et l'amour font partie des facteurs individuels et permettent une gestion plus efficace du stress immanquablement présent lors de la situation de handicap. Les facteurs de protection, de résilience, s'avèrent exercer une influence sur la personne amputée et semblent diminuer la tension au sein de son entourage. Cependant la reconnaissance de la personne amputée dans la société constitue un enjeu majeur qui requiert une protection et une partition à jouer sur le plan du statut social. De ce fait, nous suggérons aux institutions en charge des personnes en situation de handicap la mise en œuvre d'un programme d'accompagnement dans le processus de résilience et une révision de la politique nationale du handicap au Cameroun, pour fournir plus de ressources de résilience aux personnes handicapées motrices à la suite d'une amputation.

Références

- Aguerre, L. A. (2011). *Desigualdades, racismo cultural y diferencia colonial*.
- Boco, A. G. (2011). *Déterminants individuels et contextuels de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique au sud du Sahara: Analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé*.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage.
- Campbell. (2003). I. Résiliences. Apprendre à penser les synergies. In *Villes et territoires résilients* (p. 29-42). Hermann. <https://doi.org/10.3917/herm.colle.2020.01.0029>
- Carter, D. A., D'Souza, F., Simkins, B. J., & Simpson, W. G. (2010). The gender and ethnic diversity of US boards and board committees and firm financial performance. *Corporate Governance: An International Review*, 18(5), 396-414.
- Cimon, B., Carrere, J., Vinatier, J. F., Chazalette, J. P., Chabasse, D., & Bouchara, J. P. (2000). Clinical significance of *Scedosporium apiospermum* in patients with cystic fibrosis. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 19, 53-56.
- Croix, L., & Schauder, S. (2011). 4. Les noms du père. *Oxalis*, 67-78.
- Deater-Deckard, K., & Petrill, S. A. (2004). Parent-child dyadic mutuality and child behavior problems: An investigation of gene-environment processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1171-1179.
- Durand, M.-J., & Chouinard, R. (2012). *L'évaluation des apprentissages: De la planification de la démarche à l'évaluation des résultats*. Éditions MD.
- Fine, M. (1991). *Framing dropouts: Notes on the politics of an urban high school*. Suny Press.
- Gauvin-Lepage, J. (2016). *L'approche collaborative de recherche*. 13, 3.
- Gauvin-Lepage, J. (2013.). *Coconstruction des composantes d'un programme d'intervention en soutien à la résilience de familles dont un adolescent est atteint d'un traumatisme craniocérébral*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10498> doctorale inédite.
- Gauvin-Lepage, J., & Lefebvre, H. (2010). Les perceptions d'adolescents cérébrolésés, de leurs parents et des professionnels impliqués dans leur inclusion sociale. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 12.
- Giroud, X. (2013). Proximity and investment: Evidence from plant-level data. *The Quarterly Journal of Economics*, 128(2), 861-915.
- Handicap International (2016). *Information Fédérale*. Fiche pays Burkina Faso - 07 FR.
- Jourdan-Ionescu, C. (2011). Modèle de développement d'interventions individualisées axées sur la résilience. *Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 19(1), 25-34.

- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Bouteyre, É., Roth, M., Méthot, L. et Vasile, L. D. (2011). Résilience assistée et événements survenant au cours de l'enfance : maltraitance, maladie, divorce, décès des parents et troubles psychiatriques des parents. In S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée*, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 155-246.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Kimessoukié Omolomo, É., Julien-Gauthier, F., & Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire. (2018). *Résilience et culture, culture de la résilience*.
<http://www7.bibl.ulaval.ca/doelec/lc2/monographies/2019/a2986003.pdf>
- Julien-Gauthier, F., Desmarais, C., Tétreault, S., & Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire. (2018). *Transition de l'école à la vie active pour les jeunes ayant des incapacités*.
<http://www7.bibl.ulaval.ca/doelec/lc2/monographies/2019/a2986004.pdf>
- Julien-Gauthier, F., Jourdan-Ionescu, C., & Martin-Roy, S. (2011). *Favoriser le bien-être et la participation sociale par des interventions de résilience assistée*. 34.
- Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2007). Health information—Seeking behavior. *Qualitative health research*, 17(8), 1006-1019.
- Lee, W. J., & Lucey, J. A. (2004). Structure and physical properties of yogurt gels : Effect of inoculation rate and incubation temperature. *Journal of dairy science*, 87(10), 3153-3164.
- Magee, J. C., Barr, M. L., Basadonna, G. P., Johnson, M. R., Mahadevan, S., McBride, M. A., Schaubel, D. E., & Leichtman, A. B. (2007). Repeat organ transplantation in the United States, 1996–2005. *American Journal of Transplantation*, 7, 1424-1433.
- Marchi, F., Tonneau, D., Dallaporta, H., Safarov, V., Bouchiat, V., Doppelt, P., Even, R., & Beitone, L. (2000). Direct patterning of noble metal nanostructures with a scanning tunneling microscope. *Journal of Vacuum Science & Technology B: Microelectronics and Nanometer Structures Processing, Measurement, and Phenomena*, 18(3), 1171-1176.
- Martin, R. L. (2009). *The design of business: Why design thinking is the next competitive advantage*. Harvard Business Press.
- McKee, J. (2013). *Jack Kerouac*. Infobase Learning.
- OMS (2012). *Rapport mondial sur le Handicap*. Malte : OMS.
<https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241564182>
- OMS (2011). *Statistiques sanitaires mondiales*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240692671>
- Piché, L. (2003). *Femmes et changement social au Québec: L'apport de la Jeunesse ouvrière catholique féminine, 1931-1966*. Presses Université Laval.

- Potter et Perry. (2005). *Surmonter l'adversité: Les fondements dynamiques de la résilience* Semantic Scholar. <https://www.semanticscholar.org/paper/Surmonter-l%27adversit%C3%A9-%3A-les-fondements-dynamiques-Tyche/701f4a98a18e14011657f30831edcfed6be69051>
- Rockhill, B., Spiegelman, D., Byrne, C., Hunter, D. J., & Colditz, G. A. (2001). Validation of the Gail et al. Model of breast cancer risk prediction and implications for chemoprevention. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(5), 358-366.
- Sévérin, M. (2018). « Country report : Benin ». *African Disability Rights Yearbook*, 141-160. <http://doi.org/10.29053/2413-7138/2018/v6a7>
- Shajan, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis.
- Tardif-Grenier, K., Archambault, I., Lafantaisie, V., Magnan, M.-O., & Baradhy, R. (2018). La collaboration école-famille immigrante. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 41(4), 954-990.

Quel est l'impact de l'émergence d'une identité sociale partagée sur les déterminants psychosociaux de la solidarité durant l'épidémie de Covid-19 ?

Margot Faioes Macedo*

faioesmacedomargot@gmail.com

Pierre De Oliveira*

Université de Bourgogne Franche-Comté

Fabrice Gabarot*

Université de Bourgogne Franche-Comté

Thomas Carrel*

Université de Bourgogne Franche-Comté

*Laboratoire Psy-DREPI, Université de Bourgogne - Franche-Comté, Dijon

Résumé

Selon le modèle identitaire de la résilience collective développé par John Drury en 2012, la mobilisation d'une identité sociale émergente lors de catastrophes naturelles serait génératrice de soutien et de comportements d'aide coordonnés. En situation de crise, le sentiment d'appartenir à une communauté amènerait ainsi les individus à ressentir plus d'efficacité collective et d'objectifs communs, mais aussi à davantage considérer les autres membres du groupe comme une possible ressource de soutien social et émotionnel. Dans la présente recherche, nous proposons de tester si ces mécanismes identitaires de résilience collective ont pu favoriser des comportements de solidarité durant la période de distanciation sociale associée au confinement en France. Sur la période d'avril-mai, nous avons interrogé 428 Français via un questionnaire en ligne ($M = 27.7$, $ET = 11.5$). Les analyses de trajectoires vont dans le sens des observations réalisées lors de catastrophes naturelles. Le destin commun ressenti durant l'épidémie a amené les individus à partager une identité commune. Cette identité suscite, via le sentiment de se sentir soutenu et de posséder un objectif commun, la volonté d'aider les personnes les plus touchées par l'épidémie. Les implications pratiques de ces résultats seront discutées au regard des travaux sur la place des identités dans les processus de résilience collective.

Mots-clés : covid-19, résilience collective, identité sociale, destin partagé, solidarité.

Abstract

According to the Social Identity model of collective resilience (Drury, 2012), the mobilization of a new social identity during natural disasters generates support and coordinated support behaviors. In a crisis situation, the feeling of belonging to a community would thus lead individuals to feel more collective efficacy and common

goals, but also to consider other group members more as a possible resource for social and emotional support. We have tested whether and how these collective resilience identity mechanisms encourage solidarity behaviors during the period of social distancing in France. We surveyed a sample of 428 French people via an online questionnaire from April to May 2020 (Age = 27.7, SD = 11.5). Path analyses are in line with observations made during natural disasters. The common fate felt during the epidemic led individuals to share a common identity. This new identity, together with a sense of support and common purpose, led to a willingness to support those most affected by the epidemic, both individually and collectively. These results will be discussed in the light of other work on the role of identity mechanisms in collective resilience processes.

Keywords : covid-19, collective resilience, social identity, common fate, solidarity.

Introduction

Les maladies infectieuses émergentes comme la Covid-19 représentent une menace majeure pour la santé publique. À l'instar de catastrophes naturelles ou d'attaques terroristes, cette pandémie est susceptible d'affecter en profondeur les attitudes et les comportements des individus (Van Bavel et al., 2020). Selon Drury et ses collègues (2015, 2019), l'image associée à la foule et à la population durant ces crises sanitaires est plutôt ambivalente. En effet, plutôt que d'être vue comme une potentielle ressource à mobiliser, la population est plus souvent considérée comme irresponsable et égoïste. Les autorités percevant parfois celle-ci comme étant passive et ne disposant pas en soi de ressources spécifiques pour aider au dénouement de l'événement.

Dans la présente recherche, nous proposons d'examiner dans quelle mesure les dynamiques identitaires de la population dans un contexte de crise sanitaire peuvent permettre au contraire de mobiliser et de déclencher des leviers d'actions supplémentaires pour les institutions et les autorités en place. En effet, comme le suggèrent Morand et Figuié (2016), la coordination des comportements individuels est essentielle au développement d'une action collective efficace et peut permettre d'entamer un processus de résilience (Abeling et al., 2019 ; Drury et al., 2019 ; Drury, Brown, Gonzalez, et Miranda, 2016 ; Ntontis, 2018 ; Ntontis et al., 2019). Dans ce cadre, la résilience est ici à appréhender comme un ensemble de processus psychosociaux permettant à un collectif de déployer sa capacité à faire face, de survivre et/ou de rebondir suite à une menace collective (Cox et Perry, 2011). Autrement dit, comme le suggère le travail de Drury et ses collègues (Drury et al., 2019), la résilience peut être déclenchée par le partage d'une identité sociale propre à la situation. L'émergence de cette nouvelle identité amènerait les individus à exprimer et à attendre de la solidarité, de la cohésion, et ainsi à se coordonner et à exploiter les ressources sociales du soutien pour faire face à l'adversité.

1. Le Modèle de l'Identité Sociale de la Résilience Collective

D'après Ntontis et al. (2020), les catastrophes naturelles engendreraient des « stressseurs » primaires liés directement à l'événement, et des « stressseurs » secondaires provenant des conséquences découlant de l'événement. Dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, les « stressseurs » primaires renverraient à des atteintes physiques dues au virus, à la perte d'un proche, au fait d'être témoin de la souffrance ou de la mort d'un individu touché par le virus. Les « stressseurs » secondaires concerneraient plutôt les difficultés économiques, le sentiment de ne plus avoir le contrôle (e.g., déséquilibre entre la vie professionnelle et personnelle,

incertitudes professionnelles). Par ailleurs, les auteurs soulignent que des « stressseurs » secondaires peuvent également émerger de l'organisation de la société et de l'inadéquation des réponses apportées à la situation pour remédier à la catastrophe.

Pour faire face à ces différents « stressseurs » et faciliter l'apparition de comportements d'entraide, plusieurs recherches ont mis en évidence le rôle déterminant du processus d'identification sociale aux individus impactés par la menace collective (Drury et al., 2019 ; Ntontis, 2018). Selon cette approche, lorsque la menace est vécue collectivement, le sentiment de partager un sort commun est susceptible de faire émerger une nouvelle identité sociale parmi les victimes. Ainsi, cette nouvelle identification amènerait les individus à ne plus réagir en tant qu'individus séparés, mais en tant que membres d'un groupe social émergent. En sortant de leur individualité, leurs préoccupations se tourneraient davantage vers les autres.

Drury (2012) propose que cette motivation à adopter des comportements d'entraide découle d'un ensemble de transformations cognitives, affectives et interpersonnelles. Sur le plan cognitif, les valeurs et les objectifs individuels évolueraient pour devenir ceux du groupe. Sur le plan comportemental, les transformations interpersonnelles se traduiraient par une évolution de la manière de se comporter davantage tournée vers les autres (désormais membres de son groupe social), moins égoïste, voire davantage coopérative et coordonnée. Des transformations interpersonnelles opèreraient également sur le plan cognitif via davantage d'attentes de soutien social des autres individus, le partage d'une réalité commune, un plus grand consensus interindividuel, et une plus grande confiance au sein du groupe social émergent. Enfin, les transformations affectives s'exprimeraient par le partage de buts communs et d'attentes de soutien de la part des membres de son groupe, ayant pour effet d'augmenter l'efficacité collective, le sentiment de compétence, et la coordination collective d'actions de soutien.

2. Hypothèses

Dans ce travail de recherche, nous souhaitons tester si les propositions théoriques faites dans le cadre du modèle identitaire de la résilience collective pouvaient permettre de mieux comprendre l'émergence de comportements de solidarité durant la période de confinement en France. Nos hypothèses étaient les suivantes :

H1 : L'exposition perçue à la Covid-19 et le sentiment de partager un sort commun devraient prédire positivement le score d'identification sociale.

H2 : L'identification à cette nouvelle identité sociale devrait être associée

positivement à l'émergence d'un processus de résilience collective (i.e. buts communs, soutien attendu, efficacité collective, fréquence des comportements d'aide, etc.).

H3 : Enfin, nous nous attendons à ce que cette identification sociale médiatise l'impact de l'exposition perçue à la Covid-19 (H3a) et l'impact du sort commun (H3b) sur nos mesures de résilience collective.

3. Méthodologie

3.1. Population

Pendant la période de confinement d'avril-mai, nous avons interrogé un échantillon de 428 Français tout-venant via un questionnaire en ligne (Mâge = 27,2 ; ET = 11,5). L'échantillon final comprend 334 femmes (Mâge = 26,4 ; ET = 11) et 94 hommes (Mâge = 30 ; ET = 12,7). Cette étude a été menée conformément à la législation française sur la recherche avec des participants humains, aux principes éthiques du Code français de déontologie des psychologues et aux principes éthiques du code de conduite de l'APA de 2016.

3.2. Protocole et Matériel

3.2.1. Mesure d'exposition effective et perçue

Dans un premier temps, les participants devaient indiquer sur une échelle allant de 1 à 10 à quel point ils se sentaient impactés par l'épidémie de Covid-19 (e.g., « Avez-vous le sentiment d'être impacté(e) par l'épidémie de Covid-19 ? »).

3.2.2. Mesure de partage d'un sort commun

Nous avons adapté l'échelle développée par Ntontis en 2018. Les participants devaient indiquer sur une échelle allant de 1 = « *pas du tout d'accord* » à 7 « *tout à fait d'accord* » dans quelle mesure ils avaient le sentiment de partager un sort commun durant l'épidémie (4 items ; $\alpha = .85$; e.g., « *Les personnes impactées par l'épidémie de Covid-19 font toutes face à la même détresse* »).

3.2.3. Mesure d'identification sociale

Nous avons adapté trois items issus du travail de Drury et al. (2016) et Ntontis (2018) pour mesurer le degré d'identification sociale (e.g., « *Au-delà de nos différences, j'ai le sentiment que les autres personnes touchées par l'épidémie de Covid-19 sont comme moi* », $\alpha = .69$). Les participants devaient indiquer leurs réponses sur une échelle allant de 1 = « *pas du tout d'accord* » à 7 « *tout à fait d'accord* ».

3.2.4. Mesure du soutien attendu

L'échelle en trois items de soutien attendu s'inspire de Ntontis (2018) ($\alpha = .90$, e.g., « *Si j'ai besoin d'aide, les autres voudront m'aider* »). Les participants devaient indiquer leurs réponses sur une échelle allant de 1 = « *pas du tout d'accord* » à 7 « *tout à fait d'accord* ».

3.2.5. Mesure de buts communs

Trois items adaptés de Ntontis (2018) ont été utilisés pour mesurer le sentiment de partager un ensemble de buts communs. Les participants indiquaient leur degré d'accord sur une échelle allant de 1 = « *pas du tout d'accord* » à 7 « *tout à fait d'accord* » (e.g., « *Les autres et moi sommes en accord sur ce qui est important pour la société après l'épidémie de Covid-19* », $\alpha = .90$).

3.2.6. Mesure d'identification sociale

Pour mesurer le sentiment d'efficacité collective, les participants indiquaient leur degré d'accord avec chacune des trois propositions adaptées du travail de Ntontis en 2018 (e.g., « *Ensemble, avec les autres personnes impactées par l'épidémie du Covid-19, nous sommes capables de changer la situation* », $\alpha = .67$).

3.2.7. Fréquence du soutien apporté

Nous avons adapté neuf items utilisés par Ntontis en 2018 pour mesurer la fréquence avec laquelle les participants déclarent avoir apporté leur aide durant la période de confinement ($\alpha = .73$). Cette mesure de soutien apporté était constituée d'éléments faisant référence à du soutien matériel, du partage d'informations et à l'apport de soutien social émotionnel (e.g., : « *Montré votre soutien pour les autres (applaudir le corps médical, exprimer votre soutien pour les professions à risque ou les personnes impactées par la Covid-19 sur les réseaux sociaux, etc.)* »). Les participants devaient noter la fréquence avec laquelle ils ont réalisé chacune des propositions sur une échelle en cinq points allant de « *jamais* » à « *4 fois ou plus* ».

3.2.8. Fréquence du soutien coordonné

La mesure de soutien coordonné était constituée de sept items (e.g., « *Coordonner la manière de fournir de l'aide* »). Les participants devaient indiquer la fréquence avec laquelle ils ont travaillé avec les autres pour réaliser chacune des sept actions coordonnées sur une échelle en cinq points allant de « *jamais* » à « *4 fois ou plus* » ($\alpha = .75$).

Résultats

Nous avons effectué une analyse de trajectoire (*path analysis*) à l'aide du logiciel R (version 3.6.0) et du package *lavaan* (Rosseel, 2012). Comme prédit par le modèle (voir Figure 1), l'exposition à la Covid-19 et le sort commun prédisent l'identification sociale ($\beta = .10, p < .001$ et $\beta = .33, p < .001$, respectivement). Le sort commun perçu prédit également la perception de buts communs ($\beta = .21, p < .001$), et le soutien coordonné ($\beta = .05, p = .008$). L'exposition à la Covid-19 prédit quant à elle le soutien apporté ($\beta = .06, p < .001$). Cependant, l'exposition à la Covid-19 ne prédit pas la perception d'un sort commun ($\beta = -.009, p = .78$).

L'identification sociale joue un rôle central dans les comportements de résilience collective en prédisant positivement les attentes de soutien ($\beta = .30, p < .001$), les buts communs ($\beta = .28, p < .001$), le soutien apporté ($\beta = .11, p = .001$), et l'efficacité collective ($\beta = .17, p < .001$). L'identification prédit également tendanciellement le soutien coordonné ($\beta = .04, p = .065$).

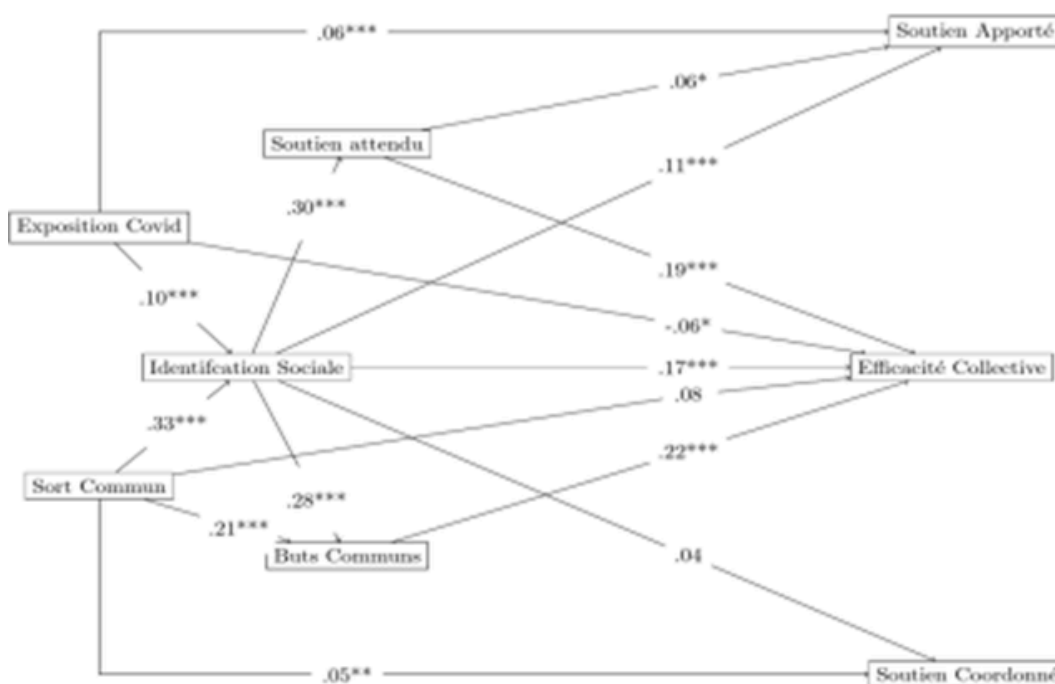
Le soutien attendu de la part des membres du groupe prédit l'efficacité collective ($\beta = .27, p < .001$) et le soutien donné ($\beta = .06, p < .02$), mais pas le soutien coordonné ($\beta = .017, p = .30$).

Les objectifs partagés prédisent également positivement l'efficacité collective ($\beta = .22, p < .001$), mais échouent à prédire le soutien coordonné ($\beta = -.022, p = .247$).

Conformément à notre hypothèse 3, les analyses de médiation montrent que l'identification sociale médiatise l'effet de l'exposition à la Covid-19 sur le soutien attendu ($\beta = .031, p = .005$), sur la perception de buts communs ($\beta = .029, p = .005$), sur le soutien donné ($\beta = .012, p = .014$), et sur l'efficacité collective ($\beta = .018, p = .01$), mais pas sur le soutien coordonné ($\beta = .004, p = .10$). L'identification médiatise également l'effet de la perception du sort commun sur le soutien attendu ($\beta = .099, p < .001$), sur la perception de buts communs ($\beta = .092, p < .001$), sur le soutien donné ($\beta = .038, p = .002$) et sur l'efficacité collective ($\beta = .057, p = .001$), mais de nouveau pas sur le soutien coordonné ($\beta = .013, p = .07$).

Figure 1

Modèle de l'identité sociale de la résilience collective appliqué à la Covid-19.



Discussion

Dans cette recherche, nous souhaitions examiner dans quelle mesure les mécanismes identitaires de résilience collective ont pu favoriser l'apparition de comportements de solidarité durant la période de distanciation sociale associée au confinement en France. Les analyses de trajectoires confirment le rôle central de l'émergence d'une nouvelle identité sociale. D'une part, celle-ci est reliée positivement à la volonté d'apporter du soutien, à ressentir de l'efficacité collective et à partager des objectifs communs pour lutter contre l'épidémie. D'autre part, cette nouvelle identification sociale explique aussi en partie en quoi le sentiment de partager un sort commun durant cette période ou le sentiment d'être exposé au virus ont eu un impact sur les comportements d'entraide. Le sentiment de posséder un destin commun par exemple a amené les individus à partager une nouvelle identité. Celle-ci suscitant, via le sentiment de posséder un objectif commun et de se sentir soutenu par les autres membres du groupe, un sentiment d'efficacité collective, mais également la volonté d'aider les personnes les plus touchées par l'épidémie. En complément des travaux réalisés auprès de réfugiés syriens en Turquie (Alfadhli et. 2019), auprès de victimes du tremblement de terre au Chili (Drury et al. 2016), d'inondations en Angleterre (Ntontis, 2018), ou encore d'attentats à Londres le 7 juillet 2005 (Drury et al., 2009), cette présente recherche contribue à mieux comprendre le rôle de la population et des dynamiques identitaires lors de situations de crise majeure.

Conclusion

Pour conclure, bien que de futures recherches soient encore nécessaires pour déterminer précisément les conditions dans lesquelles ces nouvelles identités facilitent la résilience, les mécanismes explicatifs proposés par le modèle de l'identité sociale de la résilience collective semblent particulièrement robustes. Les résultats obtenus confirment en grande partie les mécanismes psychosociaux observés lors de catastrophes naturelles ou d'attentats terroristes.

Références

- Abeling, T., Huq, N., Chang-Seng, D., Birkmann, J., Wolfertz, J., Renaud, F., & Garschagen, M. (2019). Understanding Disaster Resilience. Dans H. Deeming, M. Fordham, C. Kuhlicke, L. Pedoth, S. Schneiderbauer, & C. Shreve (dir.), *Framing Community Disaster Resilience* (p. 9-25). Wiley-Blackwell.
- Alfadhli, K., Cakal, H., & Drury, J. (2019). The role of emergent shared identity in psychosocial support among refugees of conflict in developing countries. *International Review of Social Psychology*, 32(1), 2.
- Cox, R. S., & Perry, K. M. E. (2011). Like a fish out of water: Reconsidering disaster recovery and the role of place and social capital in community disaster resilience. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 395-411.
- Drury, J. (2012). Collective resilience in mass emergencies and disasters: A social identity model. Dans J. Jetten, C. Haslam, & S. A. Haslam (dir.), *The social cure* (p. 195-215). Psychology Press.
- Drury, J., Brown, R., González, R., & Miranda, D. (2016). Emergent social identity and observing social support predict social support provided by survivors in a disaster: Solidarity in the 2010 Chile earthquake. *European Journal of Social Psychology*, 46(2), 209-223.
- Drury, J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin Guven, S., & Amlôt, R. (2019). Facilitating collective resilience in the public in emergencies: Twelve recommendations based on the social identity approach. *Frontiers in Public Health*, 7, 141.
- Drury, J., Cocking, C., & Reicher, S. (2009). The nature of collective resilience: Survivor reactions to the 2005 London bombings. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 27(1), 66-95.
- Drury, J., Novelli, D., & Stott, C. (2015). Managing to avert disaster: Explaining collective resilience at an outdoor music event. *European Journal of Social Psychology*, 45(4), 533-547.
- Morand, S., & Figuié, M. (2016). *Émergence de maladies infectieuses: risques et enjeux de société*. Editions Quae.
- Ntontis, E. (2018). *Group processes in community responses to flooding: Implications for resilience and wellbeing* (Thèse de doctorat, University of Sussex, Angleterre).
Repéré à :
https://sussex.figshare.com/articles/thesis/Group_processes_in_community_responses_to_flooding_implications_for_resilience_and_wellbeing/23463149/1/files/41171771.pdf

- Ntontis, E., Drury, J., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Williams, R. (2018). Emergent social identities in a flood: Implications for community psychosocial resilience. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 28(1), 3-14.
- Ntontis, E., Drury, J., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Williams, R. (2019). Community resilience and flooding in UK guidance: A critical review of concepts, definitions, and their implications. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 27(1), 2-13.
- Ntontis, E., Drury, J., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Williams, R. (2020). What lies beyond social capital? The role of social psychology in building community resilience to climate change. *Traumatology*, 26(3), 253.
- R Core Team (2017). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponible à : <https://www.R-project.org/>.
- Rosseel Y (2012). "lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling." *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. Disponible à : <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>.
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Drury, J. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, 460–471.



Troisième partie

Méthodologie de l'Intervention



Photo prise dans le cadre du 5^e Congrès mondial sur la résilience ayant eu lieu du 26 au 28 mai 2021 à Yaoundé.



Éducation et résilience communautaires en pays Bamiléké : une réponse au contexte permanent d'insécurité et d'incertitude

Manuella Ngnafeu

Université de Haute Alsace - Laboratoire Inter-universitaire des Sciences de l'Éducation et de la Communication

n.manuella@gmail.com

Résumé

Le contexte africain est caractérisé par une adversité permanente et sévère (catastrophes écologiques, sanitaires, guerres, crise économique, insécurité alimentaire, violence...) ; autant d'événements traumatiques qui favorisent la désorganisation psychique et sociale des populations. Ce contexte d'insécurité et d'incertitude nous a amené à aller explorer les mécanismes à l'œuvre en pays Bamiléké permettant à ces populations de trouver des réponses afin d'éviter la rupture des équilibres. L'exploration socio-historique réalisée a mis en lumière différentes épreuves traumatisantes vécues (traite négrière, esclavage, colonisation, guerre d'indépendance) qui constituent aujourd'hui la mémoire traumatique de ce peuple.

Notre démarche ethno-méthodologique menée au cœur du pays Bamiléké, au Cameroun, où nous avons rencontré 60 membres de la communauté et réalisé des récits de trajectoires, nous a amené à poser l'hypothèse suivante : l'éducation communautaire relève d'un écosystème qui favorise le processus de résilience communautaire.

Cet écosystème de l'éducation met en lumière une politique de résilience, caractérisée par sa dynamique préventive et de soins partagés, qui soutient le développement communautaire avec pour finalité d'assurer la survie de la communauté.

Mots-clés : Éducation communautaire ; communauté ; résilience ; résilience communautaire, mémoire collective ; ressources collectives ; facteurs de protection

Abstract

The African context is characterized by permanent and severe adversity (ecological and health disasters, wars, economic crisis, food insecurity, violence, etc.) so many traumatic events which promote the psychological and social disorganization of

populations. This context of insecurity and uncertainty has led us to explore the mechanisms at work in Bamileke country allowing these populations to find answers in order to avoid the disruption of balances. The socio-historical exploration carried out shed light on various traumatic experiences (slave trade, slavery, colonization, war of independence) which today constitute the traumatic memory of this people. Our ethno-methodological and participatory observation approach carried out in the heart of the Bamileke country, in Cameroon, where we met 60 members of the community and produced life stories, led us to formulate the following hypothesis: community education is part of an ecosystem that promotes the process of community resilience. This educational ecosystem highlights a policy of resilience, characterized by its preventive and shared care dynamic, which supports community development with the aim of ensuring the survival of the community.

Keywords : Community education; community; resilience; community resilience; collective memory; collective resources; protective factors

Introduction

Dans la littérature scientifique portant sur la résilience, la quasi-totalité de la production intellectuelle est appréhendée à partir d'un point de vue occidental et d'une approche clinique centrée sur l'individu, dans sa dimension psychosociale.

Nous avons souhaité explorer ce concept et les mécanismes à l'œuvre dans un contexte anthropologiquement différent, afin de nous décentrer et de remettre en question l'universalité de ses caractéristiques et déclinaisons qui dominent les travaux de recherche. De ce fait, la rupture épistémique que nous avons opérée en nous tournant vers le continent africain nous a permis d'explorer de nouvelles voies, de penser de nouveaux concepts et références théoriques. En effet, ce contexte est caractérisé par une adversité permanente et sévère (catastrophes écologiques, sanitaires, guerres, crise économique, insécurité alimentaire, violence...) autant d'évènements traumatiques qui favorisent la désorganisation psychique et sociale des populations. Nous avons souhaité appréhender la manière dont ces sociétés trouvent des réponses pour faire face à ces déséquilibres profonds.

Notre attention s'est portée sur la société bamiléké, peuple de montagnards originaire de l'ouest du Cameroun. L'exploration menée nous a permis de saisir que dans cette communauté, la résilience se décline dans les fondements et principes éducatifs à l'œuvre au sein de l'organisation sociale. En effet, l'éducation communautaire est produite dans un contexte permanent d'insécurité et d'incertitude, comme une réponse pour assurer la survie de la communauté. Celle-ci est la résultante de différentes épreuves traumatisantes qui constituent aujourd'hui la mémoire traumatique des Bamilékés (esclavage, traite négrière, colonisation, guerre d'indépendance).

Dans ce modèle éducatif, la communauté éduque et s'éduque en permanence, une éducation par relais où les individus trouvent du soutien dans le milieu pour faire face à la complexité de la question éducative. Au cœur de cette conception de l'éducation, nous retrouvons une dynamique de prévention comme axe central, qui forme l'individu à être prêt à entrer dans la vie adulte. En tant qu'adulte, chaque individu, au regard de ce qu'il a reçu de la communauté, est tenu de mettre à profit son expérience pour contribuer à l'éducation des enfants. De cette réciprocité émerge une circulation des énergies qui permet à chaque membre du groupe de s'engager pour contribuer et apporter sa part à l'éducation dans une dynamique circulaire. Le postulat est de reconnaître dans cette société la complexité du fait éducatif, en acceptant qu'il ne peut résulter que de l'affaire du couple parental ou d'un seul parent, cela s'inscrit bien dans l'idée qu'il faut « *tout un village pour éduquer* ».

un enfant », c'est la communauté qui dans son ensemble prend en charge la question éducative.

Elle prend appui sur une conscience forte quant à sa responsabilité collective, partant du fait que la réussite de l'éducation est une exigence pour l'ensemble de ses membres.

Cette injonction est motivée par le contexte insécure et incertain, nécessitant l'implication de chacun dans cette œuvre collective pour atteindre cette finalité. Les individus sont considérés alors comme des contributeurs incontournables à la réussite de l'entreprise éducative partagée par tous, qui participe à la survie de la communauté.

1. Un parti pris méthodologique

L'enquête de terrain que nous avons menée s'est déroulée pendant trois années consécutives sur une durée totale de six mois, dans le cadre du doctorat en Sciences de l'éducation. Elle nous a amené à rencontrer au total soixante personnes, dont dix personnes-ressources, en réalisant des récits de trajectoire qui nous ont permis d'identifier les principes éducatifs bamilékes et la manière dont la résilience transparait des fondements en éducation.

Cet important travail de recueil de données nous a permis de développer une approche qualitative dans l'analyse menée, en référence aux travaux de Paillé (1994) sur la théorie ancrée. Nous avons porté notre regard sur les vécus qui se sont exprimés au croisement de différents angles de lecture, en y revenant de manière itérative, afin de pousser l'étude plus loin que les premiers résultats nous y invitaient. Cela nous a permis au terme de ce travail de construire une modélisation de l'éducation communautaire dans une dynamique inductive.

C'est par une dynamique *a posterioriste* que nous avons procédé au recueil des faits observés, en tentant de leur donner un sens et en créant des liens entre eux. Une telle posture nous a conduit à ne pas nous arrêter aux faits, mais bien plus à la signification qu'ils revêtent pour les acteurs, en écho au paradigme compréhensif, nous permettant de donner du sens à leurs pratiques. Cette démarche *problématologique* nous a amené à interroger un phénomène, en étant consciente de la pluralité des réalités qu'il recèle et de la multiplicité des réponses qui peuvent coexister, tout en nous saisissant d'un angle de vue dont nous rendons compte dans cet article.

Nous nous sommes impliquée et engagée dans ce travail de terrain, de manière à construire et faire émerger l'objet de la recherche, en nous inscrivant dans une tradition herméneutique de type phénoménologique. Cela a permis de nous situer en interaction avec de nombreux interlocuteurs, dans une démarche monadiste et émique. Les résultats de l'enquête de terrain ont permis de mettre au jour des pratiques éducatives et savoirs endogènes que nous allons maintenant présenter.

2. L'éducation communautaire : un écosystème qui favorise le processus de résilience

La recherche a mis en évidence la pertinence de ces pratiques communautaires, Les caractéristiques trans-temporelles de ces pratiques, développées à partir d'un contexte anthropologiquement différent, répondent encore aujourd'hui aux enjeux contemporains et défis en matière d'éducation.

2.1. La formalisation du modèle d'éducation communautaire

L'ensemble des résultats issus de cette démarche nous a permis de formaliser une modélisation de l'éducation communautaire en pays Bamiléké qui se décline par des fondements et principes à différents niveaux tels que présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1*Fondements et principes de l'éducation communautaire*

Des philosophies	<ol style="list-style-type: none"> 1. Men Ngoh (enfant du village) – Il faut tout un village pour éduquer un enfant 2. Men Tseu (orphelin) – Les parents éduquent leurs enfants comme s'ils allaient mourir demain
Des valeurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'autorité et respect (la hiérarchie, les interdits) 2. La solidarité (le partage, l'entraide, le don et contre don) 3. Le travail (l'effort et la réussite sociale) 4. Ataraxie
Des finalités	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'autonomie (formation de l'individu) 2. L'enracinement (au sein de la communauté)
Des modalités	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'éducation plurielle (par le village) 2. L'éducation mosaïque (le confiage)
Des techniques	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'éducation à et par la responsabilisation 2. L'éducation à et par l'effort 3. L'éducation à et par l'épreuve 4. L'éducation à et par l'action
Des moyens	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'éducation par la causerie 2. L'éducation par l'observation 3. L'éducation par l'expérimentation
Des outils	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les interdits (par le sacré) 2. Les contes et devinettes 3. Les proverbes 4. Les rituels

L'ensemble de ces éléments nous a amené à définir l'éducation communautaire comme suit :

Une prise en charge plurielle du fait éducatif reconnu comme complexe par une communauté donnée, se partageant la responsabilité éducative par le principe de coopération. La finalité visée est de contribuer collectivement et progressivement à la formation sociale de l'enfant, qui appartenant à la communauté, est soumis à la réciprocité et s'engagera également pour la survie du groupe.

2.2. Les ressources de la résilience communautaire

Afin de prévenir les effets permanents de l'insécurité et de l'incertitude, la communauté dans ses principes éducatifs anticipe les conséquences liées aux événements inscrits dans sa mémoire traumatique, en développant des pratiques collectives qui permettent d'assurer la survie du groupe, tout en renforçant la dialectique individu/communauté. Ces ressources, qui s'appréhendent dans un registre collectif, permettent aux membres de la communauté de résister aux perturbations et de dépasser les épreuves à venir. Cela nous conduit à évoquer la notion de ressources de résilience communautaire qui s'inscrit dans le cadre d'un réseau solide et complexe d'interactions humaines. En effet, l'organisation sociale des Bamiléké est caractérisée par des pratiques collectives diversifiées qui sont constituées d'un ensemble de techniques et d'outils se déclinant comme suit :

- Des pratiques de transmission, qui assurent la permanence de la tradition,
- Des pratiques liées au sacré qui assurent la permanence du sens et l'enracinement,
- Des pratiques de solidarité qui assurent la permanence du soutien et de l'entraide,
- Des pratiques de co-éducation, qui assurent la permanence éducative.

Les deux premières garantissent la pérennité de l'identité collective et culturelle de la communauté, les deux dernières sont des mesures de compensation qui viennent soutenir l'individu confronté aux aléas de la vie. La somme de ces pratiques constitue l'écosystème bamiléké caractérisé par une organisation planifiée permettant en permanence de faire face à l'adversité, de dépasser les épreuves et d'éviter ou de réduire les risques d'effondrement total. Cette culture de la « permanence » dans le sens de la pérennité, nous amène à qualifier les pratiques collectives à l'œuvre de système de « permanences thérapeutiques » qui constituent un écosystème durable.

Dans cette éducation, les ressources individuelles et collectives émanent d'une mutualisation de responsabilités et de solutions, amenant chaque individu à se mobiliser d'abord pour le groupe tout en en retirant des bénéfices secondaires, notamment par la construction de capacités individuelles qu'il aura mises en œuvre dans sa mobilisation pour le collectif. Nous sommes face à un système qui collectivise autant les réussites que les épreuves, en initiant des logiques de coopération et d'entraide entre individus. La résilience en éducation, dans ce contexte communautaire, est d'abord pensée pour le groupe et se décline seulement par la suite au niveau individuel. C'est le groupe qui crée collectivement des ressources de résilience qui deviennent des facteurs de protection individuels. La

communauté bamiléké a capitalisé ce qui est important pour la survie du groupe, à partir d'un sentiment de perte inscrit dans la mémoire collective, amenant le collectif à se saisir et à gérer ses traumatismes. Ainsi nous posons l'hypothèse suivante :

L'éducation communautaire en pays Bamiléké relève d'un écosystème durable qui favorise le processus de résilience communautaire.

3. La résilience communautaire : une démarche de prévention et une approche de gestion de risques

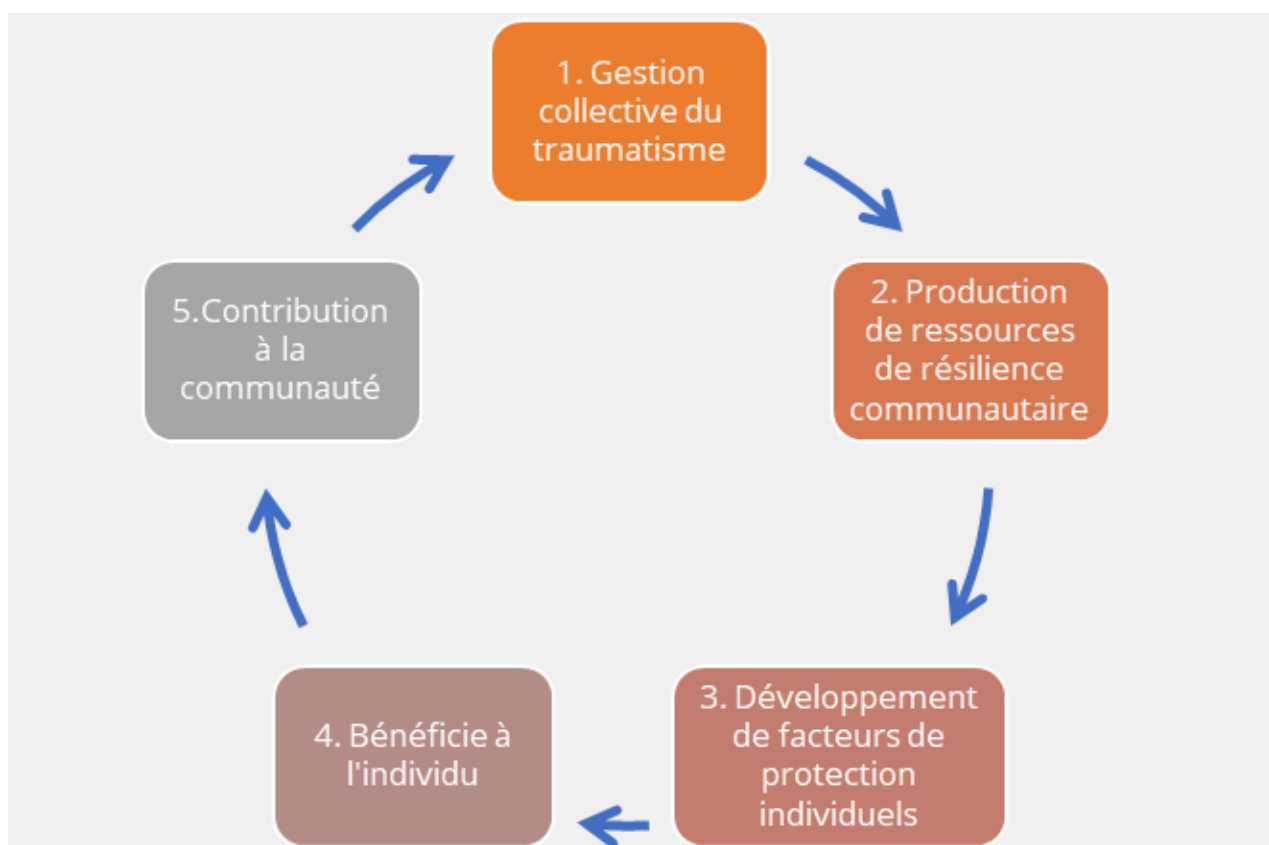
Notre recherche nous a permis de faire émerger en quoi, par le recours à la tradition, la communauté bamiléké puise des ressources qui auront été capitalisées dans la mémoire traumatique communautaire.

Ce recours à la tradition permet de développer des pratiques où l'individu est régulièrement confronté à des épreuves, des initiations qui ont pour finalité, en cas de trauma, d'atténuer les effets ou de dépasser le traumatisme, le cas échéant. Dès lors, nous pouvons considérer que par ces mécanismes d'apprentissage et de formation à l'épreuve, l'éducation traditionnelle « à et par l'épreuve » fait partie intégrante du parcours de vie dès la socialisation primaire. Ces dynamiques participent au renforcement des capacités des individus, Rutter (2012) utilise la métaphore du trempage de l'acier (*steeling*) pour illustrer ce type de processus, mettant en évidence combien la communauté, par les pratiques éducatives, consolide de fait les capacités des individus à faire face aux difficultés qu'ils rencontrent.

Comme le montre la *Figure 1*, les 5 étapes du cercle vertueux de la résilience communautaire, la communauté joue un rôle central dans le devenir de ses membres, qui bénéficient de facteurs de protection issus des ressources collectives permettant d'assurer sa survie.

Figure 1

Les 5 étapes du cercle vertueux de la résilience communautaire



La dimension de prévention qui caractérise la dynamique de résilience communautaire à partir des pratiques traditionnelles issues de la mémoire communautaire nous conduit à évoquer la notion d'*ex-ante* résilience.

Parler d'*ex-ante* résilience, c'est se situer au préalable du trauma, et donc avant le traumatisme. Nous pouvons souligner que ces modes d'éducation communautaire, par l'ensemble des modalités éducatives que nous avons mis en évidence, développent ce que nous nommerons la compliance. Ce terme issu des sciences médicales est défini comme étant « *L'aptitude d'une cavité organique à changer de volume sous l'influence d'une variation de pression* »¹ qui distend l'organe en question, afin de reprendre facilement son volume initial (Larousse Médical). Autrement dit, c'est la capacité à modifier son volume en fonction des pressions, puis de reprendre sa forme initiale.

Nous faisons le choix ici de nous appuyer sur ce concept, car il fait écho aux aptitudes développées par les différentes modalités éducatives à l'œuvre chez les Bamiléké, à savoir la flexibilité, la souplesse, l'adaptation, la plasticité et l'élasticité également nécessaires au mécanisme de la compliance. Cette ethnie considère que

¹ <https://www.le-dictionnaire.com/definition/compliance>

cela participe d'une éducation compliant, qui qualifie les facultés d'adaptation d'un individu. La compliance devient ici une ressource pour faire face aux conditions incertaines.

Nous la situons dans l'*ex-ante* résilience, c'est-à-dire dans un espace-temps qui prévient et anticipe les risques ou les effets potentiels du traumatisme, atténuant ainsi les chocs par l'identification et la mise en place de facteurs de protection. L'enjeu est de s'assurer que les traumatismes ne se transforment pas systématiquement en épreuves traumatiques ou de réduire leurs effets. Ce mécanisme s'appuie sur de la flexibilité, une souplesse où l'organisme s'adapte à la pression subie et retrouve son état normal après déformation. En ce sens, l'éducation bamiléké travaille à la plasticité de l'esprit permettant d'absorber les chocs de la vie.

Conclusion

Nous avons mis en avant la force du modèle de résilience communautaire qui s'inscrit dans une dimension autant holistique que systémique et qui engage les individus dans un projet collectif et un dessein commun. La plus-value de cette approche réside dans le fait que les individus continuent à se développer et se rétablissent par la contribution à la survie de la communauté. Dans cette dynamique, l'utilité sociale des individus est remise au cœur des interactions et de l'organisation sociale au service du collectif.

La communauté et ses membres se donnent un but précis, celui d'assurer leur survie collective. Ici, nous faisons le lien avec la notion d'*Empowerment*, puisque les individus ne sont pas considérés à partir de leurs manques ou difficultés, mais bien à partir de leurs ressources et de leur capacité à contribuer au projet communautaire. La communauté s'organise et organise sa résilience et celle de ses membres, rompant ainsi avec les dynamiques centrées sur l'individu. À partir de nos résultats, nous définissons la résilience communautaire comme :

Un processus holistique basé sur une dynamique de prévention qui favorise la construction de ressources collectives permettant à l'individu ou à un groupe de résister aux effets d'un environnement insécure, tout en leur offrant la possibilité de se reconstruire après des épreuves traumatogènes par la contribution à la survie de la communauté en tant que projet commun.

Dans cette vision, la résilience communautaire est pensée pour tous et son processus est infusé dans l'ensemble des sphères de l'organisation sociale, notamment dans l'éducation, dès le plus bas âge.

Cette définition nous amène à changer de paradigme, puisque la résilience n'est plus seulement attribuée comme le soutient Cyrulnik « *à la capacité de se reconstruire après un traumatisme grave lorsqu'il y a eu menace d'effondrement psychique.* » (Tisseron, 2020, p.111), mais pensée dans un système où le processus de résilience communautaire est organisé par le collectif pour soutenir l'individu. C'est en effet ce que nous avons identifié dans l'organisation sociale bamiléké où la résilience communautaire s'inscrit dans une dynamique de prévention, donc *a priori* (Tisseron, 2020), dans une logique pré-traumatique que nous avons nommée *ex-ante résilience*. En effet, chez les Bamilékés, la résilience communautaire est un processus qui s'active bien avant le traumatisme et l'effondrement psychique, car *a posteriori*, le coût pour la communauté serait très important et l'imputerait d'une partie de ses ressources.

La résilience communautaire élargit les possibilités en ne réduisant plus le processus dynamique de résilience au seul individu, en passant du « je au nous », mais aussi à une temporalité précise, ne le figeant plus dans un espace-temps, à savoir après le traumatisme. Ce processus qui assure les conditions de réussite d'une résilience communautaire permet aux individus de se mettre au service du projet collectif et d'un mouvement où chaque acteur, en lien avec les autres, en devient co-responsable.

La résilience communautaire ayant émergée au terme de notre recherche fait complètement écho au contexte actuel qui caractérise les sociétés occidentales fragilisées par une importante adversité (crise sanitaire, sociale et économique liée à la Covid 19) et qui renvoie au courant de la crise de l'effondrement, conceptualisé notamment par Servigne (2015). Il s'agit pour nous de contribuer au développement de réponses alternatives permettant de penser de nouvelles manières de faire société, dans une dynamique écologique et de développement humain et durable, alors que nos sociétés sont aujourd'hui confrontées à ce risque de l'effondrement, nous renvoyant alors au contexte d'insécurité et d'incertitude permanentes du pays Bamiléké (Ngafeu, 2024).

Le nouveau paradigme qui pourra émerger au regard de ces adversités importantes ne résiderait-il pas dans la construction d'un écosystème, qui favorise une politique de résilience caractérisée par sa dimension préventive (*ex-ante*) dans le sens de la réduction des risques et sa dynamique de soins partagés par la production de ressources collectives tel que nous l'avons vu à l'œuvre dans l'éducation communautaire ? Et ce, afin de faire de la responsabilité collective qu'elle engage, une ambition pour le développement du projet communautaire en tant que dessein

qui assure la survie des communautés.

Références

- Anaut (2012). Résilience affective. Dans B. Cyrulnik et G. Jorland (eds), *Résilience. Connaissances de base*. (Pages 65-83). Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience. Connaissances de base*. Paris : Odile Jacob.
- Ngnafeu, M. (2024). *La résilience communautaire, une perspective africaine. L'exemple des Bamiléké du Cameroun*. Éditions L'Harmattan.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>.
- Rutter, M. (2012). *Resilience as a dynamic concept. Development and Psychopathology*. <https://ba.viu.ca/sites/default/files/resilience-as-dynamic-concept.pdf>
- Sinaï, A., Stevens, R., Carton, H. et Servigne, P. (2015). *Petit traité de résilience locale*. Paris : Ed Charles Léopold Mayer.
- Tisseron, S. (2020). *La résilience*. Paris: Presses Universitaires de France.

Programmes pour développer l'humour et favoriser la résilience

Colette Jourdan-Ionescu

Université du Québec à Trois-Rivières

Colette.jourdan@uqtr.ca

Résumé

Une brève présentation de l'humour suivie par celle de ses effets positifs permettra de situer le contexte d'élaboration des programmes visant à développer l'humour. Un intermède humoristique en lien avec la période du confinement durant la pandémie à la COVID-19 constituera la troisième partie de ce texte. Après avoir décrit les populations ciblées par les programmes existants (p. ex, enfants/adultes/aînés, en santé/avec trouble de santé physique/avec trouble de santé mentale) ainsi que les activités réalisées, un programme sera détaillé. Les programmes de développement de l'humour ont pour objectif d'engendrer une culture de la résilience en favorisant un changement des mentalités; ils visent la prévention de l'impact des adversités en renforçant la résilience naturelle des populations à risque.

Mots-clés : Humour, évaluation, programme, facteur de protection, culture de la résilience, renforcement de la résilience

Abstract

A brief presentation of humour followed by that of its positive effects will provide context for the development of programmes to foster humour. A humorous interlude related to the period of confinement during the COVID-19 pandemic constitute the third part of this paper. After describing the populations targeted by existing programs (e.g., children/adults/seniors, healthy/with physical disorder/with mental disorder) and the activities carried out, a program will be detailed. Humor development programs aim to foster a culture of resilience by promoting a change in mindsets and preventing the impacts of adversity.

Keywords : Humor, evaluation, program, protective factor, culture of resilience

L'humour n'est pas toujours pris au sérieux, car on l'associe fréquemment aux blagues qui nous font rire sur le coup et que, généralement, on oublie tout de suite après. Or l'humour a des impacts positifs tant sur le plan individuel, que familial et environnemental et permet de prendre du recul par rapport aux adversités rencontrées. Après avoir défini l'humour, nous aborderons ses impacts dans une perspective écosystémique. Par la suite, un petit intermède humoristique incluant des blagues qui ont permis de tenir pendant le confinement en lien avec la pandémie à la COVID-19 sera proposé. Finalement, des programmes permettant de développer l'humour et de favoriser la résilience seront présentés. Seront abordés successivement, les résultats montrant leur effet, ensuite les différents types de programmes trouvés et les clientèles visées. Un exemple de programme sera ensuite détaillé. La conclusion permettra de faire le lien entre l'humour et la culture de la résilience.

1. Définition

L'humour se définit comme un état d'esprit positif (Argyle, 2001, Ruch et Hofmann, 2017). C'est à la fois un acte social (partagé avec d'autres personnes) et culturel. En effet, l'humour comprend des éléments spécifiques à chaque culture, éléments qu'il faut prendre le temps de connaître afin de comprendre les blagues d'un nouveau milieu culturel et de pouvoir en rire. Il existe tout de même des éléments communs en lien avec l'humour partagé dans le monde entier.

L'humour est un phénomène complexe, que l'on peut considérer comme un concept parapluie pour tous les phénomènes en relation avec l'humour (Martin, 2003; Ruch et Hofmann, 2017; Gonot-Schoupinsky et al., 2020). La *Figure 1* synthétise ce que l'humour inclut (Jourdan-Ionescu, 2010): 1) le sens de l'humour, en tant que trait de personnalité, la propension à rire de diverses choses incluant soi-même, la capacité de faire face aux problèmes avec humour, la tendance à conserver une perspective humoristique face à l'adversité; 2) le pattern comportemental exprimant le fait d'apprécier l'humour, l'habileté à percevoir ce qui est drôle dans l'environnement, la capacité de se réjouir de matériel humoristique (film comique, bande dessinée, histoire drôle, caricature, etc.), une attitude positive envers l'humour et les personnes humoristiques, la tendance à rire facilement des blagues des autres (Argyle, 2001); 3) l'habileté cognitive qui permet de créer de l'humour, de faire des commentaires humoristiques, de se conduire de façon drôle, d'amuser les autres, de raconter des blagues (Thorson & Powell, 1993; 1996; Argyle, 2001); 4) un mécanisme de défense sain, de niveau élevé (Freud, 1928; Ionescu et al., 2020; Martin, 2003), c'est une bonne stratégie de coping essentielle pour favoriser la résilience face au stress (Jourdan-Ionescu, 2004; Booth Butterfield et al., 2007; Kuiper, 2012). C'est un

excellent facteur de protection (Bobek, 2002; Jourdan-Ionescu, 2004). Le mouvement de la psychologie positive a augmenté l'intérêt envers l'humour qui est inclus dans les 24 forces du caractère (Peterson & Seligman, 2004; Ruch et Hofmann, 2017).

Figure 1

Concept parapluie de l'humour



Il faut noter que toutes les sortes d'humour n'entraînent pas l'adaptation et ne sont pas reliées à la santé psychologique. En effet, quatre catégories d'humour sont distinguées par Martin et al. (2003) sur un continuum allant du pôle négatif (ou de la dimension mal-adaptative de l'humour avec deux styles d'humour, l'humour agressif et l'humour autodévalorisant) au pôle positif ou à la dimension adaptative de l'humour (Stieger et al., 2011), incluant l'humour affiliatif et l'humour autovalorisant.

Les deux styles d'humour négatifs (dimension mal-adaptative) font d'abord référence à l'humour agressif qui est caractérisé par l'utilisation de sarcasmes, de dénigrements, de taquineries, de moqueries, de critiques au détriment des autres. Ce style d'humour néglige l'impact nuisible pour autrui et peut parfois être employé pour tenter de rehausser les sentiments positifs envers soi-même. Le second style d'humour négatif est l'humour autodévalorisant qui fait référence à la tendance à se dénigrer ou se ridiculiser pour faire rire autrui, afin de se faire accepter des autres et d'améliorer ses relations sociales, mais aux dépens de sentiments positifs envers soi-

même.

L'humour affiliatif fait référence au fait de plaisanter afin de faire rire les autres et, en ce sens, de faciliter les relations sociales en diminuant les tensions interpersonnelles. C'est un humour qui se veut pacifique et tolérant. Ce style d'humour favorise l'estime de soi, le bien-être ainsi que le développement et le maintien d'un bon réseau de soutien social (Kuiper et McHale, 2009). L'humour autovalorisant (rire de soi-même ou autodérision¹ et de ce qui arrive de façon constructive) est utilisé pour voir le bon côté des situations adverses. Il renforce l'estime de soi, aide à réguler les émotions et à maintenir une attitude positive. Ces deux styles d'humour positifs sont aussi liés à de bonnes compétences sociales. À l'inverse, lors d'une étude sur la dépression, Frewen et al. (2008) ont observé que la diminution de l'utilisation des styles d'humour affiliatif et autovalorisant était associée à une augmentation de symptômes dépressifs.

Schneider et al. (2018) ont conduit une méta-analyse des études employant le *Questionnaire de styles d'humour*² (Martin et al., 2003) en lien avec quatre éléments en relation avec la santé mentale (estime de soi, satisfaction par rapport à la vie, optimisme, dépression). Les résultats de 37 études sur 45 échantillons indépendants montrent que l'humour positif est corrélé positivement avec la santé mentale. L'humour auto-dévalorisant est corrélé négativement avec la santé mentale, alors que l'humour agressif n'est pas relié à la santé mentale.

Mentionnons qu'évidemment, il existe des différences individuelles et culturelles quant au sens de l'humour. Galloway (2010) a mis en avant l'existence de quatre profils : des personnes qui ont des scores supérieurs pour tous les styles d'humour; des personnes qui ont des scores inférieurs pour tous les styles d'humour; des personnes dont les scores de styles d'humour adaptatif sont hauts, mais bas pour les styles négatifs; enfin, certaines personnes qui utilisent moins l'humour positif et davantage l'humour négatif. La recherche publiée en 2020 par Evans et al. (dont Galloway, parmi les coauteurs) sur 863 participants de trois pays (410 participants du Royaume-Uni, 278 des Pays-Bas et 183 de Pologne) montre que les profils sont de moins bons prédicteurs du bien-être que les styles d'humour et confirme les différences culturelles concernant l'humour. Schneider et al. (2018), quant à eux,

¹ L'autodérision est une aptitude à reconnaître ses défauts en s'en moquant soi-même et en en faisant rire autrui. Elle aurait un statut particulier qui l'amène à faire partie de l'humour puisqu'elle est d'une part, celle qui amuse et qui facilite les rapports avec les autres, d'autre part, celle qui reconforte devant l'adversité. L'autodérision signifie en effet rire de soi et être la cible de son propre rire, et de ce fait comporte en même temps, reconnaissance lucide et jeu. Aussi plusieurs auteurs (dont Zazzo, 1983) soulignent qu'être capable de rire de soi, est une forme raffinée d'humour.

² Une revue des principaux instruments d'évaluation de l'humour est présentée dans Jourdan-Ionescu (2004).

mettent en évidence des différences géographiques et en relation avec le genre qui méritent d'être davantage explorées.

2. Effets positifs de l'humour

Il a été largement démontré que l'humour améliore la santé. Les effets positifs principaux sur la santé physique sont principalement en lien avec les effets du rire sur : la santé cardiaque, la respiration, la sécrétion des endorphines, le sommeil et, même, la digestion (Cousins, 1980; Mooney, 2000; Argyle, 2001; Provine, 2003).

L'humour améliore aussi le bien-être. Selon Devereux et Heffner (2007), les émotions positives affectent la physiologie. Un haut niveau d'humour est associé à moins de dépressions, d'anxiété et d'émotions négatives, à une meilleure qualité du sommeil (Kuiper et Martin, 1998; Lefcourt et Martin, 1986; Moran & Massam, 1999; Nezu et al., 1988; Zhao et al., 2019) et au bien-être au travail (Bhattacharyya et al., 2019). Selon Devereux et Heffner (2007), les émotions positives ont un impact physiologique. Le rire, les expériences d'humour et l'attitude positive qui en découle peuvent aider à stimuler la production de neurotransmetteurs (Berk et al., 2001; Vlachopoulos et al., 2009), à réduire la tension musculaire (Fry, 1992) et la douleur (Perez-Amanda et al., 2018) et ceci en stimulant une pensée optimiste, en créant une humeur positive et en réduisant les ruminations (Gelkopt et al., 2006).

Par ailleurs, il est montré que les gens heureux rient plus et ont un meilleur sens de l'humour. L'humour augmente la créativité et permet ainsi de transformer un obstacle en un défi (Ziv, 1976, 1988). Plusieurs auteurs (Cousins, 1980; Erdman, 1991; Fry, 1992) ont montré que l'humour opère comme un catalyseur pour endurer et soulager la maladie ou la souffrance.

L'humour constitue donc une bonne façon d'affronter le stress ou n'importe quelle situation difficile (Martin et Dobbin, 1988; Lefcourt et al., 1993) – notamment en mettant une distance avec l'adversité rencontrée – et soutient le processus de résilience (Earvolino-Ramirez, 2007).

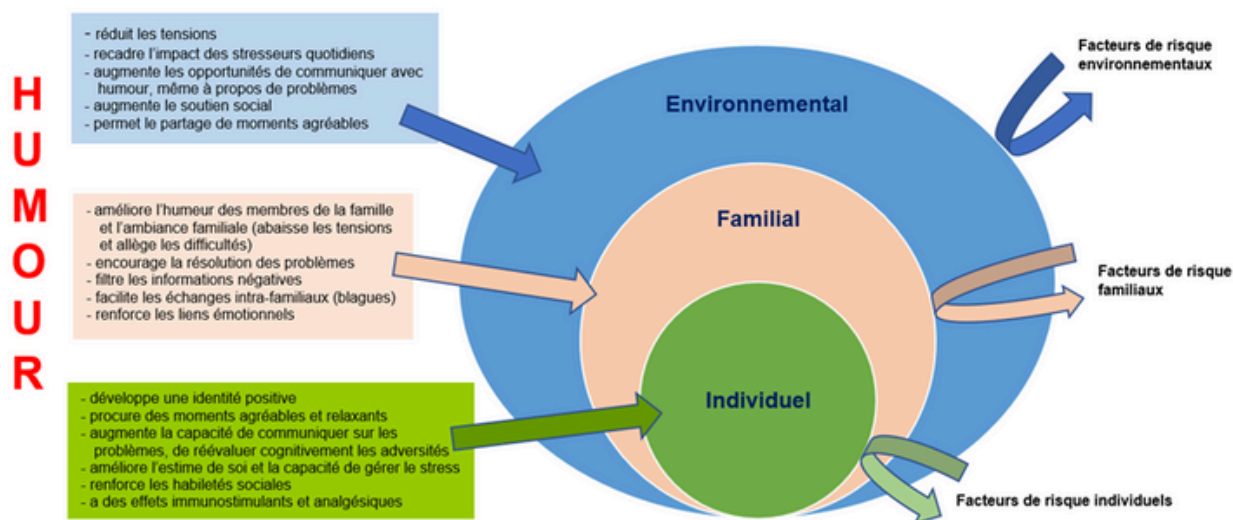
La *Figure 2* met en perspective les impacts de l'humour au niveau individuel, familial et environnemental et illustre comment l'humour constitue une couche de protection qui atténue l'impact des facteurs de risque. Au niveau individuel, le fait d'employer l'humour permet de prendre du recul sur les adversités vécues. Cela permet de mettre une distance face aux émotions négatives et de développer une identité positive, se sentant capable de gérer le stress adéquatement. La capacité d'utiliser l'humour permet aussi d'évoquer les problèmes de façon amusante avec les

personnes de l'entourage, ceci améliore donc les compétences sociales.

Au niveau familial, le recours à l'humour allège les tensions familiales, améliore l'ambiance familiale et permet de résoudre les problèmes rencontrés en mettant en avant le côté drôle et en filtrant les émotions négatives. Ceci favorise des liens familiaux agréables.

Figure 2

Impacts écosystémiques de l'humour



Enfin, au niveau environnemental, l'emploi de l'humour permet de réduire les tensions, de diminuer l'effet des stressors quotidiens, de communiquer plus facilement en ayant recours à l'humour et par l'affiliation entraînée d'augmenter le soutien social et de partager des moments agréables.

L'humour constitue un excellent exemple de clé de résilience trans-adversités (Jourdan-Ionescu et al. 2011); en effet, tout le monde peut profiter de l'humour quels que soient son âge (bébé, enfant, adolescent, adulte, aîné) ou ses particularités (malade, avec handicap physique, avec trouble du spectre de l'autisme, avec déficience intellectuelle, soignants envahis par la souffrance des patientèles prises en charge, etc.).

3. Pandémie de COVID-19 et humour

Lors de la pandémie et plus spécifiquement lors de l'expérience du confinement, de nombreuses personnes ont vécu beaucoup d'anxiété, et ont même développé des symptômes montrant à quel point l'ajout de cette adversité jusque-là non prévisible a pu déséquilibrer la balance dynamique entre les facteurs de protection et ceux de risque. L'ajout de l'adversité constituée par les conditions de confinement (coupure

des relations sociales, enfermement dans un espace restreint, inquiétudes pour la santé, peur de toucher quelque chose qui contamine, etc.) constitue, en effet, un facteur de risque additionnel qui peut faire pencher la balance du côté de la vulnérabilité.

Heureusement, la résilience a été soutenue par de nombreuses blagues qui ont circulé. L'encadré 1 rapporte quelques-unes de ces blagues dans l'objectif de constituer un petit intermède illustratif de l'importance de l'humour dans ce contexte stressant.

- *« Il y a un trou dans votre Curriculum Vitae, Que faisiez-vous en 2020? » « Je me lavais les mains... »*
- *Qui a eu l'idée de faire chanter « Joyeux anniversaire » pour se laver les mains assez longtemps? Depuis, dès que je vais à la salle de bains, mes enfants attendent que j'en ressorte avec un gâteau et des bougies.*
- *Ce matin, j'ai vu un voisin qui parlait à son chat. Il avait l'air de penser que son chat le comprenait !! Je suis rentré à la maison et je l'ai raconté à mon chien. On a bien ri!*
- *Pourquoi le poulet traverse-t-il la rue? Parce que le poulet qui le suivait sur le trottoir ne respectait pas les distances socio sanitaires.*
- *Il est étrange que dans un paquet de riz d'un kilo il y ait 7 759 grains alors qu'un autre de même poids et de même marque en comprend 7 789!*
- *Je viens d'entendre le président annoncer la fermeture de toutes les écoles. Rassurez-moi, c'est bien avec les enfants à l'intérieur?*
- *Finalement, bien des parents se sont rendus compte que le problème n'était peut-être pas l'enseignant...*
- *Deux grands-mères vantent leurs petits-enfants. L'une dit: « le mien est si bon dans la distanciation sociale, qu'il ne m'appelle même plus ».*
- *Ma femme de ménage vient de m'appeler pour me dire qu'elle allait faire du télétravail. Elle va m'appeler de chez elle et me dire ce qu'il y a à faire !!*
- *En raison du confinement, un nouveau décret a été promulgué avançant l'heure de l'apéro à 9 h du matin.*
- *Pour faire les courses, ils disent qu'un masque et des gants suffisent. Ils m'ont trompé, les autres étaient habillés !!!*
- *Mon mari a acheté une carte du monde et des fléchettes, il m'a dit: « Lance la fléchette et n'importe où elle tombe, c'est là que je t'emmènerai à la fin de la pandémie. » Croyez-le ou non, nous irons passer deux semaines derrière le réfrigérateur...*

L'humour est un facteur de protection qui peut être développé. C'est une des forces du caractère (Peterson & Seligman, 2004) qui est malléable (Gander et al., 2020). Parmi les recherches qui ont évalué des programmes de développement de l'humour, Ruch et al. (2018) ont montré que l'humour peut être entraîné. Pour Rush (2010) l'entraînement à l'humour est une intervention de psychologie positive qui augmente le fait d'être heureux et diminue la dépression. Schneider et al. (2018) recommandent de promouvoir les styles d'humour bénéfiques pour la santé mentale. La méta-analyse de Zhao et al. (2019) (10 études incluant 814 participants) confirme les résultats de Gonot-Schoupinsky et Garip (2020) sur les effets des interventions sur le rire et l'humour montrant que ces interventions diminuent significativement la dépression, l'anxiété des adultes, améliore la qualité de leur sommeil et diminue les émotions négatives.

4. Programmes pour développer l'humour

Il existe plusieurs programmes visant à développer ce facteur de protection : des programmes individuels ou de groupe, des programmes standardisés ou non, des programmes auto-administrés en ligne. Les programmes les plus évalués sont évidemment ceux qui se font en ligne et individuellement, programmes pour lesquels il est plus facile de mettre en place des mesures pré- et post-programmes. Le programme de Wellenzohn et al. (2016) est un bon exemple de programme en ligne.

La plupart des programmes conduits avec des enfants ou des personnes âgées ont été réalisés en présentiel et en groupe. Ce sont habituellement des programmes standardisés qui sont alors appliqués : programmes avec des lignes directrices très strictes (concernant l'ordre et la durée des activités ou le contenu de celles-ci). Par contre, l'intervention des clowns thérapeutiques³ est une « pratique de résilience artistique » adaptée à chaque individu et s'appuyant sur l'accordage aux besoins spécifiques de la personne (Jourdan-Ionescu et al., 2018). Les programmes répertoriés visant à développer l'humour s'adressent à différentes populations. Le *Tableau 1* synthétise ces populations selon le cycle de vie ou la problématique ciblée.

La plupart des activités employées dans les programmes visent à faire vivre l'humour par les participants. Ceci peut être fait par : un partage de compréhension de la

³ L'intervention des clowns thérapeutiques (aussi nommés docteurs clowns) vise à introduire un moment de plaisir dans le vécu hospitalier. Le clown peut soutenir les procédures de soins, favoriser la communication entre le malade, la famille et les membres de l'équipe médicale. Tout le monde (y compris les soignants) profite de la bonne humeur apportée par l'entrée dans un service de clowns thérapeutiques. De plus en plus, les clowns thérapeutiques s'exportent dans des résidences pour personnes âgées, voire dans les écoles (comme Boss le clown et son équipe qui conduisent des actions dans les écoles au Cameroun pour sensibiliser les enfants au danger lié à l'organisation terroriste jihadiste islamique Boko Haram).

définition de l'humour; le visionnement de vidéos comiques; le fait de rapporter une histoire où une personne a fait preuve d'humour face à une adversité; l'entraînement à l'humour; le fait de dessiner ou écrire ou raconter une histoire où l'humour a eu un rôle positif; transmettre à un ami le désir de lire un livre (voir un film, écouter une chanson) qui vous a fait rire; des activités de discussion de partage d'émotions; le fait de pratiquer le rire (différentes sortes de rire, rire aux éclats, rire sans raison); la méditation du rire; yoga du rire; thérapie par l'humour; clown thérapie.

Afin d'aller plus loin, le programme d'entraînement à l'optimisme et à l'humour de Lee, Kim et Lee (2018) s'adressant aux enfants sud-coréens sera présenté plus en détails. Ce programme a été élaboré pour combattre les comportements déviants des enfants et adolescents face aux adversités vécues. L'objectif de prévention de ce programme vise à favoriser l'adaptation des enfants à l'école plutôt que de laisser s'installer l'indiscipline et le désintérêt envers l'école. Basé sur une revue des écrits scientifiques sur l'optimisme et sur l'humour, le programme a été développé sur un modèle récursif et révisé étape par étape. Les stratégies pour implanter le programme ont été identifiées, le contenu du programme a été basé sur celui de Seligman et al. (1995) visant l'optimisme et sur l'étude de Martin et al. (2003) sur l'humour.

Tableau 1*Populations visées par des programmes de développement de l'humour*

Population/Problématique	Auteurs des programmes
<i>Enfants du primaire</i>	Nevo et al. (1998) Chiou et al. (2003) Lee et al. (2018) McGrath et Noble (2011)
<i>Adolescents avec troubles du spectre de l'autisme</i>	Wu et al. (2016)
<i>Personnes en santé</i>	McGhee (1996; 2010) Nevo et al. (1998) Sassenroth (2001) Rusch et Stolz (2009) Beh-Pajoo et al. (2010) Crawford et Caltabiano (2011) Ruch et Hofmann (2012) Proyer et al. (2013) Chen et al. (2019)
<i>Personnes âgées dans une résidence</i>	Scholl et Tagan (2003) Hirsch et al. (2010) Ko et Youn (2011) Hirosaki et al. (2013) Low et al. (2013) Ghodsbin et al. (2015) Hsieh et al. (2015) Grivel et Gay (2014)
<i>Personnes âgées avec problèmes pulmonaires</i>	Fukuoka et al. (2016)
<i>Personnes avec problèmes de santé mentale</i>	Hawke (2015a et b)
<i>Personnes ayant le cancer</i>	Martin et al. (2014) Kim et al. (2015)
<i>Patients dépressifs</i>	Seligman et al. (2005) Hirsch et al. (2010) Falkenberg et al. (2011) Shadidi et al. (2011) Gander et al. (2013) Wellenzohn et al. (2016)
<i>Patients avec troubles phobiques</i>	Prerost (1994) Ventis et al. (2001)
<i>Patients vivant avec le Parkinson</i>	Memarian et al. (2017)
<i>Patients schizophrènes</i>	Gelkopf et al. (1993) Cai et al. (2014)

La validité de contenu du programme a été établie avec des psychologues spécialistes dans le counseling de groupe auprès des enfants. Ensuite, le programme a été révisé par trois enseignants d'expérience. Une pré-expérimentation sur dix élèves de sixième année a été réalisée après l'école durant quatre semaines. Le programme a été ensuite révisé en tenant compte des commentaires des participants et des évaluations des chercheurs. Enfin le programme a été implanté dans une classe de sixième année et révisé en fonction de la satisfaction des élèves et des évaluations de l'équipe de recherche.

L'enseignant était responsable de l'implantation du programme et chaque semaine, l'entraînement, avait lieu le matin et à la fin du jour. Chaque session comprenait 50 minutes d'apprentissage coopératif par semaine. De plus, Lee et ses collaborateurs ont ajouté un entraînement après l'école et du cyber entraînement (pour mettre le contenu et les devoirs sur le site web de la classe). Les activités de groupe visaient un apprentissage coopératif pour augmenter la participation. Le programme (détaillé dans le tableau de la page 123 de Lee et al., 2018) vise à enseigner des façons optimistes de penser et un emploi adaptatif de l'humour : par exemple, chercher l'humour, le pratiquer, partager une histoire drôle, pratiquer l'humour affiliatif. Les élèves de deux classes ont participé à l'évaluation de l'efficacité du programme durant huit semaines (23 dans le groupe expérimental et 23 dans le groupe contrôle qui n'ont pas eu d'intervention avant la fin de l'évaluation post-programme). Les résultats ont montré chez les enfants du groupe expérimental une augmentation de l'optimisme et de l'emploi de l'humour affiliatif (associé à une diminution de l'humour auto-dévalorisant), ainsi qu'une meilleure adaptabilité en classe.

En guise de conclusion : humour et culture de la résilience

L'humour permet une prévention des impacts des adversités rencontrées dans la vie et peut être développé et soutenu par l'environnement. Le développement de l'humour permet de favoriser le processus de résilience.

Pour cette raison, il est important de développer une culture de la résilience en proposant dès l'école maternelle et primaire des programmes d'humour. Du fait que les enfants fréquentent l'école toute la journée, l'école constitue une opportunité extraordinaire de promotion de la résilience pour les jeunes (Bouteyre, 2008). Les autres clientèles devraient aussi avoir l'opportunité de bénéficier de périodes d'entraînement à l'humour.

Un effet de cascade est possible si les programmes permettant de développer l'humour sont coconstruits, basés sur des données probantes (dont nous manquons encore), modulés individuellement, prennent en considération les problèmes éthiques, tiennent compte des particularités culturelles et facilitent l'empowerment.

Références

- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2nd edition). London: Routledge.
- Beh-Pajoooh, A., Janhangiri, M., & Zaharakar, K. (2010). Humor skills training and reducing depression in patients with spinal chord injury. *Journal of Iranian Psychologists*, 6(1), 227-236.
- Berk, L. S., Felten, D. L., Tan, S. A., Bittman, B. B., & Westengard, J. (2001). Modulation of neuroimmune parameters during the eus- tress of humor-associated mirthful laughter. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(2), 62-76.
[https://doi.org/10.1016/S0378-8741\(00\)00373-1](https://doi.org/10.1016/S0378-8741(00)00373-1)
- Bouteyre, E. (2008). *La résilience scolaire : de la maternelle à l'université*. Paris : Belin.
- Cai, C., Yu, L., Rong, L. & Zhong, H. (2014). Effectiveness of humor intervention for patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 174-178. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.09010
- Chiou, F.C., Chen, H.C., & Cho, S.L. (2003). A Course Design for Creative Training of Humor and the Effects of an Empirically Evaluative Study. *Bulletin of Educational Psychology* (National Taiwan Normal University), 34, 179-198.
- Cousins, N. (1980). *La volonté de guérir*. Paris : Éditions du Seuil.
- Crawford, S.A., & Caltabiano, N.J. (2011). Promoting emotional well-being through the use of humour. *Journal of Positive Psychology*, 6(3), 237-252. DOI: 10.1080/17439760.2011.577087
- Devereux, P.G., & Heffner, K.L. (2007). Psychophysiological approaches to the study of laughter. Toward an integration with positive psychology. In A.D. Ong, M.H.M. van Dulmen (Eds), *Oxford Handbook of Methods in Positive Psychology*. New York : Oxford University Press, pp. 233-249.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience : A concept analysis. *Nursing Form*, 42(2), 73-82.
- Evans, T.R., Johannes, N., Winsla, J., Glinksa-Newes, A., van Stekelenburg, A., Nilsonne, G., et al. (2020). Exploring the consistency and value of humour style profiles. *Comprehensive Results in Social Psychology*, 4(1), 1-24. DOI : 10.1080/23743603.2020.1756239
- Falkenberg, I., Buchkremer, G., Bartels, M., & Wild, B. (2011). Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression : A pilot study. *Psychiatry Research*, 186, 454-457. DOI : 10.1016/j.psychres.2010.10.009
- Franzini, L.R. (2001). Humor in therapy : The case for training therapists in its uses and risks. *The Journal of General Psychology*, 128(2), 170-193.
- Freud, S. (1928). Humor. *International Journal of Psycho Analysis*, 9, 1-6.

- Fry, W. (1992). The physiologic effects of humor, mirth and laughter. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 267(13), 1857– 1858.
<https://doi.org/10.1001/jama.267.13.1857>
- Fry, W. (1992). The physiologic effects of humor, mirth, and laughter. *Journal of the American Medical Association*, 267, 1857-1858.
- Fukuoka, A., Ueda, M., Ariyama, Y., Iwai, K., Kai, Y., & Kunimatsu, M. (2016). Effect of laughter yoga on pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nara Medical Association*, 67(1–3), 11–20.
- Galloway, G. (2010). Individual differences in personal humor styles : Identification of prominent patterns and their associates. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 563-567.
- Gander, F., Hofmann, J., Proyer, R.T., & Ruch, W. (2020). Character strengths – Stability, change, and relationships with well-being changes. *Applied Research in Quality of Life*, 15, 349-367. DOI: 10.1007/s11482-018-9690-4
- Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., & Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1241–1259. DOI: 10.1007/s10902-012-9380-0.
- Gelkopf, M., Kreitler, S., & Sigal, M. (1993). Laughter in a psychiatric ward. Somatic, emotional, social and clinical influences on schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(5), 283–289. DOI: 10.1097/00005053-199305000-00002
- Gelkopt, M., Gonen, B., Kurs, R., Melamed, Y., & Bleich, A. (2006). The effect of humorous movies on inpatients with chronic schizophrenia, *Journal of Nervous Mental Diseases*, 194(11), 880-883. DOI: 10.1097/00005053-199305000-00002
- Gonot-Schoupinsky, F.N., Garip, G., & Sheffield, D. (2020). Laughter and humour for personal development : A systematic scoping review of the evidence. *European Journal of Integrative Medicine*, 37, 101144. DOI : 10.1016/j.eujim.2020.101144
- Hirosaki, M., Ohira, T., Kajiura M., et al. (2013). Effects of a laughter ans exercise program on physiological and psychological health among community-dwelling elderly in Japan: Randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(1), 152-160. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2012.00877.x
- Hirsch, R.D., Junglas, K., Konradt, B., & Jonitz, M.F. (2010). Humorthérapie bei alten Menschen mit einer Depression. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung [Humor therapy in the depressed elderly. Results of an empirical study]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 42-52.
- Hsieh, C.-J., Chang, C., Tsai, G., & Wu H.-F. (2015). Empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program on long-term care residents. *Geriatrics Gerontology International*, 15, 165-173. DOI : 10.1111/ggi.12244

- Hsieh, C.-J., Chang, C., Tsai, G., & Wu H.-F. (2015). Empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program on long-term care residents. *Geriatrics Gerontology International*, 15, 165-173. DOI : 10.1111/ggi.12244
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M. et Lhote, C. (2020). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris : Dunod.
- Jourdan-Ionescu, C. (2004). Comment évaluer le sens de l'humour et le développer pour favoriser la résilience. *Revue Québécoise de psychologie*, 25(1), 43-73.
- Jourdan-Ionescu, C. (2010). L'humour comme facteur de résilience pour les enfants à risque et leur famille. *Bulletin de psychologie*, 63(6), 449-455.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Bouteyre, É., Roth, M., Méthot, L. et Vasile, L. D. (2011). Résilience assistée et événements survenant au cours de l'enfance : maltraitance, maladie, divorce, décès des parents et troubles psychiatriques des parents. In S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée*, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 155-246.
- Jourdan-Ionescu, C., Vinit, F., & Mortamet, G. (2018) L'intervention des clowns thérapeutiques en soins intensifs : pratique de résilience artistique au cœur de la technique. Dans C. Jourdan-Ionescu, S. Ionescu, É. Kimessoukié-Omolomo, & F. Julien-Gauthier, *Résilience et culture, culture de la résilience* (p. 709-719). Québec: Livres en ligne du Crires.
https://lel.crires.ulaval.ca/sites/lel/files/resilience_et_culture_culture_de_la_resilience_0.pdf
- Kim, S.H., Kim,Y.H., &Kim,H. J. (2015). Laughter and stress relief in cancer patients: A pilot study. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 1-6. DOI: 10.1155/2015/864739
- Ko, H. J., & Youn, C. H. (2011). Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 11(3), 267-274. DOI : 10.1111/j.1447-0594.2010.00680.x
- Kuiper, N.A., & Martin, R.A. (1998). Laughter and stress in daily life: Relation to positive and negative affect. *Motivation and Emotion*, 22, 133-153.
- Lee, J.-Y., Kim, J.-Y., & Lee, J. (2018). The children's optimism and humor training program in South Korea. *International Journal of Mental Health*, 47(2), 118-136. DOI: 10.1080/00207411.2017.1367450
- Lefcourt, H. M. et Martin, R. A. (1986). *Humor and life stress : Antidote to adversity*. New York : Springer-Verlag.
- Lefcourt, H., Davidson-Katc, K and Kueneman, K. (1993). Humor and immune-system functioning. *Humor: International Journal of Humor Studies*, 3(3), 305-321.
- Low, L. F., Brodaty, H., Goodenough, B., Spitzer, P., Bell, J. P., Fleming, R. et al. (2013). The Sydney Multisite Intervention of Laughter Bosses and Elder Clowns (SMILE) study: Cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. *BMJ Open*, 3(1), e002072. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002072

- Martin, R. (2003). Sense of humor. In S.J. Lopez et C.R. Snyder (Éds), *Positive psychological assessment*. Washington : American psychological Association.
- Martin, R.A. and Dobbin, J.P. (1988). Sense of humor, hassles, and immunoglobulin A: Evidence for a stress-moderating effect of humor. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 18, 93-105.
- Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.
- Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75. DOI: 10.1016/S0092-6566(02)00534-2
- McGhee, P. E. (1996). Health, healing and the amuse system. Dubuque : Kendal and Hunt.
- Nevo, O., Aharonson, H. et Klingman, A. (1998). The development and evaluation of a systematic program for improving sense of humor. In W. Ruch (Ed.), *The sense of humor. Explorations of a personality characteristic*. Berlin: De Gruyter.
- McGhee, P.E. (2010). *Humor as survival training for a stressed-out world: The 7 Humor Habits Program*. Bloomington: Author House.
- Memarian, A., Sanatkaran, A., & Bahari, S. M. (2017). The effect of laughter yoga exercises on anxiety and sleep quality in patients suffering from Parkinson's disease. *Biomedical Research and Therapy*, 4(7), 1463–1479. DOI: 10.15419/bmrat.v4i07.200
- Mooney, 2000
- Moran, C.C., & Massam, M.M. (1999). Differential influences of coping humor and humor bias on mood. *Behavioral Medicine*, 25, 36-42. DOI: 10.1080/08964289909596737
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Blissett, S.E. (1988). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 520-525. DOI:10.1037/0022.3514.54.3.520
- Perez-Aranda, A., Hofmann, J., Feliu-Soler, A., Ramirez-Maestre, C., Andres- Rodriguez, L., Ruch, W., & Luciano, J. V. (2018). Laughing away the pain: A narrative review of humor. Sense of humor and pain. *European Journal of Pain*, 23, 220–233. <https://doi.org/10.1002/ejp.1309>
- Gelkopt et al., 2006).
- Peterson, C., & et Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington: American Psychological Association.
- Prerost, F.J. (1994). Humor as an intervention strategy. In H.S. Strean (Ed.), *The use of humor in psychotherapy* (pp. 139-148). Northval: Jason Aronson.

- Provine, R. (2003). *Le rire, sa vie, son oeuvre*. Paris : Robert Laffont.
- Proyer, R. T., Ruch, W., & Buschor, C. (2013). Testing strengths-based interventions: A preliminary study on the effectiveness of a program targeting curiosity, gratitude, hope, humor, and zest for enhancing life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 14, 275–292. DOI : 10.1007/s10902-012-9331-9.
- Ruch, W., & Hofmann, J. (2012). A temperament approach to humor. In P. Gremigni (ed.), *Humor and health promotion*, 79-113. Hauppauge: Nova Science.
- Ruch, W., & Hofmann, J. (2017). Fostering humor. In C. Proctor (ed.), *Positive psychology interventions in practice*, 65-80. New York: Springer.
- Rusch, S., & Stolz, H. (2009). *Ist Sinn für Humor lernbar? Eine Anwendung und Evaluation des 8 Stufen Programs* (McGhee, 1999) [Can a sense of humor be learned? An application and evaluation of the 8-Step Program (McGhee, 1999)]. Unpublished master's thesis, University of Zurich.
- Schneider, M., Voracek, M., & Tran, U.S. (2018). « A joke a day keeps the doctor away? » Meta-analytical evidence of differential associations of habitual humor styles with mental health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59, 289-300. DOI : 10.1111/sjop.12432
- Seligman, M.E.P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Thorson, J. A. et Powell, F. C. (1993). Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 13-23.
- Thorson, J.A., & Powell, F.C. (1993). Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 13-23.
- Ventis, W.L., Higbee, G. et Murdock, S.A. (2001). Using humor in systematic desensitization to reduce fear. *The Journal of General Psychology*, 128(2), 241-253.
- Vlachopoulos, C., Xaplanteris, P., Alexopoulos, N., Aznaouridis, K., Vasiliadou, C., Baou, K., ... Stefanadis, C. (2009). Divergent effects of laughter and mental stress on arterial stiffness and central hemodynamics. *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 446–453. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e318198dcd4>
- Wellenzohn, S., Proyer, R.T., & Ruch, W. (2016). Humor-based online positive psychology interventions: A randomized placebo-controlled long-term trial. *The Journal of Positive Psychology*, 11(6), 584-594. DOI: 10.1080/17439760.2015.1137624
- Wu, C.-L., Liu, Y.-R., Kuo, C.-C., Chen, H.-C., & Chang, Y.-L. (2016). Effectiveness of humor training among adolescents with autism. *Psychiatry Research*, 246, 25-31. DOI : 10.1016/j.psychres.2016.09.016
- Zazzo, R. (1983). « Préface », in F. Barriaud, *La genèse de l'humour chez l'enfant*, PUF.

- Zhao, J., Yin, H., Zhang, G., Li, G., Shang, B., Wang, C., & Chen., L. (2019). A meta-analysis of randomized controlled trials of laughter and humour interventions on depression, anxiety and sleep quality in adults. *Journal Adv. Nurs.*, 75, 2435-2448. DOI: 10.1111/jan.14000
- Ziv, A. (1976). The effects of humor in creativity. *Journal of Educational Psychology*, 3, 22-29.
- Ziv, A. (1988). Using humor to develop creative thinking. *Journal of Children in Contemporary Society*, 20(1-2), 99-116.

Trauma Informed Care and Resilience: Longitudinal Assessment of a Unique Alternative Residential Child Care Model

Gurneet Kaira

Anna D. Bartuska

Michael Belden

Kiran Modi

Sumedha Ariely

iceb@udayancare.org

Abstract

Children without parental care are vulnerable to potentially traumatic life events (PTEs), which can have grave impacts on their development. Not all children exposed to adversities develop problems of the same type or severity, an indication of the adaptability of the person to risks and opportunities in their environment. This study investigates a longitudinal 5-year sample of 121 children without parental care, living in group residential homes non-profit organization based in India. Over half the sample (66%) have experienced 3 or more PTEs. Preliminary analysis suggest that despite past adverse life experiences, these children without parental care have developed sources of resilience that can help mitigate on-going mental health risks (ego-resilience and average self-concept). Using a biopsychosocial framework, with tenets of Erikson's theory of Psychosocial Development (1968) and Bronfenbrenner's Ecological Model (1979) applied to the Trauma Informed Care model, a dynamic person-in-environment relationship is illustrated. Discussion is framed in the context of the person-in-environment model of development and in understanding the ways care providers can use sources of resilience as tools to bolster support structures for vulnerable populations.

Keywords : Resilience, Trauma Informed Care, Childcare, Child without Parental Care

Résumé

Les enfants qui ne sont pas pris en charge par leurs parents sont vulnérables aux événements de vie potentiellement traumatisants (EPT), qui peuvent avoir de graves répercussions sur leur développement. Tous les enfants exposés à l'adversité ne développent pas des problèmes du même type ou de la même gravité, ce qui indique la capacité d'adaptation de la personne aux risques et aux opportunités de son environnement. Cette étude porte sur un échantillon longitudinal sur cinq ans de 121 enfants sans protection parentale, vivant dans des foyers de groupe à but non lucratif basés en Inde. Plus de la moitié de l'échantillon (66 %) a subi trois EPT ou plus. L'analyse préliminaire suggère que, malgré des expériences de vie négatives

passées ces enfants sans soins parentaux ont développé des sources de résilience qui peuvent aider à atténuer les risques continus pour la santé mentale (ego-résilience et concept de soi moyen). À l'aide d'un cadre biopsychosocial, avec les principes de la théorie du développement psychosocial d'Erikson (1968) et du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) appliqués au modèle de Soins pour Traumatismes, une relation dynamique personne-environnement est illustrée. La discussion s'inscrit dans le contexte du modèle de développement de la personne dans l'environnement et de la compréhension des façons dont les donneurs de soins peuvent utiliser les sources de résilience comme outils pour renforcer les structures de soutien aux populations vulnérables.

Mots-clés : Résilience, Soins pour traumatismes, Garde d'enfants, Enfant sans soins parentaux

Introduction

Potentially Traumatic Life Events (PTE's) in the life of a 'Child without parental care' and its link with resilience

Research about children without parental care has highlighted potentially traumatic events (PTEs) that are associated with poor health outcomes such as parental neglect, abandonment and lack of family-socio-economic conditions. Studies on these children in low- and middle-income countries sheds light on the potential trauma of losing their one or both parents (Cluver, Fincham, & Seedat, 2009; Cluver & Gardner, 2006; Cluver, Gardner, & Operario, 2007). These studies determine that lack of adequate adult protection that increases children's potential to be exposed to additional PTEs (Ahmad et al., 2005). Similarly, intermediary, and structural determinants experienced by children, or their families can also increase exposure to PTEs. Corresponding literature suggests that the experience of PTEs is associated with depression, anxiety, and anti-social behaviour patterns which may last well into adulthood too (Koenig, Doll, O'Leary, & Pequegnat, 2004; Matshalaga & Powell, 2002) further leading to increased risk of contracting sexually transmitted diseases, high-risk behaviors and low health-promotion activities (Whetten, Reif, Whetten, & Murphy-McMillan, 2008). Given the prevalence of PTEs and the risk of negative mental and physical health outcomes, children without parental care often need additional support and suitable alternative care.

Alternative care for children without parental care may be in the form of formal care including family-like environment and private facilities (foster care, residential, and kinship care) by order of an administrative body or informal care which can include a family like environment prior to any order by judicial authority (United Nations, 2010). Given the traumatic experiences that often lead to the need for alternative care, children in these environments often have greater levels of neurodevelopmental disorders, psychopathology and educational difficulties as compared to other peers (Ford et al., 2007). Yet, the emotional dynamics of children in alternative care has received little attention. Amongst the limited research addressing this issue, one study suggests that children without parental care who are accommodated in residential care homes experience higher rates of depression, suicidal tendencies, and PTSD than compared to their peers (Gearing et al., 2015). Specifically, suffering because of PTEs experienced by children in institutional care have been found to impact achievements and functioning (Christine L Gray et al., 2015). Alternatively, a study conducted by Vorria and colleagues (2008) found very little difference between children without parental care raised in residential homes and those raised in families. These alternative findings support further investigation

of both risk factors and protective factors for healthy functioning among children receiving alternative care.

One risk factor for poor mental health outcomes among children without parental care is ongoing trauma. Ongoing trauma can lead to continuation of behaviors that once were adaptive, but when generalized can negatively affect their daily lives. Yet, certain responses to trauma which may seem maladaptive (e.g., the child typically does not take responsibility for his behavior, instead blames others, and thus appears to lack insight and remorse) sometimes actually have adaptive benefits to the child and support their survival (Gordon, 2006). Sources of resilience in children can help mitigate preceding mental health risks. Resilience refers to “the ability to cope after a trauma/stressor” (Masten et al., 1999; Masten, 2001) and is further defined as “a set of individual features that may offer coping/protection in facing adversity” (Hoge, Austin, & Pollack, 2007; Lou, Taylor, & Di Folco, 2018). Resilience provides children the capacity to bounce back from adverse life circumstances thus proving to be a mechanism for survival (Tugade & Fredrickson, 2011). Research shows that children living in challenging situations for long periods of time often develop resilience to fight back and mitigate negative consequences (Ungar, 2015; Masten & Narayan, 2012). Chmitorz and colleagues (2018) demonstrated that to develop resilience, some amount of exposure to adversity is necessary as it helps children to face the challenges and improve self-esteem. Yet resilience is also marked by some type of successful adaptation or outcome, which may be more difficult for ‘out of home care children’ as they are often exposed to high levels of risk and ongoing challenges. Studies have linked resilience with positive social environment and the supportive relationships formed between children, peers, and adults in group homes. Improved peer and adult relationships and mentoring leads to positive effects on educational achievement, self-esteem, psychological health, and social skill development (Perry, 2006; Massinga & Pecora, 2004). Hence, a better quality of life in care homes and health status of these children has been often linked to improved outcomes as evidence of resilience (Chia & Lee, 2015).

Conceptual Framework focusing on Trauma Informed Care and Resilience

One type of care that has been incorporated into some alternative care programs to support healthy functioning among children is Trauma Informed Care (TIC). TIC focuses on strengthening the behavioral response to trauma through a strength-based framework (Hopper, Bassuk, & Olivet, 2010). TIC’s objective of building resilience is achieved by encouraging caregivers to focus on promoting children’s strengths rather than merely supporting them in overcoming past traumatic experiences. TIC acknowledges children’s strengths as sources of resilience. In

response to the impact of trauma, TIC emphasizes on psychological, physical and emotional safety for child survivors and creates opportunities for them to feel empowered and rebuild a sense of control (DeCandia & Guarino, 2015). The key components of TIC involve understanding trauma, child survivor, services, and service relationship (Hodas, 2006). TIC can be implemented in any kind of service setting as it focusses majorly on re-empowerment and promoting self-concept in general. In contrast, trauma specific interventions are intended to facilitate healing and address the effects of trauma (Hopper et al., 2010). A child can respond to PTEs with both externalizing behaviors and internalizing indications. TIC involves provisions of safety to the traumatized child by adult caregivers, at emotional and physical level and can be implemented in an individual or group format (Hodas, 2006). TIC recognizes and addresses the effects and prevalence of trauma while emphasizing emotional, physical and psychological safety and creating opportunities for children to rebuild a sense of empowerment and control (Hopper et al., 2010). It assists children with the process of self-discovery while believing in and respecting each child's unique subjective PTEs (Miller & Rollnick, 2013). The process involves empowering the child to define his own needs and explore the ways to get those needs met (Raja et al., 2015). Person-in-environment relationships can be illustrated by the literature which links resilience to the care home environment and the relationships formed in these homes (Perry, 2006). In these environments, care providers use sources of resilience as tools to provide support structures for vulnerable children.

Study Aims

The primary goal of this study is to expand upon current literature regarding children without parental care by: 1) describing the prevalence of previously reported potentially traumatic events (PTEs) among children receiving care in residential homes (Udayan Ghars, run by Udayan Care, in India, between 2014 and 2018, and 2) exploring the associations between the number of PTEs and mental health outcomes, namely trauma symptoms, self-concept, and ego-resiliency, among a subset of children interviewed in 2018. The results will be discussed in relation to the care and services provided by Udayan Care, an alternative care program in India.

Methods

Definitions

Child: here denotes a person still living in the residential group home and has not completed the age of 18 years.

Children in need of care and protection: defined as children who have lost one or both parents or have been separated from their parents with no intention of returning to them.

Residential Care Homes: group homes where children from different families live together under the care of an unrelated caregiver(s) under the supervision of governmental juvenile laws.

Study Setting

Udayan Care, a non-profit NGO in India, has the vision of “regenerating the rhythm of life of the disadvantaged.” Contrasting to other large residential care institutions, as prevalent in India, Udayan Care has developed small group homes called Udayan Ghars (hereinafter referred to as ‘homes’) based on a unique L.I.F.E. model (Living in Family Environment) which provides care and protection to a maximum of 12 children per home as a unit, and in some larger spaces, 2 units of children are accommodated. Children are placed in these gendered separated homes through orders from the statutory body, Child Welfare Committee (CWC), based under the Juvenile Justice Law. At present there are 17 homes across four states of India. Each home has a carer team including a group of 2-5 long-term volunteers called Mentor Parents, at least 2-3 full-time residential caregivers, a social worker, a part time mental health professional team, comprising of a child and adolescent Psychiatrist, psychologist and counsellor, and a shared zonal coordinator, as well as managerial, supervisory staff at the Head Office. All homes are in middle class communities, drawing the support and strength of local communities, leading to positive peer influence, where full-time managers work centrally with the aim to provide psychological, financial, and legal support and training to children (Modi. K. & Hai. K., 2018).

Participants

Children without parental care living at Udayan Care residential homes were selected, using a sampling frame during 2014, the inaugural study year. Stratified random sampling was used to proportionally select participants by age and gender. Children were stratified into three age groups prior to randomization (group 1 = ages 4–8, group 2 = ages 9–14, group 3 = ages 15+). To ensure roughly equal age groups, all children ages 4-8 were included in the study. The study sample was selected to make the gender proportion slightly more even (60% female). Overall, the original sample included 89 children across eleven homes. Every subsequent year, all newly entering children were added, including the full group of kids living in any newly

created home.

For the purposes of the current study, all children who had resided in residential care homes between 2014 and 2018 and had a health record on file at the time of assessment were included (N=121).

Procedure

To understand the mental health of Udayan Care children, both their needs and sources of strengths, Udayan Care and Duke University global health student team have been conducting an ongoing longitudinal study since 2014 (Sridharan et al., 2017; Bensley et al., 2017; Ahuja et al., 2017). Interviews were conducted to assess the mental health outcomes of children (e.g., self-concept, ego-resiliency, trauma) using qualitative and quantitative measures. Interviews lasted between sixty to ninety minutes and were conducted in English or Hindi in private rooms by Udayan Care research assistants, a translator, or the student researcher. Interviews conducted by a research assistant or translator had a student researcher always present. For all interviews, a social worker or counselor was either in the home or on-call.

Ethical approval was obtained from Duke University's Institutional Review Board and locally from Udayan Care's Managing Trustee and Board. Each participant provided documented written or oral consent prior to the interview. All identifiable information was kept on an encrypted server, and all data was de-identified before analysis.

Measures

The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PH-2), Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC), and Ego-Resiliency Scale (ER-89) were used for their cross-cultural validity, extensive use in the United States, previously used by Udayan Care, and/or use in low- and middle-income countries. All measures were translated and back translated prior to administration in Hindi.

Self-Concept

Self-concept scores were measured using the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, 2nd Edition (PH2) which has been validated for children, aged 7 to 18 years old, and contains 60 yes/no questions (Piers & Herzberg, 2002). Any questionnaire with seven or more missing or invalid responses was considered invalid and not included

within this study. Total scores were transformed into T-scores for the purposes of data interpretation. PH2 T-scores are interpreted as very low (<30), low (30-39), low average (40-44), average (45-55), high average (56-59), high (60-69), and very high (>69) self-concept.

Ego-resilience

Ego-resiliency was measured using the Ego-Resiliency Scale (ER-89) and are graded as follows: very low (0-10), low (11-22), undetermined (23-34), high (35-46), and very high (47-56), with higher scores indicating better ego-resiliency (Briere, 1996).

Trauma Symptoms

The Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC) was used to assess trauma (Block & Kremen, 1996). Trauma symptoms scores were calculated in adherence to the TSCC manual's scoring guidelines and were normalized to consider children who did not answer one or more questions. Scores on the TSCC are normalized to T-scores and scores above 65 are considered to reflect risk.

Potentially Traumatic Event Histories

Descriptive histories were gathered from social workers, health records and background files of the child's experiences prior to entering the program. Trauma histories were updated each year during the time of interviews between 2014-2018. Descriptive background histories were coded using a categorization system derived from previous studies (Whetten et al. 2011, Gray et al. 2015) and from quantitative traumatic event measures (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004). Child histories were scored by three different assessors and final scores were calculated after cross reliability was attained. Categories include parental death, abandonment, physical abuse, sexual abuse, familial violence, begging, lost, child labor, insufficient care (due to caregiver mental, physical, financial, or otherwise unspecified constraints), and exposure to substance abuse (Table 1). Poverty was not included because it was inferred that as children without parental care, all children had experienced some reasonably significant level of poverty as defined by the Indian context. 'Financial constraints' were only coded when listed explicitly in a child's descriptive history as an additional significant barrier to receiving adequate care. 'Abandonment' was understood as clear indication that a family member left the child without any indication of an inability to provide care. 'Lost' was coded for any child record that explicitly noted that the child was lost, found roaming, or wandering. Finally, the 'other' category was established for additional potentially traumatic events such as

familial prostitution, parental separation, or intense physical injury that resulted in objective physical or emotional impairment.

Table 1

Type of Potentially Traumatic Events Reported (2014-2018; N = 121)

	N (%)
Parental Death	65 (53.7%)
Dual Parental Death	18 (14.9%)
Abandonment	31 (25.6%)
Sexual Abuse	16 (13.2%)
Physical Abuse	31 (25.6%)
Witnessed Family Violence	14 (11.6%)
Lost	36 (30.0%)
Child Labor	13 (10.7%)
Begging	5 (4.1%)
Insufficient Care – Physical	7 (5.8%)
Insufficient Care – Mental	3 (2.5%)
Insufficient Care – Financial	14 (11.6%)
Insufficient Care – Unspecified	16 (13.2%)
Exposure to Substances	23 (19.0%)
Other PTE	4 (3.3%)

Data Analysis

All analyses were conducted using IBM SPSS Statistics (version 24). Descriptive analyses were conducted to describe the sample characteristics and prevalence of PTEs. Bivariate (Pearson) correlations were run to explore the association among PTEs, trauma symptoms, self-concept, and ego-resiliency among a cross-sample of children who completed all measures of interest in 2018 (N=61).

Results

Aim 1: Prevalence of PTEs

Sample Characteristics

The current study sample included 121 children without parental care of which 69% were female and 31% were male. On average, children in this sample entered Udayan Care's homes at 9 years old (SD=2.68) and were 16 years old at the time of assessment (SD=3.09).

Potentially Traumatic Events (PTEs)

On average, children were reported to have experienced two to three PTEs, with most children reported to have experienced three or more PTEs (See Figure 1). Total number of PTEs experienced ranged from zero (N=2) to five (N=11). The most frequently reported PTEs included parental death (54%), experience of being lost (30%), physical abuse (26%) and abandonment (26%; See Table 1). The average number of PTEs did not vary largely based on age of entry (See Figure 2).

Figure 1

Frequency of Total Number of PTEs Experienced (2014-2018; N = 121)

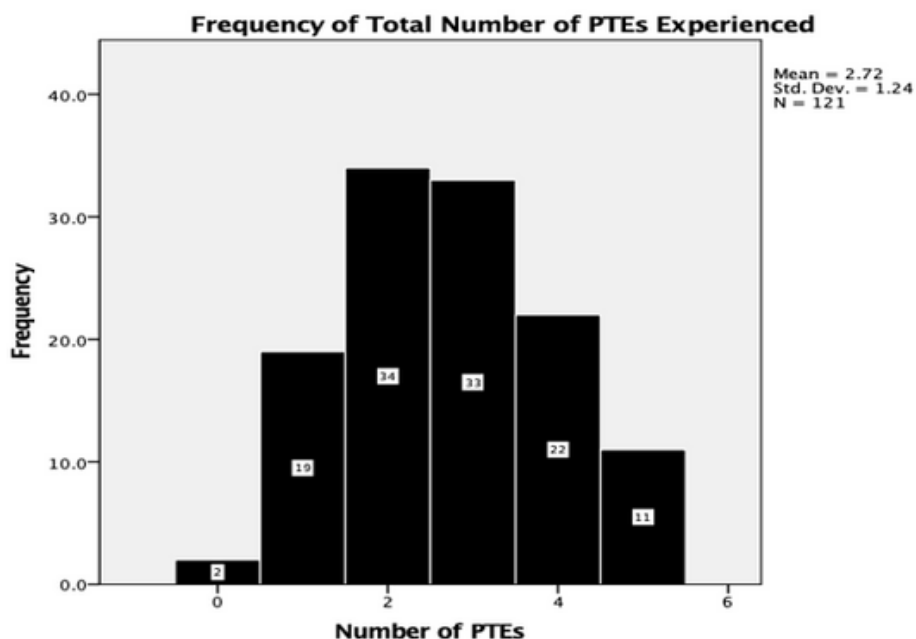
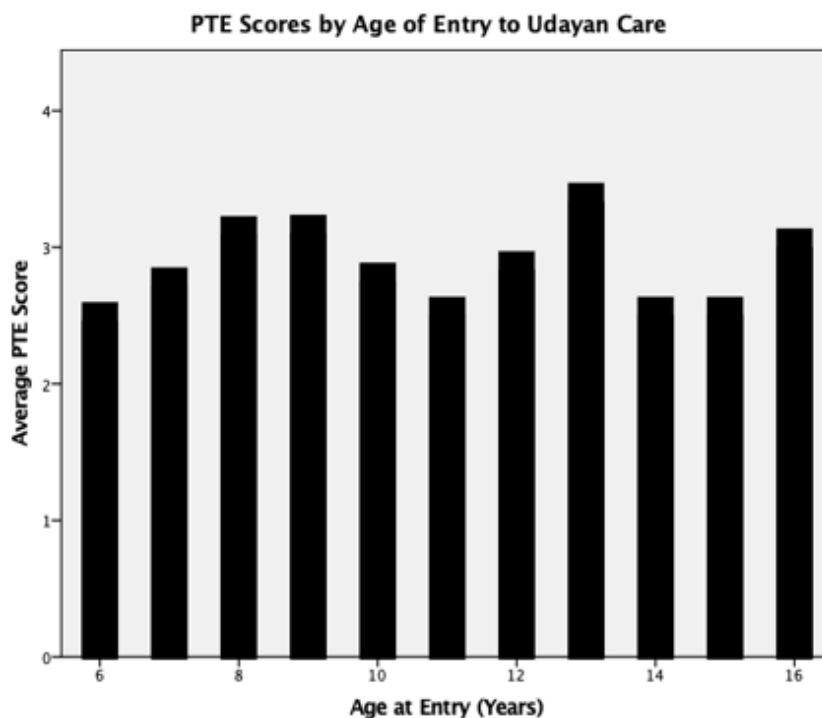


Figure 2

Average PTEs Experienced by Age of Entry to Udayan Care (2014-2018; N = 121)



Aim 1: Association between PTEs and Mental Health Outcomes

Cross-sectional sample characteristics and mental health outcomes

Children who completed all study measures in 2018 (N=61) were on average 16 years old (SD=1.81) and first entered Udayan Care at 10 years old (SD=12.61). Like the larger sample within this study, most children were female (54%) and were reported to have experienced an average of three PTEs. Despite the prevalence of PTEs, children on average reported high ego-resilience (M=43.56), average rates of self-concept (M=45.67), and rates of trauma symptoms below the risk threshold (M=45.35). Results are displayed in Table 2.

Table 2

2018 Children Characteristics and Mental Health Outcomes

Characteristics	M (SD)
Age at Entry (years)	10.14 (2.61)
Age at Time of Assessment (years)	16.70 (1.81)
Number of PTEs	2.95 (1.19)
Mental Health Outcomes	
Trauma (TSCC)	45.35 (30.25)
Self-Concept (PH-2)	45.67 (8.27)
Ego-Resiliency (ER-89)	43.56 (6.70)

Correlations between PTEs and mental health outcomes

Self-concept was found to be significantly positively correlated with ego-resiliency ($p=0.004$) and significantly negatively correlated with trauma symptoms ($p<0.001$; See Table 3 and Figure 3). Prior number of PTEs was not found to be significantly correlated with any mental health outcomes tested.

Table 3

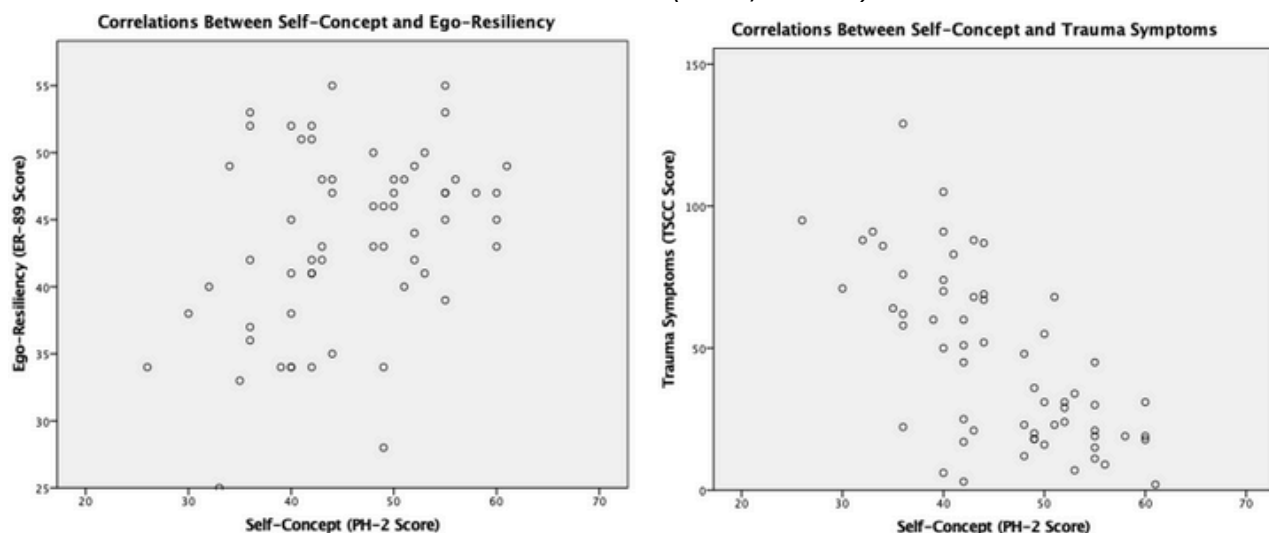
Correlations Between PTEs and Mental Health Outcomes (2018; N = 61)

		Ego-Resiliency	TSCC	Self-Concept	PTEs
Ego-Resiliency	Pearson Corr.	1	-0.156	.361**	0.104
	Significance		0.230	0.004	0.426
TSCC	Pearson Corr.	-0.156	1	-0.679**	-0.121
	Significance	0.230		0.000	0.353
Self-Concept	Pearson Corr.	0.361**	-0.679**	1	-0.044
	Significance	0.004	0.000		0.736
PTEs	Pearson Corr.	0.104	-0.121	-0.044	1
	Significance	0.426	0.353	0.736	

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). N=61.*

Figure 3

Correlations Between Mental Health Outcomes (2018; N = 74)



Discussion

The majority (66%) of children included in this study reported three or more PTEs. Despite high rates of PTEs, surprisingly and encouragingly, results show that these children without parental care, show high ego-resilience and average self-concept over time, signifying potential sources of strength and resilience despite past PTEs. One possible reason for this display of resilience could be the supportive model and care of Udayan Care.

The Udayan Care Model

The Udayan Ghar model uses a biopsychosocial framework, with tenets of Erik Erikson's theory of Psychosocial Development (1968), in combination with Bronfenbrenner's Ecological dynamic person-environment relationship model (1979), to support TIC care. This unique model provides supportive, understanding, and safe environment to children by providing them a family-setting. In the Udayan Ghars, children get to have one-to-one relationship with mentor parents and live-in care-staff along with support from mental health specialists and social workers. Formation and sustainment of reciprocal and positive relationships with others is intended to help children develop a sense of self-concept and ego-resilience. Each child growing up in these homes is provided with individual focus and attention followed by individual care planning. The homes' environment, children's relationship with the carer team, and the quality of care provided in these homes illustrates a classic example of person-environment relationship, which is found to be linked with resilience in several studies (Sciaraffa et al., 2018). The carer team undergoes training workshops on TIC on regular basis and are educated about traumas and to recognize different responses and behaviors of children which many times are their ways of coping with PTEs. Children's needs are taken care of by providing a safe emotional and physical environment, ensuring safety measures, and aiding them to gain sense of confidence and control over their lives.

Ecological theory (Bronfenbrenner, 1979) states that an individual's development is influenced by the ecology or the environment in which their interactions take place. The ecology incorporates five socially organized interconnected ecological systems which shape human development. Bronfenbrenner's ecological model of childhood (BEMC, 1979), and its framework have found application in varied areas of child well-being and health (Earls and Carlson, 2001) which addresses the broader framework of social issues which affect children (Hong and Eamon, 2012). It states that a person's development is highly prejudiced by the environment in which interactions among humans take place. For conceptualizing the challenging factors for mental

health of children, we have maintained the basic framework of the ecological care environment of children as mentioned in original BEMC. The contents of the five major socially prearranged interconnected ecological systems lead to development of humans; namely macrosystem which constitutes the social and cultural values; exo-system constituting the indirect environment; mesosystem referring to the interconnections between two or more microsystem components; the microsystem which caters to the immediate environment and the individual at the center. The interaction processes, which takes place within the care homes, where interaction occur between the child welfare system and the social workers on one end and between the social workers, counsellors, care takers and the micro-system of the children on the other end, provides them permanence and stability aiding these children handle their trauma (McGregor, Devaney, & Moran, 2019).

Udayan model works to impact the patterning of the chronosystem, where each child interacts with his immediate environment namely the microsystem which includes social workers, mentor parents, peers, care takers; followed by interactions between two or more components of mesosystem, namely, child welfare committees; followed by interactions with indirect environment, namely, exo-system including workplace of mentors, extended neighborhood and lastly the interactions with the social and cultural systems and values which constitutes the macrosystem. This is a classic example of person-in-environment model of development of children in residential care homes which incorporates the tenets of Erikson's theory of Psychosocial Development (1968) and Bronfenbrenner's Ecological Model (1979). According to the theory of Psychosocial Development (1968), Erikson developed an eight staged model with a central focus on relationships with self and others basis a map of human developmental touch points and critical situation of human experiences. Balance between the positive and negative ends in all the stages of developments has been clearly mentioned which states that these sources can behave as positive and negative influencers in different stages of life (Syed, & McLean, 2017). With respect to children in care settings who have experienced trauma; Erikson's theory can be applied, which states that any crisis (e.g., PTEs) must be mastered successfully before succeeding to other developmental stages. Children in their earlier stages of development use these experiences as sources of strength to develop resilience.

In Udayan Ghars, beliefs of Erikson's theory of Psychosocial Development (1968), Bronfenbrenner's Model along with principles of TIC are tracked to address the PTE's of children, understand their individual needs and devise ways to adequately fulfil them. As laid in the Bronfenbrenner's ecological theory, environment plays an important role, therefore, safe environmental and physical environments are

established across these care homes where children's needs are catered to along with ensuring their safety and support. The decision-making procedure is shared transversely at all levels of the organization, from matters regarding daily life of the children to policies and practices with the main motive to ensure that these children regain a sense of control over their lives along with ensuring child participation. Basis the importance of psychological development theory of Erickson in overcoming the PTEs, focus of care for children in these homes is holistic where due attention is given to their social, psychological, physical and spiritual health (Modi, K. & Hai, K. 2018). John Bowlby first outlined his theory of attachment and its central role in child development more than 50 years ago. Attachment theory is a theory of personality development in the context of close relationships. As relationships play an important role in healing process; these care homes put into practice development of an authentic, positive, and trustful relationship between the caregivers and children thereby broadening their scope of support (Furnivall, J, 2011).

Implications for Supporting Children without Parental Care

Children without parental care in general face various PTEs including disasters or accidents; being forced to leave the care setting and shift to another; physical or sexual abuse; witnessing violence; war, riots, or killings; witnessing family death etc. (Masten, 2001). Caring for children without parental care presents a multifaceted problem which demands evidence-based solutions (UNICEF, 2012). Therefore, development of policies or interventions for such vulnerable population should be done considering the magnitude of PTEs. Research indicates that contrary to the results for sexual and physical abuse along with being forced to leave their home, a study on the impact of past life events found that the influence of childhood trauma was greater in depressive disorders than in anxiety disorders (Hovens et al., 2012).

Despite high rates of PTEs, surprisingly and encouragingly, results show that these children without traditional parental care, show high ego-resilience and average self-concept over time, signifying potential sources of strength and resilience despite past PTEs. Theoretically, we have speculated that resilience is a balance of risk as well as protective factors which affect a child where protective factors include a child's residential environment (Coatsworth and Duncan, 2003). Udayan Care model provides these children with a stability and structure in these homes, positive relationships, sense of purpose, self-esteem, optimistic beliefs and values, open communications, participatory approach in decision making, support in development of belief to attain goals as well as underlying foundations of basic social support that can help repair past traumas and give coping skills for current traumas. Under the intentional fostering of reparative interaction patterns in the homes, resiliency and

self-concept is supported. This model also aims to identify each child's unique set of protective and risk factors including children's strengths in order to promote protective factors. These post traumatic life experiences are used as sources of resilience by the care team to provide support structures to children and make them self-reliant.

Childcare homes can offer trauma informed care along with continuing to build the evidence base for both trauma informed treatment programs and specialized treatment in respond to the children who have been exposed to trauma and hence its negative consequences. As resilience is found to be linked to person-environment relationship, the care homes should ensure to establish safe and secure environment along with focusing on healthy in-home relationships. It is also recommended to ensure that all levels of childcare systems recognize the prevalent role of trauma in the lives of children as stated by this study and acknowledge the need to incorporate TIC as a precedence into entire care systems planning along with program implementation. This will help address the underlying trauma-related issues and also increase the likelihood that evidence-based practices will prove effective in future along with being sustainable.

References

- Ahmad, A., Qahar, J., Siddiq, A., Majeed, A., Rasheed, J., Jabar, F., & Knorrning, A.L. 2005. A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and post-traumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care, Health and Development*, 31(2), 203-215.
- Ahuja, C., Bensley, A., Huh, J., Levy, J., Nayar-Akhtar, M., & Gupta-Ariely, S. (2017). Transitioning OSC mental health profiles: A two-year longitudinal study of aftercare and alumni from Udayan Care. *Institutionalised Children Explorations and Beyond*, 4(1), 40-51.
- Bensley, A., Ahuja, C., Modi, K., Chandrashekhar, R., & Gupta-Ariely, S. (2017). Depression within an OSC environment: Children, young adults and caregivers in Delhi, India. *Institutionalised Children Explorations and Beyond*, 4(2), 128-139.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3(2), 37-43.
- Caporino, N., Murray, L., & Jensen, P. (2003). The impact of different traumatic experiences in childhood and adolescence. *Report on Emotional and Behavioral Disorder in Youth*, 3(3), 63-64, 73-78.
- Chia, M., & Lee, M. (2015). Relationship between quality of life and resilience among sport-active Singaporean youth. *Physical Education of Students*, 19(2), 29-36.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100.
- Cluver, L., & Gardner, F. (2006). The psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town, South Africa. *General Psychiatry*, 19, 5-8.
- Cluver, L., Gardner, F., & Operario, D. (2007). Psychological distress amongst AIDS-orphaned children in urban South Africa. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, Aug 48(8), 755-763.
- Cluver, L., Fincham, D. S., & Seedat, S. (2009). Posttraumatic stress in AIDS-orphaned children exposed to high levels of trauma: The protective role of perceived social support. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(2), 106-112.

- Coatsworth, J. D., & Duncan, L. (2003). *Fostering resilience: A strengths-based approach to mental health – a CASSP discussion paper*. Harrisburg: Pennsylvania CASSP Training and Technical Assistance Institute.
- Earls F., & Carlson M. (2001) The social ecology of child health and well-being. *Annual Review of Public Health*, 22, 143–166.
- Erikson, E. H. (1968). Life cycle. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 9, 286-292.
- Furnivall, J. (2011). *Attachment-informed practice with looked after children and young people*. Iriss. <https://www.iriss.org.uk/resources/insights/attachment-informed-practice-looked-after-children-young-people>
- Gordon, R., & Hodas, M.D. (2006). Statewide Child Psychiatric Consultant, Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services, Report – “*Responding to childhood trauma: The promise and practice of trauma informed care*”. <http://www.childrescuebill.org/VictimsOfAbuse/RespondingHodas.pdf>
- Gray, C. L., Pence, B. W., Ostermann, J., Whetten, R. A., O'Donnell, K., Thielman, N. M., & Whetten, K. (2015). Prevalence and incidence of traumatic experiences among orphans in institutional and family-based settings in 5 low-and middle-income countries: A longitudinal study. *Global Health: Science and Practice*, 3(3), 395-404.
- Hodas, G. R. (2006). *Responding to childhood trauma: The promise and practice of trauma informed care*. Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services.
- Hoge, E.A., Austin, E.D., & Pollack, M.H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(2), 139-152.
- Hong J. S., Eamon M. K. (2012) Students' perceptions of unsafe schools: An ecological systems analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 428- 438.
- Hopper, E.K., Bassuk, E. L., & Olivey, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 80-100.
- Koenig, L., Doll, L., O'Leary, A., & Pequegnat, W. (editors) (2004). *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and Intervention*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lou, Y., Taylor, E. P., & Di Folco, S. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 89, 83-92.
- Masten, A. S., Hubbard, J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Adversity, resources and resilience: Pathways to competence from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11(1), 143-169.

- Masten, A. S., Hubbard, J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Matshalaga, N. R., & Powell, G. (2002). Mass orphanhood in the era of HIV/AIDS: Bold support for alleviation of poverty and education may avert a social disaster. *BMJ*, 324(7331), 185-186.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford, New York.
- Modi, K., & Hai, K. (2018). Trauma informed care for adverse childhood experiences among out-of-home-care children - Developing an understanding through case studies from India. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 18(1).
- Perry, B. L. (2006). Understanding social network disruption: The case of youth in foster care. *Social Problems*, 53(3), 371-379.
- Piers, E. V., & Herzberg, D. S. (2002). *Piers-Harris children's self-concept scale: Manual*. Western Psychological Services (WPS).
- Raja, S., Hasnain, M. ., Hoersch, M., Gove-Yin, S., & Rajagopalan, C. (2015). Trauma informed care in medicine: Current knowledge and future research directions. *Family and Community Health*, 38, 216-226.
- Sciaraffa, M.A., Zeanah, P.D. & Zeanah, C.H. (2018). Understanding and promoting resilience in the context of adverse childhood experiences. *Early Childhood Education*, 46, 343–353. <https://doi.org/10.1007/s10643-017-0869-3>
- Sridharan, S., Bensley, A., Huh, J., & Nacharaju, D. (2017). *A longitudinal study examining mental health outcomes by gender for orphaned and separated children in Delhi, India*. Duke Student Global Health Review.
- Syed, M., & McLean, K. C. 2017. *Erikson's theory of psychosocial development*. <https://doi.org/10.4135/9781483392271.n178>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320. <https://dx.doi.org/10.1037%2F0022-3514.86.2.320>
- United Nations (2010). *Guidelines for the Alternative Care of Children : Resolution / adopted by the General Assembly*. <https://digitallibrary.un.org/record/673583?ln=en>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2012). *The state of the world's children 2012: Children in the urban world*. New York: UNICEF.
- Whetten, K., Ostermann, J., Pence, B. W., Whetten, R. A., Messer, L. C., Ariely, S., ... & Positive Outcomes for Orphans (POFO) Research Team. (2014). Three-year change in the wellbeing of orphaned and separated children in institutional and family-based care settings in five low-and middle-income countries. *Plos one*, 9(8), e104872.

Whetten, K., Reif, S., Whetten, R., & Murphy-McMillan, L. K. (2008). Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: Implications for effective care. *Psychosomatic medicine*, 70(5), 531-538.

Building the resilience of child brides in forced or early marriages: A literature review

Ajwang' Warria

University of the Witwatersand, South Africa

Ajwang.Warria@wits.ac.za

Abstract

Child marriages are a prevalent issue in sub-Saharan Africa, with one marriage in every three reportedly being a child marriage (UNICEF, 2018). Child marriages is a gender-based and human rights violation, with negative consequences for the child's development and psychosocial functioning. They also undermine strategies to promote sustainable development. Despite this, child marriages continue in the face of economic strains, social network tensions, conflicts, pandemics and cultural norms. Given this, child brides are an invisible yet emerging category of population that social workers intervene with due to their vulnerability, social isolation and marginalization. There is need to tackle the unique needs of and the resilience inherent in married children (USAID, 2012). This paper highlights resilience-based assistance interventions for child brides who remain in these marriages. A review of literature was conducted, and the analysis indicates that interventions for child brides should focus on providing the necessary protection, tap into their cultural resilience and offer opportunities and resources to thrive in these environments, with caution taken not to expose them to additional risk(s). Child marriages are often viewed as private, family matters. Thus, programming efforts must be sensitive to socio-political contexts when tackling deep-rooted social norms, attitudes and practices.

Keywords : Child marriages; Cultural resilience; Social work; Sub-Saharan Africa; Sustainable development

Résumé

Les mariages d'enfants constituent un problème répandu en Afrique subsaharienne, un mariage sur trois étant apparemment un mariage d'enfants (UNICEF, 2018). Ces mariages représentent une violation des droits de l'homme fondée sur le genre et les droits humains, avec des conséquences négatives sur le développement et le fonctionnement psychosocial de l'enfant. Ils sapent également les stratégies de promotion du développement durable. Malgré cela, les mariages d'enfants se poursuivent face aux difficultés économiques, aux tensions sur les réseaux sociaux, aux conflits, aux pandémies et aux normes culturelles. Dans ce contexte, les épouses précoces constituent une catégorie de population invisible mais émergente auprès

de laquelle les travailleurs sociaux interviennent en raison de leur vulnérabilité, de leur isolement social et de leur marginalisation. Il est nécessaire de s'attaquer aux besoins spécifiques et à la résilience inhérente aux enfants mariés (USAID, 2012). Cette publication met en évidence les interventions d'assistance basées sur la résilience pour les épouses enfants qui restent dans ces mariages. Une revue de la littérature a été effectuée qui indique que les interventions pour les épouses enfants devraient se concentrer sur la fourniture de la protection nécessaire, exploiter leur résilience culturelle et offrir des opportunités et des ressources pour prospérer dans ces environnements, en prenant soin de ne pas les exposer à des risques supplémentaires. Les mariages d'enfants sont souvent considérés comme des affaires privées et familiales. Par conséquent, les efforts de programmation doivent tenir compte des contextes sociopolitiques lorsqu'il s'agit de s'attaquer à des normes, des attitudes et des pratiques sociales profondément enracinées.

Mots-clés : Mariages d'enfants ; Résilience culturelle ; Travail social; Afrique subsaharienne; Développement durable

Introduction

Child marriage is a violation of human rights (Women Refugee Commission, 2016), an indicator of violence against girls (World Bank, 2014) and a measure of violence perpetrated against women (WHO, 2013; UNICEF, 2014). According to UNFPA, UNICEF and Child Frontiers (2020, p. 2), child marriage is “rooted in gender inequality, discriminatory institutions and gender and social norms, and a lack of opportunities for adolescent girls and their families.” These causes are exacerbated during conflicts, pandemics and other humanitarian crises.

Child marriages restrict or determine girls' current and future opportunities and capabilities (Muhanguzi et al., 2017). Beatrice Savadye, an activist in Mashonaland (Zimbabwe), reflects on child marriages and the pain of being forced to become an adult when still a child (Harrisberg, 2020). The author questions how to support this painful process when the alternatives to leaving run out. The notion of supporting married girls or child brides has been recommended by Horii (2020), UNFPA et al. (2020) and Warria (2019).

According to Phan (2006) and van Breda (2018), studies on resilience have not studied the role of history, culture and socio-political settings in their analyses, and mostly a lens of individualism is used. Phan's (2006) study on Vietnamese refugees in Canada gives us an understanding of the nexus between child marriages and resilience and provides us with varied perspectives on resilience – i.e., from conventional notions and expectations and traditional pragmatic expressions to those that are less conventional and embrace notions of resilience.

This paper explores social factors and actors that can support the resilience of married girls. It aims to demonstrate how broader contexts, and mediating factors can influence positive outcomes, with a specific focus on family and community. This paper contributes to the debates on child marriage and cultural resilience, as well as to the SDG Target 5.3 on the elimination of harmful practices.

Methodology

This paper is based on document analysis. A review of literature was conducted to explore the relationship between child marriages and resilience in sub-Saharan Africa. The initial search for literature used a combination of keywords from the following list, which is not exhaustive but was included here to show the breadth of the search terms. The select keywords are: “child marriages”, “sub-Saharan Africa”, “resilience”, “cultural resilience”, “sustainable development goals”, and “social work.”

A grey literature search was also conducted, and an updated search may be conducted in April 2021. Peer-reviewed journal articles were sourced, and reports commissioned by organizations such as Girls not Brides, UNFPA and UNICEF were also reviewed and included in the write-up of the paper.

Child marriages

Definition

A child marriage is an union involving a boy or girl child under the age of 18. The nature of child marriages varies, based on issues such as consent, cultural traditions and age. In forced marriages one of the partners is often under the age of 18 and lacks free and valid consent. According to Warria (2017, p. 275), children lack maturity and the autonomy to consent to marriage and thus the terms “early, forced and child marriages will be used synonymously, because in most instances early and/or forced marriages mainly involve children.”

Globally, 115 million boys and men entered unions as children (UNICEF, 2020). It has been argued that boys are invisible population and can also be forced into marriages (UNICEF, 2020; Warria, 2017, 2019). Child grooms and child brides face remarkably different risks and consequences, but both situations violate their rights. This paper focuses on child marriages among girls, as they are more prevalent globally and in sub-Saharan Africa.

While successful marriages between two young people are possible (Horii, 2020; Turner, 2010), it is important to note that child marriages are not voluntary and do not involve mutual understanding or freedom of expression. Moreover, neither of the partners feel as if their rights are being violated. Moreover, not all child marriages are forced or are trafficking-related (Warria, 2017).

Scope and statistics

Globally, “1 in 5 girls are married before 18, 12 million girls are married each year and 650 million women alive today were married as children” (Girls not Brides, 2025). Jensen and Thornton’s (2003) study reported a high incidence of child marriage in Southeast Asia, followed by West Africa and sub-Saharan Africa.

In an African study, Gaffney-Rys (2011) reported that 42% of girls were married before the age of 18. A more recent study found that 36% of girls aged 20-24 in Eastern and Southern Africa are married before their 18th birthday (Philipose & Aika, 2020).

While child marriages are on the decline, there is unevenness within and across regions – with less change in sub-Saharan Africa and Latin America in comparison to North Africa, Middle East and South Asia (Forte et al., 2019). This statement supports the idea that there is a need to find innovative ways to support child brides – especially the ones who cannot or choose not to leave the marriages that they are in.

Divers of child marriages

Child marriages are caused by gender discriminatory social norms, poverty, attitudes and practices which highly value a young girl's fertility and sociocultural expectations of girl children all give rise to child marriages. The resistance to reforms in marriage laws, such as in Uganda (Muhanguzi et al., 2017) underscores how deeply rooted the patriarchal system and social norms are. In some populations, educating girls is assigned a low value and it is often viewed as wasting resources. The reasoning is that the girl will get married, and her family of origin will not stand to benefit.

Additional justifications provided for early marriages include weak child protection systems as a method of protection against pre-marital sex and out-of-wedlock pregnancy – these justifications aim to maintain the family's honor and dignity, cement alliances, and provide lifelong security for the girl bride (Gaffney-Rys, 2011; Muhanguzi et al., 2017; Warria, 2017, 2019). Additionally, some communities use early marriage to reject modernization (IRIN, 2018), as a source of financial security based on the bride wealth (Warria, 2017) and as a practical survival solution if the girl drops out of school (Warria, 2017; Muhanguzi et al., 2017). Currently, the impact of COVID-19 cannot be overlooked as a driver of child marriages (Girls not Brides, 2020; Philipose & Aika, 2020).

According to Muhanguzi et al. (2017, p. 110), "child marriage and its drivers reflect the context of a complex interplay of factors operating across the different levels of the social ecology: family, community and broader society". The social ecology theory of resilience holds that these reasons are not exhaustive, but they further illustrate that the drivers of child marriages are interdependent, interrelated and can be region-specific (Warria, 2019), and child rights are violated when children are forced to enter marital unions.

Risks of child marriages with focus on adversity

There are harmful consequences linked to child/forced marriages, as the girl bride's life choices and capabilities become diminished. Uneducated married girls lose access to social networks, experience financial pressure due to the absence of socio-economic opportunities, additionally, they are at risk as they transition to adulthood

(Warria, 2017, 2019). Domestic and sexual servitude has been noted in these marriages as well as links to exploitation and trafficking (Warria, 2017, 2019). Adverse reproductive health outcomes, including postpartum haemorrhage, obstructed labour, cervical cancer, sexually transmitted infections as well as psychosocial risks such as abuse, isolation, stress, self-immolation have been reported in girl brides.

Given the range of consequences presented above, adversity does not take a single form or happen in isolation. Adversity may arise indeed from a single, once-off event such as a forced marriage. However, according to Gilligan (2017, p. 442), adversity “may interact with certain surrounding circumstances, and these may sometimes serve to aggravate (or at other times to mitigate) the effects of the source of adversity.” The interacting variables could be the age of the girl child and her groom, religion, and the multiple risks or promises that the marriage holds. According to Abi-Hashem (2006, p. 457), “both immediate and extended families are the primary places where the social roles are institutionalized and one’s identity is formed and maintained. The concept of ‘shame’ is a powerful dynamic in communal and familial life because it affects interactions and shapes most public behaviors and personal conducts.” These factors can also contribute to adversity.

The adverse factors mentioned above can be linked to poverty and serve as obstacles to local and global development. These factors have previously contributed to lack of achievement of the Millennium Development Goals (MDGs), and we risk the same being repeated with the SDGs (Girls not Brides, 2020). Thus, prioritizing links between SDGs and child marriages is crucial. Supporting and nurturing cultural resilience in girl brides makes it possible to break generational practices, thus contributing to the SDG Target 5.3 on the elimination of harmful practices.

Building resilience in child brides: focus on social factors

According to Phan (2006, p. 428), resilience is “an experience that may develop in the context of person-environment process over the lifespan”, illustrating the possibility of positive adaptation and functioning, irrespective of high-risk status, protracted stress or after long-term or intense trauma. Adversity, mediating factors and outcomes are three linked elements underpinning resilience (Van Breda, 2018). Furthermore, “finding fragments of experience and support that sustain hope and positive meaning in oppressive circumstances may be a source of survival, of resistance, and of resilience” (Gilligan, 2017, p. 446). Working with multilevel processes requires a relational practice of ‘reasonable hope’ as a relational practice between the child bride and the social worker. This can be helpful given that although the future cannot be determined, it can be influenced; that change is

possible and it may come in many different forms and often unexpected ways in different contexts (Gilligan, 2017; van Breda, 2018). Supports may take varied forms, come from many sources and be experienced differently. The social worker is one of these supports, and rightly so. Child brides may also harness support from their lived experiences, or from the meanings that they attach to or go through when embracing the husband's community's social norms or their own beliefs. Religious and/or spiritual beliefs can also be powerfully sustaining, especially in forced marriage situations where uncertainty exists (Warria & Chikadzi, 2020): leaning on this perceived higher power can provide continuity, purpose, meaning and some certainty (Gilligan, 2017).

Phan's (2006) study shows how resilience can be a struggle for survival and a future for refugee parents' children from the previous generation. This may also apply to child brides who have children and must make sacrifices for their offspring. Furthermore, the brides' cultural resilience could be cognizant of and influenced by values attached to collective heritage such as nurturing, connection, rituals, community, land, family, and endurance. When the girl brides go through their daily routines in the home, it can give meaning to life. Childbearing and rearing can be a way of gaining power and later prestige through their children. When they engage in preparations for cultural celebrations with other persons in the home, this could generate feelings of togetherness. Thus, in collective societies such as in sub-Saharan Africa, "resilience is a collective construct, is a process for weaving family, community and generations together" (Phan, 2006, p. 436).

Many child brides do not finish schooling and often end up getting married without any skills. Although they are unable to attend formal schooling and benefit from the positive experiences it offers (Liebenberg et al., 2016; Muhanguzi et al., 2017), learning experiences in an informal group setting may also provide valuable resilience-enhancing opportunities. Relationships and positive activities are associated with resilience (Gilligan, 2017). Resilience cannot alter circumstances such as annulling a forced marriage, but it can affect how child brides cope with or perceive their marital situations if they choose to stay or are unable to leave. In addition, providing opportunities to acquire vocational skills and experience may be transformative for girl brides – similar to resilience studies with youth in care (Van Breda, & Hlungwani, 2019).

Social capital is about reciprocal obligations and commitments. This capital is also applicable to the less considered or weak relationships. Therefore, a wider and more diverse network can be crucial and valuable. The connecting thread in these (positive) experiences is usually the fulfilling relationship with other influential

persons and available to the child bride. This then shows that the notion of cultural resilience is both social and relational. Indeed, it is not a relational trait but one that recognizes duty of kind and flows from the girl bride's relationship with others – with in-law family and in the community through shared rituals, interactions and activities. These subsequently link the child bride to collective heritage as cultural expressions of resilience (van Breda, 2018).

It is also important to have conversations with child brides and identify existing places and spaces that could work as entry points for providing support – e.g. health facilities etc. (UNFPA et al., 2020). In addition, senior females such as mothers-in-law and aunts yield a lot of power in families, and they can be potential champions of empowerment and resilience building to underage married girls. Child marriages are also a gender relational issue and in keeping with this social focus, it is crucial to emphasize interventions with other sub-populations such as divorced and widowed girls, engaging men and boys and the recognized leadership in the community (UNFPA et al., 2020; Warria, 2017, 2018).

Relevance in social work practice with girl brides

The application of resilience theory in any social work setting, including with child brides, serves as a powerful reminder of the potential for change in any intervention setting. According to Gilligan (2017, p. 447), it is possible for clients to be free from a darkness-filled script, and for the social worker to amplify the power of the small changes. This is because these seemingly “small” positive fragments of experience in clients' overall profile may have a ripple effect in their lives, especially when coupled with personal agency – i.e., embracing opportunities.

The nature of the cases that social workers often work with creates therapeutic settings that are influenced by deficit thinking, which tends to prematurely foreclose on the possibilities of change (Gilligan, 2017, van Breda, 2018). Social workers are agents of change and can either support or disrupt clients' narratives of inadequacy, hopelessness and despair. Therefore, a resilience-open approach challenges fatalistic notions and enables social work practitioners to “keep the door open”, identify and encourage positive processes, and stimulate promising actions and talents – however, positive changes are not always guaranteed (Gilligan, 2017).

The application of cultural resilience theory can be the bridge between the micro and macro divide leading to social development and further on to achievement of the SDGs. – although tensions between agency and structure have been identified (van Breda, 2018), this approach can help to overcome them.

Conclusion

Social workers should be sensitive to the nature, level and intensity of adversity as well as the varied implications within forced/early marriages. This is because the degree and the multifaceted nature of adversity can affect resilience-based change. It is also important to note that one child bride may be able to overcome the presenting adversities, but another might not be due to varying contexts, processes and mediating factors. This paper has highlighted the importance of social support and sources of support as opportunities in cultural resilience building, it gives rise to fresh narratives and prospects and taps into local indigenous knowledge. To cultivate resilience in child brides, varied context-relevant possibilities are required to achieve better-than-expected outcomes.

References

- Abi-Hashem, N. (2006). The agony, silent grief, and deep frustrations of many communities in the Middle-East: Challenges for coping and survival. In Wong, P.T.P & Wong L.C.J. (eds) *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp 457-485). Springer: New York.
- Forte, C.L., Plesons, M., Branson, M. & Chandra-Mouli, V. (2019). What can the global movement to end child marriage learn from the implementation of other multisectoral initiatives? *BMJ Global Health* 4:e001739.
<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/5/e001739.full.pdf>
- Gaffney-Rys, R. (2011). International law as an instrument to combat child marriage. *The International Journal of Human Rights*, 15(3), 359-373.
- Gilligan, R. (2017). Resilience theory and social work practice. In Turner, F.J. (ed). *Social work treatment: Interlocking theoretical approaches*, 6th ed. New York: Oxford University Press.
- Girls not Brides (2025). *Child marriage around the world*.
<https://www.girlsnotbrides.org/where-does-it-happen/>
- Girls not Brides (2020). *COVID-19 and child, early forced marriages*.
<https://ams3.digitaloceanspaces.com/girlsnotbrides-org/www/documents/COVID-19-and-child-early-and-forced-marriage.pdf>
- Harrisberg, K. (2020). *African activists work 'to build resilience among young girls'*.
<https://www.businesslive.co.za/bd/world/africa/2020-08-04-african-activists-work-to-build-resilience-among-young-girls/>
- Horii, H. (2020). Walking a thin line: Taking children's decision to marry seriously? *Childhood*, 27(2), 254-270.
- IRIN (2018). *Child marriage tradition turns into trafficking*.
<http://irinnews.org/report/81891/mauritania-child-marriage-tradition-turns-trafficking>
- Jensen, R. & Thornton, R. (2003). Early marriage in the developing world. *Gender and Development*, 11(2), 9-19.
- Muhanguzi, F.K., Bantebya-Kyomuhendo, G. & Watson, C. (2017). Social institutions as mediating sites for changing gender norms: Nurturing girl's resilience to child marriage in Uganda. *Agenda: Empowering women for gender equity*, 31(2), 109-119.
- Phan, T. (2006). Resilience as a coping mechanism: A common story of Vietnamese refugee women. In Wong, P.T.P & Wong L.C.J. (eds) *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp 427-437). Springer: New York.

- Philipose, A. & Aika, M. (2020). *Child marriage in COVID-19 contexts: Disruptions, alternative approaches and building programs resilience*. UNFPA & UNICEF. https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/child_marriage_in_covid-19_contexts_final.pdf
- Turner, C. (2010). *Out of the shadows: child marriage and slavery*. Anti-Slavery International.
- UNICEF. (2020). *Child marriage*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
- UNFPA, UNICEF & Child Frontiers. (2020). *Preventing and responding to child marriage in humanitarian settings: The global programme approach*. Fact Sheet. <https://www.unicef.org/media/71781/file/GP-2020-Child-Marriage-in-Humanitarian-Settings FactSheet.pdf>
- Van Breda, A. (2018). A critical review of resilience theory and its relevance for social work. *Social Work*, 54(4). <http://www.scielo.org.za/pdf/sw/v54n1/02.pdf>
- Van Breda, A. & Hlungwani, J. (2019). Journey towards independent living: Resilience processes of women leaving residential care in South Africa. *Journal of Youth Studies*, 22(5), 604-622.
- Warria, A. (2017). Forced child marriages as a form of child trafficking. *Child and Youth Services Review*, 79, 274-279.
- Warria, A. (2018). Girl's innocence and future stolen: The cultural practice of sexual cleansing in Malawi. *Children and Youth Service Review*, 91, 298-303.
- Warria, A. (2019). Child marriages, child protection and sustainable development in Kenya: Is legislation sufficient? *African Journal of Reproductive Health*, 23(2), 121-133.
- Warria, A. & Chikadzi, V. (2020). Spirituality. *Journal of Social Development in Africa*.
- Women Refugee Commission. (2016). *A girl no more: The changing norms of child marriage in conflict*. New York: Women's Refugee Commission.

La méthode Skin ou créativité accompagnée pour favoriser la résilience chez les femmes atteintes de cancer

Cécile Reboul

Association SKIN

cecile@associationskin.org

Résumé

Fondée en 2012, l'association Skin a pour objectif d'aider les femmes touchées par le cancer à se reconstruire au moyen de l'art et par la mise en place d'un « binôme créatif ». Ensemble, à travers une rencontre qui est dialogue, la patiente et l'artiste bénévole, comme guide bienveillant, créent une œuvre ou une performance artistique : sculpture, peinture, parfum, écriture, photographie, chorégraphie et autres, selon le choix et la sensibilité de la patiente. Cette œuvre est, par la suite, exposée et restituée dans un espace public français, belge, voire canadien. Le processus ainsi initié dans un cadre créatif, relationnel et collectif, insuffle l'énergie supplémentaire requise pour faciliter « l'après-cancer », la transformation de soi en dépit de l'adversité et du stress post-traumatique conséquent à la maladie. Le processus consiste en une reformulation de soi, en une recreation d'un soi résilient, par la créativité et la narration de soi. Il comporte de nombreux effets positifs pour soutenir une résilience pérenne : expression des émotions et partage, reconnaissance et déculpabilisation, lâcher-prise et recreation artistique, plaisir et resocialisation, meilleure estime de soi, confiance et dépassement, joie retrouvée et sérénité.

Mots-clés : cancer ; femmes ; créativité ; art ; association Skin ; résilience

Abstract

Founded in 2012, the Skin association aims to help women affected by cancer to rebuild themselves through art and by establishing a « creative pairing ». Together, through dialogue, patient and volunteer artist, as a benevolent guide, create an artistic work or performance: sculpture, painting, perfume, writing, photography, choreography and others, according to both choice and sensitivity of the patient. This work is then exhibited and restored in a French, Belgian or even Canadian public space. The process thus initiated, in a creative, relational and collective framework, infuses the additional energy required to facilitate « after cancer » phase, the transformation of oneself in spite of adversity and post-traumatic stress resulting from the disease. The process consists of reformulating oneself, re-creating a resilient self, through creativity and self-storytelling; it has many positive effects to support lasting resilience: expression of emotions and sharing, recognition and guilt,

letting go and artistic recreation, pleasure and re-socialization, better self-esteem, confidence and surpassing, rediscovered joy and serenity.

Keywords : Health professionals – vicarious trauma – compassion fatigue – exhaustion – protective factors – programs

Introduction

Cette publication a pour objet de présenter notre méthode associative. Elle s'articule en quatre temps. Le premier expose le développement de la méthode Skin, depuis mon expérience personnelle jusqu'à l'historique de la création de notre association. Le déroulement de notre méthode est abordé dans un second temps, de la composition du binôme patiente-artiste, entre accueil et cheminement créatif, jusqu'à la restitution publique de l'œuvre ainsi créée par le binôme et son exposition en milieu hospitalier. Nous abordons ensuite la problématique des facteurs de protection (qu'ils soient individuels – créativité accompagnée, narration de soi, regard sur soi – ou environnementaux – hyper cadre de l'association) soutenant la résilience, à travers l'analyse des témoignages issus d'un questionnaire proposé à certains binômes représentatifs. Enfin, nous envisageons à travers une courte conclusion, les perspectives d'avenir de notre association et la mise en place de la méthode Skin dans d'autres contextes socioculturels, parfois plus frugaux, mais non moins inventifs ou ingénieux.

1. Développement de la méthode Skin

La méthode Skin est le fruit de mon expérience personnelle. À 40 ans, on m'a diagnostiqué un cancer du sein, traité notamment par chirurgie et hormonothérapie, à l'issue desquelles j'ai fait deux constats. Le premier a été la perte de mon identité, en particulier féminine, et la non-assurance de me retrouver femme un jour. Le second, plus brutal encore : le temps du traitement médical, objet de toutes les attentions (celles du corps médical, des proches et des amis), a laissé place au temps de la convalescence et de la rémission ; soudainement seule et crue guérie par mon entourage, je me suis sentie désœuvrée.

J'ai eu l'opportunité de rencontrer une artiste plasticienne mixant plusieurs supports visuels. Pendant mon traitement, j'avais rédigé des billets d'humeur dont je souhaitais faire un livre illustré. Avec beaucoup d'intérêt et de bienveillance, de questions sur mon ressenti, tout en me filmant, la photographe a débuté un travail créatif, des mois durant, à l'issue desquels je me suis aperçue des bienfaits de notre « binôme ». Cette artiste a identifié et reconnu ma souffrance. Nous nous sommes nourries l'une de l'autre : chacune de nous a raconté son histoire, ses passions, ses aspirations et ses fragilités. Nous nous sommes écoutées, nous avons pris le temps de nous comprendre et de nous sentir bien l'une avec l'autre. Cette étape de narration de soi et de regard l'une sur l'autre a mis en place un climat de confiance qui a favorisé notre créativité. Cela m'a permis surtout de m'extraire de mon univers mental, de me regarder autrement, d'envisager le monde d'une autre manière en me

reconnectant au plaisir, celui de créer, dans le partage et la sécurité. J'ai pu me projeter, par le beau et par le lien à l'autre, en prenant le temps, celui du deuil de celle que j'étais et celui de la familiarisation à ma nouvelle image, et de « réintégrer mon corps », en quelque sorte. À l'issue de cette expérience, j'ai décidé de fonder l'association Skin - Skin pour la peau qui cicatrise et se reconstitue, pour la métamorphose de la patiente, de sa souffrance, en œuvre artistique.

L'historique de la création de l'association Skin remonte à juillet 2012. J'ai mobilisé mon réseau et réuni un premier cercle de proches et d'artistes pour leur exposer mon projet. Il a été proposé que le programme de l'association Skin s'aménage autour du principe du binôme (une patiente, un artiste) dont l'objectif serait de créer une œuvre ou une performance artistique. Autour de cette première étape, l'association organiserait, sous forme d'exposition ou de spectacle, la restitution au public de la création de la patiente, la mise en lumière de sa transformation (sous la forme symbolique de son œuvre), et permettrait de consacrer ainsi la patiente en conviant son entourage et le public à voir ce qu'elle était devenue, par quels écueils elle était passée. Il s'agit aussi de convaincre les patientes du cancer de rejoindre l'association. De nous dépasser enfin, en exposant les photographies de ces œuvres/performances en milieu hospitalier, pour être vues des patientes en début de traitements et communiquer auprès du plus grand nombre sur les enjeux de cet après cancer.

Sur cette base, s'est constitué en septembre 2012 un petit groupe de binômes et nous avons ainsi monté une première exposition à Bruxelles, en mars 2013. Face au succès de ce lancement, se sont ralliés d'autres binômes et nous avons organisé une seconde exposition, à Paris, et une première exposition photographique des œuvres en milieu hospitalier, à l'institut Curie, la même année.

Au fil du temps, de nombreux binômes (près de trois cents) se sont succédés. Ainsi est née la médiation Skin par-delà les difficultés :

- de la simple incompréhension au désintérêt du suivi post-traitement ;
- de l'absence d'études officielles sur le sujet au scepticisme quant aux bienfaits de l'art sur la santé (une étude de l'OMS sur les bienfaits de l'art sur la santé physique et psychique est parue en novembre 2019) ;
- le temps de la création d'un réseau – tant avec les artistes que les patientes, le milieu hospitalier ou journalistique ;
- le manque d'empathie, de temps ou les difficultés ressenties par certains artistes face à la souffrance de ces patientes ;
- la recherche de fonds enfin, pour monter ces projets de « binômes sur mesure », développer la médiation au-delà de la région parisienne et être

relayé.

2. Déroutement de la méthode

La méthode Skin s'articule en plusieurs phases centrées sur le binôme créatif, sa composition, son travail et son cheminement. La phase de composition du binôme est celle de toutes la plus cruciale. Intervient ensuite la restitution publique du fruit de sa création, tout d'abord sous la forme d'un spectacle, d'une exposition, puis par la représentation photographique de cette première performance en milieu hospitalier.

2.1. La composition du binôme

Le principal mode opératoire pour composer un binôme consiste à rencontrer individuellement les patientes et les artistes, leur présenter l'association. Les patientes sont invitées à parler d'elles (de leur expérience du cancer, de leur famille, profession éventuelle, passions, de leurs envies présentes) et de ce qu'elles attendent de l'association. S'ensuit un dialogue sur leur intérêt pour l'art et la créativité, la pratique éventuelle d'un art ou le domaine artistique qui les attire. La quête d'un.e artiste correspondant.e débute aussitôt. D'abord par le biais des réseaux des membres de l'association, parfois ceux mêmes des patientes, qu'ils soient personnels, amicaux, artistiques ou professionnels. Plus indirectement, une recherche peut se faire à travers les réseaux sociaux, les hôpitaux et autres lieux partenaires de notre association. L'entretien avec l'artiste, sous une forme comparable à celui de la patiente, s'organise dans un troisième temps.

À ce premier mode de composition s'ajoutent deux autres. Certain.e.s artistes se proposent d'accompagner des patientes : nous organisons alors, dans le cadre d'un projet d'exposition thématique, des rencontres collectives afin de discuter, apprendre à se connaître et se choisir par paires créatives. Il arrive enfin que des binômes amicaux, voire intimes, déjà constitués, nous proposent de créer une œuvre dans le cadre du projet Skin.

Cette composition est donc un accueil ; l'accueil comme lien humain, comme engagement de l'artiste et reconnaissance de la patiente. Il y a ce contact concret, réel, au moment des premières rencontres : premiers liens qui se tissent et ruptures avec le sentiment de solitude, voire d'isolement, des patientes. Les artistes, souhaitant donner du sens à leur art et touchés de près ou de loin par le cancer, accueillent les patientes avec bienveillance et respect. La souffrance des patientes leur fait écho, c'est le temps du miroir : les artistes se reconnaissent dans les

fragilités de la patiente, celle-ci retrouve dans l'artiste une vraie perspective, de compréhension et d'accomplissement.

2.2. Le temps du binôme, entre créativité et narration de soi

Chaque binôme est unique. L'accompagnement par l'artiste varie dans la durée de quelques semaines à plusieurs mois. Ce temps de la créativité dont le rythme, les séquences, la durée de création, dépendent de chacun, selon leurs disponibilités ou les lieux mis à disposition, est un temps de narration de soi : celui pris pour apprendre à se connaître, trouver du matériel artistique, discuter autour d'un café, se rendre visite, le temps de se confier surtout, le temps de la confiance qui se tisse, le temps du respect et de la valeur accordée à l'autre.

Il se superpose un temps-espace de créativité dans le binôme. La confiance établie par le dialogue, le temps de la créativité peut se dérouler pour la patiente en un cheminement, a priori sans anicroche, sans peur d'échec ou de déception : elle y retrouve une sorte de maîtrise, de « leadership ». Dans ce temps de la créativité enfin, les témoignages l'attestent, les sous-thématiques de l'enfance (de l'insouciance, du temps récréatif) et de l'instantanéité de la rencontre, de son évidence, se mêlent à celle de l'identification à l'épreuve du cancer et à l'acceptation de celle-ci. Surtout nous rencontrons ici les limites du binôme : le temps de la rencontre n'ayant pas été compris par un.e artiste, s'inscrivant dans la finalité de la création, son succès, plus que dans le cheminement de la patiente, peut provoquer un malaise et en définitive, une scission du binôme.

2.3. La restitution de la performance artistique au public

La restitution de l'œuvre est le moment de l'aboutissement. Les patientes convient famille et amis, leurs proches à venir voir leur œuvre/performance, ce qu'elles sont devenues symboliquement et ce par quoi elles sont passées, témoigner d'un vécu. La communication est relancée entre eux.

Dans un lieu prestigieux (une galerie d'art, une scène de spectacle, un hôtel de ville ...), l'association Skin souligne la valeur de cette co-crédation, rend la visibilité perdue de la patiente qui se met ainsi à nu (et ce n'est pas anodin pour des femmes parfois meurtries dans leur chair), qui redonne du sens à sa vie, qui s'accomplit aussi, applaudie, parfois ovationnée. Une patiente dira : « c'était une façon de leur parler autrement, car une famille n'est pas toujours prête à entendre les choses. Ça a changé quelque chose dans la compréhension des miens ».

2.4. Exposition à l'hôpital

Cette étape peut sembler anecdotique et cependant certaines patientes retournent à l'hôpital : elles s'y sentent soutenues et rassurées. Il s'agit davantage de laisser une trace, de se rendre visible sur ce qui a été le théâtre de leur perte de visibilité. C'est aussi un message pour celles qui commencent leur traitement médical, leur montrer une issue, une féminité retrouvée : les patientes en témoignent et la vie de continuer. C'est enfin partager pour donner force et confiance, souligner les enjeux de l'après-cancer, du temps indispensable à la reconstruction de soi, du bon sens d'être bien accompagnée. Par cette étape, la patiente retrouve surtout sa place dans la société et joue un rôle sur un enjeu de santé publique.

3. Les facteurs de protection

La démarche Skin est empirique. Toutefois, nous nous sommes interrogés sur les mécanismes de « résilience assistée » impliqués et sur les effets de notre méthode. Pour cela, nous avons recueilli les réponses de cinq binômes à un questionnaire et avons procédé à une analyse thématique de ces réponses. Le principal résultat obtenu nous a permis de préciser les facteurs de protection qui intervenaient dans la méthode Skin : créativité accompagnée, narration de soi et regard sur soi, hyper cadre associatif. Ces facteurs sont présentés plus loin dans ce texte. Les résultats détaillés de notre démarche méthodologique feront l'objet d'une publication ultérieure.

3.1. Les facteurs individuels

3.1.1. La créativité accompagnée

Le binôme institue un espace-temps de créativité, celui de la patiente accompagnée par un artiste qui a l'habitude et le savoir-faire de créer.

Ce processus de créativité est un espace d'essais et de retrouvailles de la patiente avec elle-même, un lieu de médiation symbolique avec soi et l'autre. Les thématiques du corps en mouvement et du plaisir occupent une part importante des témoignages. Il y a le plaisir à créer avec l'artiste, ce plaisir devenu bulle de distraction et possibilité d'évasion, l'opportunité de se concentrer sur tout autre chose que ses préoccupations.

L'activité créative permet de relier le corps et l'esprit, de les réconcilier : c'est la sous-

thématique du corps-douleur, du corps malade, qui se redécouvre par le mouvement, le geste ou la danse, ce corps qui se reconnecte à l'esprit. Ce sont également les sous-thématiques du chemin, du voyage dans l'univers de l'artiste et de l'espace de la création. La patiente renoue avec sa kinesthésie.

Surtout, la patiente est actrice de cette création : objet médicalisé pendant ses soins, elle subissait. Là, en créant elle-même, elle décide à nouveau, se redéfinit et libère les émotions réprimées : elle s'exprime pour son plus grand plaisir, et plus tard celui des autres, des spectateurs invités à regarder l'œuvre produite, plaisir donné que la patiente récupère par rétroaction.

3.1.2. La narration de soi et le regard sur soi

La créativité, comme facteur central, facilite par l'interface de l'objet d'art qui est produit, la capacité de narration de soi et en devient le support : les patientes parlent d'elles tandis qu'elles créent, parlent de ce qu'elles vivent ou ont vécu, de ce qu'elles pensent pouvoir faire dans l'avenir et de se projeter.

La narration de soi, verbale ou non verbale, est inhérente à la créativité, elle favorise la flexibilité de la patiente entre ce qui, au plus profond d'elle, demeure informulé, voire informulable, et son envie de se raconter à elle-même sa propre expérience du cancer : il s'agit de mettre en rapport ce qu'elle est à présent et ce qu'elle a vécu et de le communiquer aux autres.

La thématique des sens est ici éclairante : la narration de soi passe autant par les sens que par le choix par la patiente du canal artistique. La vue (chorégraphie, saynète ou sketches, peinture), l'ouïe (texte déclamé, musique), parfois l'odorat (création d'un parfum), le toucher (œuvre textile), le goût (œuvre gastronomique, un gâteau).

Toutefois, la narration de soi, au sens verbal, est à prendre en considération au même titre que la créativité. C'est un moteur de reconnaissance et d'engagement dans le processus créatif. Plus les patientes s'impliquent en se racontant, plus elles ont envie d'en dire au-delà de leur propre expérience du cancer, plus elles se transforment et se retrouvent dans le jeu créatif.

La thématique du regard accompagne cette narration. Tout d'abord, c'est le regard de la patiente sur elle-même. Elle éprouve de la satisfaction d'être allée au terme de son projet, l'œuvre devient le reflet de son nouveau 'moi' : elle s'est racontée un moi distancié, beau, drôle, fort, coloré. C'est le regard bienveillant de l'artiste sur la

patiente, un autre regard sur elle, autant que de l'artiste sur lui-même, fier d'avoir pu aider : son art est utile, il fait sens. C'est le regard des spectateurs enfin : cette création visible permet de déclencher des questions chez les autres, des interrogations, et de ce fait d'enclencher une communication avec la patiente. La patiente est entrée symboliquement dans le visible, la création devient une véritable catharsis.

3.2. Le facteur environnemental : l'association Skin

L'hyper cadre associatif est un soutien collectif, une famille d'accueil, une possibilité pour les patientes de se rencontrer entre elles.

L'association comprend une présidente, des bénévoles et quelques artistes. La présidente est médiatrice et garante du champ symbolique de la transformation : à l'écoute, elle organise la composition des binômes, peut intervenir en cas de difficulté ou d'incompréhension dans le binôme. L'association est ainsi essentielle, car elle constitue un tiers référent, extérieur au binôme, un cadre protecteur pour la patiente : des ajustements sont toujours possibles, cela favorise le climat de confiance et de liberté.

Par ailleurs, l'association offre aux patientes la possibilité de se rencontrer et d'échanger à travers différents événements ponctuels ou récurrents. Par exemple, le « Rallye des amazones », rallye d'orientation ludique au cours duquel les membres jouent les co-pilotes de propriétaires de voitures de collection ; une représentation et un cours d'effeuillage sensuel dans un cabaret parisien afin de reprendre confiance en leur corps et leur féminité. Il y a mensuellement des invitations au théâtre, au musée ou d'autres expositions, enfin, l'association organise des ateliers collectifs, artistiques ou de bien-être, chaque semaine, l'objectif étant d'encourager la socialisation après l'épreuve du cancer.

Ainsi, un réseau se crée, qui ressemble à une famille. Les membres sont aidés et elles aident également leurs comparses, ce qui leur permet de stimuler leurs ressources intérieures.

Conclusion et perspectives d'avenir

La méthode Skin, centrée sur le binôme créatif, propose ainsi un retour à la confiance, mais également un dépassement de soi. Nos membres vont entreprendre d'autres projets, d'autres défis : une pièce de théâtre dans le cadre scolaire, la

création d'une association sur la résilience professionnelle, l'écriture d'un livre, etc. De nombreux artistes, forts de l'expérience Skin, ont fait évoluer leur art, d'autres ont entamé des formations d'art-thérapeute.

Cet accompagnement « sur mesure », développé sur Paris et sa région, nécessiterait un soutien financier plus important pour rendre possible la fondation Skin : un lieu dédié à l'accueil et à la créativité des binômes. Il s'agirait d'un espace conçu sur le modèle des pépinières d'entreprises, ces structures d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement, qui proposent des locaux, des équipements et des services partagés.

Il serait également intéressant d'étendre le champ de créativité aux métiers d'art et à l'artisanat – métier de l'ameublement, de la décoration, du cuir, de la joaillerie, etc. Concentration, apaisement, beauté et répétition du geste mais aussi l'apprentissage d'un métier artisanal offrent des pistes pour rebondir. Actuellement, nous œuvrons auprès d'un plumassier, d'une dentelière et d'un modiste afin de participer à la création d'un vêtement de haute couture.

Enfin, nous pourrions développer ce modèle ailleurs en France, dans les villes et les campagnes et plus encore, l'étendre et l'adapter aux pays du Sud, dont les modes de vie, les habitudes et les modèles socioculturels diffèrent des nôtres. La méthode Skin est flexible et modulable.

Le rugby santé, un outil pour la rémission cancéreuse

Mathieu David¹²

Laboratoire LPCPP

mathieu.david.psycho@gmail.com

Éric Lambaudie²

Centre de Recherche en Cancérologie, Marseille

lambaudiee@ipc.unicancer.fr

Patrick Ben Soussan¹²

Laboratoire Management Sport Cancer EA4670

bensoussanp@ipc.unicancer.fr

Evelyne Bouteyre-Verdier¹

Laboratoire LPCPP

evelyne.bouteyreverdier@univ-amu.fr

¹Aix-Marseille Université, Aix-en-Provence, France

²Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

Résumé

Les personnes en rémission de cancer affrontent une multiplicité d'adversités consécutives à la maladie. Il apparaît crucial de développer des interventions pour consolider leur résilience. L'activité physique apporte des bénéfices à la qualité de vie physique et psychique des patients, et semble avoir une influence positive sur le processus résilient. Le but de cette recherche est d'étudier, dans une visée exploratoire, l'impact d'un programme de Rugby Santé (RS). Dans le cadre de cet écrit, nous présentons le cas d'une participante en rémission. Elle a rempli un questionnaire sociodémographique, l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-14), et a dessiné une ligne de vie donnant suite à un entretien semi-structuré. Les résultats permettent de formuler l'hypothèse que le RS renforce des facteurs de protection individuels et sociaux qui contrebalancent les répercussions négatives de la maladie. La ligne de vie a été un outil efficace pour accéder aux événements de vie importants, aux facteurs de protection (Fp) et de risque (Fr) rencontrés, et donc, pour rendre compte du processus de résilience. Cet outil apparaît pertinent pour déterminer les facteurs de protection à renforcer et/ou créer dans le cadre d'un programme de résilience assistée. Ces résultats sont les prémisses d'une recherche doctorale visant à développer et évaluer des interventions similaires.

Mots-clés : résilience, rémission, cancer, rugby, ligne de vie, facteurs de protection.

Abstract

People in remission from cancer face variety of risk factors related to the disease. It appears crucial to develop interventions to consolidate their resilience. Physical

activity brings benefits on physical and mental quality of life of patients and seems to have a positive influence on the resilience process. The aim of this research is to explore the impact of a Rugby Health program on a participant in cancer remission. She completed a sociodemographic questionnaire, the Wagnild and Young Resilience Scale (RS-14) and drew a graphic lifeline that served as a support for a semi-structured interview. The results suggest hypothesis that rugby health strengthens and develops individuals and social protective factors that counterbalance the negative repercussions of the disease. The graphic lifeline is very effective in accessing significant life events, protection and risk factors encountered, and therefore, to account for the resilience process. This projective tool seems relevant for determining the resilience factors to be strengthened and/or created as part of an assisted resilience program. These results are the premises of future doctoral research which will aim to promote the development of similar interventions in cancer centers.

Keywords : resilience, remission, cancer, rugby, graphic lifeline, factors, protection.

Introduction

Ces dernières décennies, l'incidence globale des cancers n'a cessé d'augmenter dans les pays développés. Dans un même temps, les progrès diagnostiques et thérapeutiques ont contribué à réduire le taux de mortalité, ce qui a conduit à une croissance importante du nombre de personnes ayant survécu à un cancer (Ferlay et al., 2019).

Malgré l'arrêt des traitements, le sujet n'en a pas totalement fini avec la maladie. La rémission est une épreuve physique, sociale et psychologique. Elle est une période complexe dans laquelle les patients, en raison des séquelles de la maladie et ses traitements, connaissent une dégradation de leur qualité de vie (Qdv) et une persistance des effets indésirables. Ils vivent dans la peur de la récurrence et doivent affronter l'enjeu de la réinsertion sociale et professionnelle.

À long terme, les personnes montrent un état de santé et de bien-être dégradé par rapport à la population générale (Elliott et al., 2011 ; Hewitt et al., 2003). Les pertes fonctionnelles et les chirurgies mettent en péril le retour aux activités professionnelles et sociales antérieures (Ness et al., 2006), mais entraînent aussi une restriction de l'autonomie et des troubles de l'image corporelle qui peuvent provoquer une transformation du rapport à soi et un réaménagement identitaire (Reich, 2009). D'après l'enquête *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer* (VICAN5, INCa, 2018), 63% des patients présentent des séquelles physiques importantes (douleurs, neuropathies, troubles cognitifs, génitaux et sexuels, alitement), et 20% sont inactifs cinq ans après les traitements. Une grande proportion montre également une fatigue physique et émotionnelle persistante, une détresse psychologique et une majoration de l'anxiété et de la dépression, avec une Qdv mentale dégradée. Enfin, l'enquête révèle que 36% d'entre eux risquent de développer un nouveau cancer.

Néanmoins, certains patients se montrent résilients et tirent des bénéfices de l'expérience cancéreuse (Rowland et Baker, 2005). La résilience dans le champ du cancer est peu explorée. Les études ont davantage porté sur l'identification des facteurs de vulnérabilité et la détresse psychologique des survivants, que sur les facteurs de protection (Molina et al., 2014). La conclusion de plusieurs travaux met en avant la nécessité de construire des interventions psychosociales afin de développer la résilience des survivants, leurs compétences et leurs ressources personnelles et sociales (Izydorczyk et al., 2018 ; Ristevska Dimitrovska et al., 2015).

Aujourd'hui, il est admis que l'activité physique adaptée (APA) joue un rôle dans la

réadaptation. Le décret de loi du 16 janvier 2016 autorise la prescription médicale d'une APA aux patients souffrant d'affections chroniques. En tant que soin de support en cancérologie, elle prévient l'aggravation de la maladie et les récives, réduit la fatigue, augmente l'autonomie, le confort, et la Qdv. Elle a également des effets bénéfiques pendant et après les traitements sur les troubles du sommeil, la dépression, l'estime et l'image de soi (Ranque-Garnier et Ammar, 2016). Au contraire, le manque d'activité physique est corrélé à une mauvaise santé physique, des symptômes dépressifs et de la fatigue (Emery et al., 2009). Enfin, ces dernières années, la recherche porte un intérêt croissant à l'influence du sport sur la résilience (Ripoll, 2016).

Depuis 2017, l'association Rugby Union Bien-être Santé (RUBieS), avec la Fédération Française de Rugby, propose la pratique du Rugby Santé. C'est une APA ludique et non violente, encadrée par des professionnels du sport santé, reposant sur les éléments fondamentaux du rugby. Elle est prescrite aux patients en rémission de cancer dans le cadre d'une prévention tertiaire. L'institut Paoli-Calmettes (IPC), centre de lutte contre le cancer situé à Marseille (France), propose à ses patients en rémission d'intégrer une équipe de RS labélisée RUBieS. Pour participer, un certificat médical de non-contre-indication et l'évaluation positive de l'état de forme sont nécessaires.

La littérature souligne, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de survivants du cancer, l'intérêt de mettre au point des programmes d'intervention pour accompagner les personnes en rémission. Ainsi, cette étude exploratoire propose d'évaluer l'influence du RS et de son environnement psychosocial sur le processus résilient des patients en rémission de cancer.

1. Méthodologie

Notre étude a été acceptée par le groupe de sélection de projets clinique de l'IPC sous l'acronyme CARRURE-IPC-2020-007 (CAnceRRUgbyREsilience) et comportait trois participants. Dans ce chapitre, nous ne présentons qu'une seule étude de cas.

1.1. Protocole

Après avoir signé un consentement de participation à la recherche libre et éclairé, notre participante a rempli :

- Un questionnaire sociodémographique fournissant des renseignements sur l'âge, le contexte familial (lieu de vie, situation maritale, nombre d'enfants), le cancer (diagnostic, traitements, effets secondaires) et la

pratique du RS (motivation, fréquence) ;

- L'échelle de résilience RS-14 (Wagnild et Young, 2009), validée en français (Cénat, Karray et al., 2018), de type likert en 7 points avec 14 items évaluant les attributs personnels favorisant la résilience : la capacité de donner du sens à la vie, l'équanimité, l'autonomie, la persévérance et la solitude existentielle ;
- Une ligne de vie, outil projectif pertinent pour éclairer le processus résilient (Jourdan-Ionescu, 2020), qui a servi de base à une investigation plus en profondeur du vécu subjectif en lien avec la maladie et la pratique du RS.
- Afin d'évaluer le rôle joué par le RS sur le processus de résilience, nous avons utilisé une balance dynamique sous la forme d'un tableau pour mettre en lumière les interactions entre les Fr et les Fp rencontrés dans l'histoire de vie, ceux en lien avec la maladie et la pratique du RS.

2. Résultats

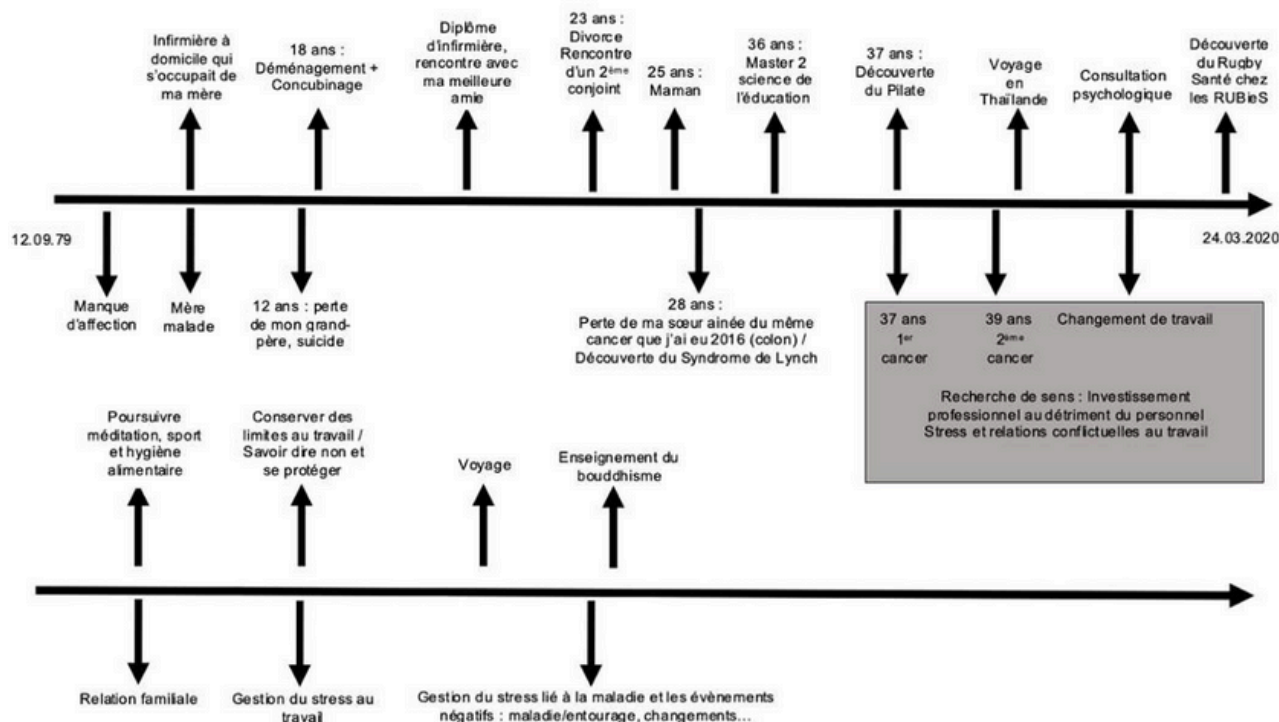
Lise (prénom fictif), 40 ans, formatrice en école d'infirmières, vit avec son conjoint et son fils de 15 ans. Atteinte du syndrome de Lynch, maladie génétique et héréditaire découverte après le décès de sa sœur, elle développe deux cancers : un cancer du côlon en 2016 traité par résection et chimiothérapie ; un cancer du sein en 2019 traité par zonectomie, radiothérapie, puis hystérectomie totale et hormonothérapie pendant sept ans dans un but préventif. Conseillée par son chirurgien et étant à la recherche d'une APA pour améliorer sa condition physique, Lise intègre les RUBieS en septembre 2019, démarche très encouragée par sa famille. Depuis, elle s'investit grandement et participe avec assiduité.

Le score de 78 au RS-14 révèle un niveau élevé de résilience individuelle et de compétences personnelles chez notre sujet : détermination, capacité d'affronter et résoudre des situations problématiques, persévérance, confiance en soi. Ces ressources sont liées à l'apprentissage et l'adaptation réussie face aux difficultés antérieures, dont l'épreuve cancéreuse. Lise montre un bon niveau d'estime et d'acceptation de soi, qui sont encore à consolider (« J'y travaille encore »). Les réponses révèlent qu'elle s'adapte positivement malgré l'adversité, avec sérénité, humour et acceptation. Ces résultats rejoignent les informations du questionnaire sociodémographique, soit une motivation à avancer, notamment en cherchant des APA pour améliorer son état physique. La maladie est encore présente, en raison du traitement préventif et du syndrome de Lynch qu'elle compare à une épée de Damoclès, mais ses ressources lui permettent d'affronter l'incertitude de la situation sans générer de détresse.

La *Figure 1* présente les éléments rapportés par la participante lors de la réalisation de sa ligne de vie. Les éléments positifs sont situés au dessus de la ligne représentant le temps, alors que les éléments négatifs rapportés sont situés sous la ligne.

Figure 1

Ligne de vie de Lise



L'investigation des éléments de la ligne de vie nous a permis de construire la balance dynamique ci-dessus (tableau 1). L'analyse des Fr et Fp permet de comprendre que Lise dispose au départ de capacités résilientes personnelles qui lui ont permis de bien réagir à son premier cancer. Néanmoins, ces ressources ont été mises à rude épreuve lors de la récurrence, et n'ont pu contrecarrer une dépression, un isolement vis-à-vis de sa famille, et des comportements à risque comme une prise médicamenteuse dangereuse. Dans ce second épisode, le soutien de sa meilleure amie a été primordial, ainsi que la mise en œuvre de stratégies d'adaptation efficaces, centrées autour des soins complémentaires (APA, consultations psychologiques) et de changements de perspective de vie (recherche de sens, changement des priorités, construction de nouveaux projets, ouverture à la spiritualité).

S'inscrivant dans une démarche plus complète et une volonté d'aller mieux, le RS a été pour Lise un moteur permettant d'accompagner un processus résilient, notamment en lui offrant un environnement protecteur favorable à l'expression et

au développement de ressources préexistantes susceptibles de lutter contre les répercussions de la maladie et ses traitements. Cette pratique a participé à renforcer les facteurs de protection familiaux (participation du conjoint), personnels (amélioration de la condition physique et de l'image corporelle, motivation, confiance en soi, estime de soi et combativité), et sociaux (nouveau réseau social constitué de pairs et de coaches avec qui échanger, relations positives et motivantes, sentiment d'appartenance). Enfin, ce dispositif lui a donné les ressources nécessaires pour se réinsérer dans la société après la maladie.

Tableau 1

Balance dynamique des facteurs de risque et de protection

Facteurs de risque		Facteurs de protection	
Personnels	Cancer	Personnels	Rugby Santé
Sentiment de ne pas avoir été désirée par ses parents à l'enfance.	Syndrome de Lynch / maladie génétique. 1 cancer du côlon à 29 ans. 1 cancer du sein à 37 ans. Stratégies d'évitement. Dépression Isolement par rapport à son époux et son fils. Prise médicamenteuse à risque et passage aux urgences.	Réussite scolaire, diplômes. Indépendance / autonomie. Engagement professionnel. Confiance en soi, détermination, estime et acceptation de soi. Recherche de sens. Stratégies d'adaptation : APA, pilâtes, méditation, suivi psychologique, bouddhisme, sylvothérapie.	Amélioration de la condition physique (souffle, résistance à l'effort). Motivation à reprendre une vie professionnelle et créer de nouveaux projets. Confiance en soi et dans son corps. Prendre soin du corps à nouveau, redécouverte et réconciliation avec le corps abîmé. Amélioration de l'image corporelle et de l'estime de soi.
Familiaux	Maladie de la mère. Suicide brutal du grand-père. Décès de la sœur.	Modèle parental positif. Relation conjugale de soutien.	Création d'un nouveau réseau social, relations positives, soutien, bienveillance. Ouverture. Sentiment d'appartenance, cohésion, partage de valeurs, événements fédérateurs.
Environnementaux	Syndrome de Damoclès : peur de la récurrence, difficultés de projection dans l'avenir, vécu d'incertitude, retour au travail difficile.	Meilleure amie.	Diversité des participants, non-stigmatisation de la maladie. Plaisir, combativité. Participation du conjoint.

3. Discussion

L'objectif de notre recherche était d'explorer l'influence d'un programme de Rugby Santé sur le processus de résilience dans la rémission cancéreuse.

Il apparaît, d'après notre étude de cas, que le RS favorise l'adaptation post-cancer en offrant un environnement renforçant les facteurs personnels (estime de soi, confiance en soi, détermination), l'ajustement individuel (stratégies d'adaptation) et l'interaction avec l'environnement (intégration, sentiment d'appartenance) qui sont trois variables mises en valeur dans le modèle de résilience oncologique de Luo et al. (2020). Le renforcement de ces variables forme un filet protecteur contre les répercussions de la maladie et influence positivement le fonctionnement physique, psychologique et social.

Au-delà de ces influences, cette pratique permet d'améliorer le niveau d'APA, réduit la fatigue liée aux effets secondaires de la chimiothérapie, et est un moyen de prendre soin de son corps, d'éprouver à nouveau du plaisir et de la maîtrise à travers lui. Le jeu procure des émotions positives essentielles (Aspinwall et MacNamara, 2005), pousse à « avancer » physiquement et socialement, développant la motivation et la combativité qui sont des ressources favorisant l'adaptation au cancer (Greer et al., 1999).

Enfin, en soutenant le développement de ces ressources physiques, sociales et psychologiques, le RS représente une porte d'entrée à la réinsertion sociale et professionnelle, qui est l'enjeu primordial pour les survivants du cancer (Fischer, 2013). Il permet, à travers l'intégration dans le groupe et le fait de se dépasser, de reprendre confiance en soi et en ses capacités à entreprendre des activités antérieures ou nouvelles, ouvrant la voie à un retour à la vie ordinaire, à la place de la personne en rémission dans la société, ce qui peut prendre valeur de guérison (Marx, 2004).

L'utilisation de la ligne de vie a été pertinente pour évaluer qualitativement l'effet du programme RS sur la résilience. Elle permet de mettre en exergue les interactions entre les Fr liés au cancer et ses traitements et les Fp liés au RS. Cet outil est également efficace pour explorer de manière multidimensionnelle le vécu subjectif lié à la maladie cancéreuse, de l'annonce à la période suivant les traitements, les sources de vulnérabilité et les besoins des survivants du cancer. Ainsi, il peut aider à déterminer les facteurs de protection à renforcer et/ou créer dans le cadre d'interventions visant la résilience, telles que des programmes de résilience assistée.

4. Limites

Nos résultats sont encourageants, mais nous devons considérer les limites méthodologiques de l'étude. Le cas illustré ne permet pas, à lui seul, d'affirmer que le RS a une influence majeure sur la résilience des patients en rémission de cancer. Il faut aussi prendre en compte les autres investissements du sujet qui peuvent compléter et/ou soutenir la démarche Rugby Santé, sans doute dans une vision écosystémique.

Conclusion

Malgré les limites méthodologiques de ce travail, il nous semble pertinent d'étudier, dans le cadre de notre recherche doctorale, de manière longitudinale et sur une population plus large, l'impact d'un programme de résilience assistée basé sur la pratique du Rugby Santé. Une telle étude permettra d'améliorer l'offre de soins destinée aux survivants du cancer, d'étendre et légitimer l'utilisation du rugby comme outil de résilience dans les centres anti-cancer.

Références

- Aspinwall, L. G. et MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(S11), 2549-2556. <https://doi.org/10.1002/cncr.21244>
- Cénat, J. M., Hébert, M., Karray, A. et Derivois, D. (2018). Psychometric properties of the Resilience Scale – 14 in a sample of college students from France. *L'Encéphale*, 44(6), 517-522. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.04.002>
- Emery, C. F., Yang, H.-C., Frierson, G. M., Peterson, L. J. et Suh, S. (2009). Determinants of physical activity among women treated for breast cancer in a 5-year longitudinal follow-up investigation. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(4), 377-386. <https://doi.org/10.1002/pon.1519>
- Elliott, J., Fallows, A., Staetsky, L., Smith, P. W. F., Foster, C. L., Maher, E. J. et Corner, J. (2011). The health and well-being of cancer survivors in the UK: Findings from a population-based survey. *British Journal of Cancer*, 105(S1), S11-S20. <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.418>
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., Forman, D. et Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49(6), 1374-1403. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027>
- Fischer, G.-N. (2013). *Psychologie du cancer : un autre regard sur la maladie et la guérison*. Odile Jacob.
- Greer, S., Morris, T. et Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet*, 314(8146), 785-787. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(79\)92127-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(79)92127-5)
- Hewitt, M., Rowland, J. H. et Yancik, R. (2003). Cancer Survivors in the United States: Age, Health, and Disability. *The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(1), M82-M91. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.1.M82>
- Institut National du Cancer. (2018). *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer*. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Rapport>
- Izydorczyk, B., Kwapniewska, A., Lizinczyk, S. et Sitnik-Warchulska, K. (2018). Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1181. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061181>

- Jourdan-Ionescu, C. (2020). La Ligne de vie : différentes utilisations auprès de diverses populations. Dans S. Ionescu et H. Mazurek (dir.), *Pratiques basées sur la résilience* (p.85-92). AMU, IRD, LED Aix-Marseille Université, Institut de Recherche pour le Développement, Laboratoire Population, Environnement, Développement. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02465380>
- Luo, D., Eicher, M. et White, K. (2020). Individual resilience in adult cancer care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103467>
- Marx, E. (2004). Guérison psychique: fantasme ou réalité? Cas clinique. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 3(2), 109-111. <https://doi.org/10.1007/s10332-004-0017-3>
- Molina, Y., Yi, J. C., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K. W., Yi-Frazier, J. P. et Rosenberg, A. R. (2014). Resilience Among Patients Across the Cancer Continuum: Diverse Perspectives. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 93-101. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.93-101>
- Ness, K., Wall, M., Oakes, J., Robison, L. et Gurney, J. (2006). Physical performance limitations and participation restrictions among cancer survivors: A population-based study. *Annals of Epidemiology*, 16(3), 197-205. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.01.009>
- Ranque-Garnier, S. et Ammar, D. (2016). Activité physique personnalisée en cancérologie. *Cancer(s) et psy(s)*, 2(1), 127-137. <https://doi.org/10.3917/crpsy.002.0127>
- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8503.0247>
- Ripoll, H. (2016). *La résilience par le sport*. Odile Jacob.
- Ristevska-Dimitrovska, G., Stefanovski, P., Smichkoska, S., Raleva, M. et Dejanova, B. (2015). Depression and Resilience in Breast Cancer Patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(1), 661. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.119>
- Rowland, J. H. et Baker, F. (2005). Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* 104(S11), 2543-2548. <https://doi.org/10.1002/cncr.21487>
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.105>

Study of the resilience in an Alcoholics Anonymous members sample: Its best spiritual factors

Claire Hiernaux

claire.hiernaux@gmail.com

Isabelle Varescon

Isabelle.Varescon@u-paris.fr

Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, Boulogne Billancourt, France.

Abstract

Objective. A person recovering from Alcohol Use Disorder (AUD) may face a double trauma (due to the issues that may have led to the AUD and the addiction itself) as well as relapse factors adversity (mainly craving and negative factors). The self-help group Alcoholics Anonymous (AA) offers a spiritual recovery program. Does this program initiate resilience? The presented study aims to identify spiritual predictors of resilience.

Methodology. In a population of AA members (N=263), spirituality was assessed using the Religious Background and Behavior Scale (Connors et al., 1996) and the Spiritual Well-Being Scale (Velasco & Rioux, 2009) and the resilience with the Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003). Comparisons of means and multiple regressions were performed.

Results. The 263 participants have a resilience, a quality of relationship to God/a Higher Power (G/HP) and an existential well-being greater than that of the general population. The best spiritual predictors of increased resilience are believing in a life purpose, being able to enjoy life, having a satisfying relationship with a G/HP, and experiencing the presence of G/HP in one's life.

Conclusion. Results encourage the identification of life goal and steps to move towards it, the development of positive emotions and the development of a satisfying relationship with a G/HP to initiate a resilience process.

Keywords : resilience, spirituality, addiction, self-help group, recovery, remission, Alcohol Use Disorder, Alcoholics Anonymous.

Résumé

Objectif. Une personne se rétablissant d'un trouble de l'usage d'alcool (TUA) peut être confrontée à un double traumatisme (dû aux problèmes qui ont pu conduire au TUA et à la dépendance elle-même) ainsi qu'à l'adversité des facteurs de rechute (principalement l'envie et les facteurs négatifs). Le groupe d'entraide des Alcooliques anonymes (AA) offre un programme de rétablissement spirituel. Ce programme

favorise-t-il la résilience ? L'étude présentée vise à identifier les prédictors spirituels de la résilience.

Méthodologie. Dans une population de membres des AA (N = 263), la spiritualité a été évaluée à l'aide de l'Échelle des antécédents religieux et du comportement (Connors et coll., 1996) et de l'Échelle du bien-être spirituel (Velasco et Rioux, 2009) et la résilience à l'aide de l'Échelle de résilience Connor-Davidson (Connor et Davidson, 2003). Des comparaisons de moyennes et des régressions multiples ont été effectuées.

Résultats. Les 263 participants ont une résilience, une qualité de relation à Dieu/une Puissance Supérieure (G/HP) et un bien-être existentiel supérieur à celui de la population générale. Les meilleurs prédictors spirituels d'une résilience accrue sont la croyance en un but dans la vie, la capacité de profiter de la vie, d'avoir une relation satisfaisante avec un G/HP et de faire l'expérience de la présence de G/HP dans sa vie.

En conclusion. Les résultats encouragent l'identification d'un but de vie et des étapes pour s'en approcher, le développement d'émotions positives et le développement d'une relation satisfaisante avec un G/HP afin d'initier un processus de résilience.

Mots-clés : résilience, spiritualité, addiction, groupe d'entraide, rétablissement, rémission, trouble de l'usage d'alcool, alcooliques anonymes.

Introduction

Alcohol Use Disorder as resistance, resilience and even worse as a desilience process

Alcohol can sometimes be used as self-medication (Turner et al., 2018) and thus can constitute either a resistance process or a desistance process. In a resistance process, the person maintains his/her development in the pre-trauma state. This means continuing to develop as if the trauma had not occurred, by managing to cancel out its deleterious effects. In this case, alcohol can be used to cancel out the deleterious consequences of the trauma, enabling the person to continue moving forward. In a desistance process, the person tends to disinvest part of his or her potential for self-fulfillment and to abandon one or more sources of development, those spheres in which he/she feels weakened (Pourtois et al., 2012). So, by using alcohol, the individual tries to maintain his/her development potential despite the adversity he/she encounters. But, in so doing, he/she rises his/her vulnerability to alcohol addiction, and then by alienating oneself to alcohol, the person will experience a desilience process. In a desilience process, the individual builds a neodevelopment by willingly or unwillingly giving up any prospect of positive psychosocial development (Pourtois et al., 2012). Thus, the experience of a person with an Alcohol Use Disorder (AUD) can be considered to be particularly traumatic due to the reasons that cause the AUD in the first place paired with the consequences of the AUD on their life and their dependence (Varescon, 2011). Remission from AUD will then suppose to engage a resilience process, as resilience as been defined as “a process in which a person manifests the ability to develop well, to continue to project himself in the future, in the presence of destabilizing elements, of difficult living conditions, severe and/or repeated trauma, or as a mechanism for resuming development after a collapse” (Pourtois, et al., 2012, p. 7). The emerging “recovery” concept involves resilience.

Recovery from AUD as resilience

The term “recovery” is commonly used in research on AUD. It is often used as a synonym for abstinence or reduced alcohol use. But it is also becoming a new concept which extends beyond abstinence or remission. From an analysis of results of qualitative and quantitative studies, which aimed to define recovery it appeared that recovery includes improvement of psychological and physical health quality, improvement of social relations quality, psychological development, improvement of personal abilities, qualities, and psychological resources. In other words, recovery is beyond AUD remission, and includes enhanced Quality of Life and enhanced resilience (Hiernaux, 2019). By proposing its 12-step spiritual program of recovery,

Alcoholics Anonymous (AA), a mutual self-help group, may propose a resilience program, since it invites its members to try a new way of living to recover from their AUD.

Researchers identified external and internal resources that constitute recovery capital. Thus, Laudet, Morgen, and White (2006) (N=353) found that social support, spirituality, and religiosity, and being a member of a 12-step program, i.e. of a mutual self-help group like AA, which proposes to its members learning a 12-step spiritual program for them to initiate, sustain and maintain recovery from AUD.

Participation in AA is indeed associated with “recovery” from AUD. Studies have found that the most important factors for the effectiveness of AA are social support and emphasis on self-efficacy in maintaining abstinence (Kelly et al., 2011). Spirituality as a factor of effectiveness was relatively little studied. However, AA presents the spirituality component of its 12-step program as the key efficacy mechanism of participating in AA (Hiernaux & Varescon, 2015).

From the theory of planned behavior (Ajzen, 1991), the theory of social learning (Bandura, 1986) and a literature review (Hiernaux, 2019) we designed a model, which explains how participating in AA may induce social learning of a spiritual program which in turn may promote sustained abstinence and so sustained AUD remission and increased resilience and quality of life (Hiernaux, 2019; Hiernaux & Varescon, 2015).

Alcoholics Anonymous spirituality

Spirituality has no consensual definition, and it has been broadly defined. Some definitions focus on its sacredness, such as “the feelings, thoughts, experiences, and behaviors that arise from a search for the sacred” (Hill et al., 2000, p.66) or “the presence of a relationship with a Higher Power that affects the way in which one operates in the world” (Armstrong, 1995, p. 3). Broader definitions include humanistic notions and consider spirituality for example as “the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred” (Puchalski et al., 2009, p. 887). With its conception of a “God of their understanding” (Alcoholics Anonymous, 2001, p. 47) AA spirituality embraces the breadth of this spectrum of these definitions. In short, the spirituality of the AA 12-step recovery program is the development of a good relationship with a God or a Higher Power (G/HP) and the maintenance of a spiritual practice, by actively surrendering to a G/HP, praying, meditating, making amends, and altruism actions (Alcoholics

Anonymous, 2001).

We hypothesized that participating in AA predicts an increase of spiritual behaviors such as praying or meditating, the quality of a relationship with a G/HP and existential well-being, which in turn predict an increased resilience.

1. Methodology

1.1. Participants

Participants were 263 members of AA (Age: M=58.5, SD=9.92, 59.7% men) recruited throughout France. The inclusion criteria were to be over the age of 18, not use other psychoactive substances except tobacco and drug medication, be a member of Alcoholics Anonymous for at least one year, be able to read French fluently, and have accepted informed consent.

1.2. Procedure

The cross-sectional study was approved by an ethics committee (N°IRB: 20163500001072) and the board of directors of AA. Data collection was carried out online from November 2016 to June 2017. AA provided their members with an internet link to access the questionnaires.

1.3. Measures

1.3.1. Socio-demographic characteristics and data on alcohol and drug addictions, behavioral addictions, and treatments

Socio-demographic characteristics were assessed using a 10-item questionnaire constructed for this study. Data on existing chronic diseases, medications, therapies, and participation in other mutual help groups were collected with a 9-item questionnaire designed for the study. Past drug use and current and past tobacco use were also assessed. Alcohol use was assessed with a 9-item questionnaire built for the study and with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001) for people who have used alcohol during the past year.

1.3.2. Spirituality

Spirituality/Religiosity (S/R) was evaluated considering the broad spectrum of possible conceptions of spirituality.

S/R was first assessed with the Religious Background and Behavior scale (RBB; Connors et al., 1996). This 13-item scale assesses the degree of belief in a God/a

Higher Power (G/HP) on a 5-point scale, and past year and lifetime spiritual/religious experience: spiritual thoughts, experiences, and behaviors (prayer, meditation, worship service attendance, S/R reading). A French version was conceived using backward translation. Since this study deals only with the current period, six lifetime items were excluded. To control for the initial level of spirituality, the first 7 items were used to retrospectively assess the participants' beliefs, behaviors, and experiences in the year prior to their arrival in AA.

S/R was also assessed with the French version of the Spiritual Well-Being Scale (SWBS; Velasco & Rioux, 2009), which includes 20 items rated on a six-point Likert scale, divided in two 10-item subscales: Religious Well-Being (RWB), which measures the quality of the relationship with a G/HP, and Existential Well-Being (EWB), which measures the meaning and purpose in life, the positive view of the world, the confidence in the future, and life satisfaction.

In these two scales, "God" was replaced by "God/Higher Power", so that it had less religious connotation and encompassed other forms of spirituality.

1.3.3. Resilience

Resilience was measured with the CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale; Connor & Davidson, 2003), which consists of 25 items rated on a five-point Likert scale, from 0: rarely true, to 4: true nearly all the time ($\alpha=0,87$ in this sample). The original version of the scale is five factors construct that represents: personal competences, high standards, and tenacity (Factor1, F1); trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress (F2); positive acceptance of change and secure relationships, control (F3); spirituality (F5). We used the French version validated by psychometric tests on a French student population (Guihard et al., 2018).

1.4. Data analysis

The statistical analyses were carried out using R software (3.6.0) and R studio (1.2.1335). After studying the distribution of variables, Cronbach's Alpha was calculated, and principal component analyses were performed to check internal consistency and structures of the scales. Multiple regressions were then performed to test whether spirituality predicted resilience and whether participation in AA predicted spirituality. Because of heteroscedasticity, the variables were standardized. The non-collinearity of variables and the normality and independence of the distribution of residues were tested. Models were obtained by performing backward selection and using the Akaike information criterion. In our analyses, the SWBS

negative items were positively recoded.

2. Results

2.1. Sample descriptive data

Amongst the participants (N=263; Age: M=58.5, SD=9.92, 59% men) 49.8% were married or in a common-law relationship, 38.7% had a bachelor's degree or higher, 45.6% were employed and 40.3% retired. On average, they had been members of AA for 12.69 years (SD=9.21). They had massively used alcohol for 15.83 (SD=9.86) years, had been abstinent from alcohol for 11.77 (SD=9.18) years and only 3% had used alcohol in the past year.

2.2. Best spiritual predictors of increased resilience

In this sample of AA members, spirituality was a significant predictor of resilience, regardless of the scale used. The best spiritual predictors of increased resilience obtained were: the ability to enjoy one's life ($\beta=0.19$; $p<.0,1$), the belief in one's life purpose ($\beta=0.21$; $p<.01$), having a satisfying relationship with a G/HP ($\beta=.18$; $p<.05$), being satisfied with one's life direction ($\beta=.13$; $p<.05$), experiencing G/HP presence ($\beta=0.12$; $p<.05$) (Table 1).

Table 1

Spiritual predictors of increased resilience

	CDRISC R ² =32.2%		
	b	SE	t
Intercept	0.00	0.05	0.00
Experiencing G/HP presence (RBB2f)	0.12	0.06	1.99 *
Having a satisfying relationship with a G/HP (SWBS13)	0.18	0.07	2.56 *
Being satisfied with one's life direction (SWBS10)	0.13	0.06	1.99 *
Ability to enjoy one's life (SWBS12)	0.19	0.06	3.30 **
Belief in one's life purpose (SWBS20)	0.21	0.06	3.23 **

CDRISC: Resilience; RBB: Religious Background and Behavior; SWBS: Spiritual Well-Being Scale

** $p<.01$; * $p<.05$.

3. Discussion

In this study, believing in a purpose in one's life was associated with an identification of steps to direct one's life to this purpose, and sense of well-being about one's future. So, this component may be a predictor of resilience by restoring a sense of internal coherence and control over one's life, according to the concept of Antonovsky (1979).

Secondly, the ability to enjoy life was a positive spiritual predictor of resilience. The association of this predictor with the previous ones indicates that it is more a question of developing the ability to fully savor the present moment, rather than brief, repetitive pleasures such as those provided by psychoactive substances.

Finally, having direct experience of a G/HP in one's daily life as a predictor of resilience has been understood as a positive reinterpretation process or reinforce the previous factor by representing a feeling of being supported by a G/HP (Hiernaux, 2019). In each case it was associated with positive emotions, that are resilience factors (Tugade & Fredrickson, 2004).

These predictors correspond precisely to the processes targeted by positive psychology interventions which are based on the PERMA model of Well-being (Seligman, 2011) and the broaden-and-build theory (Fredrickson, 2004).

This study presents some limits. First, there is no French version of the RI and RBB. However, these scales were translated with the backward translation method, and their internal consistency and structure were tested. Secondly, the spiritual level before arriving in AA was estimated retrospectively. Third, the 263 AA members sample of the study were from a higher socio-economic and educational level than that of the French population in general. However, the same characteristic was found in a brief AA French survey of a large sample (N=1000; Bureau des Services Généraux des AA, 2016) of AA members.

Conclusion

These results encourage to think about assigning patients with empowering and meaningful tasks and about the introduction of positive psychology intervention to promote resilience of patients with AUD. In a forthcoming study, we therefore propose to test a positive psychology intervention, the CARE program (Shankland et al., 2018), as promoting resilience in people with AUD.

References

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Alcoholics Anonymous. (2001). *Alcoholics Anonymous : The Story of How Thousands of Men and Women have Recovered from Alcoholism* (4th éd.). Alcoholics Anonymous World Services.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Inc.
- Armstrong, T. D. (1995). Exploring spirituality : The development of the Armstrong measure of spirituality. *Annual convention of the American Psychological Association*, New York.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Audit. *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=1965534_9D5C6679CE7D258660AB26B5F?sequence=1
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Prentice Hall, Inc. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1985-98423-000/>
- Bureau des Services Généraux des AA. (2016). *Communiqué de presse. Décès de Manuel M, fondateur du mouvement Alcooliques anonymes en France*. https://www.alcooliques-anonymes.fr/wp-content/uploads/2016/11/20161106_AA_CommuniqueDecesManuelM.pdf
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale : The Connor Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Connors, G. J., Tonigan, J. S., & Miller, W. R. (1996). A measure of religious background and behavior for use in behavior change research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 90.
- Guihard, G., Deumier, L., Alliot-Licht, B., Bouton-Kelly, L., Michaut, C., & Quilliot, F. (2018). Psychometric validation of the French version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *L'Encéphale*, 44(1), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.06.002>
- Hiernaux, C. (2019). *Addiction, Spiritualité et Rétablissement Le développement spirituel comme processus de rétablissement d'un trouble de l'usage d'alcool ? Étude de la résilience, la qualité de vie et la spiritualité d'une population de membres des Alcooliques anonymes* [Thèse de doctorat]. Université de Paris.
- Hiernaux, C., & Varescon, I. (2015). L'éveil spirituel, un remède à l'alcoolisme? Population de membres des Alcooliques anonymes. [The spiritual awakening, a remedy for alcoholism? In AA members]. *Alcoolologie et Addictologie*, 37(4), 319-326.

- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough Jr, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality : Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2011). Spirituality in Recovery : A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous' Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(3), 454-463. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01362.x>
- Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1-2), 33-73. https://doi.org/10.1300/J020v24n01_04
- Morgenstern, J., Kahler, C. W., Frey, R. M., & Labouvie, E. (1996). Modeling therapeutic response to 12-step treatment : Optimal responders, nonresponders, and partial responders. *Journal of Substance Abuse*, 8(1), 45-59.
- Pourtois, J.-P., Humbeeck, B., & Desmet, H. (2012). *Les ressources de la résilience [The resources of resilience]*. Presses universitaires de France.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., & Prince-Paul, M. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care : The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders : A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*, 35(9), 851-860. <https://doi.org/10.1002/da.22771>
- Velasco, L., & Rioux, L. (2009). Adaptation et validation en langue française d'une échelle de bien être spirituel [Adaptation et validation en langue française d'une échelle de bien-être spirituel]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 41(2), 102.

Accompagnement institutionnel et résilience des victimes de violences basées sur le genre dans le Logone-et-Chari (Extrême-Nord du Cameroun)

Paul Basile Odilon Nyet

nyetpaul@gmail.com

Souleymanou Siddiki

souleymanousiddiki472l@gmail.com

Université de Maroua, Cameroun

Département de Sociologie, anthropologie et des sciences sociales pour le développement

Résumé

Les Violences Basées sur le Genre (VBG) demeurent un phénomène social d'envergure dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun. La problématisation scientifique se heurte à la particularité contextuelle de la région. Il se trouve en effet que les systèmes de parenté y demeurent à prédominance patriarcaux, caractérisés notamment par une tendance à la sacralisation de la sujétion des femmes à l'autorité masculine. Forte de ce constat, cette étude vise à analyser la résilience des victimes de ce type violence à partir des activités de prise en charge psychosociale, des actions de réinsertion sociale et de financement des activités génératrices de revenu octroyées par des Organisations de la Société Civile (OSC) impliquées dans la lutte contre les violences basées sur le genre à l'Extrême-Nord en général, et dans le Logone-et-Chari en particulier. Le cadre théorique s'appuie doublement sur l'interactionnisme symbolique et le constructivisme phénoménologique. La méthode de recherche est qualitative. Il ressort que l'accompagnement institutionnel de ces victimes par les OSC a réellement une incidence sur la réduction des VBG, mais reste tout de même insuffisant, en l'absence d'une action publique véritable dans la lutte contre la domination sociale et le conservatisme culturel, au profit de la promotion de l'égalité de genre et de la justice sociale.

Mots-clés : Accompagnement, résilience, victime, violence, genre, patriarcat.

Abstract

Gender-Based Violence (GBV) remains a major social phenomenon in the Far North Cameroon. The scientific problematization is faced with the contextual particularity of the region. The kinship systems remain is predominantly patriarchal, characterized in particular by a tendency to sanctify the subjection of women to male authority. Based on this observation, we propose to analyze the resilience of victims of this type of violence based on psychosocial care activities, social reintegration and

the financing of income-generating activities granted by CSOs involved in the fight against gender-based violence in the Far North in general, and in Logone-et-Chari in particular. The theoretical framework is based on the symbolic interactionism and the phenomenological constructivism. The research method is qualitative. The results show that the institutional support of these victims by CSOs really has an impact on the reduction of GBV; but still remains insufficient in the absence of genuine public action in the fight against social domination and cultural conservatism, for the benefit of the promotion of gender equality and social justice.

Keywords : Support, resilience, victim, violence, gender, patriarchy.

Introduction

La problématique des violences basées sur le genre est profondément liée aux réalités socioculturelles et économiques d'un pays (Famanou, 2019). Au Cameroun, plusieurs études récentes (Masson et al., 2018 ; Mimche, 2021 ; INS, 2020 ; MINPROFF, 2020 ; 2023) sur le travail, le trafic, l'exploitation sexuelle des femmes et des enfants, les Enfants ayant Besoin de Mesures Spéciales de Protection (EBMSP) ont montré l'ampleur et les spécificités de ces phénomènes, mais également l'absence d'une pratique homologuée et d'un consensus dans les modalités de prise en charge. Ces études ont par ailleurs révélé la place fondamentale de la reconstruction de la personnalité des victimes des VBG ayant subi divers traumatismes. C'est en effet un préalable qui permet à ces victimes de retrouver l'équilibre moral et psychologique nécessaire à leur déploiement comme acteurs du développement et un facteur favorable à la réalisation de tous leurs droits.

Devant l'ampleur du phénomène, l'on constate une émergence dans les zones septentrionales du Cameroun¹ de plusieurs structures à caractère social privé qui œuvrent pour la promotion, la protection et la défense des droits des femmes et des enfants². L'organisation sociale et son fonctionnement sont dominés par le patriarcat (Domo, 2003). Par conséquent, il y subsiste encore un conservatisme socio-culturel important qui peine à accorder la préférence éducative à la jeune fille plutôt qu'au jeune garçon en âge scolaire. Par ailleurs, le pouvoir décisionnel appartient quasi exclusivement au père dans le choix du conjoint, ce qui fait qu'on observe une prolifération des mariages précoces et/ou forcés, mais aussi beaucoup de déperditions scolaires. Dans ce contexte, la pauvreté et la précarité socio-économique favorisent la montée en puissance d'autres formes de violences (viol, inceste, violence conjugale, etc.) pour lesquelles les catégories sociales vulnérables sont impuissantes.

Depuis 2016, le conflit avec la secte *Boko Haram* a profondément déstabilisé la région de l'Extrême-Nord du Cameroun en entraînant une forte insécurité qui a provoqué d'importants déplacements de population. La situation socio-politique a été caractérisée par de multiples attentats souvent commis par des femmes et des enfants, des attaques contre les populations civiles, des enlèvements et des meurtres ainsi que la destruction et le vol de biens (Saïbou Issa, 2017). Du fait de sa

¹ La partie septentrionale du Cameroun est constituée de trois régions, à savoir la région de l'Adamaoua, la région du Nord et la région de l'Extrême-Nord. Cette dernière a été la plus touchée par la crise sécuritaire compte tenu de sa grande proximité avec le Nord-Est du Nigéria, base géographique de la secte islamiste *Boko Haram*.

² Il s'agit ici des organisations suivantes : Association Locale pour un Développement Participatif et Autogéré (ALDEPA), International Rescue Committee (IRC), Cooperazione Internazionale (COOPI), La Croix Rouge, Plan International, INTERSOS, Association de Lutte contre les Violences faites aux femmes (ALVF), etc.

proximité géographique avec le Nord du Nigéria, le département du Logone-et-Chari subit les conséquences de cette crise sécuritaire. Les déplacés font face à des conditions de vie précaires à cause d'un accès difficile aux services sociaux de base et de risques accrus de violences. Le processus de *Réponse Internationale Humanitaire* a documenté depuis 2016, plus de 215 cas de violences sexuelles et des centaines d'autres cas de violences basées sur le genre.

De ce qui précède, quelle est l'incidence des actions des Organisations de la Société Civile (OSC) sur le processus de résilience et de reconstruction de ces victimes dans le Logone et Chari ? En retenant trois dimensions opérationnelles, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la prise en charge psychosociale sur la résilience des victimes, puis d'analyser l'incidence des pratiques de réinsertion sociale, ainsi que le financement des activités génératrices de revenu (AGR) obtenues par ces populations vulnérables.

1. Cadre conceptuel, théorique et méthodologique

Après avoir explicité la notion de violence basée sur le genre ainsi que celle de résilience, nous présenterons le contexte théorique sous-tendant cette recherche ainsi que la démarche méthodologique adoptée.

1.1. La notion de violences basées sur le genre et le concept de résilience

Dans son acception générale, les Violences Basées sur le Genre (VBG) désignent l'ensemble des violences exercées contre une personne en raison de son sexe et de la place que lui accorde une société. D'après le ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF, 2009 ; 2020), il s'agit de tout acte perpétré contre la volonté d'un être humain sur la base de différences sexuelles.

Plus spécifiquement, les VBG concernent une personne sur la base de son genre ou de son sexe et inclut les actes qui infligent un préjudice ou une souffrance physique, mentale, sexuelle, la menace de tels actes, la coercition et autres privations de liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. Autrement dit, les VBG telles que définies par les Nations Unies (2015) sont perçues comme « toute violence qui s'exerce sur une femme ou sur un homme tout simplement parce qu'elle est une femme ou parce qu'il est un homme ». Du fait de leur vulnérabilité, les femmes et les jeunes filles sont les catégories les plus visées dans ces formes de violences.

Dans la typologisation récente, les Nations Unies distinguent les Violences Contre les Femmes et les Filles (VCFF). Cette première catégorie concerne particulièrement des

violences exercées contre une personne en raison de son sexe et reconnaissant le lien qui existe entre le statut inférieur des femmes dans la société et leur vulnérabilité croissante à la violence. Il y a ensuite le viol et les agressions sexuelles³ ; l'agression physique⁴ ; la violence domestique et/ou conjugale de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires ; le déni de ressources, d'opportunités ou de services⁵ ; la violence psychologique et/ou émotionnelle⁶ ; le mariage d'enfants, le mariage précoce et le mariage forcé. On retient enfin les Mutilations Génitales Féminines (MGF). Selon l'ONU Femmes (2015), cette dernière catégorie désigne toutes pratiques qui infligent des dommages aux organes génitaux féminins à des fins non-médicales ; elles comportent la clitoridectomie, l'excision et toutes les autres pratiques nuisibles aux organes génitaux.

Dans le cadre précis de cette étude, nous abondons dans le même sens que le Système de Gestion Inter-organisations des Informations sur la Violence Basée sur le Genre (IMSVBG) qui définit les violences basées sur le genre comme étant les actes préjudiciables commis contre le gré de quelqu'un en se fondant sur les différences établies par la société entre les hommes et les femmes (le genre). Sont ainsi concernés tous les actes causant un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles, la menace de tels actes, la contrainte et d'autres privations de liberté, que ce soit dans la sphère publique ou dans la sphère privée.

La notion de *résilience*, quant à elle, est un concept présent dans plusieurs disciplines scientifiques telles que la psychologie, l'économie, la psychiatrie, l'éducation, la sociologie, l'anthropologie, la santé mentale, etc. Grâce à sa vision positive quant à la façon de voir et de traiter les expériences humaines, ce concept revêt un grand intérêt en ce sens qu'il permet un changement de regard porté sur le vécu des individus dans différentes situations à risque (Poletti & Dobbs, 2001). Ainsi, la résilience peut être définie comme une capacité qu'ont certains individus à surmonter les obstacles, les conditions difficiles et à poursuivre le cheminement normal de la vie (Vanistendael & Lecomte, 2000). La résilience comme capacité

³ Le viol inclut le viol conjugal, ou une relation sexuelle imposée à une femme par son mari, contre sa volonté. La violence sexuelle renvoie au contact sexuel non consensuel qui n'aboutit pas ou ne s'accompagne pas de la pénétration.

⁴ Le fait, par exemple, de frapper, gifler, étouffer, couper, pousser, brûler quelqu'un, de tirer sur une personne ou d'utiliser d'autres armes contre elle, les attaques à l'acide provoquant une douleur, une gêne ou une blessure.

⁵ C'est le refus d'accès aux ressources/biens économiques ou aux moyens de subsistance, à l'éducation, à la santé ou à d'autres services sociaux alors que la personne y a droit.

⁶ Il s'agit des menaces de violences sexuelles ou physiques, intimidation, humiliation, mépris, injures, harcèlement, marques d'attention non-voulues, remarques, gestes ou écrits de nature sexuelle et/ou menaçante, destruction d'objets ayant une valeur sentimentale ; etc.

résulterait de l'interaction entre le sujet et son environnement. Cette capacité permet à l'individu de percevoir et d'agir sur son environnement de manière significative (Anaut, 2003). Bref, la résilience se rapporte à « la capacité d'adaptation aux circonstances variables et aux contingences environnementales, l'analyse du niveau de correspondance entre les exigences situationnelles et les possibilités comportementales, et l'utilisation souple du répertoire disponible de stratégies de résolution de problèmes. » (Anaut, 2003).

Dans le cadre de cette étude, la résilience réfère à la capacité des victimes de violences fondées sur le genre à surmonter, non seulement leur traumatisme, l'incertitude et les violences diverses dans un contexte phallocratique et de menace sécuritaire, mais également leur aptitude à répondre efficacement à ces situations contingentes, ainsi que les réponses durables qu'elles parviennent à mettre sur pied avec l'appui des Organisations de la Société Civile.

1.2. Les postures théoriques

Une double posture théorique est retenue dans cette recherche. La première repose sur le courant de l'interactionnisme symbolique tandis que la seconde valorise le constructivisme phénoménologique. En fait, l'interactionnisme symbolique s'intéresse à l'étude des interactions et des dynamiques qu'elles engendrent. Le concept d'interaction symbolique a été utilisé pour la première fois par Blumer en 1937. Dans cette perspective, l'activité sociale est définie comme un « comportement significatif ou orienté vers l'autre ». Pour ce courant sociologique, il existe bien un ordre culturel normatif, mais celui-ci est intériorisé par les individus dans un processus d'interaction qui les conduit à construire leur identité. L'interactionnisme refuse une conception hyper-socialisée de l'homme et insiste plutôt sur l'autonomie dont disposent les individus. La société est ainsi envisagée comme un ordre interactionnel et « l'interaction est définie comme un ordre négocié, temporaire, fragile qui doit être reconstruit en permanence afin d'interpréter le monde. » (Coulon, 1987). C'est à travers les interactions symboliques que les individus contribuent à définir les situations dans lesquelles ils sont engagés. Goffman (1975) a mis l'accent sur les interactions dans la vie quotidienne (les rites d'interaction) et sur la façon dont les individus mettent en scène leur vie en étant particulièrement attentifs à l'image qu'ils donnent d'eux-mêmes et en s'efforçant de ne pas perdre la face et de ne pas la faire perdre à autrui. Dans ce sens, c'est dans l'interaction sociale que se produisent et se construisent les diverses formes de violences basées sur le genre.

Cette perspective théorique a apporté un autre regard dans l'analyse sociologique de

la déviance : au lieu de s'efforcer de trouver les causes des comportements déviants dans les caractéristiques propres aux individus ou à leur milieu, les interactionnistes étudient l'ensemble des relations sociales qui contribuent à poursuivre l'état de déviance. On ne cherche plus à répondre à la question du pourquoi, mais plutôt à celle du comment. Ainsi, nous interrogeons moins ce qui conduit certains individus à commettre des actes déviants (versus ceux qui n'en commettent pas) que la manière dont les groupes sociaux, par leurs jeux d'interactions, construisent le phénomène de déviance ?

Le constructivisme phénoménologique a été popularisé par Berger et Luckmann (1986) à la suite de leurs travaux sur la construction sociale de la réalité. Ce courant s'intéresse à la relation qui s'élabore entre les individus et les structures sociales en considérant que toute construction de la réalité sociale part des connaissances ordinaires et des expériences vécues par des agents. Grâce à la phénoménologie de Schütz, ils vont partir de la connaissance dans la vie quotidienne et de son activation des situations de face-à-face pour expliquer les interactions sociales. Pour ces auteurs, la société est d'abord une réalité objective car elle se produit à partir d'un double processus d'extériorisation et d'objectivation qui prend appui sur la connaissance ordinaire typificatrice et sur les interactions réciproques qui alimentent le processus d'institutionnalisation. La société est ensuite une réalité subjective car elle est intériorisée à travers la socialisation primaire et secondaire. Et c'est à ce niveau que le mode de socialisation différentielle discrimine et assigne une place à la jeune fille comme étant « naturellement » subordonnée au garçon.

En effet, Berger et Luckmann partent de la vie quotidienne et de la connaissance ordinaire, pour expliquer comment le monde social est construit et perpétué. Ils appréhendent la réalité sociale comme le résultat d'une construction historique (coutume, tradition) et quotidienne des acteurs individuels et collectifs. Selon eux, l'activité humaine est marquée par la « routinisation » : elle tend à se perpétuer et à se spécialiser en un système de rôles⁷. Ils nomment ce processus « institutionnalisation », entendu comme une « typification réciproque d'actions habituelles ». Si les individus qui ont créé une institution y voient encore la trace de leur activité, les générations suivantes la perçoivent comme inhérente à la nature des choses puisque la société est une production humaine, l'Homme un produit social (Berger et Luckman, 1986, p. 87).

Nous nous sommes saisis de cette théorie afin de proposer une explication socio-anthropologique à l'accompagnement et la résilience des victimes des violences

⁷ On ne réinvente pas tous les jours les rôles familiaux ou les manières de rendre la justice, comme soulignent Berger et Luckman (1986).

basées sur le genre dans le Logone et Chari. Il s'agit d'interpréter ce phénomène comme résultant d'une construction historique et quotidienne de la représentation de la femme et de la violence dans les communautés traditionnelles. Ainsi, la représentation sociale de la femme, la « routinisation » de son rôle dans la société traditionnelle, la perception du viol chez les communautés, la perception du sexe de la femme, ont été analysés comme les facteurs socio-anthropologiques des violences basées sur le genre. Plus encore, la théorie de la construction sociale a été mobilisée pour analyser les interactions famille-communauté.

1.3. La méthodologie utilisée

La méthode de recherche est qualitative. La logique de recherche est empirico-inductive. Le terrain de l'étude est circonscrit autour du département du Logone-et-Chari dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun. Depuis 2016, cette localité a subi une crise sécuritaire et sociale majeure à la suite des attaques armées et des exactions menées par les membres de la secte islamiste *Boko Haram*.

Les données empiriques ont été collectées principalement dans les villes de Kousséri et de Makary auprès des victimes, des responsables d'ONG et des autorités administratives de la délégation des Affaires Sociales. Sur la base de la méthode à choix raisonné, un échantillon de 40 victimes en relation avec quatre OSC, a été constituée. Ces personnes sont des femmes et des enfants vulnérables ayant bénéficié de l'assistance psychologique, sociale ou économique d'une organisation humanitaire présente dans la localité. Ces organisations rencontrées sur le terrain sont ALVF ; Plan Cameroun ; INTERSOS et la Croix-Rouge. Les responsables de ces structures ont été interrogés sur la situation humanitaire des personnes vulnérables en relation avec les rapports sociaux de sexe dans un contexte de menace ou de crise sécuritaire.

S'agissant des victimes des VBG plus précisément, des entretiens semi-directifs ont été menés afin de recueillir leur appréciation subjective sur les mesures d'accompagnement d'ordre psychologique, social ou économique et leur incidence sur leur résilience après les événements douloureux qu'elles ont vécus. Quelques-unes de ces victimes ont produit des récits de vie sur leur parcours biographique. Par ailleurs, un focus group discussion a été réalisé avec cinq femmes et deux filles ayant été prises en charge par ALVF et INTERSOS.

2. Organisations de la société civile dans la lutte contre les VBG : résultats

2.1. Prise en charge psychosociale et résilience des victimes des VBG

L'activité psychosociale met en exergue les liens et les interactions permanentes qui se tissent entre les processus psychologiques et sociaux. Et en rapport avec les VBG, la prise en charge psycho-sociale fait intervenir les travailleurs sociaux qui se livrent à un double travail d'accompagnement et de soutien social et psychologique. Ainsi, Il a été donné d'apprécier la contribution des activités de cette nature sur la résilience des femmes et des jeunes filles ayant subi des VBG dans le Logone et Chari. Quatre grands types de VBG ont été identifiés dans les discours livrés par les enquêtées. Il s'agit des violences sexuelles, des mariages précoces, des mariages forcés et des violences conjugales. De nombreuses victimes ont subi parfois des cumuls de violences.

Les actions des organisations de la société civile rencontrées (ALVF ; Plan Cameroun ; INTERSOS et la Croix Rouge), valorisent prioritairement et indifféremment des techniques telles que : l'écoute individuelle des victimes, la médiation familiale, la médiation traditionnelle, le groupe de parole, ainsi que le soutien psychosocial communautaire. Dans l'enquête qualitative, il a été demandé aux victimes de porter une appréciation subjective sur l'efficacité des approches fournies par ces organisations et leurs incidences sur leurs processus de reconstruction sociale et identitaire. Les résultats présentés dans le *Tableau 1* ont été obtenus en valeurs relatives.

Tableau 1

Évaluation des activités de prise en charge psychosociale par les victimes

Technique de prise en charge psycho-sociale	Avis favorables	Avis défavorables
<i>Ecoute individuelle</i>	92,5%	7,5%
<i>Médiation familiale</i>	54%	46%
<i>Médiation traditionnelle</i>	62%	38%
<i>Groupe de parole</i>	71%	29%
<i>Soutien psychosocial communautaire</i>	79%	21%
Total	71,7%	28,3%

Source : enquête de terrain

Les réponses fournies par la majorité des victimes tendent en majorité vers une appréciation positive des effets des stratégies de prise en charge psychosociale

(71,7%). Cependant, une analyse différentielle de ces approches traduit quelques hétérogénéités. En effet, le score obtenu par la technique de l'écoute individuelle (92,5%) confirme l'importance de cette approche dans le soutien psycho-social des victimes. D'après les responsables des OSC investiguées, l'écoute individuelle est la première étape dans le processus de prise en charge car « *c'est par là qu'on prend connaissance de l'état psychologique de la victime, des événements vécus des émotions et du degré de traumatisme, [...] pour en proposer ensuite une réponse adaptée à la situation.* » (Anis, responsable Point focal ALVF-Kousseri, prénom fictif).

Le cadre physique de ces organisations donne la possibilité aux victimes d'exprimer les traumatismes vécus et les émotions psychiques en toute liberté. Pour beaucoup d'entre elles, cette liberté et l'empathie qui en ressort sont fondamentales dans la reconstruction psychologique et sociale. Les déclarations d'une victime de mariage précoce forcé et de violence conjugale sont significatives :

« J'ai vécu la violence conjugale ; notamment la violence physique de mon jeune âge, j'ai traversé des périodes difficiles, des souffrances sans relâche et toute ma famille était liée contre moi; car pour eux tout était de ma faute. Déjà à mes 13 ans j'ai été envoyée en mariage chez un vieux, je n'ai pas pu supporter, je me suis enfuie, depuis lors la famille me voit bizarrement, mes parents m'ont contrainte de me remarier et là depuis je vis un calvaire. Aujourd'hui avec l'aide de Centre Vie de Femme d'ALVF Maroua j'ai pu retrouver ma liberté et vis fièrement en remerciant chaque jour le ciel de m'avoir guidée jusqu'à ce Centre. Merci à ALVF. » (Mariam, 21 ans, survivante de VBG, prénom fictif).

En ce qui concerne la médiation familiale, 54% des victimes approuvent son efficacité. Cette technique est orientée principalement vers des cas de violences conjugales, domestiques et physiques perpétrés dans certains ménages. Le médiateur familial suscite la communication et un entretien avec le chef de famille, le tuteur ou le conjoint de la victime. La médiation familiale révèle « la manière dont l'acte de violence a été vécu (perception, vécu émotionnel) par le/la survivant(e), mais aussi par les autres membres de la famille ; elle permet aussi de faire prendre conscience et de partager des pensées ou émotions latentes (inconscientes) en lien avec la souffrance psychique et agissant sur les relations. » (UNPFA, 2018). En admettant la sensibilité et la délicatesse de cette technique, un responsable d'OSC a affirmé que cette approche a contribué à ramener plusieurs femmes dans leur foyer conjugal et à étouffer, du moins temporairement, le conflit conjugal. C'est ce que soulignent les propos de ce médiateur familial :

« Après le retour de leurs femmes, beaucoup de maris sont contents des changements qu'ils voient dans le comportement de leur femme et les encouragent

à fréquenter le centre. Les femmes nous ont rapporté que les relations avec leur mari, avec leurs enfants entre elles-mêmes avaient changé parce qu'elles avaient reçu des conseils pour la gestion de leur foyer, l'éducation de leurs enfants et la gestion de la puberté. » (Aminou, médiateur familial, prénom fictif).

S'agissant de la médiation traditionnelle dans les cas de VBG, il importe de noter que la justice traditionnelle permet de faire la médiation et le règlement des conflits, là où la société a peu recours à la justice étatique. Ceci est particulièrement utilisé pour les cas de dénis de ressources. Les conséquences sociales de la violence sexuelle font aussi l'objet d'une prise en charge appropriée en ce qu'elle favorise la réintégration du survivant dans la vie normale de la société. De manière générale, cette prise en charge porte sur l'éducation, la sensibilisation, la médiation, la réhabilitation sociale de l'individu et/ou d'une communauté. Les structures locales de prise en charge sociale des survivants peuvent être des centres de femmes, des foyers sociaux, des centres d'écoute, des centres de jeunesse, des équipes de jeux, des centres d'apprentissage, des centres culturels, des abris sécurisants, des églises, des centres de récupération, des structures d'assistance urgente et immédiate, structures de négociation et médiation.

Les groupes de parole sont des séances collectives qui réunissent des personnes ayant vécu une expérience similaire. Ces espaces de dialogue offrent un environnement particulièrement sûr, sécurisé, inclusif, cohésif et empathique. Ils peuvent encourager une expression plus libre autour de la violence subie et des conséquences qu'elle a pu entraîner au niveau individuel, familial et social. Ils encouragent aussi l'échange et la discussion entre les participants et l'animateur. Ce cadre thérapeutique permet aussi d'obtenir un « effet miroir » entre les participants : ils peuvent se reconnaître dans ce qu'un(e) autre relate (identification) et avoir ainsi le sentiment d'être moins seul(e) à vivre / avoir vécu(e) cette situation de violence. Cette activité permet de stimuler un soutien mutuel et de renforcer leur confiance en eux, car ils prennent conscience de leurs ressources. Un(e) participant(e), plus avancé(e) dans son cheminement, peut devenir un modèle pour les autres. Les échanges obtenus créent une solidarité constructive et favorisent les liens communautaires. Les groupes de parole peuvent aussi réunir des auteurs de violence, en vue de leur faire prendre conscience de leurs actes et de modifier leurs comportements.

Enfin, des activités de soutien psychosocial communautaire existent à travers différents types de groupes de parole thérapeutique, certaines activités des groupements féminins et aussi les activités des relais communautaires. Les groupes de parole ont souvent des effets thématiques, facilités par différents acteurs

protection, santé et VBG. Ce sont les communautés elles-mêmes qui choisissent les différents types de problèmes qu'elles veulent aborder, soit pour soigner des traumatismes, travailler sur la résilience ou consolider la cohésion sociale dans les villages. Les questions liées à la VBG peuvent donc ressortir dans ce cadre spécifique comme thématique transversale ou être adressées dans des groupes spécifiques. Les relais communautaires VBG ou de santé, les assistantes psychosociales communautaires, les groupements féminins et les leaders religieux peuvent aussi organiser des activités cibles de soutien psychosocial communautaire sur les VBG. En faisant cela, ils doivent impliquer la plateforme de lutte contre la VBG.

À travers ces différentes approches opérationnelles, les victimes arrivent à reconnaître qu'elles ont véritablement besoin d'une assistance et qu'elles peuvent dénoncer ouvertement les formes de violence qu'elles ont vécues. Le soutien psychosocial prend aussi le plus souvent la forme d'un accompagnement juridique et sanitaire. D'une part, les victimes reçoivent des informations sur leurs droits en rapport avec la situation vécue ; les assistantes sociales rédigent ou orientent les requêtes et les plaintes des victimes vers des institutions pénales. Néanmoins, il a été constaté que presque toutes les organisations de la société civile investiguées n'engagent pas directement des actions juridiques et pénales. Elles essayent toujours de résoudre pacifiquement les différends à leur niveau en faisant appel à la compréhension des parties. C'est en cas d'échec, qu'une action judiciaire est enclenchée. D'autre part, l'accompagnement sanitaire fournit les premiers soins aux victimes et des pièces justificatives sur les violences⁸. Les victimes sont alors orientées vers des formations sanitaires appropriées pour y recevoir des soins à la charge de l'ONG. Le certificat d'âge apparent est établi à l'hôpital pour les victimes n'ayant pas d'acte de naissance. Pour les cas d'agressions sexuelles, les kits post-violés sont offerts par certaines organisations (ALVF, INTERSOS, La Croix-Rouge) aux victimes. Cette assistance matérielle aux victimes contribue d'une certaine manière à l'amélioration du bien-être psychosocial des victimes et par ricochet à leur résilience. Elle ouvre ainsi la voix à la réinsertion sociale et économique.

2.2. Pratiques de réinsertion sociale et leurs incidences sur la résilience

L'accompagnement pour la réinsertion sociale et économique constitue un aspect essentiel de la prise en charge holistique, participant pleinement à la réhabilitation intégrale des survivant(e)s des violences basées sur le genre. Elle réfère au processus conférant à une personne les capacités et l'autonomie nécessaires pour se réinsérer dans la société à travers des activités sociales, économiques, ou encore éducationnelles. Elle permet également de déterminer et de dépasser les faiblesses

⁸ Il s'agit de l'obtention d'un certificat médical, par exemple.

et les limites qui contribuent à une situation de vulnérabilité, et d'aboutir à la jouissance des droits sociaux et économiques. Il s'agit ainsi d'envisager et d'identifier, avec la personne qui a subi des violences, les solutions possibles et les ressources disponibles, que ce soit dans l'environnement familial et social du/de la survivant(e) (appui de la famille ou d'amis), ou à travers des associations/organisations de la société civile ou des structures institutionnelles.

Les pratiques de réinsertion sociale prennent en compte les victimes des VBG réinsérées dans leurs familles respectives, ensuite celles qui sont réinsérées dans la communauté et enfin les victimes retournées à l'école. Concernant les personnes réinsérées dans leurs familles respectives, trois quarts des enquêtées approuvent l'effort des OSC dans cette dynamique, même si de nombreuses familles n'aident pas véritablement les victimes à retrouver leur estime de soi. Sur la reprise de la scolarisation, on a noté que les jeunes filles en âge scolaire ont pour la plupart retrouvé le courage et la volonté de recommencer leurs études. Ces dernières avaient interrompu la scolarisation à cause des mariages précoces pour certaines, et des grossesses précoces, pour d'autres. Cette dynamique s'inscrit dans le cadre de l'« *empowerment* » qui consiste à autonomiser ces victimes en leur donnant le « pouvoir » de savoir lire et écrire. L'une d'entre-elles devenue fonctionnellement autonome nous a confié à travers ce récit :

« Je suis comme assoiffée quand je ne viens pas ici. Mon mari a tout fait pour m'empêcher de venir parce qu'il voyait un changement dans mon comportement. Je venais apprendre à lire et écrire parce que lui il faisait tout ; il a fait l'école et moi pas. Il m'insultait souvent "villageoise, qu'est-ce que tu sais faire, tu ne sais rien ! Et quand on ne sait rien, on ne parle pas." Chaque fois que je finissais mes travaux, je déposais son repas sur la table, je mettais l'eau à chauffer pour laver mes enfants et je partais apprendre. Aujourd'hui (rires aux éclats), je suis fière, je sais lire : je ne passe plus devant une plaque comme un âne (rires), je m'arrête et je lis. Souvent, je m'amuse à lire ce que je vois, même les écrits sur les pagnes des femmes. »
(Afiatou, 28 ans, une victime réinsérée, prénom fictif).

Ce discours révèle une autre réalité inhérente aux sociétés phallogocratiques. En effet, le mode de socialisation différentielle discrimine très souvent la jeune fille au profit du garçon. Précocement envoyée en mariage, l'éducation formelle de la jeune fille est brutalement interrompue. Très peu de filles parviennent à traverser le stade de l'école primaire. Ne sachant ni lire ni écrire, elles vont subir une violence symbolique répétée liée à la méconnaissance des droits humains élémentaires. L'alphabétisation fonctionnelle donne ainsi la possibilité aux jeunes filles et aux femmes en général de passer d'une violence subie et acceptée à une violence rejetée et combattue.

Au-delà de cette dimension, l'autonomisation de ces femmes passe par la mise en place d'une véritable activité génératrice de revenu. Il est souvent admis que le pouvoir économique affranchit les femmes de la domination masculine et du déni de ressources. Par conséquent, une activité qui apporte un revenu substantiel permet à la femme de subvenir librement à ses besoins et parfois de faire survivre toute la famille. Deux grands types d'activité génératrice de revenu ont été identifiés dans le cadre de l'assistance organisationnelle aux victimes de violences basées sur le genre. Il s'agit des activités de petit commerce d'une part, et des activités d'artisanat d'autre part. Leur croissance aboutit généralement à la formation de véritables micro-entreprises. En effet, le petit commerce rassemble les activités de vente de pagnes, de bijoux, de chaussures, de produits de beauté, du bois de chauffe, de beignets et d'autres articles ressources. Initiées aux techniques minimales de marketing de proximité, la vente se fait soit à domicile, de porte à porte ou au sein de certaines associations féminines et communautaires.

S'agissant des activités d'artisanat, elles résultent d'un apprentissage sur le tas d'une durée inférieure ou égale à 24 mois. Contrairement au petit commerce, il s'agit d'un travail de groupe, chacune mettant son génie créateur au service du collectif. Les activités privilégiées portent sur la fabrication du canari (récipient), de chaussures et de textile (couture, broderie, tricotage). La couture se fait avec des tissus divers provenant parfois des associations féminines. Les femmes tricotent des vêtements d'enfants et pour bébés, des nappes de table ; elles brodent des habits et autres tissus de décoration pour les proposer aux tenanciers de certains commerces installés à Kousseri et dans d'autres villes.

2.3. Financement des AGR, processus d'autonomisation et résilience

D'après les responsables des Organisations de la Société Civile, le financement des activités génératrices de revenu influence significativement l'autonomisation des femmes économiquement et socialement vulnérables. L'autonomisation contribue à la résilience des femmes victimes des VBG. Le cas de l'ALVF a été beaucoup plus mis en exergue ici à travers le montage et l'appui aux micro-projets présentés par les femmes constituées au sein de l'Association pour l'Autonomisation de la jeune fille (APAD) du Centre Vie des Femmes.

En effet, un micro-crédit d'un montant de 50 000 FCFA est accordé aux bénéficiaires après analyse du profil sociodémographique de la promotrice et la situation économique et sociale. L'activité est développée au sein de l'organisation ou en dehors, notamment dans les quartiers respectifs des femmes. Cette somme est remboursable au fur et à mesure que la micro-entreprise se développe tout en

permettant à la promotrice de se prendre en charge elle-même et de s'épanouir dans sa vie sociale et communautaire. Une productrice de beignets ayant vécu un choc biographique, devenue autonome, déclare à ce propos :

« J'ai reçu 50 000 FCFA de l'ALVF pour commencer mon activité ; je leur ai montré l'endroit où je pouvais m'installer. Je tourne avec cet argent depuis et je remboursais petit à petit ; actuellement j'ai déjà tout remboursé ; je fonctionne avec mon capital aujourd'hui. » (Aminatou, 26 ans, célibataire, un enfant à charge, prénom fictif).

Le parcours biographique de cette enquêtée révèle qu'elle a été enlevée et violée par les membres de la secte *Boko Haram* en 2017 lors d'une attaque dans la localité de Makary. Après sa libération, elle s'est rapprochée de l'ALVF pour une prise en charge psychologique et sociale.

Le témoignage d'une autre femme en situation de rupture biographique, aujourd'hui reconvertie dans la couture, souligne la capacité de résilience de ces actrices dans un contexte économique et sécuritaire précaire :

« J'ai quitté mon foyer à cause des violences de mon mari et aussi à cause des menaces de la belle-famille [...]. Depuis 6 mois aujourd'hui, je me prends en charge grâce au soutien psychologique et l'assistance financière que j'ai bénéficié avec ALVF. Aujourd'hui, j'ai ma machine à coudre, c'est moi qui couds les habits des femmes dans le village et je nourris mes enfants aussi. » (Awa, 27 ans, Divorcée, couturière, trois enfants à charge, prénom fictif).

Parmi toutes les victimes que nous avons interrogées et qui ont été prises en charge par les OSC, il s'est révélé qu'environ 35% vivent aujourd'hui en location et parviennent elles-mêmes à payer leur loyer à partir du revenu issu des activités qu'elles pratiquent. Par ailleurs, une victime sur dix vit dans sa propre maison, tandis que près de la moitié d'entre-elles habite chez les parents ou dans un domicile conjugal. Dans cette dernière catégorie, il est apparu que plus de 2/3 parviennent déjà à se prendre en charge elles-mêmes en cas de maladie, ou tout au moins à contribuer partiellement aux frais médicaux en cas d'absence ou de déni de ressource. Pour les cas de paludisme, par exemple, elles déclarent qu'elles conduisent leurs enfants dans les formations sanitaires sans plus attendre forcément leurs parents ou leurs époux. Avec la mise sur pied d'une activité productrice, quelques-unes ont affirmé être déjà en mesure de soutenir l'éducation de leurs enfants à travers le paiement des frais de scolarité et l'achat des fournitures scolaires.

Cependant, il a été noté le cas de quelques femmes en situation d'échec, bien

qu'ayant reçu effectivement un accompagnement organisationnel sur le plan financier et technique. Manifestement, elles sont aujourd'hui dans l'impossibilité de rembourser leurs crédits. Si pour les responsables des OSC, « les quelques cas d'échec » sont tributaires à « la mauvaise connaissance du marché et au déficit criard de *l'entrepreneurship*, beaucoup se résignant à l'assistanat permanent », il s'agit plutôt, pour ces femmes, du contexte socio-culturel qui n'encouragerait pas véritablement à l'émancipation économique et sociale de la femme. C'est dans cet esprit qu'une d'entre-elles nous a déclaré : « *Ici tout est fait pour vous décourager quand vous commencez à faire quelque chose ; rien ne marche [...] On pense toujours que la place de la femme c'est à la maison [...] pour nourrir les enfants.* » (Alima, 31 ans, Mariée dans un foyer polygamique, quatre enfants, prénom fictif).

Toutefois, le recoupement des différentes expériences vécues nous a donné à conclure plutôt que la mise en place d'un micro-projet dans un contexte de précarité économique et sécuritaire ne dépend pas forcément du niveau d'instruction de son promoteur, encore moins de sa situation matrimoniale ; la volonté et la détermination de s'affranchir de la chaîne de dépendance et des pesanteurs socio-culturelles déterminent le succès ou la mort prématurée de la micro-entreprise (notamment la TPE), ce quel que soit le montant du financement reçu à la base.

3. Discussion

Les trajectoires sociobiographiques des victimes sont traversées par plusieurs traumatismes et des ruptures biographiques pour lesquelles l'action des Organisations de la société civile est indispensable. Au-delà de la variable sécuritaire qui s'est brusquement introduite depuis 2016, il demeure que l'influence du système patriarcal est prépondérante dans la production et l'auto-entretien de certaines formes de violences perpétrées envers les femmes. Corneau (1993) définit le patriarcat⁹ comme :

« Un système idéologique qui a façonné les identités psychologiques et sociales des hommes et des femmes. Cette idéologie préconise que la femme doit être soumise. Elle se fonde sur le préjugé voulant que ce que produisent et pensent les hommes est socialement plus important que ce que font, pensent et ressentent les femmes. » (Corneau, 1993, p. 15).

D'après Macleod (1978), c'est à ce niveau que s'origine et se construit mentalement le problème de femmes battues car dans ce contexte discriminatoire « les femmes ont

⁹ Corneau distingue deux types de patriarcat : d'une part, le patriarcat privé qui se caractérise par une appropriation individuelle des femmes dans la famille et leur exclusion de l'espace public ; d'autre part, le patriarcat public qui se traduit par une appropriation collective des femmes par leur ségrégation, subordination dans la sphère publique.

moins d'importance et de valeur que les hommes et n'ont pas droit au même statut et au même respect que les hommes ».

Parmi les différentes formes de violences basées sur le genre évoquées dans cette étude, il nous semble que les mariages précoces et forcés constituent le problème central par lequel toute solution institutionnelle durable et structurelle partirait pour agir sur les autres types de violence. À la faveur du conditionnement socio-culturel, les mariages précoces et forcés entraînent des maternités précoces, des déperditions scolaires, mais aussi la pauvreté et la vulnérabilité socio-économique qui, à leur tour, produisent un cumul de violences de circonstances telles que le déni de ressource, le viol, l'inceste, les agressions physiques et les violences verbales, etc.

Au demeurant, la conception du mariage est très particulière dans les sociétés patriarcales et stratifiées. Le mariage est le plus souvent l'aboutissement d'une entente familiale qui place au centre du processus décisionnel les différents chefs de famille. Dans ce contexte, la principale concernée, la jeune fille, n'a qu'une marge de manœuvre très limitée dans le choix libre et volontaire de son conjoint. Par conséquent, le type de violence vécu ici est subie et acceptée car la décision est prise par l'autorité parentale. A la question de savoir si elles avaient elles-mêmes choisi leur époux, plus de 2/3 des enquêtées ont affirmé que ce choix a été fait par leur père parmi plusieurs prétendants qui se sont présentés. En fait, la parole du père est sacrée ; il est le seul qui décide de l'acceptation ou du refus d'un prétendant. Très souvent, la jeune fille ignore totalement le passé de ce dernier. Elle ne connaît pas grand-chose de sa vie préconjugale puisque la durée des fiançailles est très courte. L'identité virtuelle du futur époux voile une identité réelle qui se découvre à posteriori. L'enquête a par ailleurs révélé que très peu de femmes, surtout celles âgées de moins de 30 ans, ont un vécu conjugal très long¹⁰, d'où un taux de divortialité très élevé dans cette catégorie. Elles prennent alors le risque de refaire leur vie en s'orientant pour la plupart vers des OSC spécialisées dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

Conclusion

Au terme de cette étude, les Organisations de la Société Civile apparaissent de plus en plus comme des « intermédiaires de socialisation » (Roulleau-Berger, 1995) qui développent une forme de solidarité et de lien social spécifique entre les victimes de violences et les partenaires locaux de développement. La dimension institutionnelle est fondamentale dès lors que le type de sociabilité valorisé dans ces espaces s'inscrit dans le cadre de l'action organisationnelle et dans le sillage de la politique

¹⁰ Il est en moyenne de deux ans, selon nos entretiens.

nationale de promotion de la femme et de l'égalité de genre. Cependant, l'action des Organisations Non-gouvernementales restera insignifiante si l'Etat ne s'investit pas véritablement dans la lutte contre les discriminations, le développement socio-économique et la promotion des droits humains. L'impunité, la corruption et la faible responsabilisation des leaders communautaires alimentent les stéréotypes et la domination sociale dans les sociétés phallogocratiques. Dans le Logone-et-Chari, une grande confusion persiste encore aujourd'hui entre les coutumes ancestrales, la tradition islamo-peule et la religion ; ce qui légitimise parfois une conception infériorisante de la femme et pérennise certaines formes de violences dans le corps social.

Références

- Anaut, M. (2003). *La résilience. Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan.
- Berger, P. & Luckman, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*, trad. franc., Paris : Méridiens-Klincksieck, (1^{ère} ed. 1966).
- Bouquet, B. (2004). *Ethique et travail social : Une recherche du sens*. Paris : Dunod.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris : Seuil.
- Corneau, I. (1993). *L'amour en guerre*. Edition de l'Homme.
- Coulon, A. (1987). *L'ethnométhodologie*. Paris : PUF.
- Domo, J. (2003). *Le Nord-Cameroun: mythes ou réalités*. Paris : L'Harmatan.
- Famanou, G. (2019). *Mariage précoce et action des organisations féminines de défense des droits des femmes : cas de ALVF à Maroua*, Mémoire de Master en Sciences sociales pour le Développement : Université de Maroua.
- Goffman, E. (1975). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Minuit.
- Institut National de la Statistique (INS). (2020). *Genre et dynamique de quelques indicateurs- clés de santé au Cameroun*. Yaoundé : INS.
- Institut National de la Statistique (INS). (2020). *Violences basées sur le genre au Cameroun : ampleurs et défis. Document de travail*. Yaoundé : INS / UNFPA.
- MacLeod, L. (1987). *Pour de vraies amours: prévenir la violence conjugale*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.
- Manciaux, M. et al. (2001). « La résilience : états des lieux ». Dans M. Manciaux (Ed), *La résilience : résister et se construire*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Masson (Le), V. et al., (2018). *Les violences contre les femmes et les filles et la résilience, Document de travail*, BRACED.
- Mimche, H. (2021). *Genre et violence en milieu universitaire au Cameroun. Des trajectoires masculines et féminines différenciées*. Paris : L'Harmattan.
- MINPROFF (2009). *Etat des lieux des violences basées sur le genre au Cameroun, Rapport d'étude*. Yaoundé : MINPROFF.
- MINPROFF (2020). « Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre 2017-2020 ». Yaoundé : MINPROFF.
- ONU Femmes (2015). « Les progrès des femmes dans le monde 2015-2016 : Transformer les économies, réaliser les droits ». (Rapport Annuel 2015-2016).
- Poletti, R. & Dobbs, B. (2001). *La résilience. L'art de rebondir*. Saint Julien en Genevois Cedex : Jouvence.
- Roulleau-Berger, L. (1995). « Expériences et compétences des jeunes dans les espaces intermédiaires ». Dans *Lien social et Politiques*, 34 : 109–117.
- Saïbou Issa (sd), (2017). *Attaques et attentats de Boko Haram dans l'Extrême-Nord du Cameroun*. Yaoundé : L'Harmattan Cameroun.

Tichelen, A. Van (2013). *La place du droit et des traditions vis-à-vis du mariage forcé. Regard à travers une analyse sociologique, psychologique et juridique*. Mémoire de Master en droit : Université Catholique d'Afrique Centrale.

UNPFA, (2018). « Accélérer le changement ». (Rapport Annuel 2018).

Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*. Paris : Fayard.

La résilience en recherche en temps de pandémie, quand l'inattendu engendre l'innovation

Jean-Philippe Després

Jean-Philippe.Despres@mus.ulaval.ca

Flavie Bédard-Bruyère

Claudia Caron

Jacob Michaud-Pelletier

Virginie Nicol

Francine Julien-Gauthier

Faculté de musique et faculté des sciences de l'éducation

Université Laval, Canada

Résumé

Ce chapitre porte sur la résilience en recherche en temps de pandémie. Nous aborderons cette thématique par l'entremise d'un exemple concret : celui du *Camp musical extra-ordinaire*, un projet de recherche inclusif qui a été remodelé de manière importante pour s'adapter aux mesures sanitaires liées à la COVID-19. L'objectif principal de ce projet est d'étudier l'impact de la participation de jeunes de 8 à 17 ans *extra-ordinaires*¹ à des activités de création musicale informelles. Dans son design initial « en présentiel », le projet devait s'actualiser par l'intégration d'un volet musical à des camps de jour de la ville de Québec (Canada). Toutefois, les mesures sanitaires ayant empêché la tenue de ces activités, nous avons adapté le projet au dernier moment en le faisant basculer entièrement en ligne. Nous détaillons le processus de résilience du projet et de l'équipe de recherche. Ensuite, nous abordons les défis rencontrés au cours de ce processus d'adaptation, comment ils ont été surmontés, de même que les facteurs qui ont favorisé notre résilience. Pour terminer, nous démontrons en quoi ce processus a mené à un projet plus innovant que celui qui était initialement dessiné, et discutons des impacts transformateurs qu'il a engendrés chez l'ensemble des acteurs impliqués.

Mots-clés : Résilience en recherche ; adaptation à la COVID-19 ; musique ; déficience intellectuelle ou cognitive ; apprentissage informel ; inclusion sociale.

Abstract

This chapter focuses on resilience in research during the pandemic. We will approach this theme through a concrete example: that of the Extra-Ordinary Music Camp, an inclusive research project that underwent significant remodeling to adapt to COVID-

¹ Nous utilisons le qualificatif *extra-ordinaires* pour désigner les personnes qui vivent avec une incapacité physique ou cognitive. Ce choix terminologique attribue un sens positif à la différence et témoigne de notre reconnaissance de la valeur et l'apport de ces personnes pour notre société.

19 related health measures. The main objective of this project is to study the impact of the participation of extra-ordinary young people aged 8 to 17 in informal musical creation activities. In its planned “in-person” design, the project was to be realized by integrating a musical component into day camps in the city of Quebec, Canada. However, with health measures preventing the holding of these activities, we adapted the project at the last moment by shifting it entirely online. We detail the resilience process of the project and the research team. We address the challenges encountered during this adaptation process, how they were overcome, as well as the factors that favored our resilience. Finally, we demonstrate how this process led to a more innovative project than the one initially envisioned, and discuss the transformative impacts it has had on all stakeholders involved.

Keywords : Resilience in research; adaptation to COVID-19; music; intellectual or cognitive disabilities; informal learning; social inclusion.

Contexte

Le 13 mars 2020, l'état d'urgence sanitaire a été déclaré au Québec en réponse à la pandémie de COVID-19. Subséquemment, la société québécoise a fait face à une vague de mesures sans précédent, qui touchèrent de manière directe ou indirecte à peu près toutes les sphères – professionnelles, éducationnelles, sociales, de loisirs, etc. – de la vie de ses citoyennes et citoyens. Ces mesures ont également entraîné des conséquences de taille sur la recherche scientifique. En effet, bien que nous n'ayons pas à ce jour rencontré de données accessibles pour appuyer ce constat au Québec, force est de constater que bon nombre de projets de recherche ont été annulés ou reportés sur la scène internationale en raison de la pandémie de la COVID-19 (Sohrabi et al., 2021).

Le présent chapitre porte sur la résilience en recherche en temps de pandémie. Nous aborderons cette thématique par l'entremise d'un exemple concret : celui du *Camp musical extra-ordinaire*. Il s'agit d'un projet de recherche financé par le *Conseil de Recherches en Sciences Humaines* (CRSH) du Canada, qui a été mené à l'été 2020 et qui a été remodelé de manière importante pour s'adapter aux mesures sanitaires liées à la COVID-19. Dans un premier temps, nous présentons succinctement le devis initial du projet et comment celui-ci a été adapté à l'enseignement à distance *in extremis* en réponse aux mesures sanitaires en vigueur. Par la suite, nous exposons quelques retombées initiales du projet, avant de détailler le processus de résilience du projet; incluant l'équipe de recherche², les jeunes participants et leurs parents. Nous abordons les principaux défis rencontrés au cours de ce processus d'adaptation, comment ils ont été surmontés, de même que les facteurs qui ont favorisé notre résilience. Enfin, nous exposons certaines répercussions de notre résilience, en démontrant notamment en quoi ce processus d'adaptation a mené à un projet plus innovant encore que celui qui était initialement dessiné, et discutons des impacts transformateurs qu'il a engendrés chez l'ensemble des acteurs impliqués.

Problématique

La recherche sur les effets de la musique est riche et abondante. Alors que certains bénéfices sont associés aux activités d'écoute musicale, *faire* de la musique apporte un plus grand nombre de bienfaits (Peretz, 2018). Notamment, l'apprentissage de la musique, en plus d'accroître le volume de matière blanche et grise dans le cerveau

² L'équipe de recherche est constituée de Jean-Philippe Després (chercheur principal, Faculté de musique de l'Université Laval); Francine Julien-Gauthier (co-chercheure, Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Laval); Colette Jourdan-Ionescu (collaboratrice, Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières); Julie Bergeron (collaboratrice, Association pour l'intégration sociale de la région de Québec), ainsi que 4 étudiant·e·s de la Faculté de musique de l'Université Laval.

des jeunes musiciens (de Manzano et Ullén, 2018), peut améliorer significativement les capacités motrices (Schlaug et al., 2005), les habiletés émotionnelles et sociales (Kirschner et Tomasello, 2009; Mehr et al., 2016) de même que les habiletés verbales et les fonctions exécutives (Moreno et al., 2011) des apprenants. Malgré la littérature étoffée sur les bienfaits de faire de la musique, les données se font rares lorsqu'il s'agit d'identifier les retombées de cette pratique auprès d'une population *extra-ordinaire*.

Devis initial, en présentiel

L'objectif principal du *Camp musical extra-ordinaire* est d'étudier l'impact d'activités de création musicale participatives, informelles, inclusives et adaptées en communautés sur des jeunes *extra-ordinaires*. Selon notre devis initial, le projet devait se dérouler en groupe et en présentiel, et devait s'actualiser par l'intégration d'un volet musical à la programmation des activités régulières de deux camps de jour de la région de Québec, avec qui des ententes de partenariat étaient déjà établies. Toutefois, au moment d'effectuer le recrutement des participants au mois d'avril 2020, des mesures sanitaires liées à la COVID-19 étaient toujours en vigueur et l'incertitude régnait quant à la tenue ou non des camps de jour. Face à cette situation, nous avons, dans un premier temps, adapté notre projet de telle sorte à nous assurer qu'il puisse être mené, quelles que soient les mesures sanitaires effectives à l'été. Plus précisément cette adaptation – visant à accroître la capacité de résilience de notre devis de recherche – permettait au projet d'être réalisé dans trois conditions différentes : a) entièrement en présentiel, comme prévu initialement ; b) entièrement à distance, en ligne ; ou c) en combinant ces deux modalités, selon les besoins des participants, les capacités d'accueil de nos deux organismes partenaires, et en respectant les limites individuelles des membres de l'équipe de recherche participant au projet. Cet effort a été mené avec l'a priori – probablement erroné à la lumière des résultats de notre recherche – que d'un point de vue pédagogique, le contexte présentiel était à préconiser dans le cadre de ce projet.

Finalement, considérant l'évolution des mesures sanitaires à la fin mai, la formule b) (entièrement à distance) du projet a été retenue. Ce changement nous a amenés à réimaginer de façon importante notre devis de recherche et notre devis pédagogique, adapter nos outils d'intervention ainsi que l'organisation du travail de notre équipe de recherche. Ces modifications apportées environ un mois avant le lancement du projet, ont non seulement engendré une certaine incertitude face à l'inconnu, mais ont aussi entraîné diverses situations d'adversité, plongeant l'équipe dans un mode de résolution de problèmes au jour le jour, afin de surmonter les défis rencontrés en cours de route.

Cadre théorique : la résilience

La résilience est une adaptation favorable (réussie) à une situation d'adversité, qui permet d'en ressortir grandi et d'envisager l'avenir de façon confiante et positive (Julien-Gauthier et al., 2018). En éducation, elle consiste à la mise en place de moyens pour développer les forces et les intérêts de chaque personne, afin de favoriser l'apprentissage tout au long de la vie et l'épanouissement personnel (Brown et al., 2001). Dans une situation d'adversité, la première étape pour favoriser la résilience consiste à mettre en évidence le potentiel et les ressources des membres de l'équipe. Par la suite, les risques ou les difficultés sont identifiés; dans une perspective de résilience, ils sont conçus comme des défis (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2016). Dans un contexte éducatif, la troisième étape consiste à co-développer le programme pédagogique, en collaboration avec tous les acteurs impliqués, dans le cas du présent projet : les jeunes *extra-ordinaires*, leurs parents, les étudiants-facilitateurs et les membres de l'équipe de recherche (Jourdan-Ionescu, 2001).

Méthode - Devis réimaginé, à distance

D'abord, deux motivations principales nous ont incités à aller de l'avant avec l'adaptation à distance du projet : (1) notre volonté de contribuer au mieux-être des jeunes *extra-ordinaires* et de leur famille en cette période de confinement et (2) notre souhait de préserver les emplois d'auxiliaires de recherche à temps plein qui avaient été offerts aux quatre étudiants-facilitateurs pour l'été 2020, tout particulièrement dans cette période de précarité sur le marché du travail.

Afin de faire basculer le projet à distance, nous avons réorienté notre devis pédagogique dans une formule individuelle, en développant des activités musicales pouvant être réalisées à distance. Les principales contraintes liées à l'enseignement musical à distance avec une connexion réseau domestique habituelle sont : (1) qu'il n'est actuellement pas possible de jouer de manière synchrone avec son élève, une composante importante de la pédagogie musicale traditionnelle; et (2) le fait que la transmission audio de certains sons et instruments n'est pas optimale. Afin de pallier ce premier défi, nous avons revu et développé plusieurs activités musicales tout au long du projet. En ce qui a trait au second défi, nous avons testé une grande variété d'instruments, afin d'effectuer une présélection d'instruments à proposer aux participants, tout en expérimentant avec les paramètres de la plateforme de vidéoconférence utilisée (Zoom). L'autodétermination des participants étant un principe fondateur de notre projet, il était essentiel pour nous de leur offrir un choix d'instruments basé sur leur potentiel et leurs intérêts. Une première rencontre

³ Exemple de tutoriel de *bucket drumming* : <https://www.youtube.com/watch?v=sP4cXh5M9BI>

synchrone a donc été organisée avec chaque participant et son parent, afin de mieux connaître ses capacités et intérêts, et de lui proposer un choix d'instruments personnalisés en fonction de ces derniers. Par la suite, nous avons emballé les instruments de chaque participant dans un seau de « *bucket drumming*³ », lequel était utilisé comme instrument de percussion, et avons livré ces instruments à la résidence du participant. En somme le projet, dans sa forme réimaginée à distance, a permis à 25 jeunes vivant avec une déficience physique ou cognitive, ou un trouble d'apprentissage de bénéficier de deux leçons individuelles par semaine (d'une durée de +/- 30 minutes chacune) pendant sept semaines à l'été 2020. Les résultats présentés ici sont issus de l'analyse de questionnaires s'adressant aux parents, de groupes de discussion réalisés avec les parents, d'enregistrements vidéo, de séances d'éducation musicale et de groupes de discussion réalisés avec les étudiants-facilitateurs (Després et al., 2021, 2022, 2023).

Résultats

Retombées initiales du projet

Dans un contexte de confinement, le projet a permis de répondre à des besoins que nous n'aurions pas pu anticiper lors de l'idéation du projet. D'abord, pour les familles, l'approche à distance du projet a favorisé une accessibilité accrue à l'éducation musicale, que ce soit pour les **familles** vivant en région éloignée ou à l'extérieur de la région de Québec, ou pour celles pour qui les sorties à l'extérieur entraînaient des complications (par exemple, pour des questions de mobilité réduite ou de fragilité immunitaire). Pour les **jeunes**, les retombées du projet étaient les suivantes : (a) éducation musicale bihebdomadaire aux jeunes participants qui, en grande majorité, demeuraient exceptionnellement à la maison une bonne partie de l'été 2020; (b) occasion, dans ce même contexte très particulier, de développer un lien privilégié avec l'étudiant-facilitateur qui travaillait individuellement avec eux pendant tout l'été. Pour la plupart des **parents** (certains devaient accompagner leur jeune pendant la séance), le projet s'est avéré une occasion de bénéficier de courtes périodes de répit. En effet, alors que les jeunes participants développaient progressivement leur autonomie technologique et se familiarisaient avec la routine des séances, les parents intervenaient de moins en moins au fil des séances et pouvaient alors vaquer à d'autres occupations. Finalement, le projet a permis aux **étudiants-facilitateurs** de faire preuve de créativité, d'innover et de se dépasser collectivement sur le plan pédagogique. En effet, de nombreuses approches pédagogiques couramment employées en enseignement de la musique en présentiel – tel que pratiqué depuis plusieurs générations de maître-élève – telles que le fait de jouer avec son élève ou encore les interventions tactiles, se révèlent

impraticables en mode en ligne synchrone. Par conséquent, les étudiants-facilitateurs ont dû repenser, avec un temps de préparation limité, plusieurs de leurs façons de faire ou leurs réflexes pédagogiques.

Processus de résilience

Notre processus de résilience s'est articulé en trois temps différents : en amont, en début et en fin de projet. Nous aborderons les défis rencontrés au cours de ce processus d'adaptation, comment ils ont été surmontés, de même que les facteurs de protection qui ont favorisé notre résilience.

En amont du projet, le processus de résilience a été amorcé par un choc initial qui s'est, dans les faits, présenté en plusieurs vagues. Une première annonce des mesures sanitaires le 13 mars a d'abord créé de l'incertitude quant à la tenue ou non du projet, incertitude à laquelle le chercheur principal a décidé de répondre avec agilité. Il a donc développé, en collaboration avec une auxiliaire de recherche très impliquée, un projet plus flexible pouvant se dérouler quelles que soient les conditions en vigueur à l'été. Bien qu'il eût en partie un effet rassurant – assurant leurs emplois pour l'été –, cet effort de flexibilisation a engendré à son tour de l'incertitude chez les étudiants, qui n'étaient pas en mesure d'anticiper leurs conditions effectives de travail. Après quelques mois de surveillance de l'évolution de la situation, la décision de basculer l'entièreté du projet à distance, en collaboration avec nos organismes partenaires, a été prise.

Au début du projet, notre processus de résilience a surtout été caractérisé par la mobilisation de nos capacités de résolution de problèmes à très court terme, reposant sur une répartition des tâches établie relativement naturellement entre les membres de l'équipe, selon leurs forces et intérêts. Ainsi, chaque membre de l'équipe s'est avéré être un tuteur de résilience pour les autres membres de l'équipe. La diversité des forces (p. ex. aptitudes et curiosité technologiques, minutie, créativité, sens de l'organisation, rédaction et enthousiasme) a joué en notre faveur et nous a permis de surmonter plusieurs situations d'adversité non anticipées (p. ex. le défi de créer de nouvelles activités ou de modifier nos approches pédagogiques en individuel et en ligne avec peu de temps de préavis, le fait que les participants n'avaient pas accès aux instruments de musique lors des premières semaines du projet, ou le besoin de développement de stratégies d'atténuation de l'opposition chez certains participants, etc.), mettant ainsi à profit l'intelligence collective. Toutefois, cet effort constant d'adaptation a été fourni au détriment de la réflexion pédagogique fondamentale de l'équipe, qui aurait eu avantage à occuper un espace plus grand dès le début du projet. Ainsi pendant cette période, les étudiants-

facilitateurs ont effectué plusieurs adaptations, avec la contribution des jeunes et de leurs parents, en étant attentifs aux prestations et points de vue de ces derniers, dans un processus de co-développement, sans toutefois toujours trouver le temps ou le moment propice de mettre en commun ces acquis avec l'équipe.

En fin de projet, suite à cet effort intense et solidarisant de résilience, le défi a été de maintenir la cadence et l'engagement de tous les acteurs impliqués afin de mener à terme le projet sur une bonne note. Un des facteurs qui a contribué à pallier le risque d'essoufflement et de désolidarisation de l'équipe est que celle-ci – maintenant libérée de la gestion logistique du projet – a été en mesure de se mobiliser lors de réunions pédagogiques, lesquelles n'étaient pas axées sur la résolution de problèmes urgents, mais plutôt sur la question de partage d'initiatives gagnantes. Ainsi, la lacune observée en début de projet en ce qui a trait au partage des idées, défis et initiatives pédagogiques a été comblée, ce qui a permis l'émergence d'un modèle d'apprentissage inclusif et informel de la musique à distance.

En somme, notre processus de résilience a été caractérisé par un investissement substantiel de temps et d'énergie pour réimaginer et flexibiliser le projet dans un processus dynamique, ainsi que par une capacité d'adaptation et de prise de risque soutenue par une répartition des tâches en fonction des forces de chacun. L'équation de résilience du projet est la suivante : sa taille relativement modeste (qui a facilité sa flexibilité à l'intérieur d'un échéancier contraint), conjuguée à une capacité d'adaptation et de créativité (soutenues par des motivations altruistes) dans des circonstances malgré tout favorables (p. ex., il n'aurait pas été possible de s'adapter en quelques semaines si les mesures sanitaires avaient été annoncées au mois de juin), et surtout, un groupe d'acteurs (participants, parents, étudiants et chercheurs) impliqués et animés par le désir d'apprendre à mieux travailler ensemble et par le plaisir de faire de la musique. Malgré une dose certaine de stress pour l'équipe de recherche, le consensus post mortem du projet est que l'on ressort de cette expérience collectivement grandis et plus résilients⁴.

Discussion

Les retombées de notre résilience

Cet effort d'adaptation nous a poussés, en tant qu'équipe, à sortir de notre zone de confort, à prendre des risques et à user de notre créativité afin d'explorer des

⁴ En raison de l'imprévisibilité des circonstances liées au remodelage du projet, et du sentiment d'urgence qui nous habitait lors de ce processus, la résilience des acteurs impliqués n'a pas été mesurée avant-après. Ceci dit, elle a été observée de la part des membres de l'équipe à travers le déploiement du projet.

avenues alternatives, permettant non seulement le maintien de la tenue de cette activité de recherche, mais également de favoriser l'accessibilité et la participation du plus grand nombre de jeunes *extra-ordinaires* au projet. D'abord, nous considérons que les contraintes en vigueur nous ont incités à avoir l'audace de concevoir un projet plus innovant encore que celui qui était initialement dessiné. En effet, nous aurions certainement balayé du revers de la main la possibilité de mener un projet d'enseignement-apprentissage de la musique entièrement à distance pour des jeunes *extra-ordinaires* si elle nous était venue à l'esprit avant le confinement, puisque les limites techniques de la visioconférence sont contraignantes pour ce type d'enseignement, notamment en raison du temps de latence, qui ne permet pas à l'enseignant de jouer en même temps que son élève (du moins, avec une configuration domestique « typique ») et de la qualité sonore limitée qu'elle impose. Dans les prochaines lignes, quelques retombées du projet, basées sur nos analyses préliminaires, seront exposées. Nous y abordons succinctement les bienfaits qui ont été associés à la participation au *camp musical extra-ordinaire* pour l'ensemble des participants, jeunes, parents, étudiants et chercheurs.

D'abord, nos résultats préliminaires indiquent que les bienfaits escomptés du projet se sont actualisés tant sur le plan musical (ex. par le développement d'habiletés liées au chant, à l'apprentissage d'un ou de plusieurs instruments et à la créativité), que de la communication (ex. consolidation des tours de rôles et développement de la capacité d'expression personnelle). Par ailleurs, d'autres retombées qui n'étaient pas anticipées ont également été documentées. D'abord, la médiation de l'écran – que nous avons d'abord appréhendée comme un obstacle potentiel à l'attention – a semblé, pour certains jeunes, avoir l'effet contraire et contribué au maintien de leur attention. Sur ce plan l'utilisation de la vidéoconférence auprès des jeunes *extra-ordinaires* a donné des résultats positifs dans de nombreuses situations (Chadwick et al., 2022), notamment en ce qui concerne les services offerts aux jeunes et à leur famille (Jeste et al., 2020). Ensuite, la formule d'enseignement individuel a favorisé la création d'un lien social privilégié et l'établissement d'une grande complicité entre plusieurs participants et les étudiants-facilitateurs qui les accompagnaient. Ce lien n'aurait probablement pas été « tissé aussi serré » dans un contexte de groupe. Finalement, motivés par la tenue régulière de ces rencontres, par ces moments spécialement « à eux » dans la semaine, neuf participants ont développé au fil du projet des aptitudes et une autonomie avec les outils technologiques (Després et al., 2022), et parmi ceux-ci certains dans une mesure excédant les attentes de leurs parents. Ces résultats s'ajoutent à ceux de l'étude de Chadwick et al. (2023), qui montrent que le soutien au développement des compétences numériques, de la confiance et de la persévérance chez les personnes vivant avec une DI était

important au cours de la pandémie de COVID-19 et a eu un effet positif fondamental sur leur bien-être (Chadwick et al., 2023). Le résultat est une formule unique d'apprentissage de la musique, qui témoigne du potentiel des jeunes *extra-ordinaires* lorsqu'on leur donne la possibilité de démontrer leur capacité de résilience et leur savoir-faire. Cette formule à distance a ainsi permis d'enrichir « l'éventail des possibles » pour les jeunes pour qui les déplacements peuvent être plus difficiles ou les occasions de faire de la musique, moins fréquentes.

L'adaptation spontanée d'un programme d'apprentissage inclusif et informel de la musique a donné lieu à un nouveau modèle pédagogique, développé dans un processus de co-crédation « sur le vif » par l'équipe de recherche, les étudiants-facilitateurs, ainsi que les jeunes participants et leurs parents. Ce processus aura permis d'instaurer et de développer une culture de résilience chez les jeunes, leurs parents et les membres de l'équipe de recherche et aura mené à la fois à l'innovation sociale – par l'émergence d'une nouvelle approche d'enseignement-apprentissage de la musique –, et scientifique – par le traitement et la triangulation des riches données de la recherche recueillies dans ce contexte peu documenté à ce jour. À la lumière de ces retombées, il appert essentiel, d'une part, de développer une offre pérenne de programmes d'éducation musicale informelle et inclusive, dont l'accessibilité pourrait être étendue par des séances à distance ou bimodales, en alternant avec des séances individuelles et en petits groupes. D'autre part, l'élaboration de ces approches aurait avantage à être faite en co-développement dans un processus écosystémique impliquant dès l'émergence du projet les jeunes, leurs parents, les étudiants-facilitateurs, les organismes communautaires engagés et les membres de l'équipe de recherche.

Références

- Brown, J. H., D'Emidio-Caston, M. et Benard, B. (2001). *Resilience education*. Corwin Press.
- Chadwick, D., Ågren, K. A., Caton, S., Chiner, E., Danker, J., Gómez-Puerta, M., Heitplatz, V., Johansson, S., Normand, C. L., Murphy, E., Plichta, P., Strnadová, I. et Wallén, E. F. (2022). Digital inclusion and participation of people with intellectual disabilities during COVID -19: A rapid review and international bricolage. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 19(3), 242-256.
<https://doi.org/10.1111/jppi.12410>
- Chadwick, D. D., Buell, S., Burgess, E. et Peters, V. (2023). "I would be lost without it but it's not the same" experiences of adults with intellectual disabilities of using information & communication technology during the COVID-19 global pandemic. *British Journal of Learning Disabilities*, 51(2), 148-162.
<https://doi.org/10.1111/bld.12522>
- de Manzano, Ö. et Ullén, F. (2018). Same Genes, Different Brains: Neuroanatomical Differences Between Monozygotic Twins Discordant for Musical Training. *Cerebral Cortex*, 28(1), 387-394. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhx299>
- Després, J.-P., Grenier, C., Caron, C., Michaud-Pelletier, J., Nicol, V., Bédard-Bruyère, F. et Julien-Gauthier, F. (2021). Adaptation of the Extra-Ordinary Music Camp during a pandemic: resilience as vector of innovation.
<https://doi.org/10.31124/advance.14248859.v2>
- Després, J.-P., Julien-Gauthier, F., Jourdan-Ionescu, C. et Bédard-Bruyère, F. (2022). The Extra-Ordinary Music Camp: An informal online distance learning approach for children with intellectual and physical disabilities and learning disorders. *Frontiers in Education*, 7.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/feduc.2022.913390>
- Després, J.-P., Julien-Gauthier, F., Mathieu, M.-C. et Bédard-Bruyère, F. (2023). Développer la littératie des jeunes ayant une déficience intellectuelle par la participation à un programme d'apprentissage informel de la musique à distance. *Revue hybride de l'éducation*, 7(1), 147-183.
<https://doi.org/10.1522/rhe.v7i1.1308>
- Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2016). Résilience culturelle, culture de la résilience. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience: ressemblances dans la diversité* (p. 239-267). Odile Jacob.
- Jeste, S., Hyde, C., Distefano, C., Halladay, A., Ray, S., Porath, M., Wilson, R. B. et Thurman, A. (2020). Changes in access to educational and healthcare services for individuals with intellectual and developmental disabilities during COVID-19 restrictions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(11), 825-833.
<https://doi.org/10.1111/jir.12776>

- Jourdan-Ionescu C. (2001), Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
- Julien-Gauthier, F., Jolicoeur, E. et Martin-Roy, S. (2018). Promouvoir une culture de résilience dans les services éducatifs qui accueillent de jeunes enfants ayant des incapacités. Dans C. Jourdan-Ionescu, S. Ionescu, É. Kimessoukié-Omolomo et F. Julien-Gauthier (dir.), *Résilience et culture, culture de la résilience* (p. 830-841). Livres en ligne du Crires.
- Kirschner, S. et Tomasello, M. (2009). Joint drumming: social context facilitates synchronization in preschool children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 102(3), 299-314.
- Mehr, S. A., Song, L. A. et Spelke, E. S. (2016). For 5-month-old infants, melodies are social. *Psychological Science*, 27(4), 486-501.
- Moreno, S., Bialystok, E., Barac, R., Schellenberg, E. G., Cepeda, N. J. et Chau, T. (2011). Short-term music training enhances verbal intelligence and executive function. *Psychological Science*, 22(11), 1425-1433.
- Peretz, I. (2018). *Apprendre la musique, Nouvelles des neurosciences*. Éditions Odile Jacob.
- Schlaug, G., Norton, A., Overy, K. et Winner, E. (2005). Effects of music training on the child's brain and cognitive development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060(1), 219-230.
- Sohrabi, C., Mathew, G., Franchi, T., Kerwan, A., Griffin, M., Soleil C Del Mundo, J., Ali, S. A., Agha, M. et Agha, R. (2021). Impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on scientific research and implications for clinical academic training – A review. *International Journal of Surgery*, 86, 57-63.
<https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.12.008>

Développement d'un dispositif de résilience communautaire assistée en santé au Cameroun

Annette Wouofang^{1,3}

telannette@yahoo.fr

Étienne Kimessoukié Omolomo^{2,3}

Ivan Djossa¹

Delphine Ngo Bayiga³

Épiphanie Khinoun^{1,3}

Emmanuel Pountounigni⁴

¹Faculté des Sciences Sociales et de Gestion/ Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun

²École des Sciences de la Santé/ Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun

³Incubateur ByUCAC/ Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun

⁴Division de la Finance Inclusive/ Ministère des Finances, Yaoundé, Cameroun

Résumé

La proportion très élevée des dépenses de santé attribuables aux ménages camerounais (60 à 70%) les expose à un risque de catastrophe financière, d'appauvrissement et d'inaccessibilité aux soins de santé. L'objectif de ce travail est de développer un dispositif de résilience communautaire assistée en santé au Cameroun, fondé sur le concept de l'épargne et du microcrédit santé, et vecteur d'inclusion financière, sanitaire et sociale, ou encore de développement durable. Cette étude a mobilisé une méthodologie de recherche-développement qui s'est articulée autour d'une analyse de l'offre de services financiers inclusifs existante, une analyse de l'adhésivité des populations et des organisations à base communautaire (OBC) au concept d'épargne et crédit santé, le développement d'un dispositif sociotechnologique fondé sur les valeurs et le mode communautaire de fonctionnement des sociétés africaines. Pour la phase d'étude de marché, l'enquête a porté sur 12 établissements de microfinance, quatre OBC et 197 personnes physiques. Les données ont été collectées par échantillonnage de convenance, à l'aide d'une grille d'observation et de questionnaires semi-directifs. Les résultats montrent une offre embryonnaire de services financiers spécialisés en santé, une adhésivité des participants au concept d'épargne et crédit santé. Le dispositif de résilience communautaire développé se structure autour de la vision, des valeurs et des missions. La vision est celle de garantir à tout moment, lorsque survient un événement *maladie*, quel que soit le lieu, l'accessibilité financière à des soins de santé de qualité. Ce dispositif est porté par cinq valeurs : la prévoyance, la solidarité, la proximité, l'inclusion et la santé. Il poursuit trois principaux buts : promouvoir l'inclusion financière ; promouvoir l'accessibilité financière à des soins de santé de qualité ; contribuer à bâtir un environnement favorable au marché des services de

santé.

Mots-clés : résilience communautaire, entrepreneuriat, épargne santé, microcrédit santé, organisation à base communautaire, Cameroun

Abstract

The very high proportion of health expenditure attributable to Cameroonian households (60-70%) exposes them to risks of financial disaster, impoverishment and inaccessibility to care. The objective of this work is to develop an assisted community resilience system in Cameroon, based on the concept of health savings and microcredit, and a vector for financial, health and social inclusion, as well as sustainable development. The study used a research - development methodology based on an analysis of the existing range of inclusive financial services, an analysis of how people and community-based organizations (CBOs) embrace the concept of health savings and credit, and the development of a socio-technological system based on the values and community functioning of African societies. For the market research phase, the survey covered 12 microfinance institutions, four community-based organizations and 197 individuals. Data was collected by convenience sampling, using an observation grid and semi-structured questionnaires. The results show an embryonic supply of financial services specializing in health and participants' acceptance of the concept of health savings and loans. The community resilience system developed is structured around a vision, values and missions. The vision is to guarantee financial access to quality healthcare at all times, wherever an illness occurs. The system is based on five values: providence, solidarity, proximity, inclusion and health. It has three main objectives: to promote financial inclusion, to promote financial accessibility to quality healthcare and to help create a favorable environment for the healthcare services market.

Keywords : community resilience, entrepreneurship, health savings, health microcredit, community-based organization, Cameroon

Introduction

Le contexte social au Cameroun est marqué par une croissance démographique très forte de l'ordre de 2 à 3% par an, avec un fossé de plus en plus grand entre riches et pauvres, le sous-emploi, un secteur informel qui constitue la base de l'économie, et un taux de croissance qui peine à se matérialiser dans le panier de la ménagère (Institut National de la Statistique - INS, 2011). Le contexte socio sanitaire pour sa part est dominé par des indicateurs de santé qui restent préoccupants : les taux de décès maternel (467 décès pour 100 000) et infantile (79 pour 1000) demeurent encore élevés ; la prévalence des maladies parasitaires à l'instar du paludisme est toujours élevée (3 263 décès pour 100 000 habitants) et fragilise la santé des couches vulnérables que sont les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées [Ministère de la Santé Publique (Minsanté) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2019]. Il se produit aussi une transition épidémiologique avec des prévalences de plus en plus fortes des maladies chroniques non transmissibles qui alourdissent les taux de mortalité. Le taux de mortalité attribuable aux maladies chroniques non transmissibles est passé de 31% en 2011 à 35% en 2016 (Ibid.). Le système de santé, depuis la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, et l'initiative de Bamako sur la réorientation des soins de santé primaires, ainsi que les diverses initiatives de promotion de la santé communautaire, est resté fortement hospitalo-centrique et très peu proactif (Audibert et Nkondji Nkondji, 2015). Les nombreux investissements de l'État pour structurer et humaniser l'offre de santé se sont confrontés aux problèmes de mauvaise gouvernance. Les besoins en soins de santé sont accentués par : l'importante demande en soins de santé ; l'inégale distribution de l'offre de santé sur le territoire national camerounais ; la corruption qui altère la qualité de cette offre ; les systèmes de recouvrement de coûts pratiqués par les formations sanitaires et qui obligent les ménages à un paiement direct des services de santé ; et l'imprévisibilité de l'événement *maladie* dans un contexte de pauvreté (revenu moyen par habitant inférieur à 60 euros par mois).

Le niveau très élevé de la proportion des dépenses de santé attribuables aux ménages depuis les années 2000, 60 à 70%, expose la population à un risque élevé de catastrophe financière et surtout d'appauvrissement (Minsanté et OMS, 2019). Libité et Jazet (2012), dans l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDSMIC, 2012), rapportent qu'au cours d'un mois, environ 11% des ménages connaissent un événement maladie/blessure. La dépense moyenne de santé dans ces ménages se situe à environ 36 euros. Ces dépenses sont assurées dans 76% des cas par les ménages à travers le salaire/argent disponible (53%), l'épargne (25%), la vente de biens (16%) et le recours à l'emprunt (8% avec intérêt et

4% sans intérêt). Ceci laisse observer le problème selon lequel le financement de la santé par l'épargne et le crédit est très faible. Une structuration du secteur de l'épargne et du microcrédit santé pourrait-elle être un facteur de résilience communautaire, une solution alternative de financement de la santé à laquelle auraient recours les ménages ?

Morgan et Churchill (2018)¹, dans le cadre du Programme *Impact Insurance* de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) ont publié un travail sur « Inclusion financière et santé : comment le secteur des services financiers répond aux risques de santé ». Ils rapportent, en s'appuyant sur des données de l'OMS, qu'environ 150 millions de personnes dans le monde se retrouvent chaque année en situation de crise financière à cause des dépenses de santé, et que 100 millions sont précipités sous le seuil de pauvreté. Ils ajoutent que si l'on ne s'attaque pas aux problèmes de santé, l'impact de l'accès aux services financiers restera limité. Ils soutiennent que développer des solutions qui permettent de répondre aux problèmes de santé peut être un pari gagnant à la fois pour les couches vulnérables, la société dans son ensemble et les prestataires de services financiers. En s'appuyant sur des travaux de recherche, ils soutiennent également que les produits d'épargne et de crédit santé peuvent offrir des solutions pour faire face aux dépenses de santé modérées ; l'épargne ayant un effet protecteur potentiel plus important à long terme. Cette épargne, adossée à un système de microcrédit santé basé sur la solidarité, serait un facteur de résilience communautaire. La recherche montre que lorsque les ménages ont accès à des comptes d'épargne santé, leurs coûts de santé à long terme sont susceptibles d'être moins élevés, car ils sont en mesure de recourir aux soins de façon plus précoce. L'enjeu de l'inclusion financière, au-delà de la dimension économique, recèle donc une dimension sociale importante, car elle peut aussi favoriser l'inclusion sanitaire, la résilience communautaire (Morgan & Churchill, 2018). La résilience communautaire peut se définir comme un processus de construction d'un système de solidarité et de mobilisation de ressources internes et externes pour faire face aux adversités socio-écologiques et permettre un mieux-être des populations. L'objectif de ce travail est donc de développer un dispositif de résilience communautaire assistée en santé, fondée sur le concept du microcrédit santé, et vecteur d'inclusion financière, sanitaire et sociale ou encore de développement durable.

Méthodologie

Cette étude a mobilisé une méthodologie de recherche-développement qui s'est structurée autour de trois étapes : une analyse de l'offre de services financiers

¹ <http://www.impactinsurance.org/fr/publications/bn41>

inclusifs existante ; une analyse de l'adhésivité des populations, des associations et des formations sanitaires à une offre d'épargne et de crédit santé, comme facteur de résilience communautaire ; et le développement d'un projet d'entreprise ancré, d'une part sur les valeurs et le mode communautaire de fonctionnement des sociétés africaines, et d'autre part sur le respect des normes prudentielles exigées par la Commission bancaire d'Afrique Centrale.

L'analyse de l'offre de services financiers inclusifs en santé a utilisé une méthode qualitative descriptive auprès de 12 établissements de microfinances (EMF) de la ville de Yaoundé choisis par convenance et délimités par saturation. Les données ont été recueillies à l'aide d'une grille d'observation et d'un guide d'entretien adressé aux responsables des EMF.

L'analyse de l'adhésivité des populations et des organisations à base communautaire (OBC) s'est faite à travers une approche quantitative descriptive. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires auprès de neuf formations sanitaires, y compris des laboratoires d'imagerie et d'analyses médicales, quatre pharmacies, quatre OBC, et 197 personnes physiques.

Le développement du dispositif de résilience communautaire a duré environ deux années. Au cours de cette période, l'idée d'entreprise s'est structurée au fur et à mesure de la confrontation avec les réalités du terrain, ainsi que des séminaires et de l'accompagnement reçus au sein de l'incubateur ByUCAC. Ces séminaires étaient inspirés des modules TRIE (trouver son idée d'entreprise) et CREE (créer son entreprise) du Bureau International du Travail (2016).

Résultats

Les résultats de ce travail se structurent selon trois modalités : l'offre de services financiers inclusifs en santé ; l'adhésivité des populations, OBC et formations sanitaires ; et la modélisation d'un dispositif de résilience communautaire assisté en santé.

Résultats de l'analyse de l'offre de services financiers inclusifs en santé

Les résultats de l'analyse de l'offre de services financiers inclusifs en santé montrent que les EMF de 1^{ère} et 2^e catégories enquêtées proposent aux détenteurs de capitaux des produits d'épargne et de dépôts à vue. Les produits d'épargne se rapportent à l'épargne classique dans des comptes rémunérés et des comptes non rémunérés pour le cas particulier de l'épargne islamique. Seule la MUPECI² propose un produit

² Mutuelle pour la Promotion de l'Epargne et du Crédit d'Investissement

d'épargne prévoyance. Il permet le développement de la culture de l'épargne en vue du financement des événements sociaux tels le mariage, le baptême, la naissance, les funérailles, la scolarité, la santé, etc. Il faut toutefois remarquer qu'aucun EMF ne propose un produit d'épargne dédié à la santé. Les dépôts à vue proposés sont : les dépôts en comptes courants d'affaires, comptes chèques ; les bons de caisse et les dépôts à terme.

Les produits proposés par les EMF aux demandeurs de capitaux sont : les crédits amortissables, les microcrédits, les découverts, les facilités de caisse, les crédits à la consommation. Cette dernière catégorie a diverses autres appellations selon les EMF : crédit social, crédit solidarité, crédit santé, crédits scolaires, crédit équipement, crédit investissement, etc. L'étude et la mise en place de ces crédits obéissent généralement aux mêmes principes que les crédits classiques. Un seul EMF propose de manière explicite un produit dénommé « Crédit santé » qui s'apparente à un crédit à la consommation et accessible uniquement aux employés dont les salaires y sont domiciliés. Ces résultats montrent donc qu'aucun EMF ne propose un produit d'épargne et crédit dédié à la santé. Il n'existe aucun produit de santé qui s'inscrit dans la FinTech, c'est-à-dire accessible sans le contact physique avec un chargé de clientèle.

Résultats de l'analyse de l'adhésivité des populations, des Organisations à base communautaire et des Formations sanitaires à l'épargne et crédit santé

L'échantillon des personnes physiques de cette étude de marché est constitué à 52,28% de femmes, avec un âge moyen de tous les enquêtés de 37 ans. Les résultats montrent que le nombre d'associations d'appartenance croît avec l'âge ; ainsi plus on est âgé, plus on est dans des OBC. La moyenne d'âge des personnes qui recourent à l'épargne (78,66%), aux tontines (27,60%), aux crédits bancaires (8,60%), aux crédits chez les usuriers (1,84%), et aux fonds de secours des OBC (24,54%) est toujours plus élevée que celle des personnes qui ne recourent pas à ces moyens pour le financement de la santé. Cela pourrait se justifier par le fait que plus on est âgé, plus on a des responsabilités sociales, plus on est confronté à des problématiques de financement de la santé. Par ailleurs 54,69% des enquêtés sont favorables à l'ouverture d'un compte épargne santé dans une Microfinance, traduisant ainsi une adhésivité assez bonne à un tel produit.

Un test du Khi-deux montre qu'il n'y a pas une association significative entre le niveau d'éducation et l'adhésivité à un produit d'épargne santé [$\chi(3) = 1,83$; $p = 0,61$]. En d'autres termes le niveau d'instruction n'est pas une variable qui permettrait de circonscrire la clientèle visée. Le produit épargne santé peut tout aussi être proposé

aux personnes non scolarisées, qu'aux personnes de niveau universitaire, comme facteur de résilience communautaire. Ainsi, quel que soit le niveau de scolarisation, les personnes favorables à l'épargne santé sont plus nombreuses que celles qui ne le sont pas.

Un autre test du Khi-deux montre aussi qu'il n'y a pas d'association entre le fait d'avoir une assurance maladie et l'adhésivité à l'épargne santé [$\chi^2(1) = 0,86$; $p = 0,22$]. Les résultats montrent que 48,8% des personnes qui ont une assurance maladie sont aussi favorables à l'ouverture d'un compte d'épargne santé ; tandis que 56,8% des personnes qui n'ont pas d'assurance santé sont favorables à l'ouverture d'un compte épargne santé. Cela pourrait s'expliquer par la politique appliquée par les sociétés d'assurance qui consiste au préfinancement des soins de santé par les assurés et au remboursement ultérieur. La disponibilité d'une épargne santé dans ces cas semble nécessaire à la jouissance du privilège d'être assuré.

Résultats de l'analyse de l'éligibilité des formations sanitaires privées au financement de l'offre de santé, dans le système d'épargne et crédit santé

Les structures de santé enquêtées sont constituées de quatre centres de santé, un cabinet de soins, deux cliniques, deux laboratoires d'analyses médicales et quatre pharmacies. Une seule de ces structures est membre d'un réseau professionnel. Celle-ci présentait toutefois une apparence très délabrée pouvant justifier le taux de fréquentation faible qui a été observé.

La structure qui a le nombre le plus élevé de personnels, bien qu'étant aussi l'une des plus anciennes, n'a aucun de ses employés affilié à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Une seule structure affiche un niveau de fréquentation élevé. Elle est aussi la seule dont l'ensemble du personnel a une affiliation à la CNPS et jouit d'une assurance maladie. Ceci peut être un indicateur de motivation du personnel en vue de prodiguer des soins de qualité. Cette structure présentait une apparence très bien entretenue. Elle est aussi celle qui a déclaré effectuer une maintenance préventive et régulière de ses équipements, contrairement aux autres structures qui ont déclaré une maintenance irrégulière de leur équipement. Cette irrégularité expose les équipements à des pannes régulières et une rupture fréquente de l'offre de services. Il apparaît de ces résultats que l'affiliation du personnel à la CNPS, l'entretien des locaux, l'assurance maladie, la maintenance régulière des équipements peuvent être des facteurs de qualité et de pérennité de l'offre de services. Si ces éléments peuvent contribuer à l'attractivité de l'offre de services de santé, ils peuvent aussi renforcer la capacité de remboursement d'un crédit de développement.

Les données recueillies montrent aussi que trois structures de santé n'ont pas de compte bancaire à leurs noms, dont deux présentent un taux de fréquentation faible. Des informations n'ont pas pu être recueillies sur l'existence ou non d'une personnalité juridique propre. Toutes ces structures déclarent calculer leurs résultats en fin d'exercice à l'exception d'une structure qui a été créée en 2019 et qui n'avait pas encore une année d'existence. Trois structures tiennent une comptabilité manuelle. Les autres se limitent à une comptabilité organisée en recettes et dépenses.

Résultats du développement d'un dispositif de résilience communautaire assistée basé sur l'épargne et le crédit santé

Le dispositif de résilience communautaire assistée développé dans cette étude s'inscrit dans la philosophie de la finance inclusive et de l'inclusion sociale par la santé, pour tous et par tous. L'inclusion sociale est le processus qui vise à améliorer les conditions dans lesquelles les individus et les groupes peuvent participer à la vie de la société (Banque Mondiale, 2013). Cette participation vise, entre autres, la production des biens et services nécessaires pour satisfaire les besoins fondamentaux. Outre la santé, cette production nécessite l'inclusion au système financier. L'inclusion financière vise, quant à elle, l'introduction dans le système financier des petits producteurs ou agents économiques exclus du système financier traditionnel, qu'ils soient du secteur formel ou informel. Ce dispositif soutient l'idée que la force de production est dépendante de la santé des producteurs et qu'il existe ainsi une boucle récursive entre santé des producteurs et inclusion financière durable. Cette inclusion sociale et financière par la santé apparaît donc comme un droit fondamental de toute personne. L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme en décrit le fondement en stipulant que, « toute personne a le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer la santé et le bien-être de lui-même et de sa famille, y compris la nourriture, l'habillement, le logement et les soins médicaux ».

Le présent dispositif de résilience communautaire assistée se structure autour de la vision, des valeurs, et des missions. Sa vision est de garantir à tout moment, lorsque survient un événement *maladie*, quel que soit le lieu, l'accessibilité financière à des soins de santé de qualité. Ce dispositif est sous-tendu par cinq valeurs : la prévoyance, la solidarité, la proximité, l'inclusion et la santé. Il poursuit trois principaux buts : promouvoir l'inclusion financière ; promouvoir l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité ; contribuer à bâtir un environnement favorable au marché des services de santé.

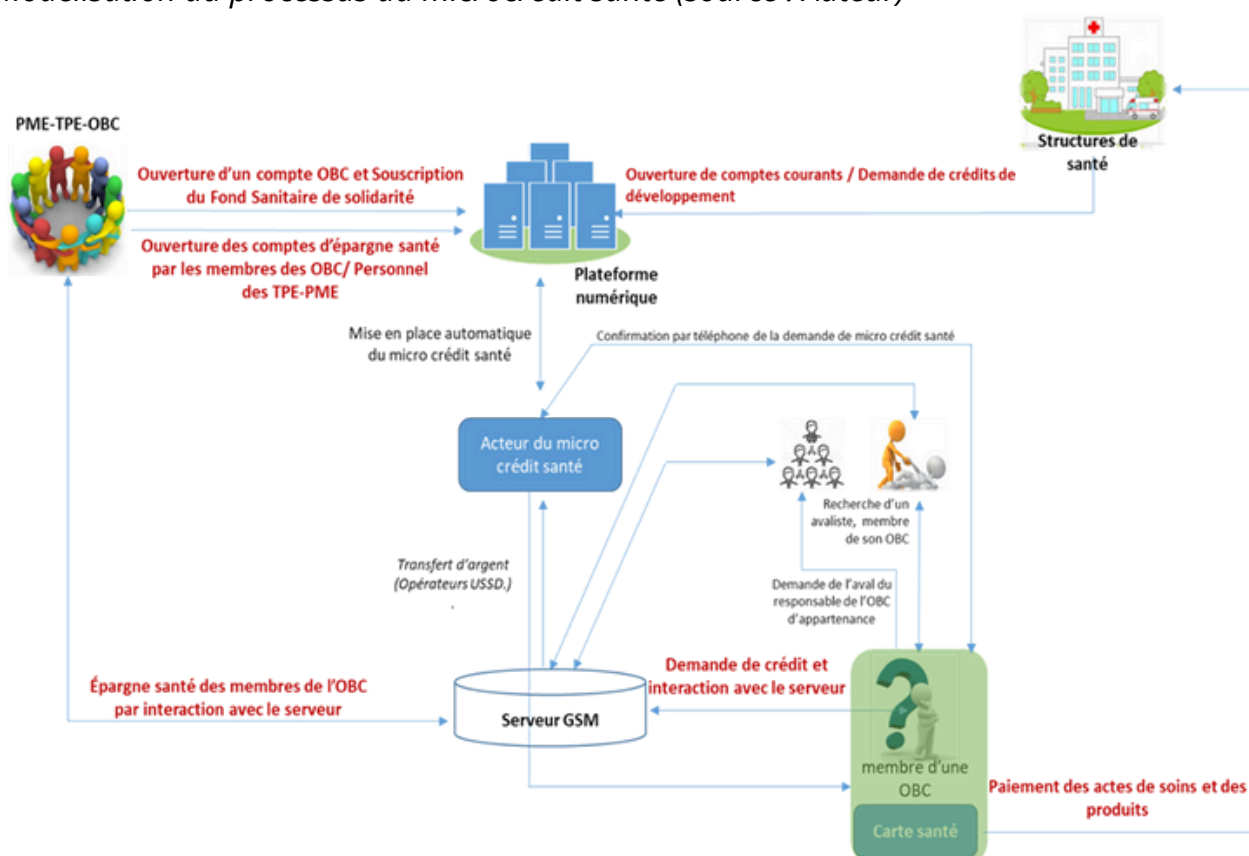
Plusieurs formes juridiques pourraient se prêter à ce projet de société : les OBC, les mutuelles de santé, les sociétés coopératives, les microfinances. Les mutuelles de santé et les OBC, bien que pouvant être plus facilement mises en œuvre, ont l'inconvénient qu'elles souffrent d'un très faible encadrement juridique. Elles sont donc très vulnérables à la banqueroute. De par leur caractère à but non lucratif, elles ne mobilisent pas de capitaux rémunérés, elles ne peuvent pas collecter l'épargne et accorder du crédit aux non-membres. Leurs champs d'action et leur capacité de résilience sont donc très limités.

Les sociétés coopératives ont également moins de contraintes pour leur mise en place dans la mesure où elles ne nécessitent pas un capital minimum. Elles apparaissent indiquées pour ce projet. Elles ont toutefois l'inconvénient de restreindre leurs services à leurs membres. Elles ont, en outre, l'inconvénient pour les apporteurs de capitaux rémunérés que les décisions sont prises démocratiquement et non sur la base du niveau d'apports de chaque membre (un membre = une voix). Il faut rappeler qu'une décision de la Commission Bancaire d'Afrique Centrale (COBAC, 2018) exige que les Microfinances de 1^{ère} catégorie fonctionnent sous forme de sociétés coopératives.

La *Figure 1* illustre le dispositif de résilience communautaire assistée basé sur la solidarité face aux événements de santé. Ce dispositif fonctionne sur la base de la solidarité communautaire et de la prévoyance. Il accepte trois catégories de membres : les OBC, les membres des OBC et les établissements de santé. L'adhésion de toute personne physique est conditionnée par son appartenance à une OBC inscrite sur la plateforme numérique. Les OBC, pour garantir l'accès de leurs membres, lors de leur adhésion à la plateforme numérique, souscrivent un Fonds Sanitaire de Solidarité, proportionnel à l'effectif total de leurs membres. Ce dispositif voudrait garantir, en quelques minutes ou quelques heures l'accès des populations à des ressources financières pour faire face aux dépenses de santé. Dans les systèmes de santé à paiement direct des soins, y compris le ticket modérateur proposé par les polices d'assurance maladie, lorsque survient un événement maladie, l'indisponibilité de liquidités financières réduit habituellement l'accès aux soins. La demande de crédit santé est initiée par un membre d'une OBC à travers un dialogue avec un serveur auquel il fournit des informations sur son OBC et sur l'identité d'un autre membre disposé à se porter caution. Le serveur GSM, par la suite, envoie des messages au responsable de l'OBC et à l'avaliste pour validation. En cas d'avis favorable de ces derniers, une confirmation du montant de crédit sollicité est requise et une mise à disposition est effectuée par transfert d'argent via les opérateurs de Mobile Money.

Figure 1

Modélisation du processus du microcrédit santé (source : Auteur)



Discussion

L'objectif de cette recherche est de développer un dispositif de résilience communautaire assistée face aux événements de santé. Il trouve sa pertinence dans la problématique de cette étude qui relève un risque élevé de catastrophe financière et surtout d'appauvrissement des populations camerounaises (Minsanté et OMS, 2019) du fait du poids élevé des dépenses de santé.

Les résultats de cette étude mettent en évidence plusieurs produits proposés par les EMF aux demandeurs de capitaux. Ce sont les mêmes produits décrits par Messomo (2017). Il s'agit notamment des crédits à la consommation, crédits immobiliers, crédits PME/TPE, crédits aux artisans et crédits de groupe. Dans sa description, ce chercheur classe le crédit à la consommation dans la catégorie des crédits sociaux, dans lesquels peut aussi être inclus le crédit santé. Même si dans cette étude, il existe un EMF, notamment la SOFINA³, qui propose explicitement un produit dénommé « Crédit santé » ; ce dernier fonctionne de la même manière que tout autre crédit à la consommation. Il faut donc relever que dans ce contexte, l'épargne et le crédit santé sont encore très embryonnaires. Le croisement de données de cette étude avec celle de Messomo (2017) permet de déduire qu'il n'existe pas sur le

³ Société Financière Africaine

marché des services financiers au Cameroun, un acteur qui propose des produits adaptés aux caractéristiques de l'événement *maladie*, cet inattendu inéluctable. Un produit financier adapté à la santé doit être disponible et accessible à tout moment, car lorsque survient une urgence de santé, il faut agir vite. Il faut donc un produit qui s'affranchit de la lourdeur des procédures du crédit classique à la consommation. Il faut relever que même les sociétés d'assurance qui exigent le préfinancement des soins en vue de remboursement ultérieur ne répondent pas à ce critère. C'est d'ailleurs pourquoi il arrive aux personnes qui ont ce type d'assurance de ne pouvoir, à certains moments, accéder aux soins. Le produit de micro assurance proposé par l'EMF La Régionale ne permet pas également de surmonter l'obstacle du préfinancement des soins. Il faut aussi relever que toute politique de paiement direct, même s'il ne s'agit que d'un ticket modérateur, posera toujours le problème de la disponibilité de la liquidité lorsque survient un événement *maladie*. L'application d'une telle politique de paiement direct nécessitera une solution d'épargne et/ou de crédit santé rapidement accessible.

Les résultats de l'étude de marché effectuée auprès des personnes physiques montrent d'ailleurs qu'il n'y a pas une relation significative entre le fait d'avoir une assurance maladie et l'adhésivité à un produit d'épargne santé. Ceci montre que les personnes assurées sont tout aussi favorables que les personnes non assurées au produit d'épargne santé. Ces résultats montrent aussi qu'il existe une association significative entre l'adhésion à une OBC et l'adhésivité au produit épargne santé. Kimessoukié et al. (2018) montrent, dans une étude auprès de 1005 femmes camerounaises, que les associations ont une fonction de protection face aux différentes adversités que rencontrent les populations, y compris celles relatives à la santé. Elles sont un facteur de résilience communautaire. Cette fonction de protection est liée à la solidarité, la proximité et le soutien que promeuvent ces associations. Blondeau (2006), inscrit dans la même logique, recommande de construire un système alternatif de garantie bancaire sur la base de la proximité, la solidarité, le soutien et l'autocontrôle qui caractérisent les associations. Il rapporte que les garanties construites sur ce modèle permettent non seulement des taux de remboursement de microcrédit proches de 100%, mais également une accessibilité des plus pauvres au microcrédit. Un dispositif de résilience communautaire devrait donc se construire sur ce modèle.

L'absence de relation entre l'adhésion à la solution d'épargne santé et le niveau d'éducation renforce cette thèse, dans la mesure où même les personnes pauvres et/ou non scolarisées, comme il en existe beaucoup en zones rurales et dans les bidonvilles, pourront à travers leurs associations d'appartenance accéder au crédit

santé. Par ailleurs, ces résultats qui montrent également une augmentation de l'adhésivité au produit épargne santé en fonction de l'âge, peuvent permettre de déduire que, de par l'indice synthétique de fécondité situé à environ cinq enfants au Cameroun (Minsanté et OMS, 2019), le produit d'épargne santé rencontrera une forte adhésion des populations.

Les résultats de cette étude, tout comme celle de Audibert et Kondji Kondji (2015) mettent en évidence des problèmes de gouvernance des structures de santé qui plombent leur performance. L'observation des pratiques de corruption et des indicateurs de performance falsifiés dans certaines formations sanitaires qui bénéficient du financement du programme de Financement basé sur la Performance de la Banque Mondiale illustre davantage ces problèmes de gouvernance.

Les résultats de cette étude montrent d'ailleurs que le niveau de fréquentation le plus élevé s'observe dans la formation sanitaire où tout le personnel a une affiliation à la CNPS et bénéficie d'une assurance maladie, les équipements bénéficient d'une maintenance préventive régulière, la comptabilité est informatisée et le résultat en fin d'exercice est calculé. Ces données montrent donc qu'une structure de santé capable de rembourser un crédit devrait respecter ces exigences. En considérant ces critères, il apparaît que peu de structures seraient éligibles au crédit. Pour les rendre éligibles, il faudrait faire un travail de conseil et d'accompagnement pour les rendre solvables. Ce dispositif de résilience communautaire assistée gagnerait à explorer des solutions ou logiciels simples d'utilisation qui peuvent permettre une informatisation de la comptabilité des TPE et PME, ou encore de celles des petites ou moyennes structures de santé. Une telle application permettrait un meilleur suivi de l'activité de ces structures de santé, notamment le remboursement d'un crédit.

La méthode de recherche-développement à laquelle nous avons eu recours, bien que décrite de manière linéaire dans la littérature (Harvey et Loïselle, 2009), s'est mise en place de manière circulaire ; c'est-à-dire avec des va-et-vient. Le déficit de travaux de recherche au sein des universités camerounaises ayant eu recours à cette méthodologie nous a inscrits dans un processus de création ex nihilo et de recherche appliquée. L'évaluation de la démarche de recherche utilisée pour développer un dispositif socialement et culturellement ancré montre qu'il s'agit davantage de la méthode essai-erreur-essai ou « Réflexion-Action-Réflexion ». La conception du projet initial, sa confrontation avec la réalité du terrain, et son ajustement illustrent assez bien cette méthode.

Dans sa vision, ce dispositif voudrait garantir à tout moment, lorsque survient un

événement *maladie*, quel que soit le lieu, l'accessibilité financière de tous à des soins de santé de qualité. L'ancrage de la solution d'épargne et microcrédit santé dans la FinTech prédispose le projet à une haute accessibilité et disponibilité pouvant permettre d'atteindre les couches les plus défavorisées et ainsi favoriser la concrétisation de la vision. Les sociétés africaines sont caractérisées par un mode de fonctionnement communautaire, contrairement aux sociétés occidentales qui, elles, fonctionnent sur le mode individualiste. Tout projet qui ambitionne de s'inscrire dans l'innovation sociale et la résilience communautaire devrait tenir compte de cette caractéristique. Les valeurs portées par le projet, notamment, la solidarité, la proximité, l'inclusion découlent des valeurs communautaires et du mode de fonctionnement associatif des populations. Cette vision qui rejoint celle portée par Blondeau (2006), Morgan et Churchill (2018) milite en faveur de la viabilité sociale du projet. Elle s'inscrit aussi dans l'approche de l'innovation sociale soutenue par Fortin (2019) et qui la décrit comme un processus dynamique de recherche et d'expérimentation pour développer et mettre en œuvre des solutions créatives (nouveau service, produit, programme, approche, loi) face à des défis sociaux complexes.

Conclusion

Cette étude qui avait pour objectif de construire un dispositif de résilience communautaire assistée en santé a eu recours à la méthodologie de la recherche-développement. Une exploration de la littérature a montré, non seulement un déficit, voire une absence de travaux sur la résilience communautaire assistée en santé au Cameroun, mais aussi un déficit de travaux ayant eu recours à la méthode de la recherche-développement décrite en six phases par Kimessoukié (2020) : la compréhension des problèmes à résoudre, la recension des savoirs et solutions existantes (théoriques et expérientielles), l'adaptation ou la co-construction d'une solution, la mise à l'essai de la solution, l'implémentation de la solution, et l'évaluation. Ce travail de recherche a porté essentiellement sur les trois premières phases. Pour mesurer sa validité socio-écologique, d'autres travaux devraient aborder les autres phases.

Les résultats de cette étude montrent toutefois un déficit de facteurs de protection sociaux pouvant prévenir l'inaccessibilité financière aux soins de santé lorsque survient un événement maladie chez les populations en général, et les pauvres en particulier. Ils montrent aussi une fragilité de l'inclusion financière et sanitaire. Ils légitiment la nécessité de mener des études sur la construction des dispositifs de résilience communautaire assistée pouvant contribuer efficacement à la protection et la prévoyance sociale et sanitaire.

Le dispositif élaboré dans cette étude s'inscrit dans l'inclusion et l'innovation sociale car il recourt à la FinTech pour résoudre les problèmes sociaux vécus par les populations, et accroître l'intégration et la santé des populations. Quelle serait la viabilité d'une telle solution dans un contexte où le Cameroun et plusieurs autres pays en voie de développement se préparent à lancer la Couverture Santé universelle (CSU) ? Quelle contribution ce dispositif de résilience communautaire assistée en santé pourrait apporter à cette CSU ?

Références

- Audibert, M. & Nkondji Nkondji, D. (2015), *Le Développement sanitaire en Afrique Francophone. Enjeux et perspective post-2015*, L'Harmattan, Paris, ISBN : 978-2-343-05544-2. PP. 314.
- Blondeau, N. (2006), « La Microfinance. Un outil de développement durable », *Études*, 105, 188-198, retirée à <https://www.cairn.info/revue-etudes-2006-9-page-188.htm>.
- Bureau International du Travail (2016a). *Trouver votre idée d'entreprise*, Département des Entreprises, OIT, Genève.
- Bureau International du Travail (2016b). *Créez votre entreprise*. Département des Entreprises, OIT, Genève.
- Commission Bancaire d'Afrique Centrale (COBAC, 2017a). *Règlement N° 01/17/CEMAC/UMAC/COBAC du 27 septembre 2017 relatif aux conditions d'exercice et de contrôle de l'activité de microfinance dans la CEMAC*.
- Commission Bancaire d'Afrique Centrale (COBAC, 2017b). *Règlement EMF R-2017/03 portant fixation du capital social minimum des établissements de microfinance de 2^e et 3^e catégorie*.
- Fortin, A. (2019), « L'innovation sociale et l'impact », dans *Observatoire québécois du loisir*, 16(10), 1-5.
- Harvey, S. & Loïselle, J. (2009), « Proposition d'un modèle de recherche-développement ». *Recherche qualitative*, 28(2), 95-117. ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.
- Institut National de la Statistique (2011), *Enquête démographique et de Santé et à Indicateurs multiples du Cameroun EDS-MICS4*. Institut national de la statistique, Yaoundé.
- Kimessoukié Omolomo, E., (2020), *Introduction aux dévis de recherche en sciences de la santé*, Université Catholique d'Afrique Centrale, École des Sciences de la Santé, Document inédit.
- Kimessoukié Omolomo, E., Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., & Nkoum, B. A., Lapointe-Gagnon, M. (2018), « Variabilité de la Résilience chez les femmes camerounaises », dans Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Kimessoukié-Omolomo, E., & Julien-Gauthier, F. (Coord.). *Résilience et culture, culture de la résilience*. Québec, Canada: Livres en ligne du CRIRES. Disponible à : <https://lel.crires.ulaval.ca/oeuvre/resilience-et-culture-culture-de-la-resilience>
- Libité, P., R. & Jazet, E. (2012), « Morbidité, recours aux soins et dépenses de santé dans les ménages ». *Dans Enquête démographique et santé à indicateurs multiples*. (Dir). Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International, INS et ICF International, Calverton, Maryland, USA.

- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2007), *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*, Éditions du Renouveau pédagogique, Saint-Laurent, Québec.
- Messomo, Ellé, S. (2017), « Microcrédit et performance financière et sociale des institutions de microfinance au Cameroun ». *La Revue Gestion et Organisation*, 9, 79-91. <https://doi.org/10.1016/j.rgo.2017.09.004>.
- Ministère de la Santé Publique du Cameroun & Organisation mondiale de la Santé (2019), *Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé du Cameroun*. Yaoundé Catalogage à la source. Disponible aux adresses <http://apps.who.int/iris> ; <http://onsp.minsante.com>
- Morgan, L. et Churchill, C. (Juillet 2018), « Inclusion financière et santé : comment le secteur des services financiers répond aux risques de santé ». *Dans Programme Impact Insurance*, OIT, Genève.
<http://www.impactinsurance.org/fr/publications/bn41>.

Programs to foster resilience in healthcare professionals

Colette Jourdan-Ionescu

Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Colette.jourdan@uqtr.ca

Abstract

Several studies and testimonies highlight the suffering that health professionals who take care of people living with serious physical or mental disorders or dramatic events (genocide, disaster, violence, suicide, etc.) may encounter. Through the support they offer, health professionals are themselves at risk of experiencing vicarious trauma and difficulties such as exhaustion and fatigue related to compassion that can have consequences on their personal and professional lives. First, the individual, family and environmental risk factors that weaken caregivers are presented. Second, the impacts caused by the difficulties experienced by their profession are detailed. Third, the objectives of the 20 programmes identified and analysed will be the exposed. Fourth and finally, a synthesis of the factors considered to promote the resilience of caregivers is presented. These interventions are essential because they will affect the quality of care provided by these professionals.

Keywords : Health professionals – vicarious trauma – compassion fatigue – exhaustion – protective factors – programs

Résumé

Plusieurs recherches et témoignages soulignent la souffrance que peuvent rencontrer les professionnels de la santé qui prennent en charge des personnes vivant des troubles graves de santé physique ou de santé mentale ou encore des événements dramatiques (génocide, catastrophe, violence, suicide, etc.). Par l'accompagnement qu'ils offrent, les professionnels de la santé sont eux-mêmes à risque de vivre des traumatismes vicariants et des difficultés comme de l'épuisement et de la fatigue liée à la compassion qui peuvent avoir des conséquences sur leur vie personnelle et professionnelle. Après avoir présenté dans la 1^{ère} partie les facteurs de risque individuels, familiaux et environnementaux qui fragilisent les soignants, les impacts entraînés par les difficultés vécues par leur profession sont détaillés dans la seconde partie. Les objectifs des 20 programmes recensés et analysés feront l'objet de la 3^{ème} partie. Dans la 4^{ème} partie sera présentée une synthèse des facteurs considérés comme permettant de favoriser la résilience des soignants. Ces interventions sont essentielles car elle se répercuteront sur la qualité des soins accordés par ces professionnels.

Mots-clés : Professionnels de la santé – traumatismes vicariants – fatigue liée à la compassion – épuisement – facteurs de protection – programmes

Suffering experienced by healthcare professionals

There is no doubt that health professionals – whether they are nurses, psychologists, doctors or any other healthcare vocation – have occupations that cause them to experience suffering. For example, let us highlight the testimony of Rwandan psychologists who had created a space to listen to the suffering associated with the experience of the genocide, even though they themselves had experienced it. The identical experience constituted a suffering resonating with their own suffering. Likewise, nurses, doctors and psychologists working in palliative care or with clients with serious mental health problems, who are aggressive, or who have committed suicide, live in situations that are difficult to manage. It is also possible to cite the suffering of health professionals facing death who must take care of survivors following a disaster (such as a landslide, an earthquake, a tsunami), a serious accident, a terrorist attack, or a war (Bride & Figley, 2009; Maltais et al., 2006; Vitry & Duchet, 2011).

Obviously, the COVID-19 pandemic has been a major stress for healthcare professionals by confronting them with patients dying alone, with difficult care decisions, with impossible schedules, with a lack of equipment, with a fear of being infected themselves or infecting those close to them, and with a lack of attention paid to the psychological well-being of health workers.

All of these situations can lead health professionals to be confronted with questions regarding their inability to cope or to take it anymore (Brillon, 2021). Initially, a number of publications focused on describing the difficult experiences of health care workers and the consequences on their well-being. These studies were used to describe the risk factors of healthcare providers. While it is important to normalize the experience of workers facing suffering (Michaud Labonté, 2021), it is even more interesting to think about how to help them to develop their resilience.

After having presented in Part 1 the individual, family and environmental risk factors that weaken health professionals, the impacts caused by the difficulties experienced by their profession will be detailed in the second part. The objectives of the 20 programs to foster resilience for healthcare professionals that we have identified and analyzed will be the subject of Part 3 with the professions targeted by these programs. The 4th part of the text will provide a summary of the levers considered to promote the resilience of healthcare professionals before ending with a conclusion.

1. Risk factors for healthcare professionals

There are many risk factors that weaken health professionals, which are summarized in Table 1. Among the individual risk factors (Kemper et al., 2015; Regan, 2009; Rupert et al., 2015), having experienced childhood trauma, difficulties with stress-management , as well as addictions (alcohol, drugs, medication, video games or pornographic videos) may constitute vulnerabilities. Likewise, starting out on a professional level, not having awareness of the resources available in their environment or through colleagues or being confronted with experiences which resonate with one's own experience can lead to vicarious trauma in health care workers.

Table 1

Risk factors

Individuals	Family	Environmental
PERSONAL LIFE <ul style="list-style-type: none"> • Narcissistic injuries. • Previous trauma • Psychic fragility • Difficulties in stress management • Difficult living conditions • Addictions PROFESSIONAL LIFE <ul style="list-style-type: none"> • Lack of experience • Lack of knowledge of resources and working partners • Desire for performance • Difficult countertransference • Experience that can resonate • Difficult working hours 	<ul style="list-style-type: none"> • Living similar problems as client • Lack of support • Lack of pleasant moments • Birth of a child • Move • Tension/conflict • Illness/disability • Socioeconomic difficulties • Separation • Mourning • Difficult work-family balance 	PERSONAL LIFE <ul style="list-style-type: none"> • Lack of adequate social network PROFESSIONAL LIFE <ul style="list-style-type: none"> • Isolation • Feeling of not being recognized • Conflict with colleagues • Lack of collaboration • Lack of feed-back • Lack of support group • Lack of adequate supervision • Professional performance requirements • Lack of definition of role • Cumbersome administrative tasks • Clients heaviness • Decreased funding for services, lack of time

Among the family risk factors (Rupert et al., 2015), having a baby at home (which often makes it difficult to sleep well at night) or being in the process of separation from one's partner are examples of factors that may make it more difficult to adapt to health emergencies or to being confronted with the patients who are suffering.

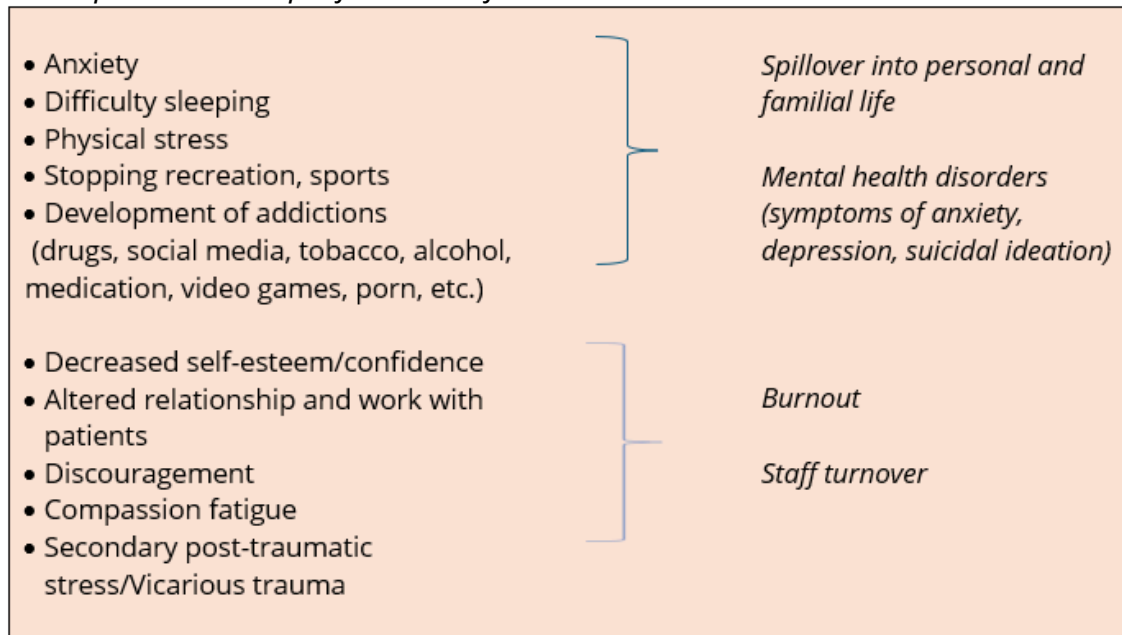
Finally, in terms of environmental risk factors (Larsen et Stamm, 2008; Rupert et al., 2015; Wisetborisut et al. 2014), it should be noted that in addition to an inadequate social network, the work environment can be insufficiently supportive. The caregiver may live in isolation, not be recognized for their work, have an insufficiently defined professional role, experience a lack of feedback or supervision, etc.

2. Impacts on personal life and work

All of these risk factors can have an impact on personal life and work. Figure 1 illustrates different impacts on the person, as well as the repercussions on professional life (Hensel et al., 2015; Pack, 2014; Rupert et al., 2015; Szenyei et al., 2012)

Figure 1

Impact on personal and professional life



For example, the anxiety generated by the patient's reaction to suffering may be associated with difficulty falling asleep or insomnia as well as physical strains which, in turn, can lead to the development of chronic physical illnesses (such as gastroenterological disorders, musculoskeletal disorders, etc.). The energy expended in combating suffering which resonates with one's own experience can cause the healthcare professional to no longer have leisure or to no longer have the strength to play sports. Some professionals will cling to items which, if they provide temporary relief at first, can turn into addictions (medication, social media, tobacco, alcohol, drugs, video games, pornography, etc.) which increase the problems. All of this can affect personal and family life (impatience, low tolerance, non-participation in family life, etc.). Obviously, this can also generate mental health problems (symptoms of anxiety or depression, even thoughts of suicide).

Feeling stressed at work can affect self-esteem and confidence in one's job. This leads to difficulties with both colleagues and patients, especially due to the difficulty of remaining empathetic (compassion fatigue). The discouragement felt and the heaviness associated with the job can lead to burnout and, consequently, to staff

turnover that does not promote the quality of teamwork (Zanatta et al., 2020). In some cases, it is possible to see secondary post-traumatic stress (or vicarious trauma), such as when a young girl confides that she has just been raped to a nurse who was raped when she was young.

Several studies have shown that, despite these risk factors, workers use protective factors that allow them to get through difficult work situations. For example, to reduce anxiety some factors have been shown to be effective: a place of exchange allowing the verbalization of the experience and the transformation through words (Costantini-Tramoni et al., 2010; Vachon et al., 2011), mature defense mechanisms (such as anticipation, sublimation, humor; Regan, 2009), optimism, maintaining clear boundaries and creating meaning (Harrison & Westwood, 2009), as well as supervision or a supportive work environment (Djatche Miafo, 2021; Larsen and Stamm, 2008). This leads us to explore the intervention programs that have been developed to foster the resilience of health care workers.

3. Main objectives and professions targeted in the programs identified to foster resilience for healthcare professionals

Following a research in databases (PsycInfo, Medline), twenty resilience programs for health workers were identified (Albott et al., 2020; Brunetto et al., 2019; Bursch et al., 2019; Delaney, 2018; DePierro et al., 2020; DuBois, & Zedreck Gonzalez, 2018; Elliott et al., 2021; Flanders et al., 2020; Gerhart et al., 2016; Hernandez et al., 2010; Irwin et al., 2020; Kinman, & Grant, 2017; Klein et al., 2018; Mehta et al., 2016; Miller & Sprang, 2017; Pidgeon et al., 2014; Waite, & Richardson, 2004; Wald, 2020; Werneburg et al., 2018; Yuma et al., 2019). The main objectives of these programs are summarized in Figure 2. On the one hand, we must reduce the presence of risk factors that amplify reactions to suffering in patients encountered at work (reducing stress, anxiety, distress, physical or psychological symptoms, discouragement and burnout).

On the second hand, there is a need to increase hope, optimism, health behaviors (such as getting enough sleep, good quality sleep, eating a balanced diet, exercising and having time to self) and therefore the quality of life. It is also necessary to promote more self-compassion (greater tolerance for oneself) on the part of the health professional. The compassionate capacity of professionals depends on their ability to protect themselves from pain, on their perceived success in providing help, and on their ability to cope with the stress inherent in the intervention.

Feeling compassion satisfaction can help foster post-traumatic growth to enable professionals to grow in coping with occupational traumas. Vicarious resilience is a

process characterized by a positive and unique effect that transforms professionals in response to the own resilience of trauma survivors (Hernandez et al., 2010).

Figure 2

Objectives of resilience programs



The professions targeted in the programs we have identified are as follows: doctors, nurses, psychologists, social workers, physiotherapists, palliative care staff, counselors, residents or new nursing graduates, staff working in childcare services, pediatric or intensive care oncology staff.

While there are still benefits, the two systematic reviews of the literature on the effectiveness of interventions to increase the resilience of health professionals (Cleary et al., 2018; Kunzler et al., 2020) show that not all studies report increased resilience. Cleary et al. (2018) systematically reviewed the literature on the effectiveness of interventions to increase the resilience of health professionals (33 articles included in their review). Their results show that, among the studies measuring baseline and post-intervention resilience, 11 out of these 16 studies reported significant increases in the resilience scores for the experimental group (remaining 5 studies also showing improvements in resilience score, but did not demonstrate statistically differences). In their review of the literature, Kunzler et al. (2020) reviewed 44 studies with a control group revealing an increase in resilience, a decrease in depression and stress at the end of treatment, but no reduction in anxiety, nor increased well-being. Finally, Heath et al. (2020) document on the assessment of resilience strategies to the psychological distress of health care workers during the COVID-19 pandemic. Their article reports on management strategies (self-care and organizational justice) to increase the resilience of healthcare professionals during the pandemic and beyond.

In fact, what one can see, as usual, is that the evidence is limited by the fact that the studies use different measures and different designs. For example, the pre-post program evaluation instruments assess the impact of the program on perceived stress, on resilience, on anxiety, on quality of life or on personal burnout. The

duration of the programs is also very variable, ranging from two days to several weeks. Some programs present: 5 one-hour sessions; 1 minute/ day; 60-90 minutes for 12 weeks in a row; 2 and a half days; 5 times 8 hours; etc. Finally, some programs include a control group (Pidgeon et al., 2014, for example) and, others, only the experimental group, or even no experimental group (Miller & Sprang, 2017).

4. Factors promoting the resilience of health professionals

The content analysis of the main factors of the 20 programs analyzed (Albott et al., 2020; Brunetto et al., 2019; Bursch et al., 2019; Delaney, 2018; DePierro et al., 2020; DuBois, & Gonzalez, 2018; Elliott et al., 2021; Flanders et al., 2020; Gerhart et al., 2016; Hernandez et al., 2010; Irwin et al., 2020; Kinman, & Grant, 2017; Klein et al., 2018; Mehta et al., 2016; Miller et Sprang, 2017; Pidgeon et al., 2014; Waite, & Richardson, 2004; Wald, 2020; Werneburg et al., 2018; Yuma et al., 2019) made it possible to elaborate Figure 3, grouping together nine levers promoting resilience. *Mindfulness* appears in ten programs in different ways (listening to CDs, doing a retreat, practicing mindfulness, doing meditation, doing relaxation, doing yoga). *Positive emotions* such as optimism, avoiding ruminating, hope and engaging in enjoyable activities are recommended for promoting healthier emotion regulation (Brunetto et al., 2019; Bursch et al., 2019; Elliott et al., 2021; Kinman & Grant, 2017; Mehta et al; 2016; for example). Recommended *lifestyle* includes good sleep and eating habits, goals for exercise, rest, regular schedules, and use of humor (DePierro et al., 2020; Wald, 2020).

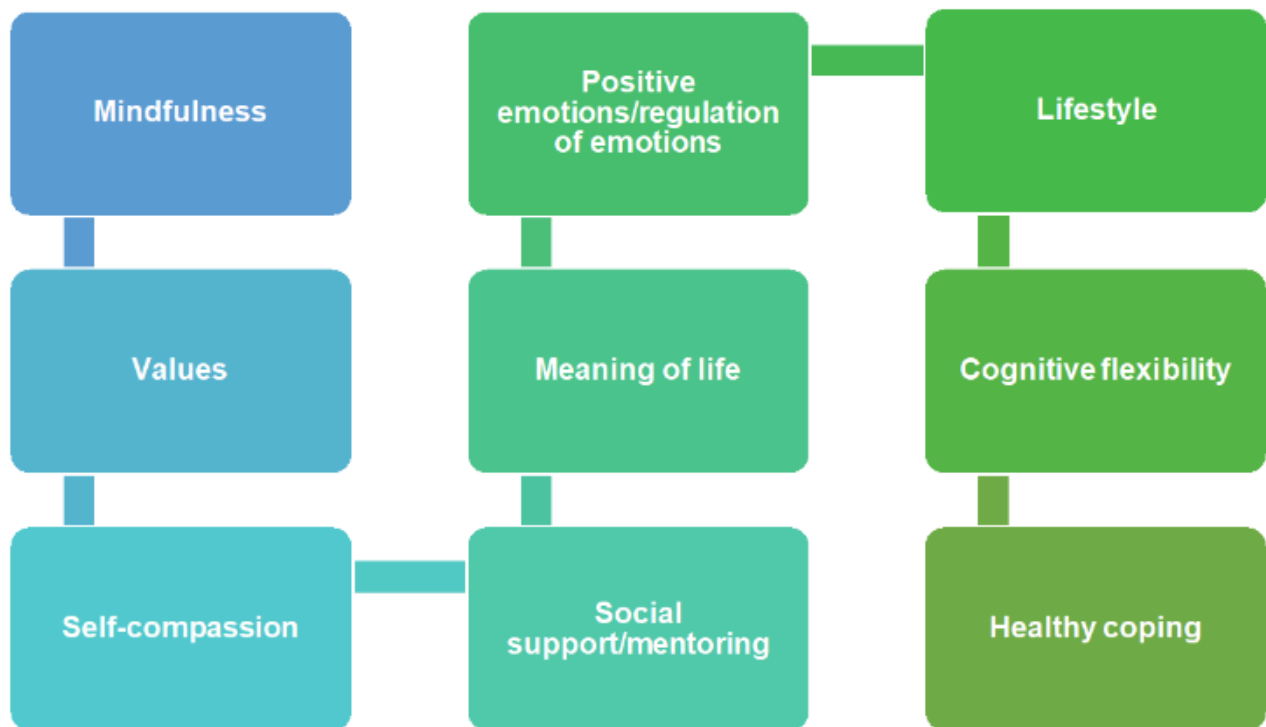
Several programs recommend relying on your personal moral compass regarding your core *values*, often developed with reference to good role models (DePierro et al., 2020; DuBois & Zedreck Gonzalez, 2018). The *meaning of life* (and of the goals) set allows one to focus in response to the challenge "What does life ask of me?" (Wald, 2020; Werneburg et al., 2018). *Cognitive flexibility* (also including emotional flexibility) allows us to accept what is out of our control and see new opportunities, using humor to reframe situations (Delaney, 2018; DePierro et al., 2020; Gerhart et al., 2016; Miller et Sprang, 2017; Pidgeon et al., 2014).

Self-compassion and compassion satisfaction allow one to move away from suffering by accepting it, this implies accepting daily actions and relying on forgiveness (11 programs among which Flanders et al., 2020 and Klein et al., 2018). Considering the possibility that the client's ability to cope with adversity will have a positive impact on the professional is important: it is therefore necessary to assess the possibility of vicarious resilience resulting from empathetic engagement in the face of the client's

trauma. (Hernandez et al., 2010).

Figure 3

Levers promoting resilience of healthcare professionals



Social support is recognized for its great value as a protective factor and in programs often appears the use of *mentoring*. For example, the Battle Buddy (originating from the pairing model used in the U.S. Army; Albott et al., 2020) is a peer support model that anticipates, plans and deters by consulting an experienced peer. This strongly resembles the concept of support family – a resilience tutor model – developed to accompany chronic abusive families instead of removing a child for foster care (Jourdan-Ionescu, 2001). Irwin et al. (2020) adds to this team support. Finally, *healthy coping* makes it possible to think about adaptive coping strategies (accepting, seeking emotional or instrumental support, taking care of oneself, etc.) and about the development of a coping plan including coping strategies to be used even to face challenging professional situations (Yuma et al., 2019).

These nine levers to promote the resilience of health professionals are targeted by different techniques depending on the program: art therapy, music therapy, pet therapy, relaxation, yoga, meditation, team communication via Facebook, discussion, sharing of experiences, mentoring, reflective writing (gratitude journal, poetry for example), consultation, education (especially on compassion fatigue), etc. To address the lack of time of healthcare professionals, Kemper and Rao (2017) experimented a brief online mindfulness training program. They report improvements highlighting

the value of such online strategies in fostering health professional's resilience.

As a conclusion

It is normal that health professionals facing suffering on a daily basis and experiencing professional challenges can adopt two developmental trajectories that Drouin and Delisle (2021) call spirals: the first, negative (associating a feeling of high deterioration and strong stressful involvement) and the second, positive (unifying feeling of high improvement and high healing involvement). This positive trajectory seems to us to refer to vicarious resilience concept defined by Hernandez et al. (2007: "This process is characterized by a unique and positive effect that transforms therapists in response to client trauma survivors' own resiliency", p. 237). There is no doubt that the levers of resilience highlighted in this publication promote such resilience among healthcare professionals. However, we must add a need for organizational justice (Heath et al., 2020), i.e., a culture of the professional environment that ensures: fairness, respect and social justice in the work place; manageable work loads; opportunities for staff professional development; flexibility to facilitate family-work balance.

It is logical that the main factors found in resilience programs for health workers aim to develop individual and environmental protective factors trans-adversity (Jourdan-Ionescu et al., 2011). Indeed, everyone can benefit:

- To pay attention to the present moment
- To develop positive emotions and regulate emotions
- To pay attention to the quality of lifestyle (sleep, diet, exercise)
- To become aware of his values and to give meaning to what one is experiencing
- To demonstrate cognitive flexibility
- To be able to put things in perspective ... especially through self-compassion and humor
- To have a good network of social support, mentoring and peer support
- To use healthy coping.

Obviously, we will benefit from more rigorously method-applied, longer-term programs with large numbers of health professionals with pre- and post-program (and several months after) assessments. This in the hope of being able to offer well-established programs to more professionals. These interventions are essential because they will affect the quality of care provided by these professionals.

References

- Albott, C.S., Wozniak, J.R., McGlinch, B.P., Wall, M.H., Gold, B.S., & Vinogradov, S. (2020). Battle buddies : Rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *International Anesthesia Research Society*, DOI : 10.1213/ANE0000000000004912
- Bride, B.E., & Figley, C.R. (2009). Secondary trauma and military veteran caregivers. *Smith College Studies in Social Work*, 79, 314-329. DOI : 10.1080/00377310903130357
- Brillon, P. (2021). Trauma vicariant et fatigue de compassion : « Pourquoi maintenant, pourquoi moi? ». *Psychologie Québec*, 38(2), 29-31.
- Brunetto, Y., Dick, T., Xerri, M., & Cully, A. (2019). Building capacity in the healthcare sector : A strengths-based approach for increasing employees' well-being and organisational resilience. *Journal of Management & Organization*, DOI :10.1017/jmo.2019.53
- Bursch, B., Mulligan, C., Keener, A.M., Aralis, H., Lloyd, J. Mogil, C., Barrera, W., Sinclair, B., Mulligan, C., Keener, A.M., Aralis, H., Lloyd, J. Mogil, C., Barrera, W., Sinclair, M., & Lester, P. (2019). Education research : Evaluation of curriculum to teach resilience skills to neurology residents. *Neurology*, 92, 538-541. DOI : 10.1212/WNL.00000000000007100
- Charfi, N., Elleuch, S., Maâlej Bouali, M., Omri, S., Feki, R., Smaoui, N., Zouari, L., Ben Thabet, J., & Maâlej, M. (2019). Évaluation de l'impact de la prise en charge médicopsychologique des survivants d'un naufrage sur les intervenants. *La revue de médecine légale*, 10, 155-164. DOI : 10.1016/j.medleg.2019.10.004
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D.K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals : A systematic review. *Nurse Education Today*, 71, 247-263. DOI : 10.1016/j.nedt/2018.10.002
- Costantini-Tramoni, M.L., Lanfranchi, J.B., & Lancelot, A. (2010). Élaboration d'un questionnaire d'investigation des mécanismes de défense chez les soignants (QIMDS). *Bulletin de psychologie*, 509(5), 335-349. DOI : 10.3917/bupsy.509.0335
- Delaney, M. (2018). Caring for the caregivers : Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS ONE*, 13(11) : e0207261. DOI :10.1371/journal.pone.0207261.
- DePierro, J., Katz, C.L., Marin, D., Feder, A., Bevilacqua, L., Sharma, V., Hurtado, A., Ripp, DePierro, J., Katz, C.L., Marin, D., Feder, A., Bevilacqua, L., Sharma, V., Hurtado, A., Ripp, J., Lim, S., & Charney, S. (2020). Mount Sinai's Center for stress, resilience and personal growth as a model for responding to the impact of COVID-19 on health care workers. *Psychiatry Research*, 293. DOI : 10.1016/j.psychres.2020;113426

- Djatche Miafo, J. (2021). Résilience des psychologues en milieu humanitaire au Cameroun et supervision psychanalytique. Conférence présentée au 5ème Congrès mondial sur la résilience, Yaoundé (Cameroun), 28 mai.
- Drouin, M.-S., & Delisle, F. (2021). Les fonctions du soutien comme assise à la résilience du psychologue. *Psychologie Québec*, 38(2), 34-36.
- DuBois, C.A., & Zedreck Gonzalez, J.F. (2018). Implementing a resilience-promoting education program for new nursing graduates. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(5), 263-269. DOI : 10.1097/NND.0000000000000484
- Elliott, M., Macedo, A., & Escaf, M. (2021). Building resilience within institutions together with employees (BRITE) : Preliminary experience with implementation in an academic cancer centre. *Healthcare Management Forum*, 34(2), 107-114. DOI : 10.1177/084047042098159
- Flanders, S., Hampton, D., Missi, P., Ipsan, C., & Gruebbel, C. (2020). Effectiveness of a staff resilience program in a pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 1-4. DOI : 10.1016/j.pedn.2019.10.007
- Gerhart, J., O'Mahony, S., Abrams, I., Grosse, J., Greene, M., & Levy, M. (2016). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 89-96. DOI : 10.1016/j.jcbs.2016.04.003
- Harrison, R.L., & Westwood, M.J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists : Identifying protective practices. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 46, 203-219. DOI : 10.1037/a001608
- Heath, C., Sommerfield, A., & von Ungern-Sternberg, B.S. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthvstr workers during the COVID-19 pandemic : A narrative review. *Anaesthesia*, 75, 1364-1371. DOI : 10.1111/anae.15180
- Hensel, J.M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C.S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 83-91. DOI : 10.1002/jts.21998
- Hernandez, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists : Vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies*, 29(1), 67-83.
- Hernandez, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience : A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*, 46(2), 229-241
- Irwin, K.M., Saathoff, A., Janz, D.A., & Long, C. (2020). Resiliency program for new graduate nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 37(1), 35-39. DOI : 10.1097./NND.0000000000000678
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22(1), 163-186.

- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Bouteyre, É., Roth, M., Méthot, L. et Vasile, L. D. (2011). Résilience assistée et événements survenant au cours de l'enfance : maltraitance, maladie, divorce, décès des parents et troubles psychiatriques des parents. In S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée*, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 155-246.
- Kemper, K.J., & Rao, N. (2017). Brief online focused attention medication training : Immediate impact. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(3), 395-400. DOI : 10.1177/2156587216663565
- Kemper, K.J., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 496-503.
- Kinman, G., & Grant, L. (2017). Building resilience in early-career social workers : Evaluating a multi-modal intervention. *British Journal of Social Work*, 47, 1979-1998. DOI : 10.1093/bjsw/bcw164
- Klein, C.J., Riggerbach-Hays, J.J., Sollenberger, L.M., Harney, D.M., & McGarvey, J.S. (2018). Quality of life and compassion satisfaction in clinicians : A pilot intervention study for reducing compassion fatigue. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(6), 882-888. DOI : 10.1177/1049909117740848
- Kunzler, A.M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. DOI : 10.1002/14651858.CD012527.pub2.
- Larsen, D., & Stamm, B.H. (2008). Professional quality of life and trauma therapists. In J. Stephen & L.P. Alex (Eds), *Trauma, recovery, and growth : Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 275-293). Hoboken, NJ : Wiley.
- Maltais, D., Tremblay, S., & Côté, N. (2006). *Intervention en situation de désastre : connaître les conséquences de l'exposition aux catastrophes pour mieux intervenir*. Chicoutimi : Groupe de recherche et d'intervention régionales.
- Mehta, D.H., Perez, G.K., Traeger, L. et al. (2016). Building resiliency in a palliative care team : A pilot study. *Journal of Pain Symptom Management*, 51, 604-608
- Michaud Labonté, T. (2021). Être présent et souffrant : réflexions sur la vulnérabilité des psychologues. *Psychologie Québec*, 38(2), 32-33.
- Miller, B., & Sprang, G. (2017). A components-base practice and supervision model for reducing compassion fatigue by affecting clinician experience. *Traumatology*, 23(2), 153-164. DOI : 10.1037/trm0000058
- Pack, M. (2014). Vicarious resilience : A multilayered model of stress and trauma. *Journal of Women and Social Work*, 29(1), 18-29. DOI : 10.1177/0886109913510088

- Pidgeon, A.M., Ford, L., & Klaassen, F. (2014). Evaluating the effectiveness of enhancing resilience in human service professionals using a retreat-based Mindfulness with Metta Training Program : A randomised control trial. *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 355-364. DOI : 10.1080/13548506.2013.806815
- Regan, A., Howard, R.A., & Oyebode, J.R. (2009). Emotional exhaustion and defense mechanisms in intensive therapy unit nurses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(5), 330-336. DOI : 10.1097/NMD.0b013e3181a20807
- Rupert, P.A., Miller, A.O., & Dorociak, K.E. (2015). Preventing burnout : What does the research tell us? *Professional Psychology : Research and Practice*, 46(3), 168-174. DOI : 10.1037/a0039297
- Szenyei, G., Adam, S., Gyorffy, Z., Harmatta, J., & Tury, F. (2012). Depressive symptomatology and health status of Hungarian females working in the field of psychiatry. *Psihijat.dan*, 44(1), 61-72.
- Vachon, M., Fillion, L., Achille, M, Duval, D, & Leung, D. (2011). An awakening experience : An interpretative phenomenological analysis of the effects of a meaning-centered intervention shared among palliative care nurses. *Qualitative Research in Psychology*, 8, 66-80. DOI : 10.1080/14780880903551564
- Vitry, M., & Duchet, C. (2011). Résilience après de grandes catastrophes : articulations du singulier et du collectif. In S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée*, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 439-461
- Waite, P.J., & Richardson, G.E. (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*, 33(3), 178-183.
- Wald, H.S. (2020). Optimizing resilience and wellbeing for healthcare professions trainees and healthcare professionals during public health crises – Practical tips for an ‘integrative resilience’ approach. *Medical Teacher*, 42(7), 744-755. DOI : 10.1080/0142159X.2020.1768230
- Werneburg, B.L., Jenkins, S.M., Friend, J.L., Berkland, B.E., Clark, M.M., Rosedahl, J.K., Preston, H.R., Daniels, D.C., Riley, B.A., Olsen, K.D., & Sood, A. (2018). Improving resiliency in healthcare employees. *American Journal of Health Behavior*, 42(1), 39-50. DOI : 10.5993/AJHB.42.1.4
- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64, 279-286. DOI : 10.1093/occmed/kqu009
- Yuma, P., Powell, T., Scott, J., & Vinton, M. (2019). Resilience and coping for the healthcare community : A post-disaster group work intervention for healthcare and social service providers. *Journal of Family Strenghts*, 19(1), Article 8, 1-17. <https://digitalcommons.library.tmc.edu/jfs/vol19/iss1/8>
- Zanatta, F., Maffoni, M., & Gardini, A. (2020). Resilience in palliative healthcare professionals : A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 28, 971-978. DOI : 10.1007/s00520-19-05194-1

Résilience et compassion dans l'action humanitaire dans des lieux déshumanisés

Paul Bouvier

Institut de santé globale, Université de Genève, Switzerland

Département des Sciences sociales, Université de Fribourg, Switzerland.

<https://www.unige.ch/medecine/isg/en/staff/paul-bouvier/>

paul.bouvier@outlook.com

Résumé

Visiter des détenus dans un conflit armé, c'est entrer dans un monde de vulnérabilités, de blessures et de violences. Le but est de veiller au respect des détenus, et de les protéger contre des violences et des traitements cruels, inhumains ou dégradants. Dans des cas extrêmes, face aux violences et à la déshumanisation, quel est le sens de ces visites ? Cette présentation explore plusieurs dimensions des traumatismes subis par des personnes détenues dans un conflit armé, et quels éléments peuvent contribuer à une résilience. La visite d'un délégué humanitaire est parfois l'occasion d'une véritable rencontre avec des personnes extrêmement vulnérables. Cela se joue souvent autour de petites choses, une tasse de café, une photo ou un objet, qui expriment notre humanité commune. Un tel moment d'humanité partagée rester parfois gravés comme un jalon dans un processus existentiel de résistance, pour survivre ; de reliance, pour renouer avec l'humanité ; de résilience enfin, pour reprendre un nouveau développement. Avec les limites d'une action au milieu de violences, ces visites en détention sont essentielles pour la protection de personnes extrêmement vulnérables. Leur valeur est liée à la relation entre l'acteur humanitaire et la personne détenue, faite de compassion, de respect, et de reconnaissance mutuelle.

Mots-clés : Déshumanisation ; violence ; détention ; torture ; reliance ; résilience ; humanité ; compassion

Abstract

Visiting detainees in armed conflict means entering a world of vulnerability, injury and violence. The aim is to ensure respect for detainees, and to protect them from cruel, inhuman or degrading treatment and violence. In extreme cases, in the face of violence and dehumanization, what is the meaning of these visits? This presentation explores several dimensions of trauma experienced by people detained in armed conflict, and what elements can contribute to resilience. The visit of a humanitarian delegate is sometimes an opportunity to meet extremely vulnerable people. It often revolves around small things, a cup of coffee, a photo, or an object, that express our

common humanity. Such a moment of shared humanity sometimes remains engraved as a milestone in an existential process of resistance, **to** survive; of reliance, to reconnect with humanity; and finally, resilience, to resume a new development. With the limitations of an action **during** violence, these visits in detention are essential for the protection of extremely vulnerable people. Their value is linked to the relationship between the humanitarian actor and the detainee, which is made up of compassion, respect, and mutual recognition.

Keywords : Dehumanization; violence; detention; torture; reliance; resilience; humanity; compassion

Visites en détention liée à un conflit armé

Les personnes détenues qui sont soumises à des conditions de détention inhumaines, à des traitements cruels et dégradants ou à des tortures, font face à des menaces majeures pour leur survie, pour leur intégrité psychique et physique, et la possibilité de reprendre un développement humain après la détention. En tant que médecin délégué du Comité international de la Croix-Rouge (CICR), j'ai eu l'occasion de visiter divers lieux de détention dans le monde, dans des contextes de violences et de conflits armés¹.

Cette visite a été parfois l'occasion d'une réelle rencontre, d'un moment d'humanité partagée et de reconnaissance mutuelle. Dans quelle mesure ce moment de la visite, peut-il contribuer à des processus liés à la survie, à la réhumanisation, et à la résilience ? Cette question attire notre attention sur la compassion, qui est au cœur de l'action humanitaire et du principe d'humanité.

Depuis plus de 100 ans, le CICR visite des personnes détenues dans le cadre de conflits armés et de situations de violences. Ces visites se font selon des modalités bien définies, dans un cadre de dialogue confidentiel avec les autorités. Elles ont pour but de recueillir des informations directes, sur les conditions de détention et de traitement des détenus, afin d'améliorer ces conditions, de veiller au respect de la dignité et de faire cesser toute forme de mauvais traitements. Les entretiens avec des détenus, confidentiels et sans témoin, sont des moments privilégiés pour écouter leur vécu et leurs plaintes, leurs craintes et leurs espoirs. Une écoute attentive, sans jugement, permet le dévoilement de souffrances vécues, parfois de violences subies. L'entretien est parfois l'occasion d'une rencontre, d'un moment de partage humain autour de souffrances ou de joies, de tristesse ou d'espoirs : cela survient parfois quand la relation est nourrie de compassion et de respect, « les réponses humaines envers autrui, le cœur de notre humanité » (Glover, 1999).

1. De la déshumanisation à la résilience

1.1. Torture et déshumanisation

Durant la visite, des personnes détenues rapportent parfois des mauvais traitements et des tortures. Nous écoutons, prenant note des faits, des circonstances, des conséquences et de la souffrance vécue. C'est une souffrance destructrice, parfois indicible. On reste alors en silence, sans commenter ni expliquer. La torture cherche à détruire la personne, son anéantissement, quelque chose de pire que la mort : la

¹ Les opinions exprimées dans ce chapitre sont celles de l'auteur et pas nécessairement celles du CICR. Ce travail reprend certains éléments publiés à propos de compassion humanitaire (Bouvier, 2018).

destruction de tout ce qui fait qu'une personne humaine est humaine (Roisin, 2010, p. 21). C'est une entreprise de déshumanisation. Roisin (2010, p. 174) utilise le terme de barbarie, comme le point ultime de la violence : « La *barbarie* vise une destruction qui se situe au-delà de l'intégrité d'une personne. » Elle est la négation de l'humanité.

1.2. *Résistance et survie*

Dans de telles situations, quelle valeur peut prendre pour la personne détenue une visite humanitaire ? Soumises à des traitements inhumains, ces personnes luttent d'abord pour la survie. C'est un combat de résistance contre la destruction et l'effondrement physique et psychique, la déshumanisation et le désespoir. L'œuvre de Jorge Semprun, par exemple, témoigne de ce processus de résistance dans le camp de Buchenwald, puis du chemin parcouru pour se reconstruire (Benestroff, 2017). C'est bien plus tard, avec du recul, que ce parcours admirable pourra être compris comme un chemin de résilience. Sur place, en prison, nous n'en sommes pas là. Le travail de soins et de réhabilitation intervient le plus souvent après les événements, à distance dans le temps et dans l'espace. Notre visite, elle, se déroule parfois dans le lieu même de mauvais traitements, ou dans une institution liée. Ce moment limité dans sa durée, est porteur de nombreuses attentes qui le dépassent. Il est souvent néanmoins d'une rare intensité humaine, l'occasion d'une relation privilégiée, d'une rencontre.

1.3. *Des petites choses, reflets d'humanité*

Dans ces moments, chaque attitude, chaque geste, chaque mot prend une portée considérable. Certains détenus se sont souvenus longtemps d'un moment partagé avec un visiteur qui sont restés gravés dans leur souvenir, soutenant leur résistance et leur survie. Certains ont témoigné après coup du soutien unique que ce moment leur avait apporté (Bouvier, 2012). J'ai pu parfois observer la valeur accordée à de telles « petites choses », dans des prisons marquées par un isolement et des mauvais traitements. Dans ces conditions très dures, il arrive qu'une rencontre authentique se fasse autour d'une tasse de thé, de quelques biscuits, ou de simples photos représentant des couchers de soleil, des animaux ou des fleurs.

Un jour, dans une prison que nous visitions, un détenu a demandé à une déléguée de lui apporter un parfum. Le lendemain elle le revoit et lui donne quelques gouttes de parfum. Aussitôt il s'en asperge le visage et les vêtements, et s'exclame, rayonnant : « merci, pour la première fois depuis des années, je sens bon ! » Ces quelques gouttes avaient restauré un sentiment de dignité humaine.

Qu'y avait-il dans ce café et ces biscuits ? Dans ces images ou ces gouttes de parfum ?

Sans doute un peu d'humanité : une tasse de compassion, quelques gouttes de respect, un moment de reconnaissance mutuelle, en tant qu'humains, au-delà des violences et des haines.

Cette humanité partagée, nourrie de compassion, de respect et de reconnaissance mutuelle, ne cherche pas une relation calme et lisse, ni la perfection ou l'excellence. Une rencontre authentique peut survenir dans un entretien marqué par l'agressivité, une erreur ou un moment d'émotion difficile. Un jour, un détenu qui s'était montré agressif dans un entretien avec une déléguée, s'en est excusé auprès d'elle le lendemain, désolé de l'avoir ainsi bouleversée. Ma collègue raconte que l'entretien a été l'occasion d'une très belle rencontre entre deux personnes, contribuant à une relation de confiance.

Dans une autre circonstance, j'expliquais à un détenu sa situation médicale, selon son dossier médical de la prison. Je réalise après un moment que je parle du dossier d'un autre détenu. Très embarrassé, je m'en excuse auprès du détenu, et propose de revenir le lendemain. Celui-ci me regarde et me dit « Docteur, je suis détenu ici depuis des années, sans motif ; c'est la première fois que quelqu'un s'excuse envers moi ! Je te remercie, tu as la confiance de tous ici. Reviens me voir quand tu le pourras ».

Dans un autre lieu, une déléguée avait fondu en larmes devant un groupe de détenus qui lui expliquaient les tortures subies jour après jour (Bouvier, 2012). Devant son émotion, les détenus ont exprimé leur compassion envers la déléguée, lui expliquant comment ils se soutiennent mutuellement pour résister. Un bel exemple de soutien mutuel entre compagnons, qui montre comment une résilience se nourrit de compassion et de respect, de soutien et de reconnaissance mutuels.

Il arrive que l'humour s'invite dans un entretien, ou que surviennent des rires partagés avec un groupe. Ces moments peuvent paraître incongrus et décalés ; ils témoignent cependant souvent d'une authentique relation de confiance et de reconnaissance mutuelle.

De telles rencontres autour de petites choses, ou parfois à partir d'une erreur, d'une émotion ou d'un détail amusant, sont l'occasion de moments d'humanité partagée. Dans ces situations, chacun travaille avec sa propre humanité, avec ses capacités et ses vulnérabilités, sa raison et ses émotions, ses ressources et ses limites. Les personnes détenues dans des conditions extrêmes sont avides de vérité et de respect, sensibles à un signe de compassion et de reconnaissance.

1.4. Reliance et réhumanisation

Comment accompagner d'anciens détenus, après leur détention dans des conditions extrêmes ? J'ai eu l'occasion de revoir quelques anciens détenus, après une longue détention en prison sécurité « supra maximale ». Certains ont présenté des troubles du comportement et des signes de souffrance psychique. Un homme accueilli dans un pays très éloigné de sa patrie, passait des heures, seul, dans le parc public proche du foyer d'accueil. Là il embrassait les arbres et leur parlait. Parfois il s'approchait d'une poussette, pour gazouiller et sourire au bébé (Bouvier, 2020). Les services sociaux qui l'accueillaient l'ont considéré comme un dangereux pervers, sans parvenir à comprendre ce que cet homme avait vécu, et comment un arbre ou un bébé lui permettaient de se relier à nouveau à la vie.

Dans un autre lieu d'accueil, deux anciens détenus passaient leurs journées assis sur un banc, parlant tout seuls, en apparence. Ils s'adressaient en fait aux génies qui les habitaient depuis leur détention. Ils ont pu recevoir les rites d'un guérisseur traditionnel de leur communauté, pour tenter d'apaiser leurs tourments.

Un autre ancien détenu est venu nous rendre visite au CICR. Je me souvenais de lui, en prison, comme d'un homme affable et souriant, demandant de nos nouvelles, et commentant avec humour sa situation ou une anecdote. Dans ce lieu marqué par des violences extrêmes, nous avons partagé quelques rires. Sa première visite après sa libération a été un moment intense. Nous avons parlé de sa vie nouvelle et de choses et autres, autour d'une tasse de thé et de pâtisseries préparées pour honorer sa visite. Quelques mois plus tard, quand nous avons mentionné sa détention, il a dit simplement : « Ah... c'était dans cet endroit » ... suivi d'un long silence triste, qui en disait long sur cet endroit sans nom, sans mémoire, hors du temps, hors de la vie.

Dans de telles situations, des approches thérapeutiques du traumatisme psychique s'avèrent parfois inadaptées et impuissantes. Marqué par la torture et les camps d'extermination, Améry (1995) écrit : « Nous n'avons pas été traumatisés, mais plutôt déshumanisés ». Il pointe ainsi un enjeu fondamental, lié à l'humanité et à des relations de compassion et de respect. C'est là, pour Roisin (2010, p. 189), que se situe l'enjeu de la reliance : « Un travail de reconstruction dont le bénéfice soit la restauration du sentiment d'appartenance à la communauté humaine ». La reliance implique de reconnaître la réalité de la violence, et de « renouer des liens de confiance avec des personnes ou des groupes mis en position de représenter la communauté humaine ». C'est un enjeu crucial pour toute relation avec une personne ayant été déshumanisée. Roisin (2017, p. 324-325) insiste sur l'importance de la compassion dans ce travail de reliance : sans compassion, « les victimes se

trouveraient confirmées dans leur perception des hommes comme non-humains ».

Rencontre avec un auteur de torture

1.5. Face à la déshumanisation

Nous rencontrons parfois en détention des auteurs de violences extrêmes. Il peut s'agir de responsables et d'autorités, de gardiens ou d'interrogateurs, avec lesquels nous avons une relation fonctionnelle ou un dialogue humanitaire. C'est parfois un gardien ou un chef de prison, autrefois victime de tortures, et maintenant en charge des détenus que nous visitons. Il peut s'agir enfin de personnes détenues en raison d'actes de violences politiques, de tortures ou de crimes contre l'humanité. Leur situation est souvent extrêmement vulnérable.

La rencontre avec un détenu ayant été auteur de violences extrêmes est très particulière, et ne laisse pas indifférent. Elle est chargée d'émotions et de sentiments mêlés. Cette personne qui nous fait part de ses souffrances, ses soucis, ses rêves et ses espoirs, et accusée d'actes de violence graves. Il arrive que la personne nous parle, voulant s'expliquer, voire se justifier. Face à ce qu'elle présente comme une grave injustice, on peut ressentir une sympathie ; ou au contraire, être saisi d'effroi face à un discours lisse et monstrueux ; un déni de faits avérés, une banalisation des actes, la diminution de sa propre responsabilité ou de sa participation, la relativisation, la justification sur le plan moral, l'accusation des victimes. On perçoit alors la réalité du « désengagement moral » analysé par Bandura. Pour Roisin (2010, p. 181), quand un auteur d'actes barbares dénie le caractère déshumanisant de ses actes, c'est pour refuser sa propre déshumanisation. « Celui qui déshumanise se déshumanise lui-même », écrit-il. Sironi (2017) souligne le rôle central de la « désympathie » dans ce processus. Elle désigne ainsi une mise à l'écart, une extinction de la compassion chez ces personnes déshumanisées.

1.6. Un moment d'humanité

Comment alors entrer en relation avec ces personnes, pour que cet entretien soit l'occasion d'une rencontre, un moment porteur d'humanité... et pas, au contraire, le renforcement d'une déshumanisation ? Avant tout, par un respect de la personne, en tant que personne, non de ses actes. Ensuite, dans nos paroles, veiller constamment à utiliser des mots qui portent de la compassion et du respect envers les victimes de violences. Enfin, établir une « juste distance » dans la relation avec la personne visitée : une distance professionnelle, humanitaire, qui ne soit, ni trop lointaine, car elle serait alors perçue comme du mépris ou de l'indifférence, renforçant la

déshumanisation ; ni trop proche, au risque que la relation soit perçue comme une connivence, voire un consentement ou une complicité.

Un épisode vécu dans une prison de sécurité maximale me revient en mémoire. Nous avons, avec deux autres collègues, un entretien confidentiel avec un détenu, qui reconnaissait avoir organisé un attentat d'une gravité exceptionnelle. Lors d'une précédente visite, cet homme avait demandé si une collègue pouvait se rendre dans sa famille, dans un pays lointain. Et c'est ainsi que, lors de cette visite, la collègue en question revenait de ce pays, apportant des biscuits que la mère du détenu avait confectionnés quelques jours auparavant ... Nous avons vécu un moment intense et inoubliable, dans lequel cet homme, souvent très dur dans son attitude et radical dans ses propos, s'est montré émerveillé, ému, les yeux humides à la vue des biscuits de sa maman... Cet épisode dérisoire, qui pourrait même paraître insultant au regard de la gravité des actes commis et de la souffrance des victimes et de leurs familles, a été, néanmoins, un moment d'humanité partagée, dans le contexte d'une détention déshumanisante. Rien, sans doute, ne pourra effacer la gravité et l'horreur des crimes que cet homme avait commis et reconnus, ni les souffrances qu'il avait causées. Rien non plus ne saurait escamoter le rôle de la justice face à de tels crimes. Néanmoins, dans ce lieu de souffrances et de déshumanisation, ce moment partagé autour d'un biscuit est survenu comme une étincelle d'humanité.

La résilience se nourrit de compassion et de respect

Les visites humanitaires du CICR permettent de recueillir des informations sur les conditions de détention et de traitement, y compris des allégations de mauvais traitements. Le dialogue avec les autorités permet bien souvent d'améliorer les conditions de détention et de protéger les personnes contre des abus. Quand la visite est l'occasion d'une rencontre, elle rejoint les fondements mêmes de l'action humanitaire : le respect et la compassion. Une telle rencontre se noue souvent autour de très petites choses, qui témoignent d'une reconnaissance mutuelle.

Cette rencontre humanitaire est très éloignée de la pitié, de la condescendance ou de la domination qui guettent toute action caritative, autant que de tout héroïsme et de toute logique sacrificielle. Cette rencontre se nourrit de compassion et de respect, dans un esprit de générosité, de solidarité et d'humanité partagée. Elle garde aussi toujours active l'exigence de justice, en particulier auprès de personnes détenues, ou d'auteurs présumés de violences extrêmes.

De tels moments marqués de respect, de compassion et de reconnaissance humaine contribuent parfois à soutenir chez le détenu, une lutte de résistance, pour survivre ;

un travail de reliance, pour renouer avec l'humanité ; et un parcours de résilience, permettant de reprendre un développement humain.

Références

- Améry, J. (1995). *Par-delà le crime et le châtiment : Essai pour surmonter l'insurmontable*. Arles : Actes Sud (traduit de l'allemand), p. 159.
- Bandura, A (2002). Selective Moral Disengagement in the Exercise of Moral Agency. *Journal of Moral Education*, 31(2), 101-119.
- Benestroff, C. (2017). *Jorge Semprun : entre résistance et résilience*. Paris : CNRS éditions, 438 pp., p.141ss
- Bouvier, P. (2012). Soins humanitaires et petites choses dans des lieux déshumanisés. *Revue Internationale de la Croix-Rouge*, 94, Sélection française (2012/4), 359-373.
- Bouvier, P. (2018). Compassion et action humanitaire : quand l'humanité de l'humanitaire est en jeu. *Cahiers de recherche sociologique*, 65, 153–174. doi :10.7202/1070144ar
- Bouvier, P. (2020). Rencontre, communication et humanité dans des lieux déshumanisés : l'action humanitaire à la lumière de la résilience. Dans Ionescu, S. *Bâtir la résilience : Manuel de pratiques professionnelles*. Paris: MJW Féditation, p. 167.
- Glover, J. (1999). *Humanity : A Moral History of the Twentieth Century*. London : Pimlico, p. 337.
- Roisin, J. (2010) *De la survivance à la vie : Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. Paris, Presses Universitaires de France, 225 p.
- Roisin, J. (2017). *Dans la nuit la plus noire se cache l'humanité. Récits des justes du Rwanda*. Bruxelles, Les Impressions Nouvelles, p. 324-325.
- Sironi, F. (2017). *Comment devient-on tortionnaire ? Psychologie des criminels contre l'humanité*. Paris : La Découverte, 768 p.

Conclusion

Premier ouvrage publié par Resilio après la disparition de notre cher président fondateur, le professeur émérite et éminent chercheur Șerban Ionescu, nous sommes très heureux de l'aboutissement tardif du travail d'édition de cet ouvrage collectif. Il convient de profiter de cette conclusion pour remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce travail d'édition.

Le 5^{ème} Congrès mondial sur la résilience a été un succès magistral par l'ampleur des communications scientifiques (conférences, tables rondes, communications et affiches) qui y ont été présentées et dont les résumés apparaissent sur notre site (resilio-association.org). Le programme avec résumés avec ses 223 pages, témoigne de la richesse des présentations et souligne le caractère exceptionnel de ce congrès.

Cet ouvrage – regroupant 47 auteurs provenant de sept pays (Afrique du Sud, Cameroun, Canada, France, Inde, Roumanie, Suisse) – permet de couvrir un large éventail de problématiques touchant différentes populations en besoin de soutien et témoigne de la mobilisation des forces du milieu pour renforcer leur résilience. La provenance des chapitres d'une pluralité de contextes permet de constater combien les réflexions, les propositions d'évaluation ou d'accompagnement instaurent une source d'inspiration. Comme le dit si bien Étienne (Omolomo Kiméssoukié) dans l'**Introduction**, c'est « une invitation à penser la résilience comme une praxis transformatrice, capable de répondre aux défis contemporains par des approches créatives, solidaires et interdisciplinaires ». Cette invitation à penser la résilience est essentielle avec les retombées attendues dans la pratique concrète face aux contextes de vulnérabilité.

Cet ouvrage collectif s'inscrit donc dans une démarche transversale et transdisciplinaire visant à reconfigurer la compréhension de la résilience comme phénomène ontologique, épistémologique, théorique et écologique. Ontologiquement, la résilience est envisagée ici, non comme une propriété statique de l'être, mais comme une dynamique existentielle, relationnelle et processuelle, traversant les expériences humaines, les structures sociales et les écosystèmes vivants. Elle se manifeste dans les tensions entre vulnérabilité et puissance d'agir, entre effondrement et régénération, et appelle une pensée du devenir, de la transformation et de la continuité dans la discontinuité (Kiméssoukié Omolomo, 2025 ; Ndigi, 2025).

Sur le plan épistémologique, les contributions réunies dans cet ouvrage interrogent les fondements, les cadres de référence et les modes de production du savoir sur la résilience. Elles révèlent une pluralité de paradigmes (positiviste, constructiviste, critique, pragmatique, etc.) qui coexistent et parfois s'affrontent dans la conceptualisation du phénomène. Cette diversité épistémique est assumée comme

une richesse, permettant de dépasser les dichotomies simplistes entre résilience individuelle et collective, psychologique et sociale, locale et globale. Elle ouvre la voie à une épistémologie située, réflexive et dialogique, attentive aux contextes culturels, historiques et politiques dans lesquels les savoirs émergent et se transforment (Ionescu et al., 2025 ; Despax & Bouteyre, 2025).

Théoriquement, l'ouvrage mobilise une constellation de cadres conceptuels (théorie du coping, approche systémique, pensée complexe, modèles de développement humain, épistémologies africaines) pour articuler les dimensions intrapsychiques, intersubjectives et institutionnelles de la résilience. Ces modèles ne devraient pas être juxtaposés de manière additive, mais intégrés dans une logique de circularité et de rétroaction, où chaque niveau d'analyse éclaire et transforme les autres. Cette approche théorique circulaire permet de penser la résilience comme un processus émergent, adaptatif et coconstruit, à la fois enraciné dans les trajectoires individuelles et inscrit dans les dynamiques collectives et structurelles (Ngouafack & Kimessoukié Omolomo, 2025 ; Reboul, 2025).

Enfin, la perspective écologique traverse l'ensemble des contributions, tant au sens environnemental qu'au sens systémique. Elle invite à considérer la résilience comme une propriété des systèmes vivants (humains, sociaux, naturels), capables de maintenir leur intégrité tout en évoluant face aux perturbations. Cette vision écologique de la résilience implique une attention aux interdépendances, aux régulations multi-niveaux et aux conditions de soutenabilité des transformations. Elle résonne avec les enjeux contemporains de justice sociale, de santé globale et de transition écologique, et appelle à des pratiques de soin, d'innovation et de gouvernance fondées sur la coopération, la reconnaissance et la responsabilité partagée (Després et al., 2025 ; Bédard-Bruyère et al., 2025).

Ainsi, cet ouvrage ne propose pas une définition univoque de la résilience, mais une cartographie dynamique de ses expressions, de ses tensions et de ses potentialités. Elle constitue une base fertile pour le développement de modèles intégratifs, adaptatifs et opérationnels, capables de soutenir les pratiques cliniques, pédagogiques et communautaires dans des contextes de crise, de transition et de recomposition. En ce sens, elle participe à l'élaboration d'une ontologie de la résilience comme devenir relationnel, d'une épistémologie plurielle comme dialogue des savoirs, d'une théorie circulaire comme matrice d'intelligibilité, et d'une écologie de la transformation comme horizon éthique et politique.

Cet ouvrage est offert à tous les membres de Resilio et aux participants au 5^{ème} Congrès mondial sur la résilience. Comme il est publié en ligne et consultable gratuitement par tous, il peut être diffusé à toutes les personnes intéressées par la résilience, qu'il s'agisse d'étudiants, professionnels, chercheurs ou personnes concernées. Cet ouvrage peut donc constituer une source documentaire pouvant

stimuler l'avancement des connaissances sur la résilience et les manières de la développer dans le monde actuel. L'Association internationale pour la promotion et la diffusion de la recherche sur la résilience, Resilio, se chargera aussi d'en faire la promotion.

Colette Jourdan-Ionescu

Étienne Kimessoukié-Omolomo

Francine Julien-Gauthier

À propos des auteurs



Colette Jourdan-Ionescu est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, membre du Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire. Elle dirige la *Revue québécoise de psychologie* de 1998 à 2012.



Étienne Kimessoukié-Omolomo est infirmier et titulaire d'un doctorat PhD en Psychologie. Il est enseignant chercheur à l'École des Sciences de la santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale. Il est Maître de conférences et Directeur de l'Unité de formation doctorale en Sciences de la santé.



Francine Julien-Gauthier est professeure titulaire à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Laval, chercheuse à l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, membre du Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire.



Serban Ionescu a été professeur de psychopathologie et directeur du centre de recherche Traumatisme, Résilience, Psychothérapies de l'université de Paris8. Il a été membre correspondant de l'Académie de médecine de Roumanie et a présidé, de 1995 à 1998, l'Association internationale pour la recherche scientifique en faveur des personnes handicapées.